

XLI CONGRESO SECA

2025



MADRID

22, 23 Y 24 DE OCTUBRE

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

Sociedad Científica
AMCA
Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

azul
congresos

Secretaría Técnica Azul Congress S.L.
Urb. 76 - 3ª Dcha - 33003 Oviedo
Tfno: 984 051 604 - 984 051 671
secretaria@calidadasistencial.es

© SECA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

ISBN 978-84-09-83282-8

*Este libro ha sido editado con los textos íntegros
que los diferentes autores han elaborado y aportado.
Por lo tanto, la Sociedad Española de Calidad Asistencial,
no se hace responsable de los contenidos u opiniones vertidas,
ni de posibles erratas en los mismos.*



XLI Congreso SECA MADRID 2026

Bienvenidos al XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y II Congreso de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Lema: Calidad Asistencial: base de la transformación sanitaria

Para la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA) es un gran honor presentar el XLI Congreso de SECA y el II Congreso de AMCA que tendrá lugar en la ciudad de Madrid del 22 a 24 de octubre de 2025. Desde su fundación en 1984, esta es la tercera vez que el Congreso de la SECA se celebra en Madrid, y el lugar elegido en esta ocasión es el Centro de Convenciones Norte de IFEMA Madrid, un espacio de 10.000 m² cómodo, multifuncional y flexible con un amplio vestíbulo con luz natural y un total de 18 salas ubicadas en la misma planta.

La imagen del congreso es este año una combinación futurista de los edificios más característicos de la ciudad de Madrid a los que se llega a través de una de sus avenidas más emblemáticas como es la Gran Vía. Su construcción a lo largo de 20 años requirió la demolición de numerosas viviendas, la desaparición de calles, el levantamiento de aceras, el trasiego de cañerías y canalizaciones y, en definitiva, el paso simbólico de Madrid como villa y corte a una moderna metrópolis. De forma análoga a la ciudad de Madrid de principios del siglo XX, existe un cierto consenso en la sociedad actual sobre la necesidad urgente de una reforma drástica del sistema sanitario del siglo XXI. Más aún, el estado del sistema y su pronóstico a medio plazo no permiten seguir especulando sobre donde actuar y qué mejorar. El Sistema Nacional de Salud ya no necesita una mejora sino una renovación general.

La buena noticia es que conocemos el diagnóstico y la dirección a seguir y que, desde hace varias décadas, organizaciones que se dedican a la calidad asistencial como la SECA y sus sociedades autonómicas están investigando e impulsando nuevos modelos organizativos y herramientas de transformación que permitan alcanzar nuevas cotas de eficacia y eficiencia teniendo como base el conocimiento, el rigor científico y metodológico, la mejora continua, la innovación y la orientación a resultados que caracterizan a la Calidad Asistencial.

El Congreso de SECA de Madrid será un inigualable foro de conocimientos y un estimulante punto de encuentro para intercambiar experiencias en torno a la Calidad Asistencial, teniendo en cuenta que nuestro sistema sanitario está en riesgo y que la gestión de la calidad es la mejor estrategia para su supervivencia.

En definitiva, os animamos a enviar vuestras comunicaciones y venir a Madrid al mayor número posible de profesionales de todo el país para lograr la tan ansiada transformación del Sistema Nacional de Salud porque... ¡de Madrid al cielo!

Inmaculada Mediavilla Herrera
Presidenta SECA – FECA

José Jonay Ojeda Feo
Presidente AMCA

Comité Director

Inmaculada Mediavilla Herrera

Presidenta SECA

M^a José Castro Ruiz

Secretaria SECA

Víctor Reyes Alcazar

Tesorero SECA

Marta Macias Maroto

Presidenta del Comité Científico

José Jonay Ojeda Feo

Presidente AMCA

Ricardo de Dios del Valle

Presidente pasQal

Mercedes Almazán del Pozo

Tesorera CO XLI Congreso SECA – II Congreso AMCA

Patricia Fernán Pérez

Secretaria CO XLI Congreso SECA – II Congreso AMCA

Beatriz Fidalgo Hermida

Secretaria CO XLI Congreso SECA – II Congreso AMCA

Comité Científico

Marta Macias Maroto

Presidenta XLI Congreso SECA. Vocal Junta Directiva SECA y AMCA

Mª Paz Palos Zorrilla

Secretaria CC XLI Congreso SECA. Vocal Junta Directiva Asociación Madrileña de Calidad Asistencial-AMCA

Alberto Pardo Hernandez

Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería Sanidad Madrid

Alfonso Alonso Jaquete

Vocal Junta Directiva SECA

Alicia Hernández Santana

Presidenta ACCA – Asociación Canaria de Calidad Asistencial

Anabel Alguacil Pau

Coordinadora de Calidad del Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Andreu Aloy Duch

Vocal Junta Directiva SECA

Anna Rodríguez Cala

Vocal Junta Directiva SECA

Asunción Colomer Rosas

Vocal Junta Directiva AMCA- Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Carolina Varela Rodríguez

Vocal Junta Directiva AMCA- Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Concepción Fariñas Álvarez

Presidenta Sociedad Cantabra de Calidad Asistencial

Fernando Simarro Mir

Presidente de SOVCA-Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial

Iker Martín Pesado

Presidente AVCA – AKEB-Sociedad Vasca de Calidad Asistencial

Jose Joaquín Mira Solves

Coordinador del grupo Ateña de Fisabio y Catedrático de la Universidad Miguel Hernández

José María Turón Alcaine

Presidente SACA-Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Julián Alcaraz Martínez

Presidente SOMUCA-Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Laura Cid Buiza

Directora de Área de Calidad y Seguridad del Paciente del grupo Vithas

Manel Santiñà Vila

Past-President SECA

Marisol Estevez Benito

Enfermera Referente de Pacientes Anticoagulados de la Unidad de Laboratorio-Extracciones del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Olga Roca Bergantiños

Presidenta SOGALCA-Sociedad Gallega de Calidad Asistencial

Oscar Herraiz Carrera

Presidenta CALCAM-Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla La Mancha

Pedro Miguel Ruiz López

Vocal Junta Directiva AMCA-Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Purificación Magán Tapia

Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Rosa Simon Pérez

Presidenta SCQA-Sociedad Catalana de Calidad Asistencial

Rosalía Pérez Moreira

Presidenta de SADECA-Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

Susana Lorenzo Martinez

Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Directora del Journal of Healthcare Quality Research

Ivonne Andrea Torres Jiménez

Vicecoordinación externa. Asociación Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.

2025

XLI CONGRESO SECA

MADRID

22, 23 Y 24
DE OCTUBRE

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

Sociedad Científica
AMCA
Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

PROGRAMA

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

COMUNICACIONES

🕒 11:00 - 12:00 COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIÓN ORAL - 9 - SALA 110
COMUNICACIÓN ORAL - 1 - AUDITORIO
COMUNICACIÓN ORAL - 2 - 101
COMUNICACIÓN ORAL - 3 - 102
COMUNICACIÓN ORAL - 4 - 105
COMUNICACIÓN ORAL - 5 - 106
COMUNICACIÓN ORAL - 6 - 107
COMUNICACIÓN ORAL - 7 - 108
COMUNICACIÓN ORAL - 8 - 109
COMUNICACIÓN ORAL - 10 - 111
COMUNICACIÓN ORAL - 11 - 112
COMUNICACIÓN ORAL - 12 - 113

🕒 12:00 - 13:00 COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIÓN ORAL - 17 - 106
COMUNICACIÓN ORAL - 13 - AUDITORIO
COMUNICACIÓN ORAL - 14 - 101
COMUNICACIÓN ORAL - 15 - 102
COMUNICACIÓN ORAL - 16 - 105
COMUNICACIÓN ORAL - 18 - 107
COMUNICACIÓN ORAL - 19 - 108
COMUNICACIÓN ORAL - 25 - 117
COMUNICACIÓN ORAL - 26 - 118
COMUNICACIÓN ORAL - 20 - 109
COMUNICACIÓN ORAL - 21 - 110
COMUNICACIÓN ORAL - 22 - 111
COMUNICACIÓN ORAL - 23 - 112
COMUNICACIÓN ORAL - 24 - 113

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

MESAS TEMÁTICAS



13:00 - 14:00 MESAS TEMÁTICAS

DE LAS PALABRAS A LA CULTURA:

CUANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE SE INCORPORA EN LA ESTRATEGIA SALA 106

Modera: **Rosa Simón Pérez**. *Presidenta SCQA - Sociedad Catalana de Calidad Asistencial*

Maximizar la cultura de la experiencia del paciente en un Sistema Público de Salud

Elisenda Serra Masip. *Directora de Ciudadanía, Innovación y Usuario. Servei Català de la Salut*

Resultados de la incorporación de la Experiencia de Paciente en una organización sanitaria privada

Nuria Díaz Avendaño. *Directora Corporativa de Calidad, Seguridad y Experiencia de paciente. Grupo Quironsalud*

[Área Temática: Experiencia y participación de los pacientes]

SALUD DIGITAL: INTEGRACIÓN Y MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE SALA 102

Mesa Patrocinada por **BOEHRINGER**

Modera: **Alberto Pardo Hernández** *Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

Cuando la presencialidad no es una opción: Telemedicina en alta mar

Idoya Sanluis Fernández. *Jefe de Urgencias de Vithas Vigo*

Las nuevas tecnologías como motor de cambio para la mejora

Alberto Pardo Ortiz. *Director Healthcare & Life Sciences*

El ciclo de mejora continua y las microinnovaciones digitales

Ismael Said Criado. *Médico internista en la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario de Pontevedra*

[Área Temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial]

GOBERNANZA DE LA CALIDAD: LIDERAZGO Y TOMA DE DECISIONES PARA LA EXCELENCIA AUDITORIO

Modera: **Celia García Menéndez**. *Directora General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid. Miembro del Comité Organizador del XLI Congreso SECA*

Gobernanza de la calidad en el entorno hospitalario: Claves para un liderazgo efectivo

Félix Rubial Bernárdez. *Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

La gobernanza de la calidad en un Sistema Nacional de Salud y en sus centros mediante la rendición de cuentas de los resultados

Boi Ruiz García. *Director de la Càtedra de Gestió i Polítiques Sanitàries de la Universitat Internacional de Catalunya. Presidente de KHA Barcelona. Ex Consejero de Sanidad de la Generalitat de Catalunya*

Gobernanza de la calidad desde la periferia del sistema: liderar la excelencia desde contextos no convencionales

Diana Molina Villaverde. *Gerente Hospital Dr. Rodríguez Lafora (Madrid)*

[Área Temática: Gestión de la calidad asistencial]

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

ESPACIO SECA

🕒 13:00 - 14:00 ESPACIO SECA

METODOLOGÍA LEAN: ¿CÓMO EMPEZAR? SECCIÓN MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD SALA 101

Modera: **Mercedes Vinuesa Sebastian**. Coordinadora de calidad del Hospital La Princesa (Madrid). Vocal Sección Modelos de Calidad SECA

Bárbara Martínez de Miguel. Coordinadora de la Oficina Kaizen del Hospital Universitario La Paz de Calidad Hospital La Paz

Olga Roca Bergantiños. Presidenta de SOGALCA - Sociedad Gallega de Calidad Asistencial [Gestión de la calidad asistencial]

🕒 13:00 - 14:00 ENCUENTRO CON EL EXPERTO

TÍTULO: FLANDERS QUALITY MODEL: CHALLENGES & OPPORTUNITIES FOR OTHER REGIONS AND COUNTRIES SALA 111

Modera: **Susana Lorenzo Martínez**. J. Área de Calidad. Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Directora. Journal of Healthcare Quality Research.

Prof. Dr. Kris Vanhaecht. Full Professor, KU Leuven Institute for Healthcare Policy (LIGB)

Este espacio contará con un experto vía on-line que presentará el modelo de calidad FlaQuM (Flanders Quality Model), una nueva visión para la gestión sostenible e integrada de la calidad asistencial. Ha sido desarrollado en colaboración con 19 organizaciones sanitarias. Esta ponencia explorará los principales desafíos enfrentados durante su implementación en Flandes, así como las oportunidades que ofrece para su adaptación en otras regiones y países. Se abordarán herramientas como el Quickscan, la Maturity Matrix o el Co-creation Scan, y se compartirán aprendizajes clave sobre liderazgo, compromiso y transformación organizativa.

PRECISA INSCRIPCIÓN PREVIA. IDIOMA INGLÉS. GRUPO REDUCIDO

🕒 14:00 - 15:30 ALMUERZO DE TRABAJO

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

SESIONES TÉCNICAS

🕒 15:30 - 16:30 ESPACIO SECA

SESIÓN TÉCNICA 1 - BENCHMARKING ENTRE LAS MCSS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA SALA 107

Sesión Técnica Coordinada por **MUTUAS**

Presentadores: **Rafael Manzanera y José Joaquín Mira**

Ponentes:

Miguel Ulibarrena. *Mutualia Clara Guillén. Ibermutua Susana Velasco. Fremap*

Caridad Amador. *Fraternidad Muprespa Leyre de la Peña. Asepeyo Javier Devesa. Universal*

Diego Moya. *MC Mutual Rafael Manzanera José Joaquín Mira. UMH*

SESIÓN TÉCNICA 2 - LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UNA TRANSFORMACIÓN NECESARIA SALA 105

Sesión Técnica Patrocinada por **EISAI**

Moderadora: **Rosalía Pérez Moreira.** *Presidenta de SADECA. Técnica en la Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados del SAS.*

Ponentes:

Luis Verde Remeseiro. *Gerente del Área Sanitaria de A Coruña*

Jordi Matías-Guiu. *Neurólogo. Hospital Clínico San Carlos*

Mª Dolores Almagro. *Presidenta de CEAFA*

SESIÓN TÉCNICA 3 - PACIENTE CARDIOMETABÓLICO: LA PUNTA DEL ICEBERG SALA 102

Sesión Técnica Patrocinada por **NOVO NORDISK**

Moderadora: **Inmaculada Mediavilla Herrera.** *Presidenta de SECA. Médico de Familia. Coordinadora de Calidad Gerencia Asistencial AP. SERMAS*

Ponentes:

Medicina de precisión en el paciente cardiometabólico

Fernando Gómez-Peralta. *Endocrinólogo. Jefe Unidad Endocrinología y Nutrición. Hospital de Segovia*

Proyecto CARDIO-CHUS y manejo del paciente cardiometabólico.

Pilar Mazón. *Cardióloga. Complejo Hospitalario Santiago de Compostela*

Gestión de la calidad en el paciente cardiometabólico: una visión práctica e integral

Mª Dolores Conejos. *Médico de Familia. Área de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial AP. SERMAS*

SESIÓN TÉCNICA 4 - PRESENTACIÓN DE LA GUÍA DE AUTOCUIDADO PARA LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SALA 111

Sesión Técnica Patrocinada por **FERRER**

Moderador: **Manel Santiñà Vila.** *Past President SECA*

Ponentes:

María Desirée Alemán Segura. *Enfermera. Unidad Multidisciplinar Vascular Pulmonar. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria*

Daniel López Fernández. *Director Escuela de Pacientes de Canarias. Fisioterapeuta. Unidad de Fisioterapia Respiratoria. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria*

Ana Ramírez Navarro. *Coordinadora Área de Enfermería de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Unidad de Hipertensión Pulmonar. Servicio de Neumología. Hospital Clínic de Barcelona*

Raúl Rodríguez Pino. *Coordinador del Programa Soporte de Pacientes de Ferrer*

Maria Rodríguez Reyes. *Presidenta Asociación Hipertensión Pulmonar España*

Sara Heras Mathieu. *Trabajadora Social, Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar*

Salvador Calderón Barbero. *Vicepresidente y paciente experto Fundación contra la Hipertensión Pulmonar*

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

SESIÓN TÉCNICA 5 - INNOVACIÓN PARA MEDIR CALIDAD Y EXPERIENCIA EN AMILOIDOSIS SALA 106

Sesión Técnica Patrocinada por **ASTRAZENECA**

Moderadora: **Carolina Varela Rodríguez**. Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Ponentes:

Carolina Varela Rodríguez. Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Catilena Bibiloni. Representante Asociación de Pacientes Amiloidosis, España

SESIÓN TÉCNICA 6 - MIRADA: UNA NUEVA VISIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD HACIA LA SALUD CON PERSPECTIVA AUDITORIO

Sesión Técnica Patrocinada por **ORGANÓN**

Moderador: **Ricardo de Dios**. Presidente pasQal

Ponentes:

Perspectiva asistencial (micro)

Cristina González. Experta del equipo de Mirada. Matrona del SERMAS

Perspectiva regional

Nuria Gayán. D.G de Salud Pública de Aragón e impulsora de la Carta de Zaragoza, muy alineada con el proyecto Mirada

Perspectiva estatal (macro): Con la visión de ministerio

Pedro Gullón. DG de Salud Pública y Equidad en Salud

SESIÓN TÉCNICA 7- EL LEGADO DEL COVID-19 EN LA ASISTENCIA SANITARIA: ¿RESILIENCIA Y CALIDAD ASISTENCIAL? SALA 101

Sesión Técnica Patrocinada por **PFIZER**.

Moderadora: **Elena Bartolomé Benito**. Coordinación Área de Cribados Oncológicos de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Dirección General Asistencial. SERMAS

Ponentes:

Elena Bartolomé Benito. Coordinación Área de Cribados Oncológicos de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Dirección General Asistencial. SERMAS

Santiago Grau Cerrato. Dirección Área del Medicamento del Hospital del Mar. Barcelona

Francisco López-Medrano Pérez. Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

🕒 16:30 - 17:30 ACTO INAUGURAL

🕒 17:30 - 18:15 CONFERENCIA INAUGURAL

AUDITORIO

BUILDING A SAFER HEALTHCARE SYSTEM - WHAT WILL IT TAKE?

Peter Lachman. Director of Patient Safety Movement Foundation Kiani Global Fellowship in Patient Safety and former roles as the RCPI and ISQua ones

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

COMUNICACIONES

🕒 18:15 - 19:15 COMUNICACIONES ORALES

Comunicación oral - 32 - **107**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 1**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 3**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 4**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 2**
Comunicación oral - 27 - **AUDITORIO**
Comunicación oral - 28 - **101**
Comunicación oral - 29 - **102**
Comunicación oral - 30 - **105**
Comunicación oral - 31 - **106**
Comunicación oral - 33 - **108**
Comunicación oral - 39 - **117**
Comunicación oral - 40 - **118**
Comunicación oral - 34 - **109**
Comunicación oral - 35 - **110**
Comunicación oral - 36 - **111**
Comunicación oral - 37 - **112**
Comunicación oral - 38 - **113**

🕒 19:15 - 20:15 COMUNICACIONES ORALES

Comunicación oral - 41 - **AUDITORIO**
Comunicación oral - 42 - **101**
Comunicación oral - 43 - **102**
Comunicación oral - 44 - **105**
Comunicación oral - 45 - **106**
Comunicación oral - 46 - **107**
Comunicación oral - 47 - **108**
Comunicación oral - 48 - **109**
Comunicación oral - 49 - **110**
Comunicación oral - 50 - **111**
Comunicación oral - 51 - **112**
Comunicación oral - 52 - **113**
Comunicación oral - 53 - **117**
Comunicación oral - 54 - **118**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 1**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 2**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 3**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 4**

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

🕒 08:30 - 09:30 COMUNICACIONES ORALES

Comunicación oral - 59 - **107**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 1**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 2**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 3**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 4**
Comunicación oral - 55 - **101**
Comunicación oral - 56 - **102**
Comunicación oral - 57 - **105**
Comunicación oral - 58 - **106**
Comunicación oral - 60 - **108**
Comunicación oral - 66 - **117**
Comunicación oral - 67 - **118**
Comunicación oral - 61 - **109**
Comunicación oral - 62 - **110**
Comunicación oral - 63 - **111**
Comunicación oral - 64 - **112**
Comunicación oral - 65 - **113**

MEJORES COMUNICACIONES ORALES - PROFESIONALES EN FORMACIÓN

🕒 09:30 - 10:30 COMUNICACIONES ORALES

Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 1**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 2**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 3**
Comunicación oral breve - **vestíbulo este** - **TOTEM 4**
Comunicación oral - 69 - **101**
Comunicación oral - 70 - **102**
Comunicación oral - 71 - **105**
Comunicación oral - 72 - **106**
Comunicación oral - 73 - **107**
Comunicación oral - 74 - **108**
Comunicación oral - 80 - **117**
Comunicación oral - 81 - **118**
Comunicación oral - 75 - **109**
Comunicación oral - 76 - **110**
Comunicación oral - 77 - **111**
Comunicación oral - 78 - **112**
Comunicación oral - 79 - **113**

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

MESAS TEMÁTICAS



10:30 - 11:30 MESAS TEMÁTICAS

MÁS ALLÁ DE LA ENCUESTA: EXPLORANDO CÓMO CONOCEMOS LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE sala101

Moderador: **Pedro Miguel Ruiz López**. Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Ver lo invisible: el valor de las herramientas para transformar la experiencia del paciente

Lalis Fontcuberta Adalid. Experta en metodología Lean y Experiencia de paciente. Co-Fundadora de Lin by Leanfontcus

Herramientas para desarrollar un proyecto PREM: de la entrevista al cuestionario

Asier Pérez González. CEO y cofundador de Panel Health

[Área Temática: Experiencia y participación de los pacientes]

¿ES VIABLE EL MODELO DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN AP EN EL CONTEXTO ACTUAL? sala 102

Moderador: **Verónica Casado Vicente**. Médica de familia.

Reconocida en 2018 por la World Organization of Family Doctors como la mejor médico de familia del mundo

Rosa Añel Rodríguez. Médica de Familia.

Técnico Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

Asensio López Santiago. Coordinador Oficial del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)

[Área Temática: Gestión de la calidad asistencial]

¿EL SISTEMA SANITARIO ES SOSTENIBLE Y SOCIALMENTE RESPONSABLE? AUDITORIO

Moderador: **Ana Rodríguez Cala**. Consultora de Proyectos Estratégicos, Calidad, RSC y Agenda 2030

Vocal Junta Directiva de SECA

¿Cómo podemos integrar la ética en las organizaciones sanitarias para transformar realmente el sector?

Martha M. Rodríguez Coronel. Profesora Universidad de Valencia y gestora de Proyectos de la Fundación ETNOR

Responsabilidad Social y Sostenibilidad: Claves de la legitimación del sistema sanitario

José Ramón Repullo

La gestión ambiental y el desarrollo sostenible en el sector salud

Pedro Gullon Tosio. Director General de Salud Pública y Equidad

[Área Temática: Sostenibilidad y responsabilidad social]

INNOVACIÓN: HACIA LA MEJORA A TRAVÉS DE LA FRONTERA DEL VALOR SALA106

Mesa Patrocinada por MSD

Moderador: **Carolina Varela Rodríguez**. Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Definición y utilidad de la frontera del valor

Borja García Lorenzo. Economista de la Salud en Instituto Biosistemak

Proyectos de innovación orientados al valor

Javier Arcos Campillo. Gerente Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Experiencia de pacientes y su aporte de valor

Susana Castelo Zas. Técnico Superior de Organización. Subdirección de Innovación y Calidad OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

Hospital Universitario de Cruces

[Área Temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial]

SIMULACIÓN CLÍNICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SALA 105

Moderador: **Marisol Estevez Benito**. Enfermera. Referente de Pacientes anticoagulados de la Unidad de Laboratorio de Extracciones del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Aida Camps Gómez. Subdirectora de la Cátedra de Simulación y Seguridad del Paciente de UManresa (UVic-UCC)

Seguridad y Simulación: Una Alianza Perfecta

M.ª Cruz Martín Delgado. Jefa del Servicio de Medicina Intensiva en Hospital Universitario 12 Octubre

Mercedes Gómez del Pulgar. Coordinadora del Centro de Simulación de la Universidad Francisco de Vitoria

[Área Temática: Seguridad del paciente]

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

ESPACIO SECA

🕒 10:30 - 11:30 ESPACIO SECA

CALIDAD ASISTENCIAL BASADA EN LA EVIDENCIA: DE LA RECOMENDACIÓN A LA PRÁCTICA.

SECCIÓN PROCESOS Y ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. SALA 108

Moderadora: **Gema Muñoz Gamito**. Coordinadora Sección Gestión Procesos SECA

Johanna M. Caro Mendivelso. Responsable de la Iniciativa Essencial y de herramientas para la toma de decisiones en la práctica clínica. AQUAS. Vocal JD SCQA

Iniciativa Essencial: de las recomendaciones a la desimplementación de prácticas innecesarias.

Victoria Nartallo Penas. Servicio de Control de las Enfermedades Transmisibles en la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia. Coordinadora grupo no-hacer en vacunas. Vocal JD AEV

Recomendaciones NO HACER en vacunación: experiencia de colaboración entre sociedades científicas

Patricia Gavín Benavent. Coordinadora del Programa de Guías de Práctica Clínica del SNS. Miembro del Comité Científico de GuíaSalud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

Mejorar la atención desde la evidencia: el valor de GuíaSalud en calidad y seguridad

[Gestión de la calidad asistencial]

CLAVES PARA PUBLICAR EN JOURNAL OF HEALTHCARE QUALITY RESEARCH (JHQR) SALA 118

Moderadora: **Susana Lorenzo Martínez**. J. Área de Calidad. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Directora. Journal of Healthcare Quality Research.

Miembros del comité editorial del Journal of Healthcare Quality Research.

[Gestión de la calidad asistencial]

🕒 11:30 - 12:30 PAUSA CAFÉ

SESIONES TÉCNICAS

🕒 12:00 - 13:00 SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA 8 - CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DOLOR. EXPERIENCIAS DE ÉXITO SALA 106

Sesión Técnica Patrocinada por GRUNENTHAL

Moderador: **Manel Santiñá Vila**. Past President y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Ponentes:

Al diseñar el circuito asistencial, debemos procurar que sea sencillo, completo y que tenga en cuenta el contexto

Rafael Sánchez Bernal. Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Sanitaria

Comités de Atención al Dolor en la Comunidad de Madrid: impacto en la mejora de la continuidad asistencial

Mª Paz Palos Zorrilla. Técnico de Apoyo de la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Terapia multimodal del dolor crónico en el ámbito comunitario: efectividad e impacto desde la práctica interdisciplinaria

Yolanda Morcillo Muñoz. Enfermera Gestora de Caso. Zona Básica de Salud de Campo de Gibraltar Oeste

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA 9 - CRITERIOS DE CALIDAD CONSENSUADOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA SALA 105

Sesión Técnica Patrocinada por OTSUKA LUNDBECK

Moderador: **José Joaquín Mira Solves**. Profesor Universidad Miguel Hernández y Director Grupo Investigación ATENEA de FISABIO, Alicante

Ponentes:

Marina Diaz Marsá. Jefe de Sección, Hospital Clínico San Carlos. Profesora Titular de Psiquiatría Universidad Complutense. Presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental

Marisa Martín Barbero. Adjunta del Servicio de Farmacia del HGU Gregorio Marañón. Secretaria del grupo de Neuropsiquiatría de la SEFH

SESIÓN TÉCNICA 10 - VISIÓN 360 NEVER EVENTS SALA 107

Sesión Técnica Patrocinada por RELYENS MUTUAL INSURANCE

Moderadora: **Mónica García Bergón**. Health Risk Manager. Relyens Mutual Insurance

Ponentes:

Jennifer Knápper. Responsable Health Risk Manager España. Relyens Mutual Insurance

Meritxell Davins. Directora de transformació i salut digital. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Laura Cid. Directora de Calidad y Seguridad del Paciente del Grupo Vithas

Carlos Bezos. CEO del Instituto de Experiencia del Paciente

SESIÓN TÉCNICA 11 - MESA REDONDA: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMEDADES RARAS SALA 111

Sesión Técnica Patrocinada por ALEXION

Moderadora: **Bárbara Martínez**. Coordinadora Área de Calidad Directora Oficina Kaizen. Hospital Universitario La Paz Coordinadora proyecto OptimizeNF1-HULP

Ponentes:

Bárbara Martínez. Coordinadora Área de Calidad Directora Oficina Kaizen. Hospital Universitario La Paz Coordinadora proyecto OptimizeNF1-HULP

Enrique Morales. Jefe de Servicio Nefrología. Hospital Doce de Octubre. Coordinador Norma QualiSHUa

Pedro Martínez. Neurólogo. Fundación Jiménez Díaz. Hospital Certificado Norma QualigMG

Álvaro Madrid. Jefe de Servicio Nefropediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Coordinador Norma QualiSHUa-

Anna Duat. Neuropediatría. Hospital Universitario Niño Jesús. Autora Norma QualiNF1

Gerardo Gutiérrez. Neurólogo. Hospital Universitario Infanta Sofía. Participante proyecto OptimizeMG-HUIS

Raquel Pardo. Presidenta Asociación Miastenia de España AMES Coautora Norma QualigMG

SESIÓN TÉCNICA 12 - TRANSFORMANDO EL FUTURO DE LA DIABETES TIPO 1 AUTOINMUNE SALA 102

Sesión Técnica Patrocinada por SANOFI

Moderador: **José María Turón**. Coordinador clínico de la estrategia de diabetes del Servicio Aragonés de Salud

Ponentes:

Visión estratégica y organizativa de la calidad asistencial en el abordaje temprano de la DT1

Carlos Mingo. Director gerente. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Proceso asistencial en DT1 estadios presintomáticos. Implementación y mejora continua

Lia Nattero. Coordinadora de la unidad clínica y de investigación en DT1. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Beneficios del proceso de abordaje temprano y resultados en salud

Marta Ferrer. Adjunta al servicio de endocrinología pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA 13 - INTEGRACIÓN E IMPACTO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA GESTION HOSPITALARIA: RETOS Y SOLUCIONES AUDITORIO

Sesión Técnica Patrocinada por **NOVARTIS**

Moderadora: **Inmaculada Mediavilla Herrera**. *Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*

Ponentes:

La cultura del cambio. Innovando el proceso asistencial de la Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica

Goitzane Marcaida. *Directora Gerente del Consorcio Hospital General Universitarios de Valencia Innovación Asistencial y Calidad en la Atención a la Hidradenitis Supurativa: El Impacto del Proyecto en REDES*

M.ª Dolores Beteta. *Subdirectora de Enfermería Virgen de la Arrixaca*

Rediseño de Procesos + Participación del Paciente + Digitalización. El Orden de los Factores si Altera el Valor: Una aproximación al cáncer de mama

Ana Álvarez. *Adjunta a la Gerencia Hospital Universitario de Bellvitge*

🕒 13:00 - 14:00 SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA 14 - RECOMENDACIONES CUIDOXLH, PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON XLH SALA 111

Sesión Técnica Patrocinada por **KYOWA KIRIN**

Moderador: **Manel Santiñà Vila**. *Equipo de Proyectos de la SECA. Past President de la SECA. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona*

Ponentes

Lola Conejos Miquel. *Médico de Familia. Técnico de calidad en la Gerencia de Atención Primaria de Madrid*

Beatriz Huertes Díaz. *Pediatra de Atención Primaria Centro de Salud Villanueva de la Cañada, Madrid*

Julio Pascual Santos. *Director Médico del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

Silvia Manrique Rodríguez. *Farmacéutica, especialista en farmacia hospitalaria. Servicio Farmacia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

María Luisa Claramunt Mansio. *Enfermera especialista en nefrología pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona*

SESIÓN TÉCNICA 18 - LOGROS Y RETOS EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL DOLOR SALA 101

Sesión Técnica Patrocinada por **CATEDRA DE INNOVACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA DE LA URJC**

Moderador: **Ángel Gil de Miguel**. *Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública Director de la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*

Ponentes:

Maria Madariaga. *Presidenta Sociedad Española del Dolor (SED)*

Alberto Pardo Hernández. *Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

Concha Pérez. *Jefa de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid*

SESIÓN TÉCNICA 15 - COMPRA PÚBLICA INTELIGENTE: GARANTIZANDO CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO SALA 106

Sesión Técnica Patrocinada por **ABBOTT**

Moderadora: **Nuria Domínguez Pérez**. *Área de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Serv. Madrileño Salud*

Ponentes:

Fernando Gómez Peralta. *Coordinador del Área de Diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y jefe de la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital General de Segovia*

Susana Álvarez. *Técnico de la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria. Ex Subdirectora General de Contratación del Servicio Madrileño de Salud. Consejería Sanidad de Madrid*

Eduardo Dulce. *Director Financiero SERIS*

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

SESIÓN TÉCNICA 16 - MANEJANDO LA SANGRE DEL PACIENTE: UNA CUESTIÓN DE CALIDAD SALA 105

Sesión Técnica Patrocinada por **CSL VIFOR**

Moderadora: **Mª Gloria Torras Boadella**. *Directora de Docencia, Investigación e Innovación · Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf*

Ponentes:

María Soledad Neria Agujetas. *Subdirectora de Enfermería de desarrollo de personas y Calidad Asistencial*

Hospital Clínico San Carlos

Manuel Quintana Díaz. *Jefe de sección de Politrauma del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario del La Paz de Madrid. Profesor Titular de Medicina Intensiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid*

Carolina Varela Rodríguez. *Facultativa especialista de Área en la Unidad de Calidad, Innovación y Estrategia del Hospital 12 de Octubre*

SESIÓN TÉCNICA 17 - ADECUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN DIABETES SALA 102

Sesión Técnica Patrocinada por **DEXCOM**

Moderador: **José Jonay Ojeda Feo**. *FE Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario la Paz. Presidente de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial*

Ponentes:

Mª Pilar Pelaez Alba. *Técnica Dirección General Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Coordinadora del Área de la diabetes. Profesora Doctora Enfermería EUENSC-ULL*

Julia Quevedo Rivera. *Presidenta Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Médico de Familia. Director Asistencial Médico en Dirección Asistencial Este. Servicio Madrileño de Salud*

Antonio Lavado. *Presidente Federación Española de Diabetes DF*

🕒 14:00 - 15:30 ALMUERZO DE TRABAJO

MESAS TEMÁTICAS

🕒 15:30 - 16:30 MESAS TEMÁTICAS

DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA: LA EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL Y DEL CLIENTE AUDITORIO

Moderadora: **Purificación Magán Tapia**. *Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria*

Acciones para mejorar la experiencia del profesional

Francisco Simón Ruiz. *Director de Personas y Cultura del Centro Corporativo de Banco Santander*

Procesos de mejora de experiencia de cliente alineados al posicionamiento de la marca

Tomás Navarro Pujol. *Chief Strategy Officer, Publicis.*

Transformar desde dentro: el poder de la experiencia del empleado en la satisfacción del cliente

Beatriz Bañuls Catalá. *Responsable de Personas y Formación Retail de Porsche Ibérica.*

[Área Temática: Experiencia y participación de los pacientes]

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

CREANDO FUTURO: CALIDAD ASISTENCIAL Y NUEVAS GENERACIONES DE ESPECIALISTAS SALA 101Modera: **Manel Santiñà Vila**. *PastPresident SECA***Tutorización de médicos internos residentes en la Unidad de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid (GAAP)****Gerardo Garzón González**. *Técnico del Área de Procesos y Calidad GAAP Servicio Madrileño de Salud***Qué espera un residente de Medicina Preventiva de una Unidad de Calidad****José Miguel García Abajo**. *Coordinador ARES-Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital San Pau***Formación en calidad asistencial entre los residentes****Mónica Rodríguez Carballeira**. *Directora de Docencia y Simulación del Hospital Vall d'Hebron*

[Área Temática: Gestión de la Calidad Asistencial]

INNOVACIÓN EN LA CALIDAD ASISTENCIAL: NUEVAS FRONTERAS Y OPORTUNIDADES SALA 106Modera: **Carolina Varela Rodríguez**. *Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial***La perspectiva del paciente para la mejora de la atención****Emmanuel Gimenez García**. *Decisión Support Unit. Apoyo VBHC Transversal. Hospital Vall d'Hebron***Hacia un Nuevo Modelo de Hospitalización a Domicilio: Integral, Integrado y Digitalmente Conectado****Gloria Torras Boatella**. *Directora de Docencia, Investigación e Innovación. Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf*

[Área Temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial]

BUENAS PRÁCTICAS EN RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SOSTENIBILIDAD SALA 102Modera: **Asunción Colomer Rosas**. *Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial Red Sanitaria Española de Responsabilidad Social y Sostenibilidad de los centros sanitarios de España***Ana M. Díaz Oliver**. *Presidenta de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social Corporativa y Sostenibilidad***Una mirada a la sostenibilidad desde la salud comunitaria en Atención Primaria****Maria Luisa Alcázar González**. *Técnico de calidad en el área de procesos y calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria***Estrategia y Gestión de Personas y Tecnologías****Jose Martínez Gómez**. *Subdirector de Gestión y Tecnologías del SUMMA 112***La gobernanza de la RSC y la gestión del medioambiente****Ignacio Casas Ollé**. *Director Gerente del Hospital de Manacor*

[Área Temática: Sostenibilidad y responsabilidad social]

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE PACIENTES, UNA OPORTUNIDAD PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SALA 105Modera: **María Pilar Astier Peña**. *Médica de familia. CS Universitat. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. Coordinadora de la Sección de Seguridad del Paciente de SECA***Enfoque de la Comunidad de Madrid****Alberto Pardo Hernández**. *Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería Sanidad Madrid***Reclamaciones de pacientes: relatos que importan y datos que impactan****Rosa M.ª Añel Rodríguez**. *Médica de Familia. Técnico Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud***Las reclamaciones de los usuarios sobre seguridad del paciente: una oportunidad de mejora a través del sistema de notificación de incidentes****Montserrat Gens Barberà**. *Directora de Calidad y Seguridad del Paciente Camp de Tarragona ICS***Manejo de reclamaciones en un Servicio de Atención e Información al Paciente: Oportunidades de mejora****Juan José Soler**. *Coordinador SAIP Hospital General Universitario de Valencia*

[Área Temática: Seguridad del paciente]

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

ESPACIO SECA

🕒 10:30 - 11:30 ESPACIO SECA

COLABORACIONES SECA: AVANCES EN LA NORMALIZACIÓN, ¿QUIERES PARTICIPAR? SECCIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SALA 108

Modera: *Patricia Palomera Rufo. Coordinadora Sección Modelos de Gestión de la Calidad. Healthcare Quality Project Manager IDOM Consulting*

Avances y actualizaciones de normas para la mejora de la calidad asistencial en la asistencia sanitaria

Cristina Hernán Hernán. *Representante UNE*

Calidad y Seguridad del Paciente en organizaciones sanitarias

Elisabet Gonzalez Lao. *Presidenta del CTN 179 Calidad y seguridad en los centros de asistencia sanitaria*

Norma UNE-EN-ISO 9001. Próximos cambios y presentación de la Guía Práctica para la implantación de la Norma ISO 9001 elaborada por SECA

Marta Macías Maroto. *Vocal Comités Técnicos UNE y Vocal Sección Modelos de Gestión de Calidad*

[\[Gestión de la calidad asistencial\]](#)

EXPERIENCIAS DE LAS UNIDADES DE CALIDAD CON LA NORMA SECACREDITA: PRIMERAS ACREDITACIONES SALA 117

Modera: **Manel Santiñá.** *Past President SECA. Junta Directiva de SECA. Editor JHQR*

Andreu Aloy Duch. *Director de Calidad y Planificación Consorci Sanitari del Maresme. Junta Directiva de SECA*

Mónica García Pérez. *Subdirectora económica Calidad, evaluación, tecnología e innovación Departamento de Salud de Alicante-Hospital General*

Sandra Gil Hernández. *Jefa de Servicio de la Unidad de Calidad, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba*

José Jonay Ojeda Feo. *FE Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario la Paz. Presidente de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial*

[\[Gestión de la calidad asistencial\]](#)

🕒 15:30 - 17:30 TALLER IA - SALLA 112

TALLER: IA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL: USOS PRÁCTICOS QUE TRANSFORMAN

Profesor: **Joaquín Pinto Bruno**

Taller de 25 minutos con inscripción previa y para grupos reducidos

MESAS TEMÁTICAS

🕒 16:30 - 17:30 MESAS TEMÁTICAS

AUDITORÍAS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL SALA 106

Modera: **M.ª Concepción Fariñas Álvarez.** *Jefa de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

Alicia Díaz Redondo. *Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Gregorio Marañón*

Marta Serrano García. *H&S manager en Sanitas Hospitales*

Patricia Palomera Rufo. *Responsable de Proyectos de Calidad Asistencial. IDOM Consulting*

[\[Área Temática: Gestión de la calidad asistencial\]](#)

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

SEGURIDAD DEL PACIENTE E INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): ¿OPORTUNIDAD O AMENAZA? AUDITORIO

Moderador: **Julián Alcaraz Martínez**. Presidente de SOMUCA - Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Inteligencia artificial: ¿Herramienta de mejora o riesgo para la seguridad del paciente?

Santiago Tomás Vecina. Director de la Fundación para la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)

Opinión de los profesionales sanitarios sobre la IA en Seguridad del Paciente

Fermí Roqueta Egea. Miembro del Grupo de Trabajo IA-Seguridad del Paciente de FIDISP

[Área Temática: Seguridad del paciente]

CUIDANDO A QUIENES NOS CUIDAN: EXPERIENCIAS DE ÉXITO EN EL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SALA 105

Moderador: **José Joaquín Mira Solves**. Coordinador del Grupo Atenea de FISABIO y Catedrático de la Universidad Miguel Hernández

Ángel Cobos Vargas. Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada

Marta Martín Vizcaíno. Directora Asistencial. Hospital Universitario de Navarra

Aurora Pérez Zapata. Jefa Servicio Prevención Riesgos Laborales. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

[Área Temática: Valor humano y cuidado de los profesionales]

CUANDO EL PACIENTE HABLA, EL SISTEMA APRENDE SALA 101

Moderador: **Alberto Pardo Hernández**. Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

De usuario a protagonista: construyendo inclusión desde la experiencia vivida

María del Carmen Salazar Pérez. Hospitalarias Fundación Purísima Concepción

Saray Muñoz López. Hospitalarias Fundación Purísima Concepción

Cuando el cuidado cambia de lado: la mirada del profesional sanitario convertido en paciente

Gabriel Rubio Valladolid. Hospital Universitario 12 de Octubre

Decisiones compartidas desde la perspectiva de una madre

Mónica Suárez Felgueroso. Federación Española de Parkinson

[Área Temática: Experiencia y participación de los pacientes]

ESPACIOS QUE CUIDAN: CÓMO LA ARQUITECTURA MEJORA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE SALA 102

Moderador: **Laura Cambra Rufino**. Dr. Arquitecta EDAC y Profesora Ayudante Doctora en la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid

El diseño como herramienta para el cambio: unidades de convivencia en centros de larga estancia

Elisa Pozo Menéndez. Doctora arquitecta de Mita Atelier y la Fundación Matia

Florence Nightingale y la visión enfermera

Azucena Pedraz Marcos. Unidad de Investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii)

Proyecto Acuarioterapia

José Luis López Guerra. Jefe de Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

[Área Temática: Experiencia y participación de los pacientes]

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

ESPACIO SECA

🕒 16:30 - 17:30 ESPACIO SECA

CIENCIAS DE LA IMPLEMENTACIÓN EN ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN VALOR. SECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN VALOR SALA 108

Co-moderadoras: **Mónica García Bergón** y **Carolina Varela Rodríguez**. *Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial*

Ponentes:

Albert García Casanovas

Meritxell Davins Riu. *Directora de transformació i salut digital. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

[Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial]

PLENARIAS

🕒 17:30 - 18:30 CONFERENCIA PLENARIA

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA: POTENCIAL Y RETOS AUDITORIO

Moderadora: **Ana Isabel Alguacil Pau**. *Coordinadora de calidad del Hospital Clínico San Carlos*

Cómo pueden ayudar las herramientas de IA en atención primaria

Javier Pacheco Calvente. *Médico de familia. Experto en uso de herramientas de IA aplicadas a la práctica clínica en AP y bioética*

Cómo pueden ayudar las herramientas de IA en hospitales

Francisco Miralles Linares. *Jefe de medicina interna Hospital Vithas XANIT Internacional. Experto en uso de herramientas de IA aplicadas a la práctica clínica en hospitales*

Del uso de las herramientas tecnológicas a la transformación y la innovación del modelo de asistencia

Jordi Martínez Roldán. *Director de Sanidad de Deloitte*

VIERNES, 24 DE OCTUBRE

🕒 09:00 - 17:30 MESA MEJORES COMUNICACIONES

Área 1: Gestión de la calidad asistencial AUDITORIO

Moderadores:

Alicia Hernández Santana. *Enfermera gestora Unidad de Gestión de la Calidad. Servicio Canario de la Salud. Presidenta Asociación Canaria de Calidad Asistencial*

Jose M^a Turón Alcaine. *Coordinador de Calidad del Sector Sanitario de Alcañiz en el Servicio Aragonés de Salud y presidente de la sociedad aragonesa de calidad asistencial*

Área 2: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial 101

Moderadores:

Ana Isabel Alguacil Pau. *Coordinadora de calidad del Hospital Clínico San Carlos*

Carolina Varela Rodríguez. *Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial*

Área 3: Seguridad del paciente 102

Moderadores:

Julián Alcaraz Martínez. *Presidente de SOMUCA - Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*

Rosalía Pérez Moreira. *Presidenta de SADECA. Técnica en la Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados del SAS*

Área 4: Experiencia y participación de los pacientes 105

Moderadores:

Purificación Magán Tapia. *Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria*

Alberto Pardo Hernández. *Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

Área 5: Sostenibilidad y responsabilidad social 106

Moderadores:

Ana Rodríguez Cala. *Consultora de Proyectos Estratégicos, Calidad, RSC y Agenda 2030 Vocal Junta Directiva de SECA*

Asunción Colomer Rosas. *Vocal Junta Directiva AMCA - Asociación Madrileña de Calidad Asistencial*

Área 6: Valor humano y cuidado de los profesionales 107

Moderadores:

Susana Lorenzo Martínez. *J. Área de Calidad. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Directora. Journal of Healthcare Quality Research*

M.^a Concepción Fariñas Álvarez. *Jefa de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

🕒 10:30 - 11:00 PAUSA CAFÉ

🕒 11:00 - 12:30 MEJORES COMUNICACIONES

AUDITORIO

Modera: **Marta Macías Maroto.** *Presidenta del Comité Científico del XLI Congreso de SECA*

🕒 12:30 - 13:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA

AUDITORIO

Marius Lekker. *Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Creador de contenido*

🕒 13:00 - 13:30 ENTREGA DE PREMIOS Y ACTO DE CLAUSURA

AUDITORIO

XLI CONGRESO SECA 2025

MADRID
22, 23 Y 24 DE OCTUBRE

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

Sociedad Científica
AIMCA
Asociación Madrileña de Calidad Asistencial

Abbott

ALEXION
AstraZeneca Rare Disease

astellas

AstraZeneca

Boehringer
Ingelheim

Cátedra de Innovación
Y Gestión Sanitaria

CLUB
EXCELENCIA
EN GESTIÓN

CB
CONSULTORIA

CSL

dexcom

Eisai

ferrer
for good

GRÜNENTHAL

KYOWA KIRIN

MSD

NOVARTIS

novo nordisk®

novotec

ORGANON

Otsuka Lundbeck

OXIMESA
NIPPON GASES

Pfizer

Pharming®

QUMEA

RATENOW

relyens
GRUPO MUTUALISTA EUROPEO
SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

sanofi

solventum

UIC
barcelona

UNE
Normalización
Española

Indice General

PRESENTACIÓN	3
COMITÉ DIRECTOR.....	4
COMITÉ CIENTÍFICO	5
PROGRAMA MIÉRCOLES 13	7
PROGRAMA JUEVES 14.....	13
PROGRAMA VIERNES 15	22

Indice Comunicaciones

ID	TÍTULO	PAG
1	EL PROYECTO BEWAYAPDS: MEJORES PRÁCTICAS PARA CONTRIBUIR A LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA APDS EN ESPAÑA	41
2	FROM PILOT TO PRACTICE: AN INTERNATIONAL APPROACH TO DRIVING INNOVATION ADOPTION IN HOSPITALS.....	42
3	CULTURA INNOVADORA Y LIDERAZGO DISTRIBUIDO: PLANTEAMIENTO DE UN PROGRAMA DE EMBAJADORES/AS DE INNOVACIÓN EN UN HOSPITAL	43
4	INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LA TRANSFORMACIÓN DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: IMPACTO EN LA SEGURIDAD.....	44
5	MEJORA EN LA COMUNICACION DE INFORMACION EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE CON UNA BIBLIOTECA DE PILDORAS INFORMATIVAS	45
6	PREVECARDIO: ¿UN FUTURO CRIBADO CARDIOVASCULAR PARA LA POBLACIÓN ENTRE 50 Y 75 AÑOS?	46
8	“PONLE A TODO CHECK” - MEJORA INTEGRAL DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: USABILIDAD, REALIZACIÓN Y REGISTRO.	47
9	PROYECTO DOCENTE PARA INCREMENTAR LA COMPETENCIA DE LIDERAZGO ENTRE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	48
10	IMPACTO DEL BIENESTAR LABORAL EN LA CALIDAD ASISTENCIAL	49
12	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO Y LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS CON CAOGULOPATÍAS EN EL SISTEMA DE SALUD	50
13	EVALUACIÓN DE LA CONIZACIÓN CERVICAL: CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UNIDADES DE COLPOSCOPIA	51
14	ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES RECIBIDAS EN EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN EL PERÍODO 2022-2024.....	52
15	CONSENSO DELPHI MULTIDISCIPLINAR PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL ABORDAJE DE LA OSTEOPENIA: RECOMENDACIONES CLÍNICAS	53
16	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO Y SEGURIDAD DE UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE EN BASE AL ANÁLISIS DE INDICADORES	54
17	OPTIMIZAR LA EFICIENCIA DEL QUIRÓFANO MEDIANTE LA MEJORA DE LA PLANIFICACIÓN CON METODOLOGÍA LEAN.....	55
18	IMPULSANDO LA ECONSULTA COMO INTERCONSULTA CLÍNICA ASÍNCRONA ENTRE PROFESIONALES ASISTENCIALES.....	56
19	INVESTIGACIÓN SOBRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO, MEDIRLO PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN.....	58
20	LA VISIÓN DEL PACIENTE EN LA MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES.....	59
21	EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL.....	60
24	UTILIZACIÓN DE ULTRASONIDOS EN LA TÉCNICA DE GASOMETRÍA ARTERIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	61
25	IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CODIFICACIÓN AUTOMÁTICA EN URGENCIAS: MEJORAS EN LA GESTIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL	62
26	OPTIMIZACIÓN DE LA TRAZABILIDAD TRANSFUSIONAL INTRAOPERATORIA: RESULTADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	63
27	IMPLEMENTACIÓN DE UN JOURNAL CLUB COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO	65
28	LA AMENAZA DE LOS MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES : VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL	66
29	CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS: ESTUDIO TRANSVERSAL	67
30	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA.....	68
31	PROYECTO PARA LA ELABORACIÓN DE UNA APP DISEÑADA PARA DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	69
32	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRAS LA COLOCACIÓN UN CATÉTER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO BRAQUIAL	71
33	INNOVACIÓN SANITARIA A TRAVÉS DEL ARTE, EL DISEÑO SOSTENIBLE Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL HOSPITAL DE SANT PAU	72
34	SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ACCIÓN: ESTRATEGIA ESCALONADA E INTEGRACIÓN DOCUMENTAL PARA UNA SEGURIDAD DEL PACIENTE	73
37	AMFE EN VENA: SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL PROCESO DE EXTRACCIONES.	74
38	GUÍA DE ACOGIDA VIRTUAL AL PACIENTE EXTERNO EN CONSULTAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	75
40	REFERENTES CON PROPÓSITO: TEJIENDO CULTURA DE SEGURIDAD DESDE EL LIDERAZGO COMPARTIDO	76
41	ENFERMERÍA DE PREVENTIVA LIDERA LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS: EXPERIENCIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR.....	77
42	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: DESARROLLO PROPIO PARA CONOCER A TIEMPO REAL LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS.....	78
43	EL CÓDIGO QR, HERRAMIENTA FACILITADORA PARA REFORZAR INDICACIONES E INFORMACIONES DIRIGIDAS A LOS USUARIOS	79
44	LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO CLAVE PARA LA MEJORA DE OS PROCESOS ASISTENCIALES	80

45	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	81
46	BOLETINES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. HERRAMIENTA DE CULTURA DE SEGURIDAD	82
47	ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR: EXPERIENCIA FORMATIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	83
48	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD. UNA VISION MULTIDISCIPLINAR.....	84
49	APLICACIÓN DEL GEMELO DIGITAL PARA LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CONSULTAS EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	85
50	OPTIMIZAR LA HIDRATACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: BIOMARCADORES COMO CLAVE PARA MAYOR SEGURIDAD DE LAS MUJERES	86
51	CADA ESPACIO, UN RIESGO O UNA OPORTUNIDAD: IMPLANTACIÓN DE 5S EN ÁREAS CRÍTICAS HOSPITALARIAS	87
52	IMPLANTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI MEDIANTE EL LIDERAZGO Y ALIANZAS CON LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL	88
53	GESTIÓN PROACTIVA DEL RIESGO: UN CASO DE EFECTO CORING ABORDADO DESDE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS.....	89
54	UNA INTERVENCIÓN EN LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS A TRAVÉS DE CATÉTER PICC MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	90
56	TRANSFORMANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL: ESTRATEGIAS DE ÉXITO EN UN CENTRO DE SALUD	91
57	PROFESIONALES CON VOZ: LA CALIDAD NACE DEL RECONOCIMIENTO Y LA ESCUCHA.....	92
58	TEJIENDO REDES CON NUESTROS PACIENTES: UNA ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	93
59	USO SEGURO DE LA INSULINA: ERRORES QUE ENSEÑAN, PRÁCTICAS QUE SALVAN.....	94
61	CENTROS DE SALUD, FARMACIAS Y ENTIDAD DEL TERCER SECTOR: SINERGIA DE CALIDAD CONTRA LA POBREZA FARMACÉUTICA EN ESPAÑA	95
62	ESTRATEGIA ÚNICA DE GESTIÓN DE RIESGOS: UN ENFOQUE 360.....	96
63	MAS ALLA DEL MOVIMIENTO: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBREL PROGRAMAS EJERCICIO FISICO Y REALIDAD VIRTUAL EN HEMODIALISIS.....	97
67	TRANSFORMANDO LA SEGURIDAD ONCO-HEMATOLÓGICA: RESPUESTAS EFECTIVAS ANTE LA NOTIFICACIÓN DE EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS	98
68	CALIDAD Y SEGURIDAD EN DESARROLLO DE DISPOSITIVO EXTERNO DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA DEPENDIENTE DE HOSPITAL TERCIARIO	99
69	DE LA ACTIVACIÓN A LA REPERFUSIÓN: CÓDIGO ICTUS	100
70	MEJORA EN LA GESTION MEDIOAMBIENTAL.REDUCCIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES DE CLASE III EN LA UCI	101
71	UN EQUIPO DE TRABAJO HUMANIZADO	102
72	EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD	103
73	DISPONER DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS, UN RETO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS	104
74	PREVALENCIA DE LA SARCOPENIA EN PACIENTES CON ERCA Y SU EVOLUCIÓN TRAS EL INICIO DE TRATAMIENTO CON DIÁLISIS	105
75	PROYECTO DE ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO	106
76	RFID: TECNOLOGÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y TRANSFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE MATERIALES EN UN ÁREA QUIRÚRGICA.....	107
77	PREVALENCIA DE SUPERVIVIENTES A LARGO PLAZO DE CÁNCER DE MAMA. ¿PAPEL MAS RELEVANTE PARA ATENCIÓN PRIMARIA?.....	108
78	CONTROL DE RIESGOS EN EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA MEJORAR LA LEGIBILIDAD DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	109
79	HACIA LA EXCELENCIA EN RESULTADOS MEDIANTE LA MEJORA CONTINUA: 10 AÑOS DEL MODELO GLOBAL DE CALIDAD	110
80	LA PARTICIPACIÓN PERMANENTE: LOS PACIENTES COMO ACOMPAÑANTES DE CONFIANZA EN LA MEJORA Y EN LA ESTRATEGIA	111
81	MITIGACION DEL IMPACTO DE LAS INTERRUPCIONES DE TRATAMIENTO EN ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	112
82	IMPACTO EN PRÁCTICA CLÍNICA AL INCORPORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AL PROCESO: TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	113
83	MEJORA ASISTENCIAL CONSEGUIDA POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA "TERT" DE CALIDAD EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.....	114
84	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	115
85	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO MOTOR DEL CAMBIO: IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA UNE 179003-2013 EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA	116
86	SISMA: DETECTAMOS ANTES, ACTUAMOS MEJOR.....	117
87	COBERTURA DE VACUNACIÓN FRENTE AL NEUMOCOCO: UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	118
88	MATIA: INNOVACIÓN EN CONTROL DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO MEDIANTE IA	119
89	FLUENCY DIRECT: USO DE LA IA EN LA AUTOMATIZACIÓN DE LA CREACIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA MEDIANTE RECONOCIMIENTO DE VOZ.....	120
90	HOSPITAL 360: TU REPOSITORIO DEFINITIVO	121
91	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE PROYECTOS INNOVADORES.....	122
92	"ASIGNA" GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS. UN NUEVO ENFOQUE.....	123
95	CONTENCIONES MECÁNICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS	124
97	CONSULTA ENFERMERA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. MEJORA DE SEGURIDAD CLÍNICA Y ATENCIÓN PERSONALIZADA	125
98	LIDERAZGO Y METODOLOGÍA ENFERMERA PARA TRANSFORMAR LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL CON CALIDAD Y SEGURIDAD	126
99	MAPEO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE PUERTAS ABIERTAS	127
100	VISIÓN INCLUSIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD VISUAL Y ATENCIÓN A LA BAJA VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.	128
101	MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	129
104	ANÁLISIS DE UN INCIDENTE EN EL CUIDADO DE HERIDAS CRÓNICAS.....	130
105	MEDICIÓN DEL ÉXITO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA POST-IAM: EL PAPEL DEL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD	131
106	PROYECTO GRAVITATE-HEALTH: G-LENS COMO HERRAMIENTA DIGITAL PARA EL EMPODERAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS	132

107	EXPERIENCIAS DE SEGUNDA VÍCTIMA EN ENFERMERAS DE UCI: UN ESTUDIO MIXTO.	133
108	GESTION DE CASOS 360°. ENFERMERÍA INNOVADORA AL SERVICIO DEL PACIENTE ÚNICO.	134
109	EL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN ACTIVO IMPORTANTE PARA LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA ASISTENCIAL.....	135
110	OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO INICIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: COORDINACION DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA Y FARMACIA	136
111	EXPERIENCIA PACIENTE DE LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	137
112	MEJORA DEL COTINUUM ASISTENCIAL A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS.....	138
113	MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA CONVENCIONAL.....	139
114	PAREDES QUE SANAN: HUMANIZANDO LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS.....	140
115	ESCUCHANDO AL PACIENTE: USO DE PLAENSA EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	141
116	DRENAJES PERCUTÁNEOS: AVANZANDO HACIA LA SEGURIDAD, HOMOGENIZACIÓN Y CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS	142
117	TALLER MULTICOMPONENTE PARA MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS: LECCIONES APRENDIDAS.....	143
118	HEALTH CARE WITHOUT HARM: DE UNOS PEQUEÑOS PASOS A UN SALTO GIGANTE EN PRO DE LA SALUD PLANETARIA.....	144
119	DE PREVENIR LA ENFERMEDAD A GAMIFICAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: "NOS CUIDAMOS PARA CUIDARTE"	145
120	CULTURA VERSUS PERCEPCIÓN: TOMANDO EL "PULSO" EN MODO CATCH-UP.....	146
121	CERO DE MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLOGÍA ENVIADAS A LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.....	147
122	COORDINACIÓN DE CALIDAD JACIE EN UN PROGRAMA DE TPH-TC.....	148
123	"ANTES DE ACTUAR, VERIFICA"	149
124	PLANIFICACIÓN DEL PLAN FUNCIONAL EN LA APERTURA DE HOSPITALES O SERVICIOS: ESTRATEGIAS Y GUÍA METODOLÓGICA.....	150
125	EQUIPOS QUE TRANSFORMAN: IMPLEMENTACIÓN DE AMFES EN PROCESOS CRÍTICOS DE URGENCIAS	151
126	PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADAS CON SONDAGE VESICAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	152
127	INCORPORANDO "LA VOZ DEL PACIENTE" EN LA GESTIÓN Y EL REDISEÑO DE PROCESOS.....	153
128	DEL PROCESO AL PACIENTE: RESULTADOS DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL.....	154
129	RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA Y REDUCCIÓN DE EMISIONES DE CARBONO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.....	155
130	EL IMPULSO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA EN LA FORMACIÓN CON ENFOQUE COMUNITARIO.....	156
131	INDICADORES DE AGRESIVIDAD TERAPEUTICA Y ATENCIÓN POR SERVICIOS DE SOPORTE EN LEUCEMIAS.....	157
133	PROYECTO DE MEJORA DEL DESCANSO NOCTURNO, DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN DESDE LA VOZ DEL PACIENTE Y LOS PROFESIONALES.	158
134	EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CONSORCIO SANITARIO.....	159
135	EL VALOR DE LA PREGUNTA CUALITATIVA EN UNA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD, MÁS ALLÁ DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	160
136	PROYECTO DEIKEA, APLICACIÓN DEL METODO LEAN EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE.	161
137	SESIONES DE REPORTING DE LOS COMITÉS ASISTENCIALES TRANSVERSALES CON LA DIRECCIÓN. NOS ALINEAMOS Y AVANZAMOS JUNTOS.....	162
138	USO DE LEAN HEALTHCARE EN UN LABORATORIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA DE UNA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	163
139	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	164
140	OPTIMIZACIÓN DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE	165
141	ENFERMERÍA, ACTOR CLAVE EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA	166
144	FARMACIA CENTRALIZADA EN NEONATOLOGÍA: MINIMIZANDO RIESGOS Y MAXIMIZANDO SEGURIDAD	167
145	ASEGUANDO LA CALIDAD MICROBIOLÓGICA: EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA ASÉPTICA EN PERSONAL TÉCNICO DE FARMACIA	168
146	CULTURA Y FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: "ACADEMIA CAZA RIESGOS".....	169
147	IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DEL PROCESO ASISTENCIAL.....	170
148	DEL CAOS A LA COORDINACIÓN: INTERCONSULTA DIGITAL PARA MEJORAR EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS.....	171
150	PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA EN PROYECTOS EUROPEOS	172
151	PROYECTO: HACIA LA CONTENCIÓN CERO EN EL AMBITO SANITARIO. COHORTE PROSPECTIVA.....	173
153	LA EXCELENCIA, EL HÁBITO DE LA MEJORA CONTINUA	174
154	DIFERENCIAS POR SEXO EN EL MESOTELIOMA: PERPESCTIVAS DESDE UN REGISTRO DE CÁNCER MULTICÉNTRICO HOSPITALARIO.....	175
155	RIESGO DE CÁNCER EN UN REGISTRO POBLACIONAL DE PACIENTES DIALIZADOS Y TRASPLANTADOS RENALES	176
156	IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL ESTADIO DEL CÁNCER AL DIAGNÓSTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO HOSPITALARIO (2016-2023).....	177
157	DECIDE SALUD. TOMA DECISIONES COMPARTIDAS EN HEMATOLOGÍA: DANDO VOZ AL PACIENTE	178
158	EL RETRASO DIAGNÓSTICO Y SU IMPACTO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS.....	179
159	IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA INTERACTIVA PARA LA CONSULTA DE RESULTADOS ESTADÍSTICOS EN UN REGISTRO DE CÁNCER.....	180
160	TIEMPO HASTA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES RARAS EN ESPAÑA	181
161	ESTRATEGIAS DE AUTOGESTIÓN Y CALIDAD EN ENFERMERÍA MEDIANTE TECNOLOGÍA DIGITAL"	182
162	CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA: INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	183
163	INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS	184
164	DE LA PRESCRIPCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN: MEJORAS INTEGRADAS EN EL SISTEMA ELECTRÓNICO PARA UNA FARMACOTERAPIA SEGURA	185

166	METODOLOGIA LEAN, ESENCIAL PARA OPTIMIZAR LA SUBETAPA "CT DE PLANIFICACIÓN" EN EL PROCESO DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO.....	186
167	ESTANDARIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: MEJORANDO LA SEGURIDAD Y LA EFICIENCIA EN LA MEDICACIÓN	187
168	DE SINOIRES A CISEMADRID: EXPERIENCIA DEL CAMBIO Y SU IMPACTO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	188
169	UNVEILING DISPARITIES IN HYPERKALEMIA MANAGEMENT: A NATIONWIDE MULTICENTER ANALYSIS OF GUIDELINE ADOPTION IN SPAIN.	189
170	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN VISUAL EN PULSERA DE IDENTIFICACIÓN.....	190
171	MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA EPOC	191
172	PERFIL BIOQUÍMICO DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO PARA MEJORAR EL CONTROL Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	192
173	INCIDENCIA DE LAS EXTRAVASACIONES EN EL HOSPITAL DEL DÍA MÉDICO COMO ELEMENTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	193
174	MODELO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA PARA LA AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS DOCUMENTALES: CASO DE UN ASISTENTE VIRTUAL CON IA	194
176	RESPIRO PARA FAMILIAS: UN NUEVO SERVICIO CON ELLAS Y PARA ELLAS.....	195
177	CO-DISEÑO PROGRAMA FORMACIÓN PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO, PRIMER TOUCH POINT CON PACIENTES.....	196
178	CÓMO ACERCAR LA ESTRATEGIA A LA ORGANIZACIÓN: PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS	197
179	"ACTIVA-MENTE": TECNOLOGÍA Y EVIDENCIA CLÍNICA PARA FRENAR EL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES.....	198
180	INNOVACIÓN DEL SERVICIO DE PREPARACIÓN AL NACIMIENTO DESDE LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA.....	199
181	ESTANCIA SEGURA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA MEJORAR LA IMPLICACIÓN DE PACIENTES EN SU SEGURIDAD	200
182	EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS EN REPER: DEL DESARROLLO A LA IMPLEMENTACIÓN	201
183	LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EXPRESADA MEDIANTE LAS ENCUESTAS POR SMS	202
184	DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.....	203
185	¿DAMOS A LOS PACIENTES LA INFORMACIÓN QUE NECESITAN? ANÁLISIS MEDIANTE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	204
186	INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS SMGI EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL	205
187	DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO ANUAL DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TERAPIA DE HEMODIÁLISIS.....	206
188	ESTRATEGIA CON EVIDENCIA: UNA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO INTEGRAL.....	207
189	CALIDAD ASISTENCIAL, EL IMPACTO DE LA MEJORAS EN LOS PROCESOS DEL PERSONAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS.....	208
190	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA HOSPITALARIA: ESTANDARIZACIÓN Y TRAZABILIDAD	209
191	COMITÉ DE ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. CONTRIBUCIÓN A ELIMINAR PRÁCTICAS POCO EFECTIVAS	210
192	COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA EN DERIVACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR.....	211
194	CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCIÓN INTEGRADA: EXPERIENCIA DE ÉXITO EN CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA-RESIDENCIA GERIÁTRICA	212
195	TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN OBESIDAD GRAVE: MENOS ESPERA, MÁS VALOR ASISTENCIAL	213
196	EL DOLOR TIENE PERFIL: ¿CÓMO INFLUYE EL TIPO DE PACIENTE EN LA FIABILIDAD DEL DOLOR AUTOREGISTRADO?.....	214
197	CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA	215
198	IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES COMO SEGUNDAS VÍCTIMAS.....	216
199	ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES. RECOMENDACIONES DE NO HACER Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	217
200	BENCHMARKING ENTRE HOSPITALES EN INDICADORES PREANALÍTICOS	218
201	EMPODERAR A LOS PACIENTES: UN RETO INEXCUSABLE.....	219
202	INNOVACION EN CALIDAD ASISTENCIAL: REDISEÑO DE LA RUTA DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS MEDIANTE LEAN HEALTHCARE	220
203	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS EN UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁMBITO SANITARIO	221
204	CIRUGÍA SEGURA Y ... HUMANA	222
205	EVALUACIÓN DEL CLIMA LABORAL EN EL LABORATORIO: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA	223
206	¿CÓMO MEJORAR UNA INTERVENCIÓN DIGITAL A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)?.....	224
207	MEJORANDO LA ATENCIÓN DIGITAL EN DOLOR CRÓNICO A TRAVÉS DE LA VOZ DEL PACIENTE	225
209	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS SERVICIOS DE NEFROLOGÍA: UNA METODOLOGÍA "LEAN".....	227
210	ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN PROCESO DE CERTIFICACIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE NIVEL III	228
211	OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRANSFERENCIA DE AMBULANCIAS EN EL SERVICIO GENERAL DE URGENCIAS.....	229
212	ALINEACIÓN ESTRATÉGICA EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO DE PSIQUIATRÍA: DEL PLAN DE SALUD A LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	230
213	DESIMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE BAJO VALOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	231
214	MEDIDA DEL SESGO DE SELECCIÓN EN UN REGISTRO CÁNCER HOSPITALARIO: GEOLOCALIZACIÓN Y RAZÓN DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA.....	232
215	"PROYECTO AVANZA": UN MODELO DE PARTICIPACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN	233
216	"CONSTRUYENDO SENSACIONES: EL AVANCE DE UN PROPÓSITO HOSPITALARIO"	234
217	IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE PACIENTES VULNERABLES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.	236
218	SOSTENIBILIDAD Y USO DE GUANTES: EL PRÓXIMO RETO.....	237
219	GESTION CAMPAÑA DE VACUNACIÓN MASIVA EN ATENCION PRIMARIA: GRIPE Y COVID.....	238
220	GESTION CAMPAÑA DE VACUNACIÓN GRIPE Y COVID 2024/25 EN RESIDENCIAS	240
223	DISMINUCIÓN LEAD TIME DEL PROCESO QUIRÚRGICO AMBULATORIO (LEAN SIX SIGMA)	242

224	AMFE (ANÁLISIS MODAL FALLOS Y ERRORES) DE LA GESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN BLOQUE QUIRÚRGICO	243
225	PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA.....	244
226	FORMACIÓN EN GESTIÓN DE RIESGOS COMO OPORTUNIDAD DE COHESIÓN Y MEJORA EN EL CONTEXTO DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS.....	245
227	EL RETO DE LA CERTIFICACIÓN UNE 179006: UNA OPORTUNIDAD PARA EL APRENDIZAJE Y LA SISTEMATIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	246
228	EL OTRO LADO DE LA CAMA EN EL PROCESO DE AYUDA A MORIR	247
229	MANEJO ENFERMERO DE LA MUCOSITIS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN RADIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO	248
231	ESTRATEGIA PROA EN INFECCIONES URINARIAS NO COMPLICADAS: MENOS FLUOROQUINOLONAS, MEJOR CALIDAD ASISTENCIAL	249
232	¿LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PUEDE FACILITAR EL TRABAJO DE LA COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS?.....	250
233	INTEGRACIÓN DE PROMS EN UN CUADRO DE MANDO CLÍNICO PARA MEJORAR UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN APNEA DEL SUEÑO	251
235	ESTRATEGIA FORMATIVA "SEGURIDAD EN LA INMUNIZACIÓN" PARA RESPONSABLES DE VACUNAS 2025	252
236	PROCESO ASISTENCIAL EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN UN ÁREA SANITARIA INTEGRADA DE EXTREMADURA	253
237	GESTIÓN DE PRIVILEGIOS CLÍNICOS EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL.....	254
238	DE LA RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTERNA PARA IMPULSAR LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL.....	255
240	MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE INDICADORES DE SEGURIDAD MEDIANTE SU MONITORIZACIÓN EN TIEMPO REAL	256
241	CASO DE ÉXITO. ADOPCIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN VALOR EN EL PROCESO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	257
242	AUTOMATIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LOS COMITÉS DE TUMORES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	258
244	PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA VALIDACIÓN DOCUMENTAL DENTRO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN POR LA SALUD.....	259
245	URGENCIAS Y SEGURIDAD DE PACIENTES: UNA NECESIDAD Y UN DESAFÍO.....	260
246	INDICADORES DE CALIDAD ADECUADOS, ESENCIALES PARA A MEJORA CONTINUA DEL PROCESO "TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA".....	261
248	DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: PUESTA EN MARCHA DEL CONSEJO ASESOR DE PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD.....	262
249	CALIDAD QUE ACOMPAÑA: GESTIÓN EN DIÁLISIS PERITONEAL	263
250	¿ESTAMOS APLICANDO ADECUADAMENTE LAS MEDIDAS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES DE LUGAR QUIRÚRGICO?: COBERTURA E IMPACTO	264
251	EXPERIENCIA DE APOYO A PROFESIONALES IMPLICADOS EN EVENTOS ADVERSOS	265
252	ESCUELA DE ABUELAS Y ABUELOS	266
254	EVALUACIÓN Y MEJORA DEL REGISTRO DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN PACIENTES CON INGRESO HOSPITALARIO	267
255	IMPACTO ECONÓMICO DE LA PROLONGACIÓN HOSPITALARIA POR CAÍDAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.....	268
256	IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DETECCIÓN DE LA GAMMAPATÍA CLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE	269
257	ANÁLISIS DEL ECOSISTEMA DEL HOSPITAL DENTRO DEL MODELO EFQM.....	270
258	EL ROL DE LA GESTIÓN AMBIENTAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CONSTRUYENDO UN FUTURO SALUDABLE, SEGURO Y SOSTENIBLE.	272
259	ELABORACIÓN DE CLINICAL PATHWAYS DEL PROCESO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: UNA OPORTUNIDAD DE ESTANDARIZACIÓN	273
260	HACIENDO CAMINO EN SALUD COMUNITARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	274
261	BUSCANDO LAS PALANCAS QUE AUMENTEN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACIÓN.....	275
262	ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CRIBADO DE CÁNCER.....	276
263	ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA MEJORA CONTINUA DE UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA A TRAVÉS DE UNA ACREDITACIÓN HOSPITALARIA.....	277
264	MÁS ALLÁ DEL CATÉTER: ESTRATEGIAS INTELIGENTES PARA PREVENIR LA FLEBITIS.	278
265	DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS: UNA ESTRATEGIA PROACTIVA PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES	279
266	MODELO INTEGRAL DE AUDITORÍAS INTERNAS EN UNA INSTITUCIÓN MONOGRÁFICA Y MULTICÉNTRICA: EVOLUCIÓN DE RESULTADOS.....	280
267	IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS AUDITORES INTERNOS COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD	281
268	ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA.....	282
269	PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS, UN EQUIPO: IMPLEMENTANDO DECISIONES COMPARTIDAS EN ONCOLOGÍA	283
270	ACREDITACIÓN EUROPEA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ONCOLÓGICA Y LA MEJORA DE LOS RESULTADOS EN CÁNCER.....	284
271	ESTUDIO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	285
272	HACIA UN ESPACIO DE DATOS SANITARIOS PARA USO SECUNDARIO EN INVESTIGACIÓN ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	286
274	CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA: GESTIÓN INTEGRAL COMPARTIDA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA CON PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS	287
275	ACOMPANAR SIN QUEBRARSE: EFECTO DE UNA FORMACIÓN EN FINAL DE VIDA SOBRE EL BIENESTAR EMOCIONAL DEL PERSONAL ENFERMERO.	288
276	EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN DE AUDITORÍAS DE SOSTENIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	289
278	VALORACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA.....	290
279	MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: SCREENING DE FRAGILIDAD EN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA	291
280	OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL CONTROL DEL DOLOR BASADAS EN RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES	292
281	CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON UN ESTADO DE SALUD EXTREMADAMENTE DETERIORADO 7 DÍAS DESPUÉS DEL ALTA	293
282	GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE RESPONSABLES DE CENTRO	294
283	ACTUALIZANDO NUESTROS CONOCIMIENTOS.....	295
284	IMPLEMENTACIÓN DE UN DASHBOARD CON POWER BI PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN.....	296
285	ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA COMUNIDAD	297

286	SIMULACIÓN CLÍNICA: HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO Y DEMENCIA.....	298
287	INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA.....	299
288	ALFABETIZACION DIGITAL EN MI COMUNIDAD	300
289	RADAR DEL PATIENT JOURNEY: UNA HERRAMIENTA QUE DEMOCRATIZA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y ACELERA LA MEJORA ASISTENCIAL	301
291	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS EN VACUNACIÓN DE HERPES ZOSTER EN ATENCIÓN PRIMARIA E IMPACTO EN PACIENTES CON COMORBILIDADES	302
292	DESARROLLO DE SISTEMA DE ALERTAS PARA NOTIFICAR HALLAZGOS INESPERADOS ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA.	303
293	2 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN PACIENTES INICIALMENTE DESCARTADOS PARA PODER REALIZARSE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA.....	304
294	SE PUEDE CONSEGUIR, PERO CUESTA. CREACIÓN DE UNA ASOCIACIÓN AUTONÓMICA DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE PACIENTES.....	305
295	RECONOCER EL MÉRITO Y PONERLO A TRABAJAR. LA ACADEMIA DE DOCTORES Y LAS JORNADAS DE INVESTIGACIÓN	306
296	"MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE A TRAVÉS DE LA OPTIMIZACIÓN DE LA RESONANCIA	307
297	ALIANZA HOSPITAL-AYUNTAMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN ANUAL DE JORNADAS ABIERTAS PARA PREVENCIÓN 1ª Y 2ª DEL CÁNCER DE MAMA.....	308
298	SEGURIDAD CLÍNICA EN ESTUDIO MULTICÉNTRICO: UNIFICAR CUIDADOS, PREVENIR LESIONES EN PACIENTES CRÍTICOS EN DECÚBITO PRONO	309
299	USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y UCI: AVANZANDO HACIA LA SUJECIÓN CERO	310
300	TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN: UN ESPACIO DE MEJORA PARA UNA EXPERIENCIA MÁS HUMANA Y CENTRADA EN EL PACIENTE.....	311
301	INFORMES DE ALTA MÁS CLAROS: SUMANDO OTRAS VOCES.....	312
302	MEJORANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN ÁREA ASISTENCIAL DE AP	313
303	TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE INCIDENTES: HACIA UNA CULTURA DE APRENDIZAJE Y DESCENTRALIZACIÓN	314
304	VIGILANCIA ACTIVA DE EPC EN PACIENTE DE RIESGO: UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	315
307	CUIDADOS PALIATIVOS TEMPRANOS PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	316
308	SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA PARA REDUCIR REINGRESOS.....	317
309	HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN TIEMPO REAL: MAPA DE SITUACIÓN DE URGENCIAS INFANTIL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	318
310	REGISTRO DIGITAL DE ACTIVIDAD FORMATIVA Y CIENTÍFICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA.....	319
311	ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA IA GENERATIVA EN LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN CONSULTAS Y URGENCIAS.....	320
312	EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA POR SERVICIO DE REHABILITACIÓN.....	321
313	PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGO PARA LA REDUCCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DE VIOLENCIA: DE LA PLANIFICACIÓN AL ÉXITO.....	322
314	PROYECTO CORPORATIVO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO	323
315	PERSPECTIVA DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA Y LESIONES UNGUEALES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO	324
316	ADECUACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE HOMBRO EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y ACCIONES DE MEJORA	325
317	PROCESO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA: ETAPAS, HERRAMIENTAS Y TRAZABILIDAD	326
318	MODELO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE ATENCIÓN AGUDA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ACREDITACIÓN 2024	327
319	CICLO DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA CON INGRESO HOSPITALARIO.....	328
320	INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA LA MEJORA CONTINUA	329
321	CUANDO INNOVAR ES SOSTENER: EL DESAFÍO DE MANTENER LA EXCELENCIA EN CUIDADOS.....	330
323	INCIDENCIA DE PBO SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, FINANCIACIÓN Y UNIDAD NEONATAL EN ESPAÑA (2021-2023)	331
324	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	332
325	ORALMED: FLEBITIS ZERO-MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	333
326	INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA: EL ROL DEL ADMINISTRATIVO COMO REFERENTE PARA LOS USUARIOS EN CENTROS DE SALUD.....	334
327	ENTREVISTA PRESENCIAL COMO RESPUESTA ANTE RECLAMACIONES DE TRATO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (CATALUÑA, 2024-2025)	335
328	MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN	336
329	PACIENTE EXPERTO EN BIENESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. TALLER GRUPAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	337
330	ADECUACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	338
331	DESAFÍO DEL CICLO DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN POSITIVA	339
332	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS Y USO DE GUANTES, EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA UCI.	340
333	ESTUDIO PILOTO DE HEMATOGERIATRÍA. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	341
334	CUMPLIMIENTO DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN CERVICALGIA Y SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL EN TRABAJADORES EN BAJA LABORAL.....	342
335	INNOVACIÓN Y TRAZABILIDAD EN PRODUCTOS SANITARIOS: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO 4S	343
336	INNOVACIÓN FORMATIVA EN UCI: IA Y VISITA VIRTUAL PARA IMPULSAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD ASISTENCIAL	344
337	EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE UNA MUTUA LABORAL	345
339	TRANSFORMACIÓN DE LOS COMITÉS DE TUMORES INTERDISCIPLINARES A TRAVÉS DE LA ACREDITACIÓN OEI.....	346
341	DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTERACTIVO PARA EL ANÁLISIS DE INDICADORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.	347
342	IMPACTO DE LA TELEPSICOLOGÍA EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN DEL TRASTORNO MENTAL EN UNA MUTUA LABORAL ..	348
343	ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN DE PRACTICAS INNECESARIAS, DE BAJO VALOR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	349
344	NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DE PRUEBAS BIOQUÍMICAS EN VALORES CRÍTICOS: EXPERIENCIA PRÁCTICA DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO.....	350
346	OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON EPOC INSTITUCIONALIZADO	351

347	ACTUACIÓN DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS TRAS INFORMACIÓN DEL CESE DE COMERCIALIZCIÓN DE INSULINAS INNOLET	352
348	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES INSTITUCIONALIZADO.	353
349	VOCES PROFESIONALES ANTE LAS INEQUIDADES EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: DESAFÍOS DESDE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	354
350	IA PARA CLUSTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DE INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	355
351	EXPERIENCIA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ATENCIÓN PRIMARIA (AP), ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH) CENTROS SOCIO SANITRIOS (CSS)	356
352	EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTES EN ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y ANESTÉSICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA.....	357
353	PERCEPCIÓN DE FAMILIARES SOBRE INEQUIDADES EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: UNA LLAMADA A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	358
354	RELACIÓN ENTRE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y LA CULTURA PROFESIONAL.....	359
355	KIT DE TRASLADO DE MIEMBROS AMPUTADOS: ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE UTILIZA Y CÓMO LO VALORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?.....	360
356	INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE LA IMAGEN EN LAS PROYECCIONES RADIOLÓGICAS DE COLUMNA CERVICAL	361
357	DESARROLLO Y ADAPTACIÓN DE UNA PLATAFORMA DIGITAL EDUCATIVA PARA EL EMPODERAMIENTO EN SALUD	362
358	TIPOLOGÍA Y NIVEL DE PRIORIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS EN EL ENTORNO AMBULATORIO DE UNA MUTUA LABORAL.....	363
359	DESARROLLO DEL MENTORING PARA INCORPORAR CALIDAD SANITARIA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UNA MUTUA LABORAL	364
360	RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA IA EN RADIODIAGNÓSTICO (EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO)	365
361	DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	366
362	CÓMO EL DAFO IMPULSA LA TRANSFORMACIÓN DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA HOSPITALARIO.....	367
363	DE LA EVALUACIÓN A LA TRANSFORMACIÓN: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EN UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	368
364	DEPARTAMENTO DE SALUD ATRAYENTE: CREANDO LAZOS ENTRE LAS PERSONAS.....	369
366	IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA GESTIÓN DEL CÓDIGO ICTUS: UNA EXPERIENCIA DE DIGITALIZACIÓN.....	370
367	HACIA UNA CULTURA DEL DIÁLOGO EMPÁTICO: NUEVO MODELO PARA ABORDAR LAS RECLAMACIONES DE TRATO ASISTENCIAL	371
368	LA FAMILIA EXPERTA, NUEVA FIGURA DE APOYO EMOCIONAL Y FUNCIONAL PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS POR DEBUT DIABÉTICO	372
369	IMPLEMENTACIÓN DE INTERCONSULTA VIRTUAL A GENÉTICA CLÍNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA: CLAVE EN LA MEJORA	373
370	ESTANDARES DE CALIDAD SANITARIA EN CENTROS AMBULATORIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN UNA MUTUA LABORAL	374
371	ESTUDIO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA.....	375
372	PUESTA EN MARCHA DE UNA PLATAFORMA VIRTUAL PARA MEJORAR LA COOPERACIÓN ENTRE LA UNIDAD DE CALIDAD Y LOS LABORATORIOS.....	376
373	SUPERANDO BARRERAS, VISUALIZANDO FUTURO: EVOLUCION DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA ENFERMERA EN UN CENTRO DE SALUD	377
374	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE RESPUESTA ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA.....	378
375	INNOVACIÓN EN EL ROL DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA EN SALA DE PARTOS: CALIDAD, HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD ASISTENCIAL	379
376	INTEGRACIÓN DE LA CODIFICACIÓN CIE-10-ES COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS.....	380
377	DE LA PERCEPCIÓN A LA ACCIÓN: EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES COMO RESPUESTA A LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	381
378	MEJORA DE LA INDICACIÓN Y REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. PROYECTO IRCON.....	382
379	ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO	383
380	IMPACTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA.....	384
381	IMPACTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN QUIRÚRGICA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	385
382	VALIDACIÓN TRANSCULTURAL Y PSICOMÉTRICA DE LA SNF-TRIGGER TOOL EN ATENCIÓN INTERMEDIA: RESULTADOS PRELIMINARES	386
383	TELEDERMATOLOGIA EN PRACTICA CLÍNICA.....	387
384	FARMACOVIGILANCIA EN FARMACIA COMUNITARIA: IMPACTO DE UN PROYECTO PILOTO EN LAS NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE RAM	388
385	CRIBADO DE MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES TRASLADADOS DESDE OTROS CENTROS: IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	389
386	DETECCIÓN PRECOZ DE MULTIRRESISTENTES CON BIOLOGÍA MOLECULAR: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA	390
387	TRANSMISIÓN CRUZADA DE MULTIRRESISTENTES EN COMPAÑEROS DE HABITACIÓN: IMPACTO EN LA SEGURIDAD Y PROPUESTAS PREVENTIVAS	391
388	MEJORA ASISTENCIAL EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA: ESTANDARIZACION DEL PROCESO CLÍNICO	392
389	IMPLEMENTACIÓN DE DELTA CHECK EN LA MEDICIÓN DE CREATININA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA VALIDACIÓN DE RESULTADOS	393
390	OHSIRIS - ESPACIO ABIERTO DE DATOS DE SALUD PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y SERVICIOS INDUSTRIALES BASADOS	394
391	FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES CLÍNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN.....	395
392	HACIA UNA DIÁLISIS RESPONSABLE: UNA DÉCADA DE EVIDENCIAS, CULTURA DE SOSTENIBILIDAD Y ESTRATEGIA ODS.....	396
394	MEJORA DEL DIAGNÓSTICO, EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	397
395	DIGITALIZACIÓN INTEGRAL DEL SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE INDICADORES EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA	398
396	CUIDANDO EL BIENESTAR DEL PROFESIONAL SANITARIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: LA SEMANA DE LA SALUD COMO MOTOR DE CAMBIO	399
397	PROYECTO DE AMFE PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PACIENTES QUE SE VAN A SOMETER A CIRUGÍA ORTOPÉDICA/TRAUMATOLÓGICA	400
398	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA.....	401
399	IMPLANTACIÓN DEL VÍDEO COMO APOYO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS	402
400	DORMIR NO ES UN LUJO: VI-QUIET	403
401	IMPLICANDO A UN EQUIPO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD.	404
402	PROGRAMA MULTIMODAL PARA LA MEJORA EN LA VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN UNIDADES RESPIRATORIAS	405

403	PROGRAMAS FORMATIVOS Y UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD: ¿NOS ALIAMOS?	406
404	CADA GOTA CUENTA: TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE HEMOCOMPONENTES CON ENFOQUE LEAN	407
405	CORAZÓN EN RED: TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL PROCESO DE REALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE ECG EN EL ENTORNO HOSPITALARIO	408
406	ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE HEMOGLOBINA GLICADA (HBA1C): IMPACTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y REGLAS DE RECHAZO	409
407	IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LA PERSONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	410
408	CURSO DE EXCELENCIA ON-LINE EN HABILIDADES COMUNICATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	411
409	MEJORA DE LA ADHERENCIA Y TÉCNICA INHALADORA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PRIMARIA	412
410	SISTEMA AUTOMATIZADO DE TRANSPORTE DE MUESTRAS: GARANTÍA DE CALIDAD EN TIEMPO Y TEMPERATURA SEGÚN ISO 15189	413
411	IMPACT OF ANTIMICROBIAL-RESISTANT BACTERIAL PNEUMONIA ON IN-HOSPITAL MORTALITY AND LENGTH OF STAY: A NATIONWIDE STUDY	414
412	IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS	415
413	IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTUDIO DESCRIPTIVO INSTITUCIONAL 2023-2024	416
414	TUMORES INFANTILES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA (PERIODO 2015-2019)	417
415	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON CÁNCER BRONCOPULMONAR A TRAVÉS DE UN REGISTRO DE TUMORES	418
416	EVALUACIÓN DEL PROPÓSITO DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA	419
417	ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL AÑOS 2015 A 2019	420
418	TÚ TAMBIÉN CUENTAS	421
419	MEDICINA COLABORATIVA: GERIATRÍA TRANSVERSAL	422
420	CUADRO DE MANDOS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA IA EN LA PREDICCIÓN DE LA DEMANDA EN URGENCIAS: PROYECTO INURGE	423
421	EXPERIENCIA PACIENTE SOBRE LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE VISIÓN E IA: UN CASO DE USO EN LA TELE REHABILITACIÓN	424
422	EFICIENCIA Y PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA A TIEMPO REAL: EL ROL DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL DINÁMICO	425
423	DEL DIAGNÓSTICO A LA DIGNIDAD: HUMANIZACIÓN EN CADA FASE DE LA ATENCIÓN SANITARIA	426
424	MEJORA EN CALIDAD Y SEGURIDAD TRAS CREAR UN PROTOCOLO COMPARTIDO DE ESTERILIZACIÓN EN 5 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	427
426	PREVENCIÓN DEL EMPEORAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MEDIANTE MONITORIZACIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL	428
427	ALIANZAS ESTRATÉGICAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCARIO	429
428	DISEÑO DE CUADRO DE MANDO PARA GOBERNANZA ENFERMERA EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA PILOTO	430
430	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES CON NECESIDAD DE CURAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA	431
431	PROYECTO YO SOY TÚ, EXPERIENCIA DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	432
432	OPTIMIZACIÓN DE LA DEMANDA EN CONSULTAS TELEFÓNICAS MEDIANTE RESPUESTA DE VOZ INTERACTIVA (IVR)	433
433	LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA SANITARIA: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS	434
434	INADECUACIÓN DE LAS CERTIFICACIONES MEDIOAMBIENTALES EMAS AL ÁMBITO SANITARIO: EXPERIENCIA DE HOSPITAL COMARCAL	435
435	FORMACIÓN EN MINUTOS, IMPACTO DURADERO: PÍLDORAS DE CALIDAD EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	436
437	ESTUDIO A TRAVÉS DEL CMDB SOBRE DEPRESIÓN E INSOMNIO COMO POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL	437
438	ACCESO A LA VACUNACIÓN DE ALTO RIESGO: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE INMIGRANTES Y POBLACIÓN NACIONAL	438
439	CENTRANDO LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)	439
440	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ALERTAS ENTRE SERVICIO DE RADIOLOGÍA Y LOS CENTROS DE SALUD DE REFERENCIA	440
441	SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA (SMCG) PARA PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: MÁS ALLÁ DEL PINCHAZO	441
442	REGISTRO DE INDICADORES DE PROCESO EN EL MANEJO INTERHOSPITALARIO DE LA SEPSIS (RSIXS-CODIGO SEPSIS)	442
443	ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD AJUSTADA POR SHOCK SÉPTICO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA. REGISTRO RADAR-SEPSIS	443
444	IMPACTO DE LA FIGURA DEL INFORMADOR DE URGENCIAS EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	444
445	UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS POR LA POBLACIÓN INMIGRANTE VS. POBLACIÓN LOCAL EN UN CENTRO SANITARIO	445
446	PERFIL DEL PACIENTE QUE REALIZA PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN (PREP) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	446
447	SIAP ONLINE	447
448	TRANSFORMAR EL DOLOR EN CONFIANZA: CLAVES DE UNA EXPERIENCIA POSITIVA	448
449	MÁS ZAPATILLAS Y MENOS PASTILLAS: EL EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO ALIVIA EL DOLOR Y REDUCE VISITAS AL SISTEMA SANITARIO	449
450	CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES EN ESPAÑA	450
451	REVALIDAR NO ES REPETIR: AVANZAR CON ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN REAL HOSPITALARIA	451
452	ABORDAJE FARMACOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: SIN PAUSA... ¿PERO CON PRISA?	452
453	ENCUESTAS AUTOMATIZADAS CON IA Y SIN COSTE: UNA SOLUCIÓN REPLICABLE PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	453
454	LA ESCUELA DE PRÓTESIS: UNA EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE ORIENTADA A LA CALIDAD ASISTENCIAL	454
455	COMPETENCIAS EN CALIDAD ASISTENCIAL. PROYECTO GOTA: GESTIÓN, ORGANIZACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y APORTACIÓN DE VALOR	455
456	CÁLCULO DEL ERROR MÁXIMO PERMITIDO (EMP) EN PIPETAS DE LABORATORIO	456
457	IMPLEMENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DÍA	457
458	CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL	458
459	¿TENEMOS TODO LO NECESARIO PARA LA CIRUGÍA? ESTANDARIZACIÓN COMO CLAVE DE CALIDAD	459

460	ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA.....	460
461	TRATAMIENTO CON ROMOSUZUMAB: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD EN VIDA REAL	461
462	TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES OROFACIALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PARA FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA.....	462
463	COORDINACIÓN ENTRE REHABILITACIÓN Y UCI Y UNIDAD DE GRANDES QUEMADOS.....	463
464	GESTIÓN CON IMPACTO: INTEGRACIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO PROFESIONAL Y PROCESOS	464
465	ADECUACIÓN DE LA SOLITUD DE PROTEINOGRAMAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO: HACER VS NO HACER.....	465
466	HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD: EVALUACIÓN ESTRUCTURADA DE LA INFORMACIÓN PARA PACIENTES.....	466
467	IMPLEMENTACIÓN DEL TELETRABAJO PARA COORDINADORAS DE ENFERMERÍA Y COORDINADORAS TÉCNICAS EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN.....	467
468	INTEGRACIÓN DE SIFCO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: EFICIENCIA Y SEGURIDAD	468
469	INPATIENT QUALITY INDICATORS (IQI) COMO BRÚJULA ESTRATÉGICA DE VALOR Y MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	469
470	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS PARA GESTIÓN DE CITAS	470
472	DISEÑO DE UNA NUEVA ESTRUCTURA DE GESTIÓN POR PROCESOS ALINEADA CON LA NUEVA ESTRATEGIA Y LA DETECCIÓN DE NECESIDADES.....	471
473	CUANDO EL PACIENTE TAMBIÉN REDISEÑA: LEAN PARTICIPATIVO EN MEJORA ASISTENCIAL	472
474	CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE HOSPITALES EN ESPAÑA.....	473
477	ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SEGURIDAD PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD.....	474
478	REVISAR LO DIAGNOSTICADO: CUANDO RESTAR ES SUMAR EN SEGURIDAD.....	475
479	INFOFARMA: CUANDO LOS ERRORES DE MEDICACIÓN INSPIRAN UNA SOLUCIÓN TECNOLÓGICA Y DE APRENDIZAJE ORGANIZATIVO.....	476
480	¿CÓMO MEJORAR EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA AUTOFORMACIÓN?	477
481	¿INFLUYE LA EXISTENCIA DE ESTRUCTURAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS CENTROS SANITARIOS?	478
482	LA HUMANIDAD COMO BASE DE LA CALIDAD: SEMBRANDO VOCACIÓN DESDE LA DOCENCIA Y LA ENTREGA	479
483	OPTIMIZAR LA PRESCRIPCIÓN DE FENTANILO ORAL TRANSMUCOSO: PREVENIR EL DESVÍO Y USO INDEBIDO.....	480
484	REVISIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE POLIMEDICADA CON SPD PRIVADO: OPORTUNIDAD PARA LA SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL	481
485	UNA HERRAMIENTA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS PARA NO CONFORMIDADES EN EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DE FARMACIA.....	482
486	CUIDAR DESDE LA EXACTITUD: APRENDER A CALCULAR PARA NO FALLAR	483
487	REFLEXIONAR PARA HUMANIZAR: TUTORÍAS CLÍNICAS COMO SEMILLA DE UNA ENFERMERÍA MÁS CONSCIENTE.....	484
488	NO ES NECESARIO REALIZAR CISTOSCOPIA EN LA MAYORÍA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VEJIGA HIPERACTIVA.....	485
489	INNOVACIÓN EN CONTROL DE INFECCIONES: OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS Y ALERTAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	486
490	USO DE IA GENERATIVA PARA AUDITAR CODIFICACIÓN CLÍNICA: MEJORA DE LA COMPLEJIDAD, CALIDAD Y EFICIENCIA ASISTENCIAL	487
491	INCORPORACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA: PROYECTO GELTRU.....	488
492	HOSPITAL CON CORAZÓN: CUANDO LA CALIDAD TAMBIÉN SE MIDE EN ABRAZOS, CONFIANZA Y ESCUCHA	489
493	DEPURACIÓN DE LISTAS DE ESPERA CON ALMA: PROYECTO DE MEJORA EN MEDICINA NUCLEAR	490
494	IMPLANTACIÓN DE LA APP "MASTURSALUD" EN UN ÁREA SANITARIA: MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD MEJORAMOS LA EFICIENCIA.....	491
495	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA "NO ASISTENCIA A CONSULTAS": UN PROBLEMA DE TODOS.....	492
497	PROYECTO OPTIMUS: OPTIMIZAR CONSULTAS Y PRUEBAS PARA ELIMINAR LAS QUE NO APORTAN VALOR.....	493
498	CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL: PROTOCOLOS CLÍNICOS, GUÍAS Y HOJAS INFORMATIVAS	494
499	CITE: PERSONALIZACIÓN DEL NPS PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LA EXCELENCIA CLÍNICA.....	495
500	ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA EN ESPAÑA: PERCEPCIÓN PROFESIONAL Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	496
501	MEJORA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) CON LA NORMA DE CALIDAD ISO 9001	497
502	SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) SEGUN LA ISO 9001.	498
503	ABORDAJE DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS, UN COMPROMISO DE FUTURO	499
504	UNA EXPERIENCIA, UNA VOZ: MEDICIÓN DE LA ATENCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO.....	500
505	SESIONES CLÍNICAS DE EQUIPO: ACERCANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) A LOS PROFESIONALES	501
506	CRECIENDO EN CALIDAD: 99 CERTIFICACIONES Y 9 NORMAS INTEGRADAS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO.....	502
507	AUMENTO DE CASOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JÓVENES (15-19 AÑOS) DETECTADOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	503
508	REDUCCIÓN HUELLA MEDIOAMBIENTAL FACTURACIÓN ASISTENCIAL	504
509	HUMANIZACIÓN EN LA INFORMACIÓN AL PACIENTE FACTURADO POR ASISTENCIA SANITARIA.....	505
510	CALIDAD Y MEJORA DE LA GESTION – GESTION DE REGISTRO DE INCIDENCIAS	506
511	SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. TAMIZAJE EN CENTROS EDUCATIVOS.....	507
512	ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL ENTORNO LABORAL DEL SERVICIO DE GESTIÓN ECONÓMICA (SGE)	508
513	ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA DE TALENTO POR JUBILACIÓN EN EL Sº DE GESTIÓN ECONÓMICA (SGE).....	509
514	MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PAGO DE FACTURAS DE LOS PROFESIONALES QUE IMPARTEN CURSOS EN EL HOSPITAL	510
515	EFFECTIVIDAD DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA EN LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN HOSPITALIZACIÓN	511
516	EVOLUCIÓN DE LA DISCAPACIDAD MENTAL E INTELECTUAL EN JÓVENES EN ESPAÑA LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN ESPAÑA (2019-2023)	512
517	ABORDANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ANTIOTERAPIA: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS	513

518	EL MODELO EFQM 2025 Y LA PLANIFICACIÓN DE UNA GERENCIA DE CUIDADOS: RETO Y REALIDAD	514
519	"PUNTO DE ENCUENTRO ATENCIÓN PRIMARIA (AP): 3 TEMPORADAS"	515
520	ACTIVIDAD DEL FARMACEUTICO DEL EQUIPO PROA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	517
521	DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA EVALUAR LA DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS DE BASE ALCOHÓLICA PARA LA HIGIENE DE MANOS.....	518
522	SEGUIMIENTO DE LA DIABETES MEDIANTE HBA1C CON DISPOSITIVO POINT-OF-CARE (POCT):	519
523	TRANSFORMACIÓN DEL PROCESO FARMACOTERAPEUTICO EN HOSPITAL DE SALUD MENTAL: 10 AÑOS MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	520
524	MEJORA EN EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES INCORPORANDO LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE.	521
526	¿POR QUÉ NO APLICAR LA METODOLOGÍA LEAN-SIX SIGMA EN LA GESTIÓN DE LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN?	522
527	CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA: PRACTICA CLÍNICA DE ESCASO VALOR Y PUNTOS CRÍTICOS EN LA PRESCRIPCIÓN.....	523
528	DESARROLLO DE UN PLASMA RICO EN PLAQUETAS EFICIENTE.....	524
529	APAGÓN GENERAL: ABORDAJE DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA DESDE EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE.....	525
531	ANÁLISIS DE INCIDENTES EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO: DIFICULTADES PARA IMPLEMENTAR BARRERAS	526
532	ACTIVIDAD DEL GRUPO PROA Y EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADOS EN SU CONSUMO	527
533	REVOLUCIONANDO LAS URGENCIAS: MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR PARTE DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES	528
534	PRE-RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTRATEGIA PROACTIVA PARA FORTALECER LA CULTURA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL	529
535	AUMENTANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CRUCIAL LA FORMACION Y LA CONCIENCIACION	530
536	IMPACTO DEL CAMBIO DE PROTOCOLO DE INGRESOS MÉDICOS DESDE URGENCIAS	531
537	FORMACIÓN DE GESTORES DE RIESGOS EN EL MARCO DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN: RESULTADOS Y APRENDIZAJES	532
538	NEED: UNA HERRAMIENTA PARA ESTRUCTURAR LA EDUCACIÓN AL PACIENTE	533
539	MODELO DE GOBIERNO MULTIDISCIPLINAR PARA LA GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	534
540	DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECK-LIST DE SALUD Y SEGURIDAD PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGURA.....	535
541	ALINEANDO CALIDAD ASISTENCIAL, BUENAS PRÁCTICAS Y ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA EN PROYECTO INTERGENERACIONAL.....	536
542	CUANDO MEDIR CAMBIA LA PRÁCTICA: MEJORA DEL PROCESO DEL USO DE TEST VISCOELÁSTICOS EN UNA UCI	537
543	HERRAMIENTA PARA LA SUPERVISIÓN DEL SERVICIO DE COCINA: DE LA SANCIÓN A LA PREVENCIÓN.....	538
544	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS: EJE EN LA CAPACITACIÓN DE LÍDERES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.	539
545	CREACIÓN DE UNA IA CAPAZ DE PREDECIR Y REDUCIR EL GASTO DE HEMOCOMPONENTES	540
546	EVALUACIÓN PROCEDIMIENTO TSNU EN OBESIDAD MÓRBIDA	541
547	GESTION DEL RIESGO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: MAPA VISUAL	542
549	ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DIAGNÓSTICA PARA REFORZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL.....	543
550	MODELO PROPIO DE GESTIÓN Y RECONOCIMIENTO PARA IMPULSAR LA TRANSFORMACIÓN	544
551	PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE UN MODELO PROPIO DE GESTIÓN Y RECONOCIMIENTO A UNIDADES ASISTENCIALES	545
552	UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD: EVALUACIÓN DEL EMPLEO DE OPIOIDES MAYORES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO	546
553	CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN HOSPITAL COMARCAL	547
554	ESTRATEGIA PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNÓSTICO DE CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	548
555	IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL PARA REALIZAR TRANSFUSIONES EXTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.	549
556	SISTEMA DE ALERTAS INFORMATICAS PARA LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.	550
557	EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MEDIANTE LISTAS DE VERIFICACIÓN	551
561	QUÉ SUPONE UNA CERTIFICACIÓN UNE (UNE179003)	552
562	EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL PROGRAMA EDUCATIVO" VIVIENDO PLENAMENTE"	553
563	CINCO AÑOS FORMANDO EN SEGURIDAD DEL PROCESO DE INMUNIZACIÓN.....	554
564	IMPACTO DE AUDITORÍAS FORMATIVAS EN LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS	556
565	HERRAMIENTAS DE GESTIÓN PARA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA	557
566	MODIFICACIÓN DE LAS NOTAS DE CITA Y REPROGRAMACIÓN PARA UNA ATENCIÓN MÁS ACCESIBLE Y AMABLE.....	558
567	APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN PARA AUMENTAR LA ACTIVIDAD DEL GABINETE DE HEMODINÁMICA.....	559
568	IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	560
569	PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	561
570	PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	562
571	CREACIÓN DE UN EQUIPO DE INFUSIÓN Y ACCESO VASCULAR.....	563
572	CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD: MEDIR PARA MEJORAR.....	564
573	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD LIBRE DE SUJECIONES: INNOVACIÓN, SEGURIDAD Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	565
574	INTEGRACIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN VALOR Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS.....	567
575	CREANDO OPORTUNIDADES PARA FOMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	568
576	HOSPITALES QUE PROMUEVEN LA SALUD: UNA ESTRATEGIA ORGÁNICA PARA UN NUEVO PARADIGMA QUE SE EXPANDE.....	569
577	SALUD PSICOSOCIAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: QUÉ PODEMOS HACER DESDE SALUD LABORAL	570

578	ANÁLISIS COMPARATIVO DE NEUMONÍAS COVID-19 Y NO COVID-19 EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL EN 2º SEMESTRE DE 2024	571
579	RESUMEN DE LA GUÍA "IT EN UNA PÁGINA "	572
580	INNOVACIÓN Y HUMANIZACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS	573
581	TALLERES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES	575
582	DE ABAJO HACIA ARRIBA: PROYECTOS PARA IMPULSAR LA COMUNICACIÓN ASCENDENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.	577
583	REDUCIENDO EL RIESGO DE CAÍDAS EN LA COMUNIDAD: IMPACTO DE UN ENFOQUE INTEGRAL.	578
584	ACTIVIDAD FÍSICA Y OSTOMÍA: EDUCACIÓN SANITARIA DESDE LA FISIOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	579
585	PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA: EDUCACIÓN SANITARIA DESDE LA FISIOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE CALIDAD ASISTENCIAL	580
586	MANEJO DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA OSCILANTE ACAPELLA EN ADULTOS CON HIPERSECRECIÓN BRONQUIAL EN UCI	581
588	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SOBRE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA.....	582
589	¿PODEMOS IMPULSAR LA ACCESIBILIDAD SIN PERDER LONGITUDINALIDAD? PROYECTO DE MEJORA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	583
590	SISTEMATIZACIÓN DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	584
591	MEJORA DEL MANEJO DEL CÓDIGO PPT (PACIENTE POLI TRAUMÁTICO) EN UN HOSPITAL DE NIVEL 4	585
592	ESCUCHAR PARA TRANSFORMAR: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA VALIDACIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EPID	586
593	BOTIQUÍN EN REVISIÓN: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	587
594	DOCE MESES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL ENSAYO CLÍNICO SINERGIAPS2.....	588
595	LONGITUDINALIDAD Y DEPRESCRIPCIÓN.....	589
596	IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA SINERGIAPS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD	590
597	CONTENCIÓN MECÁNICA: ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS Y CONTEXTUALES EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	591
598	DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA COLABORACIÓN MÉDICO-FARMACÉUTICO	592
599	INCORPORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL ECZEMA CRÓNICO DE MANOS (PROYECTO ECZPERIENCE)	593
600	DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE CIRCUITOS DE EUTANASIA: EVALUACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE CALIDAD ASISTENCIAL	594
601	PROCESO DE GESTIÓN DEL ALTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. EVALUACIÓN Y MEJORA.....	595
602	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL PESO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO	596
603	USO INADECUADO DE URGENCIAS PARA OBTENCIÓN DE MEDICACIÓN: IMPACTO EN LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD.....	597
604	ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PREVIO A LA INSTAURACIÓN DE UNA NUEVA TERAPIA DE SEDACIÓN INHALADA EN UCI.....	598
605	RONDAS DE SEGURIDAD COMO ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS	599
606	GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: CUADRO DE MANDO EN POWER BI.	600
607	ESTRATEGIAS BASADAS EN MACHINE LEARNING: UNA REVISIÓN DE SU APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	601
608	OPEN DISCLOSURE. COMUNICACIÓN HONESTA Y TRANSPARENTE TRAS UN EVENTO ADVERSO.	602
609	IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (SINASP) EN ATENCIÓN PRIMARIA.	603
610	GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: RULEQ EXPRESS – ACTIVIDAD EXTRAORDINARIA.....	604
611	REVELANDO LA VERDAD OCULTA: QUÉ Y CUÁNTO SE INFRANOTIFICA EN LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CON DAÑO.....	605
612	LA INTEGRACIÓN LABORAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: UN PROYECTO COLABORATIVO PUBLICO PRIVADO	606
613	CAMINO HACIA LA EXCELENCIA: ESTRATEGIAS PARA LA DESIGNACIÓN COMO CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS.....	607
614	ESTUDIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LEAN HEALTHCARE APLICADO A LA OPTIMIZACIÓN DE TRASLADOS HOSPITALARIOS	608
615	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE EXTRACCIONES ANALÍTICAS EN PACIENTES INGRESADOS EN ORTOGERIATRIA.....	609
616	ACTUACIÓN DE UN EQUIPO DE GERIATRIA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	610
617	VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y LA RELACIÓN CON EL RECURSO AL ALTA	611
619	PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL CÁNCER DE MAMA.....	612
620	EQUIDAD EN EL ACCESO A LA INNOVACIÓN: DIGITALIZACIÓN CONSENSUADA DE PROMS EN REUMATOLOGIA	613
621	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN	614
622	APORTES DE LA EXPERIENCIA DE USUARIO/A EN LA MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES	615
623	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN: MOTOR DE LA ACREDITACIÓN JCI	616
626	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN CSMIJS: RESPUESTA ÁGIL Y CENTRADA EN LA PERSONA USUARIA.....	617
627	DOCUMENTAR PARA MEJORAR: CLAVES DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ROBUSTO.....	618
628	ADELANTARSE A LOS DESASTRES. PLAN DE CONTINGENCIA PARA UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.....	619
630	EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON HSOPS 2.0: ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN EN UN HOSPITAL ESPAÑOL.....	620
631	MÁS ALLÁ DE LOS NÚMEROS. REORGANIZANDO EL CUADRO DE MANDO PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA INTEGRAL.....	621
632	RECONOCER, MOTIVAR, RETENER: UNA ESTRATEGIA PARA FORTALECER EL SISTEMA SANITARIO DESDE DENTRO	622
633	INCORPORANDO LOS PROM A LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN CAMINO HACIA LA ATENCIÓN BASADA EN VALOR.....	623
634	RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HIPERFRECVENTADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	624
635	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE LOS PROGRAMAS ZERO EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS: EL ANTES Y EL DESPUÉS	625
636	MEJORA DE LA CALIDAD DE AUDITORÍA INTERNA A TRAVÉS DEL ESTUDIO Y FORMACIÓN EN REDACCIÓN DE HALLAZGOS	626

637	IMPACTO DE LA MEJORA DE RATIO DE ENFERMERÍA SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN UNIDADES DE AGUDOS DE ADULTOS	627
638	INDICADOR DE VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN LOS CONTRATOS DE GESTIÓN, UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA	628
639	TRAYECTORIAS QUE CUIDAN: EXPERIENCIA Y BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LA SALUD	629
640	MANUAL ORGANIZATIVO PARA REFERENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA	630
641	IMPACTO DE LA METODOLOGÍA HUDDLE EN LA MEJORA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN AGUDA.....	631
642	FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO DE HERRAMIENTAS DE NOTIFICACIÓN PARA PROFESIONALES EN FORMACIÓN.....	632
643	SIMULACIÓN CLÍNICA IN SITU: CLAVE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN AL CÓDIGO ICTUS	633
644	SIMULACIÓN CLÍNICA PARA VALIDAR EL PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	634
645	DE LA EVIDENCIA A LA GESTIÓN: INDICADORES "NO HACER" PARA IMPULSAR UN SISTEMA DE SALUD DE ALTO VALOR.....	635
646	CULTURA DE SOSTENIBILIDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA.....	636
647	ESTRATEGIA LEAN PARA AGILIZAR PROCESOS Y MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO.	637
648	EL DÍA QUE ATENCIÓN PRIMARIA PERDIÓ LA BATALLA DEL RELATO	638
650	IMPACTO DE LAS VISITAS NO PRESENCIALES EN LA HUELLA DE CARBONO	639
651	CREACIÓN DE ALERTA ELECTRÓNICA PARA REDUCIR ACONTECIMIENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL	640
652	ESTANDARIZACIÓN DE COMPETENCIAS EN DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA: DESARROLLO DE UNA CHECK LIST PARA TÉCNICOS	641
653	MAPA DE RIESGOS CRÍTICOS EN URGENCIAS: ACTIVIDADES CLAVE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	642
654	TRANSFORMAR LA CALIDAD DESDE LA EXPERIENCIA PACIENTE: UNA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA EN ATENCIÓN AMBULATORIA.....	643
656	ESTRATEGIAS EFICACES PARA LA GESTIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: HACIA UNA ATENCIÓN SANITARIA MÁS TRANSPARENTE.	644
657	ENFERMERIA FRENTE AL TABAQUISMO: EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD	645
659	CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD.....	646
660	¿CÓMO EVITAR OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA? ALERTAS AUTOMÁTICAS EN HISTORIA CLÍNICA.	647
661	LA SEGURIDAD AL LÍMITE: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO. PROYECTO MAR EN SAR.....	648
662	¿LAS RONDAS DE SEGURIDAD MEJORAN LA NOTIFICACIÓN? SÍ, PERO LIMITADAMENTE: ESTUDIO DE COHORTES HISTÓRICAS.....	649
663	INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	650
664	OBSERVACIONES Y VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y PERCIBIDA	651
665	INFORMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE COMITÉS, COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES.....	652
666	INFORMATIZACIÓN DE LOS CORTES OBSERVACIONALES DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	653
667	TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD MENTAL: "LA CASITA"	654
669	ATENCIÓN AL PACIENTE CON DESVIACIONES VERTEBRALES EN EDAD DE CRECIMIENTO.....	655
670	OPTIMIZACIÓN DEL SISTEMA DE CITACIONES Y LA COORDINACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA.....	656
672	DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA TRANSVERSAL DE FORMACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	657
673	MEJORA DE LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN Y SEGURIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES DE QUIRÓFANO A URPA	658
674	CALIDAD ASISTENCIAL Y ACCESIBILIDAD: ANÁLISIS DE OBJETIVOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.....	659
675	PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN EL ACCESO A LOS CRIBADOS DE CÁNCER MODELO DE NAVEGADOR DE SALUD.....	660
676	MEJORA DEL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CRÍTICOS A HOSPITALIZACIÓN: ANÁLISIS MEDIANTE DIAGRAMA DE FLUJO	661
677	INDICADORES PARA CUIDAR CON COMUNIDAD: EVALUACIÓN DE :ECOMENDACIÓN FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA.	662
680	PREVENCIÓN DE CAÍDAS: DEL ANÁLISIS REACTIVO AL ABORDAJE PROACTIVO MEDIANTE AUDITORÍAS ESTRUCTURADAS.....	663
681	GESTOR DE CASOS 360.....	664
682	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA SEGURA Y ALMACENAMIENTO ROBOTIZADO DE FÁRMACOS HOSPITALARIOS.....	665
683	EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO COMPARATIVO 2011–2024	666
687	BROTE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN UCI: EPIDEMIOLOGÍA Y SECUENCIACIÓN GENÓMICA.....	667
688	PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES SEGÚN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: REACREDITACIÓN CON ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR.....	668
689	EXPERIENCIA DEL PACIENTE MEDIANTE NET PROMOTER SCORE (NPS) EN CONSULTA DE VACUNACIÓN A PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS.	669
690	UTILIZACION PRACTICA CLINICA DE H RADAR EN EL SISTEMA GLOBAL DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA	670
691	VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE DISPOSITIVOS ENDOSCÓPICOS COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL	671
692	MEJORA DE LOS CUIDADOS BASADA EN DATOS DE LOS REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.....	672
693	PROGRAMA DE ACOGIDA A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN: LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CUIDADO DEL PROFESIONAL	673
695	HERRAMIENTAS DIGITALES CON VALOR AÑADIDO: CUANDO EL PACIENTE FORMA PARTE DEL DISEÑO	674
696	MEJORA CONTÍNUA IMPULSANDO LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA (HAI)	675
697	AUDITORÍA DE CARROS DE PARADA: MEJORANDO LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS	676
699	MEJORA EN EL USO Y REGISTRO DE LA FAJA PÉLVICA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	677
700	LA TENDENCIA CREA MODA: LA SALUD COMUNITARIA CON DATOS.....	678
701	TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: SIETE AÑOS DE APRENDIZAJE ORGANIZATIVO.....	679
702	FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA EN EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS COMPLEJOS	680

703	INICIO DE LA COMISIÓN DE HUMANIZACIÓN EN EL HOSPITAL: UN COMPROMISO CON LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	681
704	CUSTODIA DEL MEDICAMENTO PARA PREVENIR ROBOS, ABUSOS O EXTRAVÍOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.	682
705	SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO	683
706	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENTORNO RURAL: ABORDAJE COMUNITARIO Y COORDINADO DE CASO COMPLEJO CON DIABETES Y SOBRECARGA.....	684
707	VALOR PREDICTIVO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN EL ANÁLISIS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	685
709	"VULNERABLES": PLATAFORMA CLÍNICA PARA LA MEJORA DEL MANEJO DE INFECCIONES EN POBLACIONES DE RIESGO	686
710	IMPACTO DE LA ESTANDARIZACIÓN DEL MONITOR-DEFIBRILADOR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	687
711	¿CÓMO LIDERAR EQUIPOS MULTIGENERACIONALES?	688
712	U-MAX, TRAZABILIDAD DEL PROCESO URGENTE EN TIEMPO REAL	689
713	HACIA UN ENTORNO HOSPITALARIO MÁS VERDE: ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA AMBIENTAL.....	690
714	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON MR-LINAC: MENOS SESIONES, MENOS EMISIONES.....	691
715	CIRCUITO PARA EXTRACCIONES EN EL HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO	692
716	REDISEÑO DE PROCESOS PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA Y SEGURIDAD EN LA LINFOGAMMAGRAFÍA DEL GANGLIO CENTINELA.....	693
717	PARTICIPACIÓN PROFESIONAL PARA EL DISEÑO ESTRATÉGICO EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	694
718	DE LA REACCIÓN A LA PREVENCIÓN: AUDITORÍAS POST-INCIDENTE PARA LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE	695
720	¿A QUE RENUNCIAN LAS PERSONAS CUANDO CAMBIAN DE TRABAJO?	696
721	PERFIL DE LOS PROFESIONALES QUE NOTIFICAN EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	697
722	NECESIDAD DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN ANTE EL RECHAZO A LA VACUNACIÓN Y SUS DESAFÍOS.....	698
723	COMPARTIR LA EVALUACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN ANUAL DE ACCIONES VINCULADAS AL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	699
724	LÍNEA MEDIA ECO-GUIADA EN MEDIA ESTANCIA: MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL	700
725	EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA C.A. EMPODERANDO AL PACIENTE EN LA GESTIÓN DE SUS RESIDUOS SANITARIOS DOMICILIARIOS.....	701
726	OPTIMIZANDO LA GESTIÓN DE RRHH PARA MAXIMIZAR LA COBERTURA EN CENTROS DE SALUD ; UN CUADRO DE MANDO CON DATOS DIARIOS	702
727	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO.....	703
728	IMPULSANDO EL CAMBIO DESDE LA JUVENTUD: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE ESTUDIANTES EN RETOS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	704
729	CALIDAD ASISTENCIAL CON SENTIDO: HACIA UN SISTEMA BASADO EN VALOR, DATOS Y PARTICIPACIÓN.....	705
730	LA CULTURA DE PERTENENCIA FOMENTO DE LA EXCELENCIA	706
731	LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS.....	707
732	FARMARC: VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTE CRÓNICO EN URGENCIAS	708
733	SUMANDO A LA GESTION DE LOS RRHH DE LA GAAP; IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO ESPECÍFICO.....	709
734	DIGITALIZACIÓN DEL PROCESO DE MEDICIÓN DE INDICADORES: REDUCCIÓN DE TIEMPOS Y EFICIENCIA.....	710
735	ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS EN EL PROYECTO NACIONAL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SECA-FIDISP)	711
738	ADECUACIÓN DEL USO DE ONDANSETRÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	712
739	EVALUACIÓN EXTERNA EFQM POR SUBCRITERIOS: CUESTIÓN DE ESTRATEGIA.....	713
741	GESTIÓN DE RIESGOS MEDIANTE LEAN HEALTHCARE EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN: PRIORIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA.	714
742	CREACIÓN DE UNA COMISIÓN TÉCNICO CONSULTIVA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	715
744	PROTOCOLO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y GESTIÓN EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE	716
745	LÍNEAS MEDIAS, GRANDES IMPACTOS: UNA INTERVENCIÓN PARA CUIDAR EL CAPITAL VENOSO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.....	717
746	SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO: ANÁLISIS DE UN BROTE DE COVID-19 EN UNA RESIDENCIA.....	718
747	ENCUESTA AL COMITÉ DE PACIENTES SOBRE LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM).	719
748	¿SE PUEDE CONTROLAR EL RUIDO EN URGENCIAS?	720
749	DISEÑO DE UN SISTEMA SEGURO DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RELEVANTES	721
750	PRESCRIPCIÓN SEGURA DE BENZODIACEPINAS: ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES "NO HACER" EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	722
751	OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO: UNA RECOMENDACIÓN 'NO HACER' PARA PREVENIR LA ADICCIÓN	723
752	DISEÑO DE UN SERVICIO ASISTENCIAL PARA PRIORIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	724
753	LABORATORIO DE INNOVACIÓN	725
754	VOLUNTARIADO CON CORAZÓN HOSPITALARIO.....	726
755	PROYECTO SEÑALÉTICA: PICTOGRAMAS PARA UNA CIUDAD INCLUSIVA.....	727
756	PROYECTO BIEN-ESTAR.....	728
757	IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA	729
758	REACTIVANDO SINASP. TE APUNTAS?.....	730
759	FESIA GRASP & WALK: EXPLORANDO LA FES EN FUNDACIÓN HOSPITALARIAS TENERIFE	731
760	DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA EN DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES.....	732
761	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES (SGR) POR EL SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE	733
762	INFORME DE LOS RESULTADOS ENCUESTAS SATISFACCIÓN DE USUARIOS POST HOSPITALIZACION A TRAVÉS DE POWER BI.....	734

763	HABLANDO EL MISMO LENGUAJE: ESTRATEGIA PARA REDUCIR EL USO DE ABREVIATURAS EN LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.....	735
764	OPTIMIZACIÓN DEL TRASLADO DE PACIENTES DE UCI PEDIÁTRICA A HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE DIAGRAMA DE PROCESO.....	736
765	ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL DOLOR: ENFERMERAS REFERENTES	737
766	ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE NT-PROBNP EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.....	738
767	IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA TRANSFERENCIA DE URGENCIAS DE PEDIATRIA A HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRIA.	739
768	MEJORANDO PROCESOS CON LEAN: OPTIMIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO.....	740
770	ESTRATEGIA PARA LA INCORPORACION MASIVA DE MAS DE 1.400 PROFESIONALES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA.....	741
771	VALORACIÓN Y PREVALENCIA DEL DOLOR: QUÉ NOS DICEN LOS DATOS.....	742
772	ACTIVANDO LA MEJORA: EL IMPULSO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	743
773	ACTUACIONES PARA USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN POR EL PROFESIONAL.....	744
774	CÓMO RECICLAR EN EL CENTRO DE SALUD.....	745
775	PROMOCIÓN DEL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE CON ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL ARTE. UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.	746
776	TABACO Y MEDIO AMBIENTE	747
777	"CERO HUMO, POCO RIESGO": EL RETO DE LOGRAR UN HOSPITAL, 100% LIBRE DE HUMO.....	748
778	IMPLANTACIÓN ENCUESTA SATISFACCIÓN DE PACIENTES COMO MEDICIÓN DE LA CALIDAD EN LA COCINA HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.....	749
779	DEL INFORME A LA ACCIÓN: HERRAMIENTA INTERACTIVA PARA CONSULTA DE RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL	750
782	IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y LA NORMA ISO EN UN HOSPITAL DEL SEGUNDO NIVEL.....	751
783	GESTIÓN DE RECLAMACIONES HOSPITALARIAS. REVISIÓN DE CIRCUITOS Y MEJORAS	752
784	OPTIMIZACIÓN EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE COCLEAR.....	753
785	MEJORA EN LA PERCEPCION DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS TRAS LA ESTANDARIZACIÓN DEL CONTROL POR ENFERMERÍA.....	754
786	INFLUENCIA DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS DATOS OBJETIVOS DE MEJORA DE LOS PACIENTES	755
787	PLAN DE PROTECCIÓN DE SECUESTRO Y ROBO DE POBLACIÓN PEDIÁTRICA "NO ME DEJES SOLO".....	756
788	ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: CUÁNDO SE INICIA Y FACTORES ASOCIADOS.....	757
789	CAMBIO HACÍA LABORATORIO VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE AUTOMATIZACIÓN DE LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS	758
790	INDICADORES DE DESEMPEÑO AMBIENTAL: TRANSFORMACIÓN SANITARIA BASADA EN DATOS	759
791	EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.....	760
792	PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE VOLUNTARIADO EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL	761
794	DE LA GESTACIÓN AL POSTPARTO: UN ENFOQUE INTEGRADO Y DIGITALIZADO EN LA ATENCIÓN PERINATAL.....	762
795	DEL DIAGNÓSTICO AL DIALOGO: INFORMACIÓN Y FORMACIÓN PERSONALIZADAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	763
796	CON CADA REGISTRO, UNA HISTORIA PIDE AYUDA: LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	764
797	IMPLEMENTACIÓN DE TRIGGERS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS EN CÁNCER DE PULMÓN	765
798	EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN BASADA EN LOS MARCOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	766
799	SEGUIMIENTO DE PACIENTE NEONATAL CON LESIÓN TISULAR POR EXTRAVASACIÓN Y SU ANÁLISIS COMO EVENTO ADVERSO	767
800	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL.....	768
801	PEQUEÑAS PINCELADAS, GRANDES CAMBIOS: CONCURSO DE DIBUJO INFANTIL "TU CENTRO DE SALUD IDEAL"	769
802	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR PARA LA MEJORA DEL MANEJO EN PACIENTES POLISENSIBILIZADOS.....	770
803	RONDAS DE HUMANIZACIÓN: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA.....	771
804	MAPEANDO LOS AGUJEROS DEL QUESO: REVISIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	772
805	¿ESTAMOS IGNORANDO UNA AMENAZA SILENCIOSA? LA INERCIA TERAPÉUTICA COMO CAUSA FRECUENTE DE DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	773
806	BIBLIOTECA BREVE DE ATENCIÓN AL DOLOR, UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	774
808	CUIDADOS BÁSICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES.....	776
809	IMPACTO SANITARIO DEL PROGRAMA REGIONAL DE VACUNACIÓN PEDIATRICA FRENTE AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	777
810	CAPSAICINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ASOCIADO A LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA	778
812	REDUCCIÓN DE REGISTROS Y CAMINO DEL PAPEL ZERO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MEDIANTE LEAN	779
813	RATIO DE LAS RECLAMACIONES HOSPITALARIAS: UNA HERRAMIENTA DE BENCHMARKING	780
814	CÓDIGO PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA. MAPEO DE SU DISTRIBUCIÓN.....	781
815	MAS ALLA DE LA EXCELENCIA EN ATENCIÓN SANITARIA. EXCELENCIA EN RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA.....	782
816	ANÁLISIS DE COSTES EN EL TRATAIENTO DE UN PACIENTE VULNERABLE: PERSPECTIVA DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	783
817	ESCUELA DE CUIDADORES: ROL DE ENFERMERIA EN EL ACOMAÑAMIENTO Y FORMACIÓN DEL CUIDADOR DE UN PACIENTE CON ICTUS	784
818	SALA OBEYA: HACIENDO VISIBLE LOS PROYECTOS ESTRATEGICOS FRUTO DEL TRABAJO EN EQUIPO	785
819	LIDERAZGO HUMANIZADO: CONTRUYENDO EL HOSPITAL DEL FUTURO CON LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES CON METODOLOGIA LEAN	786
820	REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE ESPACIOS COMO PALANCA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES	787
821	TALLERES DE EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN CUATRO EDICIONES.....	788
822	IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE MEJORA DE PROCESOS Y LEAN HEALTHCARE PARA LA MEJORA CONTINUA EN UN CENTRO SANITARIO.....	789

823	IMPORTANCIA DE PROGRAMAS DE EJERCICIO FISICO Y SALUD	790
824	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO	791
825	GESTIÓN DEL APAGÓN ELÉCTRICO DEL 28 DE ABRIL DE 2025 EN UN HOSPITAL: LECCIONES APRENDIDAS	792
826	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: UNA ALTERNATIVA ACTUAL Y DE FUTURO	793
827	MEJORA DE LA BIOSEGURIDAD EN QUIRÓFANOS MEDIANTE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.....	794
828	MEDIDAS PREVENTIVAS (BUNDLE) DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA COLORRECTAL ¿DEBEMOS MEJORAR LOS REGISTROS?	795
829	EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR: TRES AÑOS DE MEJORA CONTINUA CON IMPACTO CLÍNICO Y ASISTENCIAL (2022–2025)	796
830	IMPLANTACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL.....	797
831	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE HOSPITAL “PAPEL CERO”	798
832	RUTA CLÍNICA INTEGRAL PARA EL CÁNCER DE PULMÓN: OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL	799
833	CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN UNA UNIDAD DE RECLAMACIONES PARA MEJORAR LA EFICACIA DE LA RESPUESTA AL USUARIO	800
834	ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO TRAS INTERVENCIÓN.....	801
836	CAMINO A LA HUMANIZACIÓN: EVIDENCIA DEL CAMBIO EN NUESTRA ORGANIZACIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL COMITÉ DE HUMANIZACIÓN.....	802
837	DEL ESTÁNDAR A LA EXCELENCIA: ARQUITECTURA DE UN MODELO SOSTENIBLE DE CALIDAD TRAS LA REACREDITACIÓN JCI	803
838	ACTITUD Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL	804
839	PROTOCOLOS Y PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICOS PARA EL MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO INFANTIL	805
840	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EXCELENTE: ADAPTACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL NO CONVENCIONAL A ESTÁNDARES JOINT COMMISSION	806
841	MEJORA DE LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS MEDIANTE MESA INTERDISCIPLINAR	807
844	DOLOR LUMBAR CRONICO. UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	808
845	INFORME DE USO Y OPTIMIZACIÓN DE APÓSITOS EN LESIONES POR PRESION.....	809
846	VALORACIÓN PRECAMPAÑA DE LA RETICENCIA Y MOTIVACIÓN HACIA LA VACUNACIÓN CONTRA GRIPE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	810
847	ACTITUDES Y ACEPTACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA GRIPE Y COVID-19 EN UN HOSPITAL TERCIARIO	811
848	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASOCIADAS AL VIRUS DEL PAPILOMA DE ALTO RIESGO EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX	812
849	DESARROLLO DE UN MODELO DE COMUNICACIÓN INTERNA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN SANITARIA	813
850	EVALUACIÓN DE TECNOLOGIA EN GESTION DE RRHH, UN EJERCICIO NECESARIO.	814
851	NOMINA CONECTA: AUTOMATIZACION DEL PAGO DE LAS REGULARIZACIONES POR ATENCION CONTINUADA.....	815
852	ASEGURANDO LA ACCESIBILIDAD AL TESORO MEJOR GUARDADO	816
853	CALIDAD ASISTENCIAL MÁS ALLÁ DE LA VIDA:IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001 EN LA UNIDAD DE MORTUORIO HOSPITALARIA.....	817
854	EL ROL DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA:AVANZADO EN LA PROFESIONALIZACIÓN.....	818
855	SIMULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA, RETOS Y LOGROS DE LOS EQUIPOS	819
856	¿CÓMO SE COMPORTAN LOS CICLOS DE MEJORA CONTINUA? UN EJEMPLO PRÁCTICO CON LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN	820
857	INTERVENCIÓN EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR EN ARTROPLASTIA DE RODILLA: CALIDAD ASISTENCIAL ENFOCADA EN EL PACIENTE	821
859	COORDINADOR DE TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, LÍDER FUNDAMENTAL PARA LA MEJORA CONTINUA	822
860	CERTIFICACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	823
861	EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE SOLUCIONES DE CLORURO POTÁSICO	824
866	MAMITOUR	825
867	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CERTIFICACIÓN ISO 9001.2015 CENTRALIZADO EN UN ÁREA DE SALUD	826
868	APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	827
869	RISLAB “HERRAMIENTA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGOS LABORALES” Y “ESPACIO ÁGORA” DE GESTIÓN DE CONFLICTOS INTERPROFESIONALES.....	828
870	TENIENDO EN CUENTA TODAS LAS AREAS:APORTACION DEL ÁREA DE GESTION, PARA UNA GESTION INTEGRAL E INTEGRADORA	829
871	PÍLDORAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA	830
872	EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) TRAS 23 AÑOS COMO LÍNEA ESTRATÉGICA: SOSTENER, TRANSFORMAR Y ENSEÑAR	831
874	IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN FORMATIVO EN HUMANIZACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MOTIVACIÓN Y BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES.....	832
875	IMPLANTACION DE UNA BUENA PRACTICA PARA EL USO SEGURO Y EXCEPCIOPNAL DE SUJECIONES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.	833
876	IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO DE MEJORA PARA OPTIMIZAR LA APLICACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS EN UN HOSPITAL	834
878	COMITÉ QUIRÚRGICO 360º: EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST PARA LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA	835
879	EL FACTOR HUMANO COMO ELEMENTO DE ÉXITO EN LOS RESULTADOS DE PROYECTOS INNOVADORES.....	836
880	EL CRIBADO NUTRICIONAL EN LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD. ESTUDIO PILOTO	837
881	GESTIÓN DE CALIDAD EN CIRUGÍA COLORRECTAL: USO DE MARCADORES NUTRICIONALES PARA OPTIMIZAR PROCESOS EN PREHABILITACIÓN.....	838
882	MEJORA CONTINUA EN ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: DIETA FÁCIL DEGLUCIÓN SEGÚN IDDSI PARA PACIENTES CON DISFAGIA.	839
883	IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRÁCTICA NO HACER SOBRE BUTILESCOPOLAMINA EN CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS.....	840
885	PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAS: UNA VÍA PARA LA CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ENTORNO SANITARIO.....	841
886	UNA SOCIEDAD PARA PROPAGAR LA CALIDAD ASISTENCIAL	842
889	IMPACTO DE LAS MEJORAS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE MAMA.....	843

891	ACERCANDO LOS DATOS, PARA UNA GESTIÓN ESTRATEGICA EFICAZ.....	844
892	CONSTRUYENDO LA SOCIEDAD DEL FUTURO, SEMBRANDO EN EL PRESENTE.....	845
893	IMPLANTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS MEDIANTE LA ESCALA MODIFICADA DE DOWNTOWN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	846
895	PROYECTO "MANOS SUCIAS ZERO"	847
896	PERCEPCIONES QUE IMPULSAN MEJORAS.....	848
897	DISEÑANDO NUESTROS LOGRO EN CONJUNTO:ENTRE TODOS UN HOSPITAL PARA TODOS.....	849
898	UNA RECLAMACIÓN..UNA REFLEXIÓN HUMANIZADORA PARA EL PROFESIONAL.....	850
899	ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD EN EL SECTOR SALUD	851
900	EVALUACIÓN DE TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN PUERTA DE HOSPITAL PARA REDUCIR RECLAMACIONES.....	852
901	EL RECONOCIMIENTO DE LOS VALORES DE UNA ORGANIZACIÓN POR SUS PACIENTES Y ACOMPAÑANTES.....	853
902	CONOCIENDO LOS MOTIVOS DE LA NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX, PODREMOS MEJORAR.....	854
903	ELIMINA NOMBRES PROPIOS PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION HOSPITALARIA	855
904	PRENDIENDO DE LOS EXPERTOS: JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS EN ACTUALIZACIÓN EN EL USO E INDICACIONES DE APÓSITOS	856
905	TRANSFORMACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI: ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL A TRAVÉS DE SAFETY I, II Y III.....	857
906	PACTO DE OBJETIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN INTEGRAL EN UN ÁREA SANITARIA.....	858
907	LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO EJE DE MEJORA EN EL PROCESO DE INGRESO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....	859
908	PREVENCION DE LA FLEBITIS QUÍMICA MEDIANTE ANALISIS E INCORPORACIÓN DE HERRAMIENTAS INTERACTIVAS.....	860
910	OPTIMIZACIÓN PROCESO RECOGIDA DE MUESTRAS EN PACIENTES MMR: UNA ESTRATEGIA EFICAZ PARA AUMENTAR DISPONIBILIDAD DE CAMAS.....	861
911	DIGITALIZACIÓN DEL CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN	862
913	IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE RONDAS DE SEGURIDAD SOBRE LA ADHERENCIA A BUENAS PRÁCTICAS EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN UCI	863
914	TRABAJANDO DESDE LO COMUNITARIO PARA LOGRAR EL BIENESTAR EMOCIONAL.....	864
915	EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	865
916	CERTIFICACIÓN UNE-EN ISO 9001:2015 DE UNA UNIDAD DE CALIDAD	866
917	LA ATENCIÓN PRIMARIA, EJE ESTRATÉGICO QUE CONTRIBUYE A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	867
918	EVALUACIÓN MEDIANTE AUDITORÍAS EXTERNAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROYECTOS ZERO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA	868
919	AUTOEVALUACIÓN DE LA MEJORA EN HIGIENE DE MANOS SEGÚN EL MARCO DE LA OMS: COMPARACIÓN 2013–2024 EN HOSPITALES PÚBLICOS	869
920	CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	870
921	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE PRODUCTOS SANITARIOS Y MATERIALES EN UNA UNIDAD DE DIGESTIVO	871
922	APLICACIÓN DE UN DAFO ESTRATÉGICO EN EL ANÁLISIS DE UN PROCEDIMIENTO	872
923	PROMOVIENDO EL AUTOCUIDADO DE LA ENFERMEDAD CELIACA, UNA INICATIVA COLABORATIVA	873
924	"DEBRIEFING" COMO PROPUESTA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	874
925	COMO CERTIFICAR LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN SERVICIO HETEROGENEO	875
926	EXPLORAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON METODOLOGÍA CUALITATIVA: ¿GANAMOS TIEMPO?.....	876
927	LA ACCESIBILIDAD A UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL COMO PRIORIDAD EN LA MEJORA.....	877
928	RETOS Y SINERGIAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN ISO 45001:2018 PARA GESTORES DE SISTEMAS DE GESTIÓN ISO 9001:2015	878
929	ADAPTACIÓN DEL INFORME DE SOSTENIBILIDAD DE LA GLOBAL REPORTING INITIATIVE A UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA PÚBLICA	879
931	ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA OBESIDAD: MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA DESDE UN ENFOQUE HOLÍSTICO.....	880
932	REDUCCIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA MEDIANTE TRATAMIENTO INTENSIVO EN URGENCIAS	881
934	OPTIMIZANDO EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES EN AP: IMPLEMENTACIÓN DE LA INICIATIVA CARABELA AP	882
935	ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	883
936	INCIDENTES DE SEGURIDAD REPORTADOS POR PACIENTES EN UNIDADES QUIRÚRGICAS: DÓNDE ESTAMOS?.....	884
937	OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO CON ERC: UNA REVISIÓN ESTRUCTURADA DE LA MEDICACIÓN.	885
939	OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVITREO DE FARICIMAB EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR Y EDEMA MACULAR DIABETICO.....	886
940	DOBLE ESTRATEGIA PARA REFORZAR LA SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.....	887
941	IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES PROA COMUNITARIAS EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	888
942	ESTANCIAS EVITADAS POR EL ÁREA DE EVOLUCIÓN DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL EN EL AÑO 2024	889
945	MODELO INTERTERRITORIAL DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL BASADO EN LA EXPERIENCIA DE PACIENTE	890
946	IMPACTO PERCIBIDO DE LOS PROYECTOS DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN HOSPITALES Y SERVICIOS REGIONALES	891
947	SEMBRAR INNOVACIÓN, RECOGER VALOR: NUESTRA EXPERIENCIA ORGANIZATIVA	892



COMUNICACIONES

EL PROYECTO BEWAYAPDS: MEJORES PRÁCTICAS PARA CONTRIBUIR A LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA APDS EN ESPAÑA

 *Maria Elena Seoane Reula ⁽¹⁾; Macarena Sierra García ⁽²⁾; María Angeles Escobar Palazon ⁽¹⁾; Carlos Jimenez Contreras ⁽³⁾; Jose Luis Poveda Andrés ⁽⁴⁾*

 *⁽¹⁾Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁽²⁾Pharming Group, NV; ⁽³⁾AEDIP; ⁽⁴⁾Hospital Universitari i Politècnic La Fe*

Identificador: 1

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Justificación: El síndrome de la fosfoinositida 3-quinasa delta activada (APDS) es una enfermedad genética ultra-rara cuyo tratamiento implica múltiples disciplinas. Existen importantes lagunas de evidencia afectando al diagnóstico y tratamiento de los pacientes, a la calidad de la atención sanitaria y potencialmente a los resultados en salud.

OBJETIVO

Identificar el estado actual del manejo de la APDS en España, aumentar el conocimiento, detectar oportunidades de mejora y proponer acciones prácticas.

METODOLOGÍA

Constitución de un panel multidisciplinario de expertos incluyendo diferentes niveles asistenciales. Revisión de la literatura complementada con entrevistas individuales. Discusión grupal y reflexiva de resultados, generación y consenso de propuestas de acciones prácticas

RESULTADOS

Determinación del itinerario del paciente a través de los diferentes niveles asistenciales dividido en 3 secciones: diagnóstico (sospecha diagnóstica, derivación al especialista y diagnóstico definitivo), manejo a corto plazo (tratamiento inicial, seguimiento, interrupción/cambio) y manejo a largo plazo (complicaciones, trasplante de células madre hematopoyéticas y seguimiento).

Los resultados incluyen:

1. El manejo de APDS involucra diversos niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada), no rutinariamente coordinados formalmente.
2. El retraso en el diagnóstico conlleva complicaciones en el manejo y peores resultados en salud.
3. La falta de protocolos/guías clínicas resulta en heterogeneidad en el manejo de la patología en los diferentes centros.

Se sugirieron una serie de buenas prácticas para abordar lo anteriormente descrito:

- Fomentar el conocimiento de la enfermedad, la formación y la coordinación temprana de los profesionales sanitarios mediante el establecimiento de equipos multidisciplinarios mejoraría el manejo de los pacientes y los resultados en salud.
- Una mayor concienciación de la patología en Atención Primaria facilitaría una sospecha diagnóstica y una derivación a Atención Especializada más tempranas.
- Desarrollar guías y protocolos para el manejo de APDS estandarizaría la práctica clínica apoyando la toma de decisiones.
- Incorporar la perspectiva del paciente durante todo el proceso asistencial y aumentar su satisfacción con el mismo es esencial para lograr resultados positivos. Debe considerarse sistemáticamente el impacto psicológico y el apoyo necesario, tras la comunicación del diagnóstico al paciente y su entorno a lo largo del proceso.

CONCLUSIONES

La APDS es una patología ultra-rara, compleja y poco conocida. Este proyecto determinó el itinerario del paciente con APDS en España, proporcionando recomendaciones clave dirigidas a mejorar la calidad de la atención sanitaria, contribuyendo potencialmente a obtener mejores resultados en salud. La aplicación práctica del itinerario y recomendaciones propuestas deben ir acompañados de una gobernanza adecuada, la medición del impacto y su evaluación continua.

FROM PILOT TO PRACTICE: AN INTERNATIONAL APPROACH TO DRIVING INNOVATION ADOPTION IN HOSPITALS

 Daniel Moreno Martinez ⁽¹⁾; Gerard Albreda Gil ⁽¹⁾; Eloi Querol Carranza ⁽¹⁾; Laura Miró Mezquita ⁽¹⁾; Richard Evans Evans ⁽²⁾; Mohua Siddique Siddique ⁽²⁾

 ⁽¹⁾Healthcare Strategy and Innovation Department, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁽²⁾ Business Development and Innovation Team, Research and Innovation Department, The Leeds Teaching Hospitals NHS Trust

Identificador: 2

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Innovation is a key driver of transformation in healthcare systems, but many innovative initiatives fail to progress beyond the pilot stage due to barriers in implementation and adoption. Organisational resistance, lack of engagement from key stakeholders, regulatory uncertainty, and limited change management capabilities are among the most common obstacles. This highlights a significant need for targeted training that equips healthcare professionals with the ability to lead adoption processes within complex healthcare environments.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

The objective of this project is to design and develop a European course focused on strengthening innovation adoption capabilities among mid-management healthcare professionals. This training initiative, named adoptHIT | Healthcare Innovation and Adoption: Principles, Strategies, and Future Trends (HIAPST), is being developed by a consortium partnership between two major academic hospitals in Spain and the United Kingdom, and is funded by EIT Health. It is structured as a 15-hour asynchronous online programme delivered over four weeks. The course combines theoretical content with real-world case studies, self-assessment tools, and interactive activities.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

The adoptHIT | HIAPST programme is the first training in Europe to respond to a critical gap in existing professional development offerings by focusing not just on innovation generation but on its successful adoption. By targeting mid-management healthcare professionals—who often serve as key enablers of change—the course aims to enhance the uptake of innovation within healthcare organisations across Europe.

The design of adoptHIT | HIAPST ensures flexibility for working professionals while promoting direct applicability to clinical and managerial settings. The course comprises four key modules: an introduction to healthcare innovation and adoption frameworks; stakeholder dynamics and engagement strategies; overcoming adoption barriers through change management tools; and strategies for long-term sustainability and scalability. The training draws upon real success and failure cases from the two partner hospitals to foster practical learning, and will include the perspective of local experts in innovation adoption. From 2026 onwards, the course will be made available to all European countries. Avatars using artificial intelligence will be used in order to offer the course in multiple languages, and formal recognition at both the regional and European levels through EACCME certification will be secured.

CULTURA INNOVADORA Y LIDERAZGO DISTRIBUIDO: PLANTEAMIENTO DE UN PROGRAMA DE EMBAJADORES/AS DE INNOVACIÓN EN UN HOSPITAL

 Daniel Moreno Martinez; Gerard Albreda Gil; Eloi Querol Carranza; Laura Miró Mezquita; Mireia Cano Izquierdo; Oriol Estrada Cuxart

 Dirección de estrategia asistencial y de innovación, Hospital Germans Trias i Pujol

Identificador: 3

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En un contexto sanitario cada vez más complejo y en constante transformación, la innovación debe formar parte del ADN organizativo. Sin embargo, su impulso no puede depender únicamente de estructuras formales o iniciativas aisladas. Es clave identificar e implicar a profesionales que, desde su conocimiento del terreno, puedan actuar como agentes del cambio. En esta línea, y partiendo de la experiencia acumulada por la Unidad de Innovación del hospital en los últimos seis años, se ha diseñado un programa de embajadores y embajadoras de innovación que busca activar el liderazgo distribuido, reforzar la cultura innovadora y consolidar una red interna de referencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del programa es reconocer, empoderar y conectar a profesionales con una trayectoria consolidada y un compromiso demostrado con la innovación, para que actúen como impulsores del cambio dentro de sus propios entornos de trabajo. La selección se articula a través de un sistema de nominaciones abiertas impulsado por la Unidad de Innovación del hospital, seguido de una validación cualitativa basada en criterios como la participación en proyectos innovadores, la experiencia en formación o mentoría, la implicación previa en iniciativas del ecosistema de innovación y la capacidad de generar una influencia positiva en su entorno profesional.

La participación en el programa se concibe como una experiencia enriquecedora a nivel individual y colectivo, que combina actividades de formación, espacios de networking, representación institucional y acompañamiento en visitas estratégicas. Además, para garantizar que el diseño del programa respondiera de forma realista y cercana a las necesidades del entorno clínico, se llevó a cabo una sesión de co-creación con profesionales sanitarios con un perfil innovador. Esta dinámica permitió integrar sus perspectivas y experiencias en la conceptualización del programa, asegurando una propuesta más alineada con sus expectativas y con la realidad del día a día asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El programa se encuentra actualmente en fase de despliegue. Durante la segunda mitad de 2025 se realizará la primera selección de embajadores y embajadoras y se iniciarán las actividades previstas. Aunque todavía no se dispone de resultados, la experiencia de diseño ha permitido sentar las bases para una estrategia sostenible de liderazgo distribuido en innovación. Se espera que esta iniciativa contribuya a diversificar los flujos de comunicación, facilitar la detección de retos desde la práctica clínica, y consolidar una cultura de innovación transversal en el seno de la organización. Esta apuesta estratégica refleja la importancia de reconocer el potencial transformador del talento interno como motor del cambio sanitario.

INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LA TRANSFORMACIÓN DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: IMPACTO EN LA SEGURIDAD

 ELISABETE ARDANZA ARAMBURU

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

Identificador: 4

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El servicio de neonatología presentaba importantes carencias estructurales y organizativas, con procesos mayoritariamente manuales y en papel. Esta situación implicaba riesgos relevantes para la seguridad del paciente, especialmente en el circuito del medicamento. Con motivo de la reforma integral del servicio, se decidió digitalizar completamente la actividad clínica, incluyendo la historia clínica, analíticas, pruebas de imagen y la prescripción médica. Esta transformación supuso una oportunidad para rediseñar el circuito del medicamento desde una perspectiva de seguridad, contando con la participación activa del servicio de farmacia hospitalaria

OBJETIVOS

El objetivo principal fue mejorar la seguridad del paciente mediante la optimización del circuito del medicamento. Entre los objetivos específicos destacaron:

- Implantar un sistema de prescripción electrónica asistida con concentraciones estándar para perfusiones.
- Actualizar las bombas inteligentes de infusión, configurando límites de seguridad adaptados a neonatología.
- Formar a médicos y enfermería en el uso del nuevo sistema y en prácticas seguras.
- Integrar al farmacéutico hospitalario en el equipo clínico.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló entre 2022 y 2024. Inicialmente, el farmacéutico hospitalario se incorporó presencialmente a la unidad durante varios meses para conocer sus dinámicas, circuitos y necesidades. Posteriormente, se implantó el módulo de prescripción electrónica, con herramientas de ayuda a la prescripción y a la preparación de medicamentos. Se revisaron y estandarizaron las concentraciones de perfusiones intravenosas y se actualizaron las bombas inteligentes con límites de seguridad (hard y soft).

El farmacéutico participa en el pase médico diario y mantiene contacto directo con el equipo clínico mediante un canal interno de mensajería y telefónico. Actualmente, valida todas las prescripciones desde el servicio de farmacia, garantizando una revisión sistemática y resolviendo incidencias en tiempo real.

RESULTADOS

Tras la implantación del nuevo modelo, se observó una mejora en la calidad de la prescripción y del uso del medicamento. La estandarización de perfusiones y la validación farmacéutica contribuyeron a una mayor seguridad y homogeneidad en la práctica clínica. El equipo asistencial valoró positivamente la formación recibida y el soporte continuo del farmacéutico.

CONCLUSIONES

La digitalización del servicio de neonatología y la integración del farmacéutico hospitalario han permitido reforzar significativamente la seguridad del paciente. La colaboración multidisciplinar y el rediseño del circuito del medicamento han demostrado ser claves para una asistencia más segura, eficiente y adaptada a las necesidades de una población tan vulnerable como la neonatal.

MEJORA EN LA COMUNICACION DE INFORMACION EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE CON UNA BIBLIOTECA DE PILDORAS INFORMATIVAS

 *María Claudia Téllez Barragán; Ana Alonso Jarauta; Luis Martinez Fuente; Maria Eugenia Cuevas Horcajuelo; Esperanza De la Villa Hernandez; Maria Emilia Fernandez Juarez*

 C.S. Silvano

Identificador: 5

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En muchas ocasiones en las consultas asistenciales o telefónicas se requiere información de temas concretos y puntuales que ayuden a resolver alguna duda que se pueda presentar ante alguna situación con el usuario, bien sea de índole asistencial o administrativo. La variedad de información disponible es extensa, diversa y almacenada en diferentes emplazamientos, dificultando una resolución rápida y que puede conllevar a:

- Retraso. Implicando aplazamiento, pérdida de tiempo.
- Consulta con otro profesional. Supone interrumpir el trabajo del compañero
- Puede suponer una sobrecarga para el personal administrativo y una espera para el usuario

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Organizar píldoras informativas que aportan conceptos concretos claros, cortos de diferentes temas que se agrupan por concepto y se almacenan en la carpeta compartida del centro de salud para:

- Recordar criterios
- Refrescar datos
- Repasar conceptos
- Ofrecer información específica para facilitar al usuario algún trámite administrativo

Identificado el problema: “Poca organización de la información”, se realiza un análisis de causas, tras realizar lluvias de ideas

Causas Externas: Se reciben diversos correos electrónicos con temas de diferente índole: Administrativos, informáticos, Farmacia, oferta de cursos, celebración de día internacional, recomendaciones generalizables, seguridad laboral

Causas Internas: Se crean contenidos informativos con diferente extensión • Sesiones de autoformación • Actividades EPS, IC, Talleres

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

elaboración de la biblioteca de píldoras informativas nos aporta: • Fomenta el trabajo en equipo participando todos los estamentos en su elaboración

- Dentro del equipo, se sugieren temas de manera abierta, considerando los temas más demandados u olvidados
 - Recordar un concepto concreto puede agilizar una consulta
 - Al repasar alguna información, se puede ofrecer mejor atención al usuario
-

PREVECARDIO: ¿UN FUTURO CRIBADO CARDIOVASCULAR PARA LA POBLACIÓN ENTRE 50 Y 75 AÑOS?

 Christian Bengoa Terrero ⁽¹⁾; Jesús Flores Soler ⁽¹⁾; Isidre Vila Costa ⁽¹⁾; Tania Blanco Mestro ⁽¹⁾; Julián Pérez-Villacastín Domínguez ⁽¹⁾; José Enrique Villares Rodríguez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ CardioRed1-Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

Identificador: 6

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) son un riesgo para la calidad de vida de los ciudadanos y para el sistema sanitario cuando no se detectan ni gestionan de forma precoz. Aunque existen guías clínicas y herramientas diagnósticas, su aplicación en la práctica clínica es variable o no es posible. En este contexto, PreveCardio surge como un cribado proactivo orientado a mejorar la calidad del proceso asistencial mediante la identificación temprana de FRCV y la activación de circuitos de seguimiento desde el propio sistema sanitario. Esta intervención busca contribuir a una asistencia más proactiva, eficiente y centrada en el paciente, alineada con los principios de la mejora continua de la calidad y la salud poblacional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue evaluar la prevalencia de FRCV y la calidad del control en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, así como analizar la viabilidad de un cribado proactivo cardiovascular poblacional desde Atención Primaria. Se realizó un estudio transversal en cuatro zonas básicas de salud de una comunidad autónoma española, seleccionando aleatoriamente a personas entre 50-75 años. La medición consistió en una única sesión de 30 minutos donde se valoraron hábitos de vida, medidas antropométricas y biomarcadores capilares (perfil lipídico, glucosa, HbA1c), además de toma de tensión arterial. Los resultados fueron compartidos en el momento, y se establecieron derivaciones según protocolos consensuados con los equipos asistenciales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De 8.492 personas invitadas, participaron 3.546 (56,8% mujeres; edad media 61,2 años). Se detectaron elevadas tasas de FRCV no conocidos: 47% presentaron hipercolesterolemia LDL, 49% cifras de tensión arterial elevadas, 30% prediabetes y 2,8% diabetes de novo. Asimismo, el 20% eran fumadores, el 30% sedentarios, y un 49% tenía baja adherencia a la dieta mediterránea. El 40% tenía sobrepeso y el 30% obesidad.

En cuanto a calidad del control, solo el 25% de los pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida alcanzaban un LDL <55 mg/dl, y un 29% de los diabéticos tenían HbA1c ≥7%, reflejando oportunidades claras de mejora. PreveCardio evidencia importantes brechas asistenciales en el diagnóstico y control de los FRCV, lo que representa un reto de calidad en la atención a pacientes crónicos. Su integración en Atención Primaria ha demostrado ser factible y bien aceptada por los profesionales y la ciudadanía. De esta forma, la Comunidad Autónoma ha decidido implementar PreveCardio-AP en toda la región, para personas entre 40 y 75 años, invitándolas cada 4 años.

Este tipo de estrategias mejora la equidad en el acceso al cribado, refuerza la continuidad asistencial y favorece la detección precoz, impactando positivamente en los resultados en salud. Incorporar programas estructurados de cribado como parte de los procesos asistenciales puede suponer una palanca real para la mejora de la calidad, la eficiencia y la seguridad del paciente en el sistema sanitario.

“PONLE A TODO CHECK” - MEJORA INTEGRAL DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: USABILIDAD, REALIZACIÓN Y REGISTRO.

 David Martín de la Mota Sanz; Ekaterina Botezat .; Silvia Veleda Sánchez; Victoria García Martín; Víctor Macho Foronda

 Hospital Universitario Infanta Leonor

Identificador: 8

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La publicación a finales de 2022 del estudio «La Seguridad del Paciente en el Bloque Quirúrgico: El punto de vista de los profesionales» (FIDISP) recomendaba evaluar el cumplimiento de herramientas como el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ). Sumado a la detección de incidentes en el centro, promovió iniciar un proceso de análisis y mejora con todos los estamentos implicados.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Mejorar el cumplimiento y la utilidad del LVQ.

Objetivos específicos:

- Disminuir el número de ítems valorados de forma inadecuada.
- Disminuir el número de cirugías sin registro del LVQ.

METODOLOGÍA

Se abordó la mejora del LVQ mediante una estrategia integral, actuando sobre múltiples dimensiones clave del problema:

- **Comprensión:** Rediseño consensuado (médicos/enfermería) de la redacción del LVQ.
- **Usabilidad:** Optimización del formulario en Historia Clínica Electrónica (HCE) para facilitar su uso y la precisión en extracción de datos.
- **Estandarización:** Actualización de procedimientos relacionados (LVQ, marcado quirúrgico, circulación en bloque).
- **Capacitación:** Formación exhaustiva al personal sobre la correcta cumplimentación (importancia, método, registro) según los nuevos estándares.
- **Incentivo y Refuerzo:** Inclusión de estándares de registro en Dirección por Objetivos con evaluación externa por la Unidad de Calidad.
- **Monitorización Dual:** Evaluación mediante auditorías presenciales (pre-/post-intervención: verano 2023/2024) y seguimiento continuo del registro (informes trimestrales estratificados desde Q1 2024).

RESULTADOS

La auditoría presencial pre-intervención (2023) identificó deficiencias en la forma de realizar el LVQ que no reforzaban la seguridad del paciente.

Tras las medidas, la auditoría presencial post-intervención (2024) mostró mejoras significativas en la adecuación: disminución del 60% en la proporción de pausas sin participación activa multidisciplinar, 26% en la proporción de ítems no verbalizados, 61% en la proporción de inadecuaciones en relación a la identificación y 94% en la proporción de inadecuaciones en relación al consentimiento informado.

Respecto al registro (comparativa Q1 2024 vs Q4 2024): disminución del 58% en la proporción de intervenciones sin LVQ registrado y disminución del 31% en la proporción de registros incompletos.

CONCLUSIONES

La intervención integral, abordando simultáneamente usabilidad, protocolos, formación, incentivos y monitorización, mejoró significativamente la cumplimentación del LVQ (participación activa, verbalización, identificación, consentimiento informado) y su registro (reducción de ausencias de LVQ y de aspectos incompletos). Los hallazgos subrayan la eficacia de un enfoque multifactorial para optimizar herramientas clave de seguridad del paciente. Se sugiere mantener la evaluación continua para sostener las mejoras.

PROYECTO DOCENTE PARA INCREMENTAR LA COMPETENCIA DE LIDERAZGO ENTRE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

 Alberto Gallart Fernandez-Puebla; Encarna Rodriguez Higuera; Pilar Fuster Linares; Laia Wennberg Capellades; Lea Martin Delgado; María Luisa Martín Ferreres

 Universidad Internacional de Catalunya

Identificador: 9

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En la práctica enfermera, el liderazgo clínico se erige como una competencia indispensable y la literatura indica que está poco desarrollada. Por consiguiente, la universidad debe integrar el fomento de esta capacidad en sus programas de formación de grado.

OBJETIVOS

Analizar la factibilidad de implementar metodologías docentes activas en el currículo formativo de enfermería, con el propósito de cultivar la competencia de liderazgo en los futuros profesionales

METODOLOGÍA

La factibilidad del proyecto se examinó siguiendo el marco de Bowen, que comprende las fases de Diseño, Aceptabilidad e Implementación y Expansión. La aceptabilidad se midió a través de un estudio pre-post intervención, donde se compararon el liderazgo y la satisfacción. La implementación y la expansión se analizaron con dos grupos control. El estudio se llevó a cabo en dos universidades españolas (sept 2017 - julio 2021), con estudiantes de enfermería de primero a tercer curso. El grupo intervención estuvo compuesto por 136 estudiantes, mientras que los grupos control sumaron 132 participantes.

RESULTADOS

Los datos preliminares, previos a concluirlos y a la publicación científica, señalan que tras una evaluación pendiente de finalizar de la demanda social, la intención de uso y la posibilidad concreta de implementación, parece constatarse la factibilidad del proyecto. Los del pilotaje señalan incrementos en el liderazgo superiores al 10% en el grupo intervención que son superiores a los de los grupos control. Adicionalmente, la satisfacción preliminar indica valores superiores al 75%.

CONCLUSIONES

La viabilidad de integrar metodologías docentes activas para el desarrollo del liderazgo clínico en la formación de grado de enfermería se vislumbra prometedora. La implementación exitosa de este tipo de iniciativas, al potenciar habilidades transversales cruciales para la práctica asistencial, subraya el valor de la formación y el desarrollo profesional continuo como una estrategia fundamental para la motivación y el crecimiento de los futuros profesionales de enfermería. Por ello, se considera esencial explorar y replicar enfoques pedagógicos innovadores que impulsen tanto la competencia clínica como el liderazgo, contribuyendo así a una mayor satisfacción y un mejor desempeño profesional.

IMPACTO DEL BIENESTAR LABORAL EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

 Cristina Pou Matarranz

 Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Identificador: 10

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Nuestra institución atiende pacientes con alta complejidad, incluyendo personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental en servicios residenciales especializados. La elevada carga asistencial en estas unidades conlleva un riesgo significativo de agotamiento profesional (burnout) en los equipos. La alegría en el trabajo es crucial, ya que influye directamente en la implicación y satisfacción del personal, la experiencia del paciente, la calidad de la atención, la seguridad y el rendimiento organizacional. El aumento de las demandas asistenciales exacerba la desmotivación y el burnout entre los profesionales de la salud, afectando negativamente la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este proyecto fue comprender las barreras a la alegría en el trabajo en dos unidades de discapacidad intelectual con trastornos graves de conducta (Sant Ricard y Santa Ana) y co-crear estrategias significativas para abordarlas. Se empleó el Marco del IHI para la Mejora de la Alegría en el Trabajo y la metodología PDSA (Plan-Do-Study-Act) para evaluar el problema y generar ideas de cambio. Se conformó un equipo de mejora de la calidad (QI) multidisciplinar, incluyendo profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, con el apoyo de responsables de enfermería y médicos. El análisis del problema y las propuestas de cambio se discutieron en reuniones regulares del equipo.

RESULTADOS

Durante el periodo de septiembre de 2022 a septiembre de 2024, se implementaron diversas acciones de mejora en ambas unidades. En la Unidad Santa Ana, se iniciaron reuniones interdisciplinarias (huddles), se revisaron los planes terapéuticos con la participación de todos los profesionales, se ofreció formación en técnicas de desescalada, mejoró la dinámica de las reuniones de equipo, se revisaron roles y funciones, se creó un correo electrónico colectivo y se impartió formación sobre aspectos legales de los registros médicos, fortaleciendo también el papel de enfermería en la atención familiar. En la Unidad Sant Ricard, se implementó un boletín informativo y asambleas para familias, se clarificaron roles en la información familiar, se facilitó la participación familiar en la residencia, aumentó la presencia de psicólogos, se ofreció formación en desarrollo emocional, se diseñaron circuitos de atención no definidos previamente, se implementaron estrategias de colaboración interprofesional y se mejoraron los circuitos de atención somática.

CONCLUSIONES

El malestar emocional del equipo afecta la atención. Baja implicación se asocia a menor calidad, seguridad y atención centrada en la persona. Fomentar la alegría laboral crea entornos con propósito, mejorando la experiencia del paciente, resultados, seguridad y eficacia organizacional. El bienestar laboral es sistémico, y mejorar la alegría es posible y eficaz para el Triple Objetivo. La comprensión colectiva y el intercambio de experiencias son clave.

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO Y LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS CON CAAGULOPATÍAS EN EL SISTEMA DE SALUD

 Mercè Triquell Garrell ⁽¹⁾; Marina Carrasco Expósito ⁽¹⁾; Ainhoa Vilarrubias Llopis ⁽¹⁾; Isabel Sanz ⁽²⁾

 ⁽¹⁾Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ⁽²⁾Anima Consulting

Identificador: 12

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes afectados de coagulopatías congénitas debido a consecuencias asociadas a complicaciones hemorrágicas requieren de una alta dependencia hospitalaria a lo largo de su vida. En su abordaje, es necesario un enfoque centrado en la persona y la medicina basada en el valor donde exista una atención coordinada entre equipos multidisciplinares y una adecuada estrategia de comunicación a pacientes y familiares, adaptadas a las necesidades de cada etapa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Mapeo y definición del journey actual del paciente con coagulopatías
- Detección de áreas de mejora en el proceso
- Identificación de soluciones y acciones concretas para la optimización del proceso de atención: Soluciones co-creadas que dan respuesta a las áreas de mejora identificadas y mejoran la experiencia

Fases principales:

- Experiencias personales y profesionales
- Percepciones sobre barreras y facilitadores
- Conocimientos específicos sobre las fases del proceso

Máxima representatividad de perfiles durante el desarrollo del proyecto, incluyendo todos los profesionales que tienen contacto con el paciente en algún momento del recorrido asistencial, así como representantes de la asociación de pacientes, aportando una visión integral e inclusiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estructura del circuito asistencial

Etapas del proceso asistencial, dentro de las cuales se definieron 10 subetapas específicas:

- Actores implicados: profesionales sanitarios, pacientes, cuidadores, personal de apoyo, gestores, farmacéuticos y asociaciones.
- Descripción funcional de la fase: actividades, flujos de trabajo y canales utilizados.
- Áreas de mejora propuestas por el equipo asistencial: centradas en aspectos clínicos, logísticos, tecnológicos y organizativos.
- Áreas de mejora planteadas por los propios pacientes: enfocadas en la experiencia vivida, la comprensión del proceso, el acceso, la comunicación y el acompañamiento emocional.
- Detección de oportunidades de mejora
- Como resultado del análisis participativo, se identificaron 70 oportunidades de mejora, que fueron clasificadas en 12 grandes áreas temáticas, distinguiendo aquellas dirigidas:
 - Al personal sanitario: relacionadas con la formación, la coordinación entre servicios, protocolos de actuación y uso de herramientas tecnológicas.
 - A los pacientes: orientadas a la mejora de la experiencia, el acceso a la información fiable, la continuidad asistencial y el acompañamiento emocional.
- Esta clasificación permitió organizar y priorizar las mejoras detectadas según el perfil del beneficiario y el tipo de intervención necesaria.
- Escalabilidad y Replicabilidad

Una de las principales fortalezas del proyecto es su potencial para generar buenas prácticas transferibles. Las metodologías, herramientas y aprendizajes obtenidos pueden ser estandarizados y replicados en otros centros, sirviendo como referencia para la mejora de circuitos asistenciales en el ámbito de las enfermedades minoritarias, donde la coordinación, personalización y humanización de la atención son especialmente críticas.

EVALUACIÓN DE LA CONIZACIÓN CERVICAL: CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UNIDADES DE COLPOSCOPIA

 *Nadia Nassar Melic; Marta Padín Fabeiro; Luis Antonio Alós Pueyo; María Pérez Marqués; Sandra Peiró Baquedano*

 *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza*

Identificador: 13

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La conización cervical es una técnica quirúrgica utilizada para tratar la neoplasia intraepitelial cervical. Es rápida, económica y, bajo control colposcópico, optimiza resultados. La guía de nuestra sociedad científica recomienda que se cumplan unos estándares de calidad en su realización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Comparar los resultados de conizaciones realizadas bajo anestesia general y anestesia local.

Estudio retrospectivo en 202 conizaciones: 71 con anestesia general y 131 con anestesia local, todas bajo control colposcópico.

Variables analizadas: escisión en pieza única, confirmación de HSIL, márgenes afectos, complicaciones hemorrágicas y reingreso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Escisión en pieza única: 49.3% en anestesia general vs. 77.9% en local ($p < 0.01$).

Confirmación de HSIL: 81.7% en general vs. 88.5% en local (sin diferencias significativas).

Conos en blanco: 2.82% en general vs. 6.1% en local (sin diferencias).

Bordes afectos: 18.3% en general vs. 32.1% en local ($p = 0.04$).

Sangrado: 9.9% en general vs. 0% en local ($p < 0.01$).

Reingreso: 2.8% en general vs. 0.8% en local (sin diferencias).

Aunque ninguno alcanzó el 80% de escisión única recomendado, el grupo de anestesia local se aproximó. Ambos grupos superaron el 70% de confirmación de HSIL y mantuvieron tasas bajas de conos en blanco. La mayor afectación de bordes en anestesia local, especialmente el margen endocervical, refleja una curva de aprendizaje en mejora (del 38.5% a 25% en 15 meses). La ausencia de sangrado en el grupo de anestesia local indica mayor seguridad, y la tasa de reingresos fue baja en ambos grupos.

La conización cervical bajo control colposcópico y anestesia local demuestra un perfil de seguridad favorable y resultados comparables a los obtenidos bajo anestesia general, permitiendo además una mayor eficiencia asistencial. Estos resultados subrayan la necesidad de que las unidades de patología cervical implementen mecanismos de evaluación continua para comprobar el cumplimiento de los estándares de calidad. La monitorización sistemática de indicadores es fundamental para garantizar la seguridad del procedimiento, optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad asistencial.

ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES RECIBIDAS EN EL SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES EN EL PERIODO 2022-2024

 *Susana Urrutia Garcia; Miguel Angel Ulibarrena Sainz; Leire Sainz de Vicuña Bravo*

 *Mutualia*

Identificador: 14

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El objetivo del sistema de notificación es la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El estudio de estas situaciones, del contexto en el que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El énfasis principal del sistema está en minimizar los riesgos para la seguridad de pacientes. Objetivos específicos: Conocer y analizar el contexto dónde se producen los incidentes, el impacto sobre los pacientes y la atención adicional requerida por los pacientes debida a dichos incidentes para poder implantar acciones correctivas o de mejora.

El estudio se ha realizado en una mutua colaboradora con la Seguridad Social que dispone de tres centros hospitalarios y 13 centros de asistencia distribuidos en 4 provincias.

Para realizar el estudio se revisaron todas las notificaciones recibidas en el sistema en el período 2022-2024 clasificados como: Riesgos (R), incidentes sin daño (I) y eventos adversos (EA).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han recibido un total de 66 notificaciones de las cuales se han rechazado 11 quedando 55 notificaciones aceptadas. Por categoría 18 EA, 34 I y 3 R. Por servicios: urgencias 20; rehabilitación 10; hospitalización 9; consultas asistencia especializada 9; diagnóstico por imagen: 5; quirófano: 2. Impacto sobre el paciente: No ha ocurrido, pero estuvo a punto: 4 (7,3%); ha ocurrido, pero fue detectado antes de llegar al paciente: 11 (20%); ha ocurrido y ha afectado al paciente, pero no le ha causado daño: 22 (40%); ha causado daño al paciente: 18 (32,8%). Atención adicional recibida por el paciente: la atención sanitaria no se vio afectada: 37 (67,3%); requirió una prueba adicional: 3 (5,5%); requirió un nivel más elevado de monitorización: 15 (27,3%).

El sistema de notificación está ampliamente interiorizado, y las notificaciones llegan desde todos los servicios y niveles asistenciales. Del análisis de las notificaciones se puede comprobar que, únicamente 18 (32,8%) han sido EA, es decir, han causado algún daño al paciente y sólo en 15 casos se ha necesitado un nivel más de atención o seguimiento. 37 notificaciones se han referido a situaciones sin daño. Por servicios, urgencias con 20 notificaciones (36,4%) seguida de rehabilitación con 10 (18,2%) son las que abarcan prácticamente la mitad de las recibidas. Teniendo en cuenta el tipo de asistencia que realizamos, esta correlación es lógica. A partir de las notificaciones recibidas, se han implantado 72 acciones correctivas / de mejora: 5 relacionadas con modificaciones informáticas, 25 con cambios en la sistemática de actuación, 22 con actividades de difusión, y 20 con otras barreras. Todo ello contribuye a mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

CONSENSO DELPHI MULTIDISCIPLINAR PARA LA OPTIMIZACION DEL ABORDAJE DE LA OSTEOPENIA: RECOMENDACIONES CLÍNICAS

 CAROL INGRID CASTELLARES GONZALEZ ⁽¹⁾; MANEL SANTIÑA VILA ⁽²⁾; ALICIA NEGRÓN FRAGA ⁽³⁾; JOSE LUIS BAQUERO UBEDA ⁽⁴⁾; NINA MARTINEZ FERNÁNDEZ ⁽⁴⁾; JOSEP VERGÉS MILANO ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ H120; ⁽²⁾ Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer. Barcelona; ⁽³⁾ Hospital Ramon y Cajal; ⁽⁴⁾ OAFI (Osteoarthritis Foundation International), Barcelona

Identificador: 15

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La osteoporosis (OP) representa un grave problema de salud pública en España, afectando a más de 3.5 millones de personas. Aún más preocupante es la elevada prevalencia de osteopenia (OPN), su fase precursora, puede transcurrir asintomática hasta la aparición de una fractura por fragilidad (FxF). 80% de los pacientes que sufren estas fracturas (Fx) no habían sido diagnosticados (Dx) previamente, cerca de la mitad se encontraba en estadio de OPN. En España, la frecuencia de una FxF, ocurre cada 2 minutos. Con consecuencias devastadoras: 30% fallecen en el primer año tras la Fx, solo 40% de quienes sufren una FX de cadera recuperan su calidad. La falta de detección y manejo temprano de la OPN representa una vulnerabilidad crítica en la seguridad del paciente, con un impacto significativo en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Lograr un acuerdo multidisciplinar entre pacientes y profesionales para la gestión, diagnóstico precoz y abordaje de la OPN.

Objetivos secundarios:

- Estructurar un consenso multidisciplinar.
- Revalidar los factores de riesgo (FR) modificables y no modificables.
- Alcanzar un consenso en el abordaje farmacológico y no farmacológico.

METODOLOGIA

La Organización de Pacientes con Artrosis (OAFI), motivada por la heterogeneidad y las consecuencias de un abordaje subóptimo de la OPN, impulsó la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar. Este equipo se conformó con expertos designados por diversas organizaciones de pacientes y sociedades científicas relevantes para la patología. Para alcanzar un consenso, se empleó la metodología Delphi, implementada telemáticamente en 2 rondas durante el segundo semestre de 2024. El proceso contó con el aval científico de la Sociedad Española de Cirugía de la Cadera (SECCA).

RESULTADOS

El grupo de trabajo tenía 45 expertos, representado por pacientes, médicos, enfermeras, farmacéuticos y gestores de la Sanidad, de 2 organizaciones de pacientes y 20 sociedades científicas: OAFI, AECOSAR, FAECAP, GTESER, RNFC, SE AUS, SECA, SEDISA, SEEGG, SEEN, SEFAC, SEFAR, SEFYNC, SEGO, SEIOMM, SEMDOR, SEMEG, SEMERGEN, SEMG, SEMI, SIBOMM y SOCFIC. Se alcanzó consenso en 75 variables analizadas, siendo concluyente en 56, 13 sobre aspectos generales, 10 a las 18 relativas al Dx 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 FR, una nutrición adecuada, prevención de caídas, ejercicio físico apropiado, control del peso, dejar de fumar y beber alcohol; o reducir al menos el daño de estos.

CONCLUSIONES

- El manejo clínico actual se centra en el Dx de la OP, sin considerar apenas la OPN.
 - Se propone un decálogo con recomendaciones generales, relacionadas con la gestión, Dx y tratamiento de la OPN. La implementación podría significar un avance significativo en la prevención y el manejo de la fragilidad ósea.
-

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO Y SEGURIDAD DE UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE EN BASE AL ANÁLISIS DE INDICADORES

 *María José Duro Mancheño; María José López Coca; Begoña De Andrés Gimeno*

 *Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

Identificador: 16

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El crecimiento exponencial en los últimos años en la actividad de los hospitales de día médico ha traído consigo limitaciones en la estructura física y en los recursos humanos disponibles. La creciente demanda ha generado la necesidad de elaborar un plan de gestión eficiente que contemple diversas intervenciones a lo largo de su desarrollo. La falta de infraestructura adecuada y personal capacitado puede comprometer la calidad de atención y la satisfacción del paciente, lo que hace imperativo abordar estos desafíos de manera proactiva.

OBJETIVOS

Optimizar la gestión de la unidad de hospital de día médico polivalente, mejorando la eficiencia operativa y la toma de decisiones estratégicas. Así como la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción global de los usuarios.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, en el cual se realiza un análisis inicial del HDMEDP 2017-2020, identificando los problemas existentes y realizando una serie de propuestas de mejora. Posteriormente, tras la aplicación de las medidas de mejora se evalúa el impacto de su implantación a través de la comparación de los indicadores funcionamiento específicos.

RESULTADOS

En base a los objetivos propuestos, para valorar el impacto de la aplicación de las medidas de mejora, se comparan los resultados de los Indicadores de Funcionamiento 2020 con los indicadores del 2021 al 2024.

>;Indicadores de satisfacción:

- NPS de satisfacción global de los usuarios con un corte en junio del 2021 de 32 % y manteniendo un NPS global medio en 2023 de 92.3 %, 2023 de 90.3 % y 2024 de 90.0 %.
- FRT(First Response Time): Mejora significativa en los tiempos de espera para el inicio de la atención para la administración del tratamiento pasando de demoras medias 30 minutos en el año 2020 a 5 minutos 2024>;

Indicadores de funcionamiento:

- El incremento global del número de visitas realizadas entre 2020 y 2024 fue de 26.8 %, con la misma dotación de RRHH y espacio.
- Índice de rotación de recursos: IR sillón 2020 de 3.7 y 2024 de 3.02 y IR camas 2020 de 1.0 y 2024 de 1.5
- Mejora registro actividad con el desarrollo del formulario 21337 tomas y 12 indicadores, el primer año (2021) y 24909 tomas y 50 indicadores (2024).

- Indicadores de calidad y seguridad en los cuidados:

- Extravasaciones: En 2021 n=28 representarían un 0.11% sobre los tratamientos realizados. 2024 n=23 representarían un 0.07 % sobre los tratamientos realizados.
- CISEM: En último trimestre se notificaro 52 eventos, llegando en 2022 348, 2023 a 337 y tras la aplicación de medidas correctoras en 2024 188 eventos.
- Reclamaciones: En 2021 XX reclamaciones frente a las 14 del 2024.

CONCLUSIONES

En conclusión, las intervenciones implementadas en el hospital de día médico polivalente han tenido un impacto muy positivo, mejorando la eficiencia operativa, la seguridad y la satisfacción de los usuarios. Estos resultados destacan la importancia de una gestión adaptada y proactiva para afrontar el crecimiento y garantizar una atención de calidad.

OPTIMIZAR LA EFICIENCIA DEL QUIRÓFANO MEDIANTE LA MEJORA DE LA PLANIFICACIÓN CON METODOLOGÍA LEAN

 Elena Corral Lumbreras; Carlos Javier Caballero Angarita

 Hospital Universitario Vithas Madrid Aravaca

Identificador: 17

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La planificación quirúrgica es clave para la eficiencia hospitalaria, pero suele presentar ineficiencias como esperas prolongadas y mala comunicación. La metodología Lean Healthcare, adaptada del sistema Toyota, busca eliminar desperdicios, estandarizar procesos y fomentar la mejora continua. Su aplicación en quirófanos ha demostrado reducir tiempos de espera, optimizar recursos y mejorar la satisfacción de pacientes y profesionales. Lean promueve una cultura colaborativa e interdisciplinaria, esencial para coordinar a los distintos actores del proceso quirúrgico. Este trabajo responde a la necesidad de innovar ante los retos del sistema sanitario actual

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo Principal

Mejorar la eficiencia del bloque quirúrgico a travas de una correcta planificación quirúrgica pasando del 48% del 3T2024 al 70% en junio del 2025

Objetivos secundarios

- Optimizar la ocupación quirúrgica del 54% al 60% en junio del 2025
- Mejorar la realización de la valoración preanestésica de un 70% a un 90 % en junio de 2025

METODOLOGÍA

En el contexto de la metodología Lean, se empleó la herramienta A3 para abordar la mejora del proceso quirúrgico. La estructura del A3 facilita el análisis detallado de la situación actual y permite un enfoque sistemático y visual. En la parte izquierda del A3, se realizó un diagnóstico exhaustivo a través de dos Mapas de Flujo de Valor (VSM, por sus siglas en inglés). Estos mapas proporcionaron una representación clara del flujo de trabajo, identificando de manera precisa en qué puntos del proceso se concentraban las mayores oportunidades de mejora, lo que nos permitió establecer objetivos concretos y medibles.

Además, para comprender a fondo las causas fundamentales de los principales problemas detectados, se utilizó la técnica de los “5 porqués”. Este enfoque permitió profundizar en la raíz de los problemas, garantizando en la parte derecha del A3 que las soluciones implementadas fueran efectivas y alineadas con los objetivos estratégicos del proyecto.

RESULTADOS

Se realizó la medición del indicador “% de cirugías planificadas con una semana de antelación frente al total de las realizadas”. Tiene periodicidad mensual y se pasó de un 53% en julio de 2024 a un 69% en enero 2025.

- Se llevó a cabo la medición del indicador de “porcentaje de ocupación quirúrgica”, con periodicidad mensual. Pasando de un 54% a un 61% según se fueron implantando las acciones propuestas.
- Se llevó a cabo la medición del indicador de “% de pacientes con evaluación preanestésica completa”. Se realizó medición mensual y partiendo de un resultado de 73% en 3T2024 a un 74% en 1T2025

CONCLUSIONES

La implementación de Lean mejoró la planificación quirúrgica, elevando las cirugías planificadas con una semana de antelación del 53% al 69% y la ocupación quirúrgica al 77%. También se logró un 74% en la valoración preanestésica. Aunque hubo una leve baja en algunos indicadores, los resultados muestran que Lean es eficaz para optimizar procesos y mejorar la calidad asistencial.

IMPULSANDO LA ECONSULTA COMO INTERCONSULTA CLÍNICA ASÍNCRONA ENTRE PROFESIONALES ASISTENCIALES

😊 JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA; PABLO FERNÁNDEZ VALCARCE; MARIA CARMEN GARCIA CUBERO; MARIA DEL CARMEN JIMENEZ GÓMEZ; ROSA MORENO RODRÍGUEZ; DAVID RODRIGUEZ MORALES

🏢 CONSEJERIA SANIDAD - DG ASISTENCIAL - UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Identificador: 18

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La eConsulta (eC) se ha consolidado como una vía de comunicación asíncrona entre profesionales asistenciales, permitiendo una atención coordinada, segura, eficiente y estandarizada. Facilita la integración de la atención prestada a los pacientes, garantiza la trazabilidad de la información clínica y evita desplazamientos innecesarios del paciente, optimizando los recursos del sistema sanitario.

OBJETIVOS

Ampliar el uso de la eC a todos los hospitales y centros de atención sanitaria
 Impulsar su utilización por otros perfiles profesionales
 Consolidar que al menos el 90% de las eC se respondan en <72 h, con un tiempo medio de respuesta <1,5 días
 Evaluar la adecuación de las mismas mediante el análisis de los motivos de cierre
 Desarrollar un cuadro de mando que permita el seguimiento y evaluación continua
 Implementar nuevas funcionalidades que aporten valor clínico y operativo

METODOLOGÍA

Con la eC consolidada, se avanza hacia nuevas fases:
 Extensión: Activación de la eC en hospitales y otros centros de atención
 Difusión profesional: Desarrollo de intervenciones formativas sobre uso de la herramienta entre diferentes perfiles profesionales
 Desarrollo de nuevos servicios y prestaciones. Generales: orientadas al perfil profesional, como Monográficas: dirigidas a procesos asistenciales específicos.
 Implementación de nuevas funcionalidades:
 Posibilidad de inclusión de diferentes tipos y formatos de pruebas (imágenes, ecografías, electrocardiogramas, etc.) y documentos/informes clínicos.
 Cuadro de mando como herramienta de seguimiento y evaluación que permite identificar áreas de mejora y poner en marcha acciones de manera proactiva.

RESULTADOS

Actualmente, la eC está en:
 25 hospitales convencionales
 4 hospitales de media estancia (HME)
 461 centros asistenciales
 4 hospitales Quirón (en proceso)
 Solicitadas >910.000 eC
 Hay >54 prestaciones integradas en 48 servicios hospitalarios
 Implementado el uso de códigos QR para la incorporación de pruebas clínicas/documentos en la eC, destacando su uso en Dermatología y Cardiología
 Cuatro HME ya realizan eC a hospitales convencionales
 Se está impulsando al eC entre hospitales convencionales

Indicadores de rendimiento:

Atención Hospitalaria (AH):

El 96,9% de las eC se resuelven en < 72h

Tiempo medio de respuesta: 0,98 días

Tipos de seguimiento:

- 46,3% compartido AH-AH
- 32,9% por el hospital solicitante
- 9,1% por el hospital receptor
- 10,3% no procede
- 1,2% inf. insuficiente

Atención Primaria (AP):

El 92,8% se resuelven en <72h

Tiempo medio de respuesta: 1,47 días.

Tipos de seguimiento:

- 40,4% por Atención Primaria (AP)
- 36,6% compartido AP-AH
- 18,2% por AH
- 3,5% no procede
- 2% inf. insuficiente

CONCLUSIONES

La eC se reafirma como una herramienta ágil, segura y eficaz que responde a las necesidades de comunicación asíncrona entre profesionales asistenciales.

Además, contribuye de forma decisiva a mejorar la continuidad asistencial, a evitar desplazamientos innecesarios y a optimizar la coordinación clínica, reforzando así la calidad de la atención sanitaria.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO, MEDIRLO PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN

 *María de las Mercedes Oliver de Haro*

 *Hospital Universitario José Germain*

Identificador: 19

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Medir el bienestar psicológico percibido en los pacientes con trastorno mental grave (TMG) ayuda a las organizaciones en la toma de decisiones para el rediseño de procesos asistenciales. Como organización comprometida con la mejora continua y siendo el Índice General de Bienestar Psicológico (PGWBI) una herramienta que nos permite observar el efecto del tratamiento a lo largo del tiempo, se pone de manifiesto la necesidad de realizar este tipo de investigación

OBJETIVOS

Observar el efecto del tratamiento en el bienestar psicológico de los pacientes con (TMG) en tratamiento en una hospital de día de adultos (HDA), identificando las variables que pueden incidir en dicho efecto. Extraer los elementos de análisis sobre el proceso del HDA para plantear mejoras en el abordaje de los pacientes en salud mental.

METODOLOGÍA

se realiza un estudio observacional longitudinal retrospectivo de cohorte histórica en el que se observa el efecto de la exposición a una intervención compleja, el tratamiento en modelo de comunidad terapéutica en un HDA en salud mental. Para evaluar este efecto se toma como variable dependiente la variable respuesta medida en la diferencia de la media entre la medida pre y post tratamiento de las puntuaciones del PGWBI de los pacientes del HDA entre febrero de 2016 y noviembre de 2024. La muestra es de 106 pacientes, todos cumplen criterios de derivación al dispositivo y completan el tratamiento. La variable de resultado principal es el cambio en el bienestar psicológico, que es tomado como variable dependiente. Como variables independientes se recogen variables sociodemográficas y clínicas. El informe final de resultados se comparte con los pacientes

RESULTADOS

Se observa que el incremento de las puntuaciones finales del PGWBI de 39.41 a 60.94 puntos evidencian una mejora significativa en el bienestar psicológico general. Factores clave como el porcentaje de asistencia y el tiempo en lista de espera influyeron en las categorías del PGWBI de vitalidad y bienestar positivo. En pacientes con psicosis, mayor asistencia mejoró la vitalidad y menor tiempo en la lista de espera favoreció el bienestar positivo y el autocontrol. Para los pacientes con trastorno de personalidad, menos tiempo en lista de espera se asoció a mejoría al alta y mayor bienestar positivo, mientras que mayor asistencia potenció la vitalidad.

CONCLUSIONES

los resultados han guiado la toma de decisiones que afectan al procedimiento del HDA y a la práctica clínica. Hemos modificado la información que se transmite al ingreso, establecido sistemas de monitorización de la asistencia e incluido reuniones de objetivos conjuntas durante el tratamiento. Compartir los resultados con los pacientes facilitó la revisión y el rediseño del proceso. Este trabajo es pionero al observar directamente la influencia de una intervención compleja y prolongada en un entorno hospitalario sobre el bienestar psicológico en pacientes con TMG.

LA VISIÓN DEL PACIENTE EN LA MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

 *María de las Mercedes Oliver de Haro; Esther de Grado González; Jose Morales Zamorano*

 *Hospital Universitario José Germain*

Identificador: 20

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Uno de los principios de la humanización es reconocer a los pacientes como expertos y tenerlos en cuenta para la evaluación y diseño de los procesos asistenciales. Mantener este principio hace necesario implantar herramientas que nos ayuden a incluir a los pacientes. En las Jornadas de Reflexión, se revisa el proceso de atención para planificar acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar e implantar jornadas de reflexión de pacientes y profesionales. Revisar el proceso de atención al paciente: acogida, entrevistas de evaluación, tratamiento y alta. Identificar fortalezas y áreas de mejora del proceso. Implementar acciones en la comunidad terapéutica.

Las jornadas de reflexión ocupan varios días. El primer trabajo de revisión se realiza durante una mañana en horario de 11:00 a 16:00 h. Todo el grupo de pacientes y residentes se reúnen en una sala y el grupo de profesionales en otra. Ambos comparten el mismo encuadre respecto de los tiempos de trabajo y la tarea, que sigue un orden del día. Una persona en ambos grupos es la encargada de tomar acta de lo producido en la reunión. La siguiente convocatoria reúne a la comunidad terapéutica durante una hora y media para que el portavoz de los pacientes pueda comentar al equipo las conclusiones a las que han llegado la jornada anterior. Tras este grupo el equipo de profesionales se reúne para organizar las aportaciones de los pacientes con el objetivo de incluirlas en el procedimiento y poder dar una devolución final al grupo. En el contexto del grupo asambleario semanal, se hace una devolución final de las jornadas con las reflexiones conjuntas de pacientes y profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La devolución principal de los pacientes fue respecto del momento del alta del recurso, pues sentían una falta de apoyo comunitario. En este sentido, se propone incluir un nuevo grupo de “propuestas comunitarias” que ofrezca a los pacientes la posibilidad de realizar actividades fuera del centro con personas ajenas a la institución. Se han puesto en marcha dos iniciativas, una con Fundadeps dentro del programa “Salud y lectura: red de bibliotecas a pacientes” y otra de Terapia de conciencia corporal basal con un profesional de fisioterapia. Otra acción de mejora ha sido programar el alta con una reducción progresiva del número de días de asistencia.

Las jornadas de reflexión permiten a los pacientes formar parte de la revisión del proceso de atención y por tanto, les otorga un rol activo en su recuperación. La participación y el reconocimiento de su saber promueven la autonomía del paciente y mejora las dinámicas de comunicación y relacionales en el ambiente de comunidad terapéutica. Los procesos de atención mejoran cuando la gestión de las propuestas y su planificación es corresponsabilidad de todos.

EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

 Elena Corral Lumbreras

 Hospital Universitario Vithas Madrid Aravaca

Identificador: 21

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad, entendida como un conjunto de valores y normas compartidas, es clave para garantizar la Seguridad del Paciente (SP), base de la calidad asistencial. Experiencias en sectores como la aviación demuestran su importancia. La OMS y el grupo hospitalario al que pertenece destacan su rol esencial en la mejora del sistema sanitario. En hospital de referencia (HR) se aplicó la encuesta HSOPSC para evaluar la cultura de seguridad en 12 dimensiones, fomentar la participación del personal y guiar acciones que reduzcan errores y refuercen la cultura de SP en el hospital

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Principal

- Evaluar la evolución de la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del HR a lo largo de un periodo de cuatro años, mediante el análisis de las distintas dimensiones que la componen

Secundarios

- Recopilar información de relevancia de los profesionales sobre sus opiniones acerca de las prácticas de SP
- Evaluar la percepción de los profesionales sobre la eficacia de las medidas implantadas
- Identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora en el ámbito de la SP

METODOLOGÍA

En 2022, como parte del sistema de gestión de calidad y SP, el HR lanzó la primera encuesta anual de cultura de SP. El formulario, realizado en Microsoft Forms, incluyó 49 preguntas: 42 de la encuesta, 2 sobre percepción general y eventos notificados y 5 demográficas. Se distribuyó por correo a todo el personal, siendo anónima, voluntaria y de respuestas cerradas, con un plazo de 2 semanas para su contestación

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal que recogió los resultados del nivel de cultura de SP durante cuatro años consecutivos a los profesionales laborales del hospital

Se utilizó la metodología descrita en el Ministerio de Sanidad para analizar y clasificar los ítems o las dimensiones como fortaleza u oportunidad de mejora

RESULTADOS

Destaca el aumento en la dimensión de la frecuencia de eventos notificados (46,67% a 65,32% de respuestas positivas) y el aprendizaje organizacional (58,33% a 70,37%). La dimensión de trabajo en equipo que alcanzó un 87,5% en 2024, aunque descendió en 2025 a 78%

El NPS pasó de -10 a 20 y la percepción media de seguridad subió de 7,25 a 7,7

Se evidenció la efectividad de dos políticas: notificación de incidentes y coordinación en traslados intrahospitalarios, con incrementos relevantes en ítems asociados

Las fortalezas más consistentes fueron el trabajo en equipo, aprendizaje organizacional/mejora continua y expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad. Las oportunidades de mejora se centraron en la dotación de personal

CONCLUSIONES

Se observa mejora progresiva en la cultura de seguridad del entre 2022 y 2025.. Se consolidan la fortaleza de trabajo en equipo Cabe señalar que, aunque en el año 2023 se produjo un descenso en la percepción global de la seguridad, esta tendencia ha sido revertida progresivamente hasta alcanzar niveles más favorables en la actualidad

UTILIZACIÓN DE ULTRASONIDOS EN LA TÉCNICA DE GASOMETRÍA ARTERIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

 MARIA JOSÉ CORTÉS GÓMEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Identificador: 24

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La técnica de punción arterial para el análisis de gases en sangre es descrita como un procedimiento diagnóstico básico muy habitual en el medio sanitario sin dejar de ser una prueba invasiva, la cual no está exenta de complicaciones. En los últimos años y gracias a la utilización del ecógrafo se puede visualizar la zona anatómica donde realizar la punción arterial asegurando una correcta dirección hasta la punción del vaso. El objetivo clave en la atención y asistencia al paciente debe ser siempre una práctica que minimice los riesgos. Por lo tanto, este estudio busca destacar los beneficios de integrar la gasometría arterial y el uso de dispositivos de ultrasonido en las prácticas diarias de atención, optimizando la calidad asistencial, y brindando una experiencia más segura y eficiente.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Comparar el uso de ultrasonidos frente a la punción tradicional en un Servicio de Urgencias.

Objetivos secundarios

Describir el perfil sociodemográfico del paciente. Comparar el tiempo empleado en la realización de la técnica. Contabilizar el número de intentos y valorar mediante la escala EVA el nivel de dolor percibido.

METODOLOGÍA

Se realizó un ensayo clínico aleatorio unicéntrico con una muestra de 214 pacientes de edad igual o superior a 18 años, atendidos en el periodo comprendido entre noviembre del año 2021 hasta abril del año 2023 a los que se les solicitó la prueba de gasometría arterial por un facultativo. El objetivo de este estudio fue valorar el dolor percibido por los pacientes ante la realización de la técnica, comparando a aquellos pacientes a los que se les realizó la punción tradicional frente a aquellos que se sometieron a la punción con la ayuda de ultrasonidos. Se comparó también el número de intentos en ambos grupos de pacientes, así como el tiempo utilizado para la extracción de la muestra. Se estudiaron variables demográficas, clínicas y funcionales. El dolor percibido por los pacientes fue valorado con la escala del dolor analógica EVA. Se elaboró una tabla Excel con las variables de estudio para su posterior análisis con el programa estadístico SPSS y se facilitó a cada uno de los participantes del estudio un consentimiento informado, así como un documento dónde se detalla el estudio a realizar.

RESULTADOS

La descripción sociodemográfica del paciente fue de un varón con una edad media de 72 años donde no se obtuvo diferencias entre ambos grupos. El tiempo empleado fue significativamente inferior en aquellos pacientes donde se utilizaron los ultrasonidos. El número de intentos fue estadísticamente significativo. La escala del dolor EVA utilizada nos mostró una diferencia significativa con una disminución del dolor en aquellos pacientes sometidos a la punción con la ayuda del ecógrafo.

CONCLUSIONES

El uso de ultrasonidos en la realización de la técnica de gasometría arterial facilita su extracción mejorando el dolor percibido, el número de intentos y preservando su capital arterial, asegurando una mejor calidad asistencial.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CODIFICACIÓN AUTOMÁTICA EN URGENCIAS: MEJORAS EN LA GESTIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL

 DOLORES CASTILLO MUÑOZ; Ruth Maria Gonzalez Ferrer; ALEJANDRO GARCIA AZORÍN; ALBERTO ROMERO CAMPILLOS; MARISA GARCIA GONZALEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO

Identificador: 25

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La codificación manual de episodios clínicos en urgencias requiere una inversión considerable de tiempo y recursos humanos. Esta carga operativa puede ralentizar los procesos de gestión y limitar la disponibilidad de datos en tiempo real.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue evaluar el impacto de la codificación automática en la eficiencia operativa y la calidad asistencial y secundariamente obtener indicadores relevantes en gestión asistencial en urgencias.

Se realizó un estudio observacional descriptivo durante el primer trimestre de 2025, auditando la idoneidad de la codificación propuesta por la herramienta. Se evaluó la precisión de los códigos generados y se identificaron incidencias relacionadas con estos. Además se obtuvieron indicadores como tiempo de estancia en urgencias, altas por servicios, patologías más frecuentes, tasas de hospitalización y mortalidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 19.004 altas en urgencias. El 68% de los informes codificados fueron auditados por personal técnico cualificado, con un 69% de codificaciones correctas, un 31% requirieron intervención manual. El 90% de las incidencias detectadas se relacionaron con errores en la asignación del código. De ellas, el 40% correspondieron a códigos no válidos debidos a: errores de interpretación semántica, presencia de múltiples campos de diagnóstico, ambigüedades en el lenguaje clínico, uso de abreviaturas o negaciones no reconocidas que se codificaron como patología cierta. El 50% restante incluyó códigos válidos pero mejorables, tales como: diagnósticos principales correctos con errores en los secundarios, codificación de síntomas como diagnóstico principal o coexistencia de diagnósticos excluyentes. El otro 10% restante de las incidencias, fueron por la ausencia de informe o de campo diagnóstico que impidió la codificación automática. Además, la herramienta permitió generar indicadores clave para la gestión asistencial, tales como el tiempo medio de estancia en urgencias (4,1 horas), la distribución de altas por servicio (47,1% urgencias generales, 26,3% traumatología, 20% pediatría, 5,4% ginecología y obstetricia, 1% oftalmología), una tasa de hospitalización del 4,3% y mortalidad del 0,05%. Por otro lado, las patologías más frecuentes fueron: 1. Urgencias generales: 14% patología respiratoria, 4% infecciones urinarias y 4% gastroenteritis aguda. 2. Pediatría: 32% patología respiratoria, 17% gastroenteritis aguda. 3. Traumatología: 10% dolor columna cervico-lumbar, 5% esguince de tobillo.

Estos resultados evidencian el potencial de la codificación automática como herramienta de apoyo a la gestión clínica, con una redistribución de recursos, mejora de la toma de decisiones gracias a la disponibilidad de información estructurada en tiempo real y potencial aumento de la eficiencia del servicio de Urgencias. No obstante, también ponen de manifiesto la necesidad de mejoras técnicas, formación específica del personal y revisión de los procesos documentales para optimizar su rendimiento y fiabilidad.

OPTIMIZACIÓN DE LA TRAZABILIDAD TRANSFUSIONAL INTRAOPERATORIA: RESULTADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Irene Iniesta González; María Moreno Ochoa; Ana Esther Kerguelén Fuentes; Jesús Castro Toro; María Carmen Hernández Gancedo; Aurora Viejo Llorente

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 26

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los servicios y centros de transfusión están obligados al cumplimiento de trazabilidad de todos los componentes sanguíneos (CS) desde el donante hasta el receptor, tal como se especifica en la Orden SCO/322/2007, de 9 de febrero, por la que se establecen dichos requisitos. Además, esta orden será reforzada por la entrada en vigor del Reglamento SoHO, relativo a las normas de seguridad y calidad para las sustancias de origen humano, que hace hincapié en la necesidad de sistemas trazables interoperables en todos los niveles asistenciales. En nuestro centro se implantó el uso de un sistema electrónico de seguridad transfusional (SEST) en las unidades médicas y hospitales de día en 2007, siendo un problema su extensión a los quirófanos. Es por ello que desde octubre del 2021 se ha desarrollado el uso SEST Web, sin necesidad de uso de PDA, para adaptar la trazabilidad de la transfusión en el contexto de la actividad quirúrgica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo comparando el uso de SEST PDA vs SEST Web desde enero a septiembre de los años 2021 y 2024, respectivamente. Se realiza una recogida sistemática de datos en relación a los checklist realizados en quirófano, componentes sanguíneos enviados y transfundidos (iniciados y finalizados). En SEST Web se realiza un checklist mediante el empleo de un lector de código de barras donde consta el número de historia clínica, número de pulsera transfusional y número de quirófano. Estos datos junto al momento de inicio y finalización de la transfusión quedan registrados en SEST Web sin necesidad de utilizar la pulsera de control transfusional. El estudio ha tenido un periodo de coexistencia entre ambos sistemas, cuyos resultados no han sido incluidos en el estudio previo (Tabla 1).

VARIABLES DE ESTUDIO	SEST PDA + SEST WEB
Periodo	Octubre a Diciembre 2021
Checklist	254
CS Enviados	1038
CS Iniciados	68
CS Finalizados	48

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados se exponen en la tabla 2

Variables de estudio	Hemocod® PDA	Hemocod® Web	% mejora
Periodo	Enero a Septiembre 2021	Enero 2022 a Diciembre de 2024	Enero 2022 a Diciembre 2024
Checklist	0	8016	+100%
CS Enviado	2948	9018	+205,9%
CS Iniciado	260	6014	+ 2213,1 %
CS Finalizado	175	4223	+2313,14%

Tras la implantación SEST (Sistema Electrónico de Seguridad Transfusional) Web en el quirófano se objetiva una mejora en la tra-

zabilidad de los CS, lo que se traduce en una mayor seguridad para el paciente y el personal implicado en el proceso, así como el cumplimiento de la normativa SoHO.

La localización De los pacientes queda asegurada y garantiza el registro de inicio y finalización de la transfusión. También permite el registro de reacciones adversas a la transfusión. La formación del personal implicado es esencial así como la coordinación entre servicios y el establecimiento de planes de contingencia seguros

IMPLEMENTACIÓN DE UN JOURNAL CLUB COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL PERSONAL HOSPITALARIO

 Laura Miró Mezquita; Gerard Albreda Gil; Eloi Querol Carranza; Mireia Cano Izquierdo; Josep Oriol Estrada Cuxart; Daniel Moreno Martínez

 Hospital Germans Trias i Pujol

Identificador: 27

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La formación continuada y la motivación del personal son clave en el entorno hospitalario. Promover actividades que fomenten el análisis crítico y el debate interdisciplinar, como los journal clubs, contribuye a mejorar la cultura innovadora. Esta iniciativa ofrece un espacio de aprendizaje colaborativo y refuerza la conexión entre profesionales de distintos servicios, generando sinergias y fortaleciendo el sentimiento de comunidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos son fomentar el pensamiento crítico en torno a publicaciones científicas sobre innovación en salud, generar espacios de debate entre profesionales de diferentes perfiles y promover la formación continuada como base para impulsar la transformación del sistema sanitario.

Cada sesión del journal club se organiza con la selección anticipada de un artículo científico relevante en el ámbito de la innovación en salud, el cual es enviado a los participantes junto con un resumen para facilitar su lectura. La convocatoria a la sesión se realiza a través de un calendario electrónico, y se anima a los destinatarios a reenviar la invitación a otros interesados. El responsable de la sesión prepara una presentación sobre el artículo seleccionado, que se expone durante unos 35 minutos. Posteriormente, se abre un espacio de debate para que los participantes comenten y discutan el contenido del artículo y otras cuestiones relacionadas. Al finalizar la sesión, se recoge la asistencia de los participantes y se elabora un informe con los resultados de la sesión y un análisis del grado de logro de los objetivos.

En cuanto a la temática, se abordan aspectos propios de la innovación, incluyendo tanto innovaciones tecnológicas como metodologías orientadas a facilitar la adopción de la innovación en entornos clínicos. Entre los temas tratados destacan la evaluación de la adopción de nuevas tecnologías, el concepto de green hospital, el uso de herramientas de inteligencia artificial aplicadas a la práctica asistencial, y estrategias para fomentar la sostenibilidad y la eficiencia en la gestión sanitaria. Este enfoque permite ofrecer una visión amplia y práctica sobre los retos y oportunidades que conlleva la transformación del sistema sanitario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El journal club comenzó en 2024 con sesiones mensuales. Hasta la fecha se han realizado 12 sesiones, con una media de 15 asistentes por sesión. Participan profesionales sanitarios y no sanitarios, incluyendo perfiles clínicos, de gestión, innovación y tecnologías. La diversidad favorece una visión amplia de los retos actuales del sistema de salud. La implicación ha sido alta, y se han introducido nuevas dinámicas para aumentar la participación.

El journal club es una herramienta efectiva para la formación, motivación y cohesión del equipo humano del hospital. Promueve una cultura de innovación, facilita el intercambio de conocimientos y se consolida como una práctica sostenible en el tiempo dentro de la estrategia de transformación sanitaria.

LA AMENAZA DE LOS MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES : VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL

 BLANCA LOPEZ VILLALBA ⁽¹⁾; ESTHER ARRIETA CERDÁN ⁽²⁾; TOMAS MATÉ ENRIQUE ⁽³⁾; ROCIO VILLA PIZARRO ⁽⁴⁾; MONTSERRAT AL-CALDE MARTIN ⁽⁴⁾; ALBERTO VEGAS MIGUEL ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALLADOLID; ⁽²⁾ GERENCIA REGIONAL DE SALUD - JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN; ⁽³⁾ o de Calidad y Seguridad del Paciente, Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Valladolid.; ⁽⁴⁾ Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente, Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Valladolid.

Identificador: 28

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En España, las infecciones por bacterias resistentes a los antibióticos representan un grave problema de salud pública, afectando a cerca de 4 millones de personas. Cada año se registran aproximadamente 3.000 muertes por infecciones hospitalarias causadas por microorganismos multirresistentes (MMR). Según un estudio de CIBERINFEC (2023), unas 170.000 personas fueron diagnosticadas con estas infecciones, con una mortalidad del 14% a los 30 días del diagnóstico (24.000 fallecimientos).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo para determinar la distribución y frecuencia de los diferentes MMR vigilados en los hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma durante 2024. Como objetivos secundarios, se analizaron las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes afectados, así como los indicadores específicos asociados a estas infecciones. Los datos fueron obtenidos de la aplicación de vigilancia corporativa y analizados con el programa informático IBM SPSS23®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hemos analizado los datos de 4.259 pacientes, observando un predominio de hombres (55,4%) y una edad mayor o igual a 81 años en el 50% de los casos. Los principales microorganismos identificados fueron *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*, mientras que la principal resistencia fue a cefalosporinas de tercera generación (C3G) y BLEE en enterobacterias. Destaca que el 83,9% de los casos registrados de *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenems se concentran en un solo hospital. Existen diferencias en la incidencia de MMR en los tres niveles de hospitales ($p < 0,001$), predominando las enterobacterias resistentes a C3G y BLEE en todos los niveles, especialmente el nivel 1, y aumentando el porcentaje de SARM en hospitales de nivel 2 y 3 y de Enterococo resistente a glucopéptidos en los de nivel 3. La duración media de la estancia hospitalaria fue similar entre infecciones y colonizaciones (16,64 vs. 17,98 días; $p = 0,765$). Encontramos diferencias en la estancia media según MMR ($p < 0,001$), siendo la más prolongada en *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenems (31,75 días). La localización más frecuente de las infecciones por MMR fue la vía urinaria, excepto en el caso de *S. aureus*, donde predominó la infección de piel o partes blandas. El 14,9% de los pacientes fallecieron al alta, sin diferencias significativas entre los distintos MMR ($p = 0,208$).

Comprender la distribución y las principales características de los MMR a nivel local permite optimizar la vigilancia y las medidas de prevención y control, además de ser crucial para el apoyo a los equipos PROA. Este conocimiento facilita la implementación de medidas efectivas para prevenir estas infecciones y mitigar sus consecuencias en los pacientes.

La cultura de seguridad de las urgencias pediátricas es débil, destacando el trabajo en equipo como principal fortaleza. Se observaron diferencias entre categorías profesionales. Las enfermeras se mostraron más críticas en todas sus respuestas. Con un menor porcentaje de respuestas positivas, en cambio en el grupo de los pediatras observamos más respuestas positivas. Los hallazgos de este estudio subrayan la necesidad de que los gestores se centren en optimizar las prácticas de seguridad en las urgencias pediátricas, aprovechando el trabajo en equipo para reforzar las áreas de debilidad identificadas. Estos resultados sugieren que la implementación de políticas específicas y estrategias de mejora, con un enfoque colaborativo y orientado al liderazgo, podría mejorar la seguridad del paciente, reforzando el papel de la enfermería en la seguridad del paciente.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA

 *Delia Reina Sanz; Vanessa Navarro Ángeles; Dacia Cerdà Gabaroi; Paula Valentina Estrada Alarcón; Silvia García Díaz; Daniel Roig Vilaseca*

 *Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Barcelona*

Identificador: 30

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción es uno de los elementos clave destacados para evaluar la calidad asistencial y la perspectiva en los pacientes con enfermedades reumáticas [1-4].

OBJETIVOS

Evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas de enfermería en el servicio de reumatología de nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, en pacientes con enfermedades reumáticas. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario de satisfacción, desarrollado para dicho propósito y compuesto por 18 ítems, con posibilidad de respuesta de 1 “totalmente de acuerdo (TA)” a 5 “totalmente desacuerdo (TD)” (Escala Likert 5 puntos). Dichos ítems se seleccionaron conjuntamente con el equipo de reumatología, extrayendo del cuestionario de satisfacción de Leeds los elementos más relevantes aplicables a nuestro entorno.

Se incluyen aspectos relacionados con el trato y la amabilidad, accesibilidad, información al paciente, decisiones compartidas con el paciente, resolución de dudas, facilidad para contactar telefónica/telemáticamente, y satisfacción general, entre otros.

El acceso al cuestionario fue de 2 maneras: 1) presencial en la consulta externa post-visita por la enfermera de Reumatología, depositando el cuestionario en un buzón fuera de la consulta. 2) telemático, enviado vía WhatsApp a todos los pacientes registrados en nuestra línea telefónica. Ambos de forma anónima.

El estudio fue llevado a cabo en las consultas externas de enfermería de nuestro hospital durante el período de cuatro semanas en Noviembre 2024.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS 26.00.

RESULTADOS

Se incluyeron n=317 cuestionarios (9 fueron descartados por falta de documentación), de los cuales 97% fueron online y 92% cumplimentados por el propio paciente. El 68% fueron mujeres, con un nivel de estudios secundarios mayoritariamente (44%) y con una edad media de 56,8±13,4años.

En la mayoría de los ítems los pacientes seleccionaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el buen trato y la buena satisfacción con la atención en general. Sin embargo, en algunas preguntas, como la facilidad en conseguir una cita, el acceso telefónico/telemático y el impacto de los consejos en hábitos de vida, mostraron un porcentaje de indecisión o desacuerdo (ver tabla 1).

CONCLUSIONES

La satisfacción general de los pacientes atendidos en la consulta de enfermería en reumatología fue valorada positivamente en la mayoría de los aspectos estudiados, aunque en algunos ítems, como la facilidad en conseguir una cita, el acceso telefónico/telemático y el impacto de los consejos en hábitos de vida, podría haber oportunidades de mejora.

En global, nuestro estudio indica que los pacientes valoran positivamente el papel de la enfermería en la gestión integral de su enfermedad (control de comorbilidades, automanejo, etc.) y están altamente satisfechos con el trato y la atención recibida en la consulta de enfermería.

PROYECTO PARA LA ELABORACIÓN DE UNA APP DISEÑADA PARA DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DEL PACIENTE ONCOLOGICO

😊 María Claudia Téllez Barrágán ⁽¹⁾; Ana Alonso Jarauta ⁽¹⁾; Julio Jesus Acero Sanz ⁽²⁾; Juan Ignacio Ropero Pires ⁽³⁾; Alba Maldonado Flores ⁽⁴⁾

🏢 ⁽¹⁾ C.S. Silvano; ⁽²⁾ Hospital Ramon y Caja; ⁽³⁾ C.S. Reyes Magos; ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Este

Identificador: 31

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El paciente con diagnóstico cancer, entra en un proceso de angustia emocional, confusión y dificultad para concentrarse. Ante ésta reacción intensa, es necesario ofrecer información:

- Clara, ordenada con lógica secuencial
- Organizada de manera eficiente y funcional
- A entera disposición sin restricción de factores externos tales como tiempo y lugar

Esta información puede brindarse a través de una aplicación, APP, porque ofrece:

- Ligereza, fácil de transportar
- Comodidad porque el uso de móviles se ha extendido ampliamente entre toda la población
- Acceso inmediato a su contenido
- En algunos casos no es imprescindible la conexión a internet

OBJETIVOS

Ofrecemos al paciente oncológico:

- Sentimiento de acompañamiento
- Información del grupo multidisciplinar que conforma el comité de tumores, quienes estudian y valoran conjuntamente el tratamiento para cada paciente
- Información de la secuencia de sus interconsultas, que facilita conocer su situación dentro del tratamiento
- Oportunidad de repasar detenidamente en casa la información facilitada
- Consultar sus próximas citas
- Posibilidad de compartir información con familiares y allegados

METODOLOGÍA

Análisis DAFO, para un diagnóstico de nuestra población diana, a nivel interno y externo, abordando las oportunidades detectadas, superando las amenazas, consolidando las fortalezas y disminuyendo las debilidades

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Debilidades

- Desconocimiento de las actuaciones medicas
- Múltiples profesionales implicados
- Incertidumbre de los efectos secundarios de los tratamientos.
- Falta de motivación para el autocuidado
- Paciente desmotivado, pesimista
- Paciente con la convicción del sufrimiento inútil del tratamiento
- Paciente con conocimiento de desenlace mortal de conocidos en su misma situación
- Creencias religiosas que impiden tratamiento medico
- Incertidumbre en diagnóstico, pronóstico, tratamiento

Amenazas

- Situación social desfavorable
- Exceso de información
- Familia con conocimiento de desenlace mortal de conocidos en su misma situación
- Cuidador principal agotado
- Familia y/o entorno pesimista

Fortalezas

- Buena capacidad profesional
- Buena comunicación y coordinación entre los profesionales
- Contamos con soporte informático actualizado para fines médicos
- Confianza en los avances en la tecnología medica

Oportunidades

- Familiares y entorno próximo interesados en informarse para dar apoyo
- El paciente se siente apoyado por los profesionales y su entorno.
- Información de efectividad de los tratamientos

CONCLUSIONES

Ofrecer al paciente oncológico la información organizada y recopilada en la APP que contenga los consejos a seguir y las advertencias a evitar, es conveniente porque ofrece:

- Posibilidad de consulta por parte del paciente, familiares y allegados en cualquier momento y lugar
 - Sentimiento de acompañamiento médico
 - Confianza en la calidad humana y científico-técnica de los profesionales
 - Obtener información de las secuencias sus citas
 - Consultar sus citas concertadas
-

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRAS LA COLOCACIÓN UN CATÉTER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO BRAQUIAL.

😊 **MARÍA JOSÉ DURO MANCHEÑO** ⁽¹⁾; Ana Martín Vega ⁽²⁾; Rosana Albajara Benito ⁽²⁾; María Jose López Coca ⁽²⁾; Ainhoa Del Coto Mielgo ⁽³⁾; Begoña De Andrés Gimeno ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA; ⁽²⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ⁽³⁾ Directora de Enfermería

Identificador: 32

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La percepción de los pacientes respecto a la mejora continua en los procesos y resultados de la atención sanitaria es cada vez más relevante en la gestión sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es evaluar la satisfacción percibida por pacientes portadores de un catéter venoso central (CVC) con reservorio subcutáneo (RVS) braquial.

Estudio descriptivo transversal que incluye a todos los pacientes a los que les implantó CVC con RVS braquial desde el 01/02/2024 al 30/04/2025 por el equipo de enfermería en el Servicio de Radiología Intervencionista del Hospital.

Los pacientes fueron evaluados por medio de una encuesta de 11 preguntas dicotómicas (SI/NO) diseñada por los investigadores (no validada) para valorar la satisfacción experimentada tras el procedimiento de implantación del CVC con RVS braquial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se implantaron 61 reservorios braquiales en pacientes, con un éxito técnico del 100% y una tasa de retirada por complicaciones del 9.83% (6 pacientes), logrando un éxito clínico del 90.16%. La mediana de tiempo de uso fue de 317 días. La mayoría eran mujeres (98.36%) con una edad media de 53 años, y el 90.16% tenían cáncer de mama.

El 21.31% presentó complicaciones, siendo las más frecuentes la dehiscencia de sutura (9.8%), trombosis venosa (6.5%) e infección del catéter (4.9%). Un 6.5 % del total de los pacientes presentaron dos o más complicaciones. . El 100% conocían la razón del dispositivo, y el 67% recibió información sobre su cuidado. La percepción de beneficios fue del 88.52%, y el 90.16% consideró que evitaba punciones repetidas. Sin embargo, algunos reportaron impacto estético (18%) y limitaciones en la actividad física (21%).

El 75.4% recomendaría el implante, aunque algunos no lo harían por complicaciones o preferencia por otros tipos de reservorios. También se identificaron problemas por desconocimiento técnico o falta de material en casi la mitad de los casos.

Este estudio muestra que la implantación de CVC con RVS braquial, es un procedimiento altamente exitoso desde el punto de vista técnico. La mayoría de los pacientes percibieron beneficios significativos, como la reducción de punciones venosas repetidas, y la mayoría recomendaría el uso del dispositivo a otros pacientes en circunstancias similares. Sin embargo, se identificaron algunas complicaciones, problemas en la cicatrización, trombosis e infecciones, que afectaron a una minoría de pacientes y fueron la principal razón de su retirada. Además, aunque la mayoría recibió información adecuada y entendió el motivo de la indicación, casi la mitad tuvo dificultades relacionadas con el desconocimiento técnico o la falta de material, lo que sugiere que mejorar la educación y los recursos disponibles podría optimizar aún más los resultados. En general, el reservorio braquial es una opción efectiva y bien valorada, aunque es importante seguir trabajando en la prevención y manejo de complicaciones y en la educación de los pacientes para maximizar sus beneficios.

INNOVACIÓN SANITARIA A TRAVÉS DEL ARTE, EL DISEÑO SOSTENIBLE Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL HOSPITAL DE SANT PAU

 Maria Carol Sanjurjo ⁽¹⁾; Giulia Sonetti - ⁽²⁾; Ainhoa Vilarrubias Llopis ⁽¹⁾; Didac Ferrer Balas ⁽³⁾; Jaime Benavides - ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ⁽²⁾ Instituto de Salud Global; ⁽³⁾ Universitat Politècnica de Catalunya; ⁽⁴⁾ Columbia University

Identificador: 33

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El proyecto ReHEALMS transforma el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en un espacio de sanación inclusivo y sostenible, fomentando el bienestar emocional, la responsabilidad ambiental y la conexión comunitaria mediante el diseño participativo, el arte y soluciones basadas en la naturaleza. Surge como respuesta a la necesidad de humanizar los espacios hospitalarios, especialmente para pacientes vulnerables y cuidadores, tras constatar que un 35% de pacientes y un 40% de cuidadores se sentían emocionalmente sobrepasados en el entorno hospitalario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de ReHEALMS es mejorar la experiencia emocional en el entorno hospitalario, integrar prácticas sostenibles y reforzar el vínculo entre el hospital y su comunidad. Para lograrlo, el proyecto se articula en torno a dos ejes fundamentales.

El primero, denominado “Pájaras”, recopila vivencias emocionales de pacientes, cuidadores y profesionales a través de actividades artísticas participativas como la fotografía, la escritura y el teatro. Estas acciones culminan en una obra teatral co-creada por mujeres mayores, que visibiliza historias reales dentro del hospital.

El segundo eje, “Escenaris Plens de Vida”, transforma espacios del hospital mediante un proceso participativo que comienza con un “Mapatón” en el que más de cien usuarios identifican zonas que requieren mejoras sensoriales y ambientales. Las intervenciones resultantes son de bajo impacto pero alto valor simbólico y emocional, incorporando naturaleza, accesibilidad y calma.

La metodología adoptada es colaborativa y transdisciplinar, y cuenta con la participación activa de socios como ISGlobal, la UPC, la ONG Cycling Without Age y el apoyo institucional del Ayuntamiento de Barcelona. Financiado por el EIT New European Bauhaus, el proyecto avanza hacia un modelo replicable en otros entornos asistenciales, educativos y comunitarios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque ReHEALMS aún se encuentra en fase de implementación, los primeros resultados muestran un alto nivel de implicación de la comunidad, una mejora perceptible del confort emocional en los espacios intervenidos y una mayor conexión entre usuarios y hospital. La evaluación se está llevando a cabo mediante indicadores cualitativos y cuantitativos, recogiendo datos que permitirán valorar su impacto real a medio y largo plazo.

En definitiva, ReHEALMS representa un ejemplo innovador de cómo la integración de arte, naturaleza y diseño puede contribuir a humanizar la atención sanitaria y a fomentar una cultura del cuidado compartido entre instituciones y ciudadanía. Su enfoque sostenible y su bajo coste lo convierten en un modelo atractivo y escalable, con potencial para ser implementado en otros hospitales, universidades o comunidades organizadas como pequeños municipios.

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ACCIÓN: ESTRATEGIA ESCALONADA E INTEGRACIÓN DOCUMENTAL PARA UNA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 MISERICORDIA VOLTÓ JULVE; LOURDES VIDAL DOMENECH; MARIA JOSÉ BUENO DOMINGUEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS

Identificador: 34

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente requiere herramientas que no solo detecten incidentes, sino casi incidentes integrando procesos clave en la práctica asistencial.

Esta aplicación de seguridad de los pacientes permite la identificación proactiva de riesgos y la digitalización de listas de verificación. En nuestro hospital, su implantación ha seguido una estrategia estructurada y progresiva, garantizando la formación de profesionales, la implicación de gestores y la integración de documentación en nuestro gestor documental.

OBJETIVOS

Describir el proceso de implementación de la aplicación proactiva de seguridad de los pacientes en un hospital universitario, destacando la estrategia de formación escalonada, la implicación de los gestores y la integración documental como pilares clave para su sostenibilidad.

METODOLOGÍA

Se diseñó una estrategia en tres fases para garantizar una implementación efectiva:

Capacitación inicial: Curso de formación obligatorio para profesionales, asegurando la comprensión del programa y sus beneficios.
Impulso desde la gestión: Formación específica para gestores y responsables de seguridad, promoviendo su compromiso y liderazgo en la implantación. Implementación progresiva:

- **Primera fase:** Integración del aplicativo en la revisión del carro de paros, con listas de verificación digitales para garantizar la trazabilidad.
- **Segunda fase:** Incorporación de las instrucciones del check-in de desfibriladores con el apoyo de metodología enfermera.
- **Tercera fase:** Creación de documentos en nuestro gestor documental para esta aplicación proactiva de seguridad de los pacientes permitiendo la actualización automática y el acceso centralizado a los listados de verificación.

RESULTADOS

La implantación escalonada de la aplicación proactiva de seguridad de los pacientes ha facilitado la adhesión progresiva de los profesionales y gestores. El curso de formación inicial permitió una adopción homogénea, mientras que la implicación de los gestores consolidó su integración en la cultura de seguridad del hospital. La digitalización de procesos como la revisión del carro de paros y las instrucciones operativas ha mejorado la trazabilidad y la seguridad en áreas críticas. La incorporación a la aplicación proactiva de Seguridad de los links a los documentos del gestor documental del centro optimiza su actualización evitando duplicidades y garantizando la consulta en tiempo real.

CONCLUSIÓN

La implementación de esta aplicación mediante una estrategia formativa y progresiva, sumada a la integración documental, ha favorecido una transición eficaz hacia una cultura de seguridad más digitalizada y proactiva. La implicación de los profesionales y gestores ha sido clave para asegurar la sostenibilidad del programa en la práctica asistencial.

AMFE EN VENA: SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL PROCESO DE EXTRACCIONES.

 *Julia Sebastia Martinez; Sigfredo Cabral Rivera; Silvia Del Castillo Villegas; Cristina Ramirez Maestre*

 *EAP Dreta Eixample*

Identificador: 37

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el contexto del circuito de extracciones de un centro de atención primaria, el AMFE resulta especialmente relevante debido a la alta frecuencia de este procedimiento, la necesidad de precisión en la identificación del paciente y la correcta recogida, manejo y transporte de las muestras biológicas. Cualquier fallo en este circuito puede tener consecuencias clínicas importantes, como diagnósticos erróneos, retrasos en el tratamiento o incluso riesgos para la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Mejorar la seguridad y eficacia del circuito de extracciones mediante la implementación de la metodología AMFE en un centro de Atención Primaria en el 2024.

METODOLOGÍA

El estudio seguirá un enfoque descriptivo y analítico, utilizando la metodología AMFE para identificar, evaluar y mitigar los riesgos asociados al circuito de extracciones, siguiendo la estructura: a) Selección del equipo. b) Elaboración del diagrama. c) Análisis de riesgo del proceso. d) Priorización de riesgo. e) Planificación y seguimiento de las actividades de mejora. f) Evaluación: determinar qué indicador se usará para evaluar las acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Pasos del proceso identificados en el diagrama:

Solicitud de la analítica por parte del profesional.

Programación de la prueba por parte del mismo profesional o del personal administrativo.

Fase pre analítica: paciente llega al centro y se identifica, se le proporciona la petición de la analítica y se dirige a la sala de espera.

Fase analítica: se llama al paciente por número, se identifica, se verifica la preparación y se realiza la extracción de sangre.

Fase post analítica: TCAI reinforma las analíticas y se preparan las muestras para ser recogidas por el laboratorio.

RESULTADOS

Se programa una visita virtual para valoración de los resultados. El profesional informa de los resultados al paciente.

Se identifican 32 posibles fallos, se seleccionan 14 fallos, organizados por orden descendente de mayor a menor IPR, y se proponen 15 posibles soluciones.

PROPUESTAS

Compra y configuración de un gestor de colas que permite a las enfermeras llamar al siguiente paciente des del box.

Elaboración de Care Bundles para las fases pre analítica y analítica, sobre la correcta identificación y preparación del paciente.

Creación de un nuevo circuito de programación de analíticas por parte del personal administrativo, incluyendo información sobre la correcta preparación y recogida de las muestras.

Incorporación de un portátil de empresa en el mostrador de analíticas para dar soporte y acceso al E-CAP remoto.

Se establecen con un cronograma y un responsable para cada una de ellas. De llevan a cabo entre mayo de 2024 y noviembre de 2024. Posteriormente, se objetiva una mejora en el porcentaje de pacientes correctamente identificados y preparados (Prosp.cat) y en la satisfacción del personal involucrado. Se define diagrama de flujo con el nuevo procedimiento y se realiza análisis de riesgo de los fallos principales, objetivando una reducción del 75% respecto el anterior.

GUIA DE ACOGIDA VIRTUAL AL PACIENTE EXTERNO EN CONSULTAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

 Margarita Ruano Encinar; Marta Moro Agud; Alicia Herrero Ambrosio

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 38

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Servicio de farmacia(SF) con compromiso con la mejora continua que entre sus líneas estratégicas destaca la Humanización; respuesta a las expectativas de pacientes externos que recogemos de las encuestas de satisfacción anuales y reuniones de Experiencia de pacientes; análisis de contexto DAFO donde detectamos como debilidades la accesibilidad de pacientes a consultas externas de farmacia ubicadas en distintas zonas del hospital; elevado alcance de pacientes: 300 pacientes/día acuden a recoger medicamentos de uso hospitalario

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar una guía de acogida virtual que facilitara a pacientes externos, en dispositivos móviles, cómo acceder a las consultas de SF y explicar la atención que les vamos a proporcionar. Contribuir a la visibilización del SF mostrando al paciente nuestra actividad y satisfacer expectativas de accesibilidad y atención prestada

Mayo 2024: cronograma e identificación de áreas de SF relacionadas con paciente externo. Elaboración de guion general de acogida y el específico de cada área detallando recorrido, información relevante y prestación de atención farmacéutica(AF) según tipo de consulta. Se planificó la grabación del entorno, entrevistas y montaje de videos con “avatar farmacéutico” que facilita la información general y acompaña en los recorridos. Enero 2025: se revisó el contenido en entorno web, se presentó a la Comisión Valoración de Información Sanitaria y se planificó su difusión intrahospitalaria y cartel informativo para pacientes

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Contenido:

1. Bienvenida con documentos a aportar y horario de atención
2. Un guión por área: acceder desde la consulta médica a la consulta AF correspondiente; información y atención en SF ante la primera visita o sucesiva; información y contacto tras la consulta AF

Se grabaron 7 recorridos para acceder a las consultas AF presentados por un avatar, 6 videos con farmacéuticos e información práctica, con apoyo de lenguaje verbal y escrito.

Diez revisiones centradas en eliminar del video a paciente o acompañante, comprobar que la información mostrada coincidía con el guión elaborado y la señalización de los recorridos e integración del avatar eran correctos. Se estructuró en una web de fácil manejo: acceso por QR al menú de la Guía de acogida virtual y según la selección dirige al contenido de las distintas consultas AF

Encuesta de satisfacción a pacientes: se añadió una pregunta sobre utilidad de acogida virtual. Estrategias de difusión: se incorporó a la web del SF y en la intranet, noticias del hospital, cartel informativo con QR en pantallas de salas de espera y como hoja informativa para su descarga en dispositivo móvil

CONCLUSIONES

Herramienta de fácil manejo y accesible a pacientes externos que les acompaña de forma virtual hasta el SF. El contenido permite informar al paciente y dar a conocer la actividad del SF. Importante planificar la estrategia de difusión alcanzar a todos los pacientes. Evaluar la satisfacción de los pacientes permitirá conocer si mejoran sus expectativas respecto a accesibilidad y atención en el SF

REFERENTES CON PROPÓSITO: TEJIENDO CULTURA DE SEGURIDAD DESDE EL LIDERAZGO COMPARTIDO

 *Silvia Veleda Sánchez; Mercedes Drake Canela; David Martín de la Mota Sanz; Víctor Macho Foronda*

 *Hospital Universitario Infanta Leonor*

Identificador: 40

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2021 se identificaron áreas de mejora en la gestión de la notificación, análisis y planes de acción frente a incidentes y errores de medicación. Para abordarlas y en línea con la estrategia regional, se impulsó la figura del Referente de Seguridad como agente del cambio en unidades y servicios, con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad desde un liderazgo activo y compartido.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Ampliar y motivar la red de referentes mediante su designación en todos los servicios/unidades y la firma de compromisos con objetivos y evaluación avalada por la Dirección Gerencia.
- Reforzar la capacitación del referente mediante el análisis de necesidades y barreras, y un plan formativo con talleres y acceso a formación específica.
- Aumentar la cantidad y la calidad de las notificaciones recibidas: Implicación de los referentes en el análisis, implantación de medidas y elaboración de informes para su retroalimentación.
- Reducir los tiempos entre los procesos de notificación, análisis y mejora de eventos: Asignación de los incidentes y errores a los referentes según servicio o unidad implicada.
- Mejorar la comunicación entre la comisión y el personal asistencial: Referentes como canal de comunicación mediante la reversión de los boletines de seguridad e informes realizados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Nombramiento de referentes: De 18 en 2021 a 60 en 2024 alcanzando la totalidad de Servicios y Unidades.

- 59 encuestas obtenidas que permitieron priorizar temas clave para los talleres: análisis de eventos adversos, uso de la herramienta de notificación y gestión del riesgo, se impartieron 12 reuniones formativas, y 43 responsables realizaron cursos de formación específica.
 - Las notificaciones de incidentes y errores de medicación analizados aumentaron de 168 en 2022 a 312 en 2024, y se descartaron menos incidentes por el motivo “no se considera un incidente”: de 33,9% en 2022 a 15,4% en 2024. Los referentes participaron en un total de 307 informes validados en los 3 años.
 - Los tiempos desde la notificación hasta su análisis se redujeron de 81 días en 2022 a 50 días en 2024.
 - El Nº de informe de medidas pasó de 109 en 2022 a 223 en 2024, se difundieron un total de 9 boletines de seguridad y solo en 2024 se hicieron 122 sesiones de reversión con una asistencia de 1.717 profesionales.
-

ENFERMERÍA DE PREVENTIVA LIDERA LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS: EXPERIENCIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR

 *Silvia Veleda Sánchez; Raquel Bermejo Borreguero; Laura Ballesteros De los Santos; Francisco Javier Zara Nieto; Bárbara María Arana Aragón; Eva Jiménez Gonzalez de Buitrago*

 *Hospital Universitario Infanta Leonor*

Identificador: 41

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Uno de los puntos clave de la seguridad del paciente es la prevención de las IRAS y la medida más eficiente: la Higiene de manos. El Gold Standard para analizar el cumplimiento de la Higiene de Manos en las instituciones socio sanitarias es la observación directa de los profesionales en su labor diaria. Sin embargo, se trata de una metodología con limitaciones, entre las que cabe destacar la variabilidad entre los observadores y la posible sobrestimación de los resultados cuando las observaciones son realizadas por los profesionales en sus propias unidades.

OBJETIVOS

El servicio de Medicina Preventiva lidera y coordina la formación de un grupo de trabajo multidisciplinar de observadores de cumplimiento de Higiene de Manos, con la intención de reducir las limitaciones inherentes a la observación directa. Los objetivos finales de este proyecto son mejorar la adherencia a la Higiene de Manos y fomentar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales.

METODOLOGÍA

En 2024, un total de 29 profesionales sanitarios de distintas categorías recibieron formación acreditada en la metodología de observación de cumplimiento de Higiene de Manos, según los estándares de la OMS. Se establecieron cortes de observación mensuales en unidades de trabajo ajenas al observador, con el fin de minimizar sesgos. Además, el servicio de Medicina Preventiva coordinó un grupo focal para analizar los problemas y las sugerencias derivadas durante el proceso. Igualmente, los datos recogidos se analizan por parte del servicio en un informe semestral y otro de carácter anual.

RESULTADOS

Durante 2024, se realizaron 4817 observaciones, registrándose un cumplimiento global del 75,2%. El grupo profesional con mayor adherencia fue el de los médicos, con un cumplimiento del 81,3% (n=812 observaciones), seguido del personal de enfermería con un 74,8% (n=2044). Entre los cinco momentos definidos por la OMS, el mayor cumplimiento se observó en el momento 4 'después del contacto con el paciente' (83,2%, n=1532), mientras que el menor se registró en momento 2 'antes de una técnica aséptica' (64,5%, n=648).

CONCLUSIONES

La creación de un grupo de observadores, formados y coordinados por el servicio de medicina preventiva, ha impulsado el cumplimiento de higiene de manos en la institución. Asimismo, esta iniciativa ha permitido la obtención sistematizada de observaciones contribuyendo al avance de las estrategias de comunicación y formación. Todo ello ha supuesto un fortalecimiento de la Seguridad del paciente.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: DESARROLLO PROPIO PARA CONOCER A TIEMPO REAL LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS

 Vanesa Guillén Cortijo; Laura Rodríguez Suarez; Sherly Rosales Huane

 Hospital Universitario Severo Ochoa

Identificador: 42

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Conocer la percepción de los usuarios sobre los servicios ofrecidos es crucial para poder adaptarse a sus necesidades y mejorar su experiencia. Las encuestas de satisfacción son una herramienta comúnmente utilizada para recolectar esta información. Sin embargo, las empresas deben asegurarse de que el proceso de obtención de feedback sea ágil, accesible y eficaz con mínimos costes. En este contexto, la implantación de encuestas de satisfacción a través de SMS representa una solución moderna y eficiente, permitiendo obtener retroalimentación inmediata y precisa, optimizando la comunicación y mejorando la tasa de respuesta. Además, permite a las empresas evaluar continuamente la calidad de los servicios, identificar áreas de mejora de manera oportuna y tomar decisiones basadas en datos reales y actualizados.

OBJETIVOS

General

- Conocer a tiempo real la calidad percibida por nuestros usuarios para identificar precozmente áreas de mejora.

Específicos

- Diseñar y desarrollar un sistema para la distribución y gestión de encuestas de satisfacción a través de SMS.
- Implementar un sistema que permita la recopilación de respuestas de forma automática y su visualización según permisos de usuario.

METODOLOGÍA

- Validación de encuesta según procedimiento establecido (Procedimiento para la valoración metodológica de encuestas de satisfacción de usuarios del SERMAS).
- Implementación de un sistema de envío automatizado de SMS con enlace a la encuesta (en Microsoft Forms).
- Selección de las áreas/prestaciones diana (Consultas, Hospitalización, Urgencias, CMA, Pediatría) y realización de cronograma secuencial de implantación.
- Implementación de un sistema de visualización de resultados (Power BI).
- Puesta en marcha según cronograma establecido.
- Seguimiento en tiempo real de los resultados obtenidos para identificar de manera rápida cualquier problema o área de mejora en los servicios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Visualización a tiempo real de los resultados de las encuestas por parte de la Dirección del centro y de los Jefes de Servicio. Por servicio/unidad, se aporta información sobre tasa de respuesta, satisfacción con la experiencia, nivel de recomendación mediante NPS y benchmarking con la media del hospital en satisfacción y recomendación, además de gráfico de tendencias. Posibilidad de lectura de comentarios subjetivos de los pacientes, lo que ha permitido la detección de necesidades y/o expectativas y la identificación de acciones de mejora relacionadas con la calidad percibida.

Los medios utilizados para la implementación de este sistema (recursos humanos propios y recursos informáticos ofrecidos por el SERMAS) hacen que este sistema sea fácilmente implantable en otros centros.

Se ha fomentado una cultura organizacional orientada a la mejora continua incorporando la experiencia del usuario en tiempo real para la optimización de los procesos y la mejora de la calidad percibida.

EL CODIGO QR, HERRAMIENTA FACILITADORA PARA REFOZAR INDICACIONES E INFORMACIONES DIRIGIDAS A LOS USUARIOS

😊 María Claudia Téllez Barragán ⁽¹⁾; Susana Maria Viver Gómez ⁽²⁾; Ana Alonso Jarauta ⁽¹⁾; Ana Serrano Ortiz ⁽³⁾; Maria Eugenia Cuevas Horcajuelo ⁽¹⁾; Raquel Ventero Fernandez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ C.S. Silvano; ⁽²⁾ C.S. Dr. Luengo Rodriguez; ⁽³⁾ C.S. Dr. Luengo Rodríguez

Identificador: 43

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El estado emocional de confusión y tensión presentes en los usuarios que acuden al Centro de Salud, dificultan su concentración reduciendo la capacidad de procesamiento de la información indicada por los profesionales del Centro de Salud. Esta situación conlleva en muchas ocasiones al olvido o malinterpretaciones. En diferentes consultas, los profesionales facilitan información relevante del episodio motivo de consulta en papel impreso, el cual es doblado, guardado y olvidado por el usuario sin llegar a leerlo.

OBJETIVOS

El código QR, almacena información, enlaces a sitios web, enlaces a videos explicativos accediendo de manera rápida para:

- Ofrecer acceso a contenidos recomendados por el profesional que faciliten la comprensión en gestión administrativa de la institución
- Establecer enlaces de videos basados en la evidencia científica que explican de manera sencilla situaciones concretas que estimulan la adherencia terapéutica
- Brindar contenidos oficiales y/o autorizados centrados en la atención del paciente
- Evitar el mal uso del papel

METODOLOGÍA

Realizamos un análisis de cusa raíz, ACR, Identificado el problema: Falta de información del usuario

RESULTADOS

Analizamos las causas con preguntas sucesivas del Por Qué ¿Por qué le falta información al usuario?

- Porque no entiende las explicaciones
- Porque olvidó los nombres o como se le denomina a la situación
- Porque el documento explicativo lo perdió

CONCLUSIONES

Reforzar la información con código QR, facilita la comprensión porque ofrece:

- Rapidez
- Enlace de la web, sin error por una búsqueda imprecisa
- Enlace a videos explicativos
- Información conocida por el profesional, basada en evidencia científica.
- Posibilidad de almacenamiento en el dispositivo del usuario, manteniendo la información a mano
- Respeto por el medio ambiente

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO CLAVE PARA LA MEJORA DE OS PROCESOS ASISTENCIALES

😊 Víctor Macho Foronda; David Martín de la Mota Sanz; Silvia Veleda Sanchez; Mercedes Drake Canela; Felipe Javier Camacho Carretero; Patricia Esquinas Delgado

🏥 Hospital Universitario Infanta Leonor

Identificador: 44

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La percepción del paciente constituye una fuente esencial de conocimiento para orientar mejoras en calidad asistencial. Más allá de los indicadores convencionales, el análisis cualitativo permite identificar áreas críticas de los procesos asistenciales desde una perspectiva cercana y vivencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar nivel de satisfacción mediante NPS y el valor de recomendación. Comprender las experiencias de salud de los pacientes. Identificar áreas de mejora habitualmente no identificadas en análisis clásicos.

El análisis cuantitativo se realizó mediante la valoración del NPS como medida de satisfacción de los pacientes, usando estadística descriptiva para la determinación de los valores.

Se realizó un análisis cualitativo fenomenológico inductivo del campo de texto libre de las encuestas. Se aplicó codificación abierta y axial por afinidad semántica para estructurar metacategorías, categorías y códigos, alcanzando saturación teórica. El análisis mixto se aplicó mediante asociación de categorías y NPS.

- Criterios de inclusión: encuestas completas del 2023; campo de texto libre cumplimentado.
- Criterios de exclusión: campo de texto libre con descriptores sin aportación de valor; texto libre ininteligible; encuestas sin evaluación del NPS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 5200 encuestas de satisfacción (1161 cumplieron criterios).

El análisis cuantitativo reflejó 860 encuestas (74%) con valor de recomendación del centro ≥ 8 (valor considerado como recomendable). El 63% obtuvo un NPS=10.

El análisis cualitativo permitió entender e identificar 8 metacategorías: atención y trato recibido, organización, entorno físico, alimentación, acompañamiento, transporte, administración y seguridad clínica. Emergieron expresiones como: “El personal fue muy amable me dio mucha tranquilidad”, “La comida era siempre igual, fría y sin sabor” y “Me dieron el alta sin explicarme qué medicación tenía que seguir”.

El análisis permitió vincular las categorías y códigos de sentimientos negativos con el NPS de los detractores, estableciendo el grado de asociación entre el NPS y el valor cualitativo, permitiendo la identificación más específica de áreas de mejora. Las categorías de alta médica precipitada; calidad de la comida; información médica; intimidad y administración de tratamientos, fueron las que presentaron mayor nivel de vinculación entre NPS negativo y códigos negativos.

- El análisis cuantitativo aportó el nivel de satisfacción de los pacientes en hospitalización, óptimo para 3/4 partes de encuestados.
 - El análisis cualitativo permitió comprender las experiencias de los pacientes y establecer las categorías con mayor interés para ellos.
 - El análisis mixto permitió dirigir las acciones de mejora hacia las categorías más relevantes, que en encuestas clásicas no aparecen.
 - La experiencia del paciente, explorada desde un enfoque integrador cualitativo-cuantitativo, proporciona una base sólida para la mejora de los procesos asistenciales.
-

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

 Yolanda Aladro Benito; Judit Díaz Díaz; Laura Lillo Triguero; Belén Pilo de la Fuente

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 45

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El abordaje de la esclerosis múltiple (EM) exige una atención especializada, coordinada y eficiente para mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los recursos del sistema sanitario. En este contexto, se identificó la necesidad de revisar el proceso asistencial de una unidad especializada de EM, debido a demoras en la atención, falta de protocolos actualizados y sobrecarga en los profesionales implicados, ineficiencias que repercuten tanto en los resultados clínicos como en la experiencia del paciente.

OBJETIVOS

Detectar problemas y oportunidades de mejora en una Unidad de Esclerosis Múltiple (EM). Se diseñan soluciones específicas para cada línea de trabajo y se optimiza el circuito asistencial del paciente con EM.

METODOLOGÍA

Se utiliza la herramienta Value Stream Analysis (VSA) para mapear el circuito asistencial, detectar puntos débiles y mejorar la productividad, eficiencia y calidad. Se crea un equipo multidisciplinar con todos los agentes implicados en el circuito asistencial de esta patología. Se realizan 6 sesiones y un “shadowing” en consulta entre octubre de 2024 y marzo de 2025. Se establecen KPIs (Key Performance Indicator) para medir cada 4 meses durante 1 año y evaluar el éxito del proyecto.

RESULTADOS

Para reducir la carga burocrática un 50% en las consultas médicas y de enfermería se unifican pruebas, generan multipedidos y localizadores en la historia clínica para control de inicio y seguimiento terapéutico. Para reducir un 75% ingresos y 80% demoras de citas, se crea una consulta con circuito rápido de atención a sospechas diagnósticos, brotes e incidencias terapéuticas. Se optimiza el flujo de información entre neurología y neurorradiología para mejorar gestión de pruebas, uso de gadolinio, protocolos, informes, y disminuir RMs realizadas fuera de plazo en un 80%. Se genera con Medicina Preventiva un protocolo de análisis serológicos, inmunización y priorización personalizada. Se implementa la incorporación de PROMs y PREMs con Farmacia Hospitalaria.

CONCLUSIONES

Se detectan áreas de mejora en tiempos de atención, eficiencia de recursos y evaluación de la voz y experiencia del paciente. La metodología es escalable, demuestra el impacto positivo de la gestión por procesos y el trabajo colaborativo en el entorno sanitario.

BOLETINES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. HERRAMIENTA DE CULTURA DE SEGURIDAD

 RAQUEL FERNÁNDEZ GARCÍA; LAURA CRIADO GÓMEZ; JULIA BENITO RODRÍGUEZ; MIREYA MAÑES SEVILLA; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ; CARMELO TAFALLA BORDONADA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Identificador: 46

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad en la atención sanitaria. La cultura de seguridad (CS) es un pilar clave para lograr una atención más segura, ya que el proceso asistencial conlleva riesgos potenciales para los usuarios. La CS dinámica consolida las acciones y comportamientos adoptados por los profesionales para reducir el daño en su trabajo diario, promoviendo un entorno más seguro para todos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es difundir información entre los profesionales del hospital para crear conciencia y fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Para ello, se busca implementar un sistema rápido, impactante, eficaz, de bajo coste y que llegue a todos los profesionales.

El grupo de analizadores de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), en colaboración con la Responsable de Comunicación del hospital, desarrolla y edita un Boletín de Seguridad del Paciente (BSP). Esta herramienta de difusión busca promover la cultura de seguridad mediante la información.

El BSP presenta los aspectos más relevantes ocurridos durante el trimestre y/o temas de mayor interés para su divulgación. Se distribuye a través de la intranet del hospital y se envía a los correos electrónicos institucionales de todos los profesionales, desde la Dirección del centro.

El boletín incluye:

- Píldoras informativas en materia de seguridad del paciente: “¿Sabías qué...?”.
- Difusión de los eventos adversos más relevantes notificados en el hospital y centros dependientes, a través de CISEM (Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación de la Comunidad de Madrid), como herramienta de aprendizaje.
- Divulgación de buenas prácticas seguras que se han implementado en el hospital.
- Acciones formativas en materia de seguridad del paciente, ofrecidas en la Comunidad de Madrid mediante la plataforma For-Madrid y/o promovidas en el propio hospital.
- Difusión de acciones de mejora y gestión del riesgo, con enlaces a los protocolos normalizados de los servicios, disponibles en la intranet en la sección “protocolos y guías”.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La elaboración y difusión del BSP se realiza de forma trimestral y ha tenido un impacto positivo en varios aspectos:

- Ha aumentado la concienciación de los profesionales y responsables de seguridad, reflejado en un incremento progresivo en las notificaciones a CISEM.
- Se ha mejorado la formación del personal mediante la comunicación de incidentes y recomendaciones de seguridad.
- Se ha incrementado la participación y colaboración de los responsables de seguridad en la edición y difusión del boletín.
- Se ha evidenciado un liderazgo y compromiso claros por parte de las Direcciones del hospital en la promoción de la seguridad del paciente.
- El reto para las próximas ediciones es captar aún más la atención y el compromiso de los profesionales, ofreciendo información relevante que responda a sus intereses y utilizando nuevas herramientas que faciliten una retroalimentación efectiva.

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR: EXPERIENCIA FORMATIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

😊 RAQUEL PELAYO ALONSO; ANA DIEZ HERNÁNDEZ; SELMA HERRERO LÓPEZ; M^a INMACULADA COLLANTES HERNÁNDEZ; JOSE LUIS COBO SANCHEZ; MIREN LOREA GARCIA UGARTE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Identificador: 47

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El adecuado manejo de los dispositivos de acceso vascular (DAV), basados en la mejor evidencia disponible, es una competencia esencial en la práctica enfermera, con un impacto directo en la seguridad del paciente, prevención de complicaciones y eficiencia asistencial. El Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCECR/BPSOR) recomienda integrar la evidencia disponible en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Describir una intervención formativa teórico-práctica sobre manejo de DAV, en enfermeras de hospitalización y evaluar su impacto en participación y satisfacción.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo sobre una intervención formativa dirigida a enfermeras de hospitalización en el manejo de DAV, de enero a mayo 2025. Se propone una actividad teórica-práctica, voluntaria, para 20 alumnos, de 2h de duración. En la primera parte teórica, de 20 minutos de duración, se expone la importancia del registro y documentación del DAV en la historia clínica del paciente. A continuación, se llevó a cabo la parte práctica que consiste en el desarrollo de 4 estaciones simultáneas, de 25 minutos de duración, en el que se explican, basados en evidencia: tipos/indicación de DAV, mantenimiento, cura correcta del punto de inserción y abordaje de reservorios, utilizando simuladores de baja fidelidad, con los que los asistentes podían practicar en un entorno seguro. En cada sesión participan 4 docentes, uno por cada estación, que se encargan del desarrollo de cada una de las estaciones prácticas. Se recogieron datos sobre el nº total de talleres realizados, nº de profesionales formados y distribución por unidades. Además, se registró el porcentaje de participación por unidad y el índice de satisfacción de los participantes mediante una escala de valoración anónima al finalizar la actividad.

RESULTADOS

Se realizaron 14 talleres, con una frecuencia semanal, con libre elección de fecha por parte del profesional según la disponibilidad para facilitar su asistencia. Se han formado un total de 140 profesionales, de 11 unidades de hospitalización diferentes. Cinco unidades presentaron una tasa de formación inferior al 50%, 2 unidades tuvieron una tasa entre el 50%-74% y 4 unidades superaron el 75%.

El índice de satisfacción referido por los profesionales tuvo un valor medio de 99% (rango 100-93.8%)

CONCLUSIONES

La metodología utilizada de estaciones prácticas con número reducido de alumnos favoreció una alta participación y aprendizaje, siendo una estrategia formativa eficaz y bien valorada por los participantes. El taller ha permitido actualizar conocimientos básicos sobre el manejo de dispositivos de acceso vascular, reforzando la práctica basada en la evidencia y promoviendo la estandarización de cuidados.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD. UNA VISION MULTIDISCIPLINAR

 *Jesus Vazquez Castro; Cristina Serrano Santos; Mar Sacristan Germes; Pilar Llorente Domingo; Ignacio Callejas Caballero*

 *Centro Salud Paseo Imperial; Paseo Imperial*

Identificador: 48

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La falta de adherencia es un problema de salud sobre todo en los procesos crónicos (50%). Existe la necesidad de desarrollar estrategias, en atención primaria, que evalúen las barreras, con visión multidisciplinar.

OBJETIVOS

General: Identificar las barreras de la falta de adherencia y elaborar estrategias para abordarla.

Específicos: Proporcionar herramientas de comunicación y entrevista motivacional. Elaborar estrategias de colaboración multidisciplinar.

METODOLOGÍA

En la adherencia influyen múltiples factores. Nuestra estrategia, en el centro de salud, es actuar sobre los modificables. En la consulta, se valoraba utilizando la entrevista personalizada. Se priorizaba los que no acudían a las citas concertadas y a los que no lograban el objetivo terapéutico ((Morinsky-Green). Se identificaron factores relacionados con el paciente (temor a los efectos secundarios, falta de conocimiento de la enfermedad, deterioro cognitivo, olvidos por la edad), relacionados con el sistema sanitario (falta de confianza en el profesional, de accesibilidad), relacionados con el tratamiento y la patología (enfermedad asintomática crónica, complejidad y polimedicación).

RESULTADOS

Mejorar la adhesión es tarea de un equipo multidisciplinar, médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos y trabajadores sociales del centro de salud y los farmacéuticos comunitarios. En la visita programada (fundamentalmente enfermería) se identificaba el problema y se realizaban entrevistas motivacionales. La relación de confianza entre el paciente y el profesional fue crucial. Para ello, debemos mejorar el tiempo en consulta y la accesibilidad. Se ha elaborado un material informativo específico para entregar en consulta. Se ha iniciado un proyecto con las oficinas de farmacia, donde realizamos formación y canales de comunicación para mejorar la conciliación y el seguimiento. Hemos instaurado intervenciones, como la simplificación del tratamiento, la utilización de pastilleros y los sistemas personalizados de dosificación. Las intervenciones de tipo conductual y la entrevista motivacional han reforzado el comportamiento, a través de recordatorios o ayudas de memoria. Se han realizado intervenciones educativas, para aumentar el conocimiento de su enfermedad, a través de talleres grupales y programas de “Pacientes Expertos”.

CONCLUSIONES

La adecuada adherencia tiene efectos beneficiosos. Identificar las barreras ayuda a qué intervenciones son las más adecuadas. La causa más frecuente son los olvidos en la toma, el desconocimiento de la enfermedad, la complejidad del tratamiento, la inadecuada relación profesional-paciente y las reacciones adversas. Es necesaria la personalización con medidas adaptadas a cada paciente, como simplificar el régimen posológico, dar información escrita y el uso de pastilleros personalizados. El abordaje necesita una visión multidisciplinar.

APLICACIÓN DEL GEMELO DIGITAL PARA LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CONSULTAS EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

 Isabel Rodrigo Rincón ⁽¹⁾; Fermín Mallor Giménez ⁽²⁾; Francisco Javier González Arteaga ⁽¹⁾; Sergio Santana Domínguez ⁽¹⁾; Marta Patricia Martín Vizcaíno ⁽¹⁾; María Dolores Arraiza Saldise ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de Navarra; ⁽²⁾ Universidad Pública de Navarra

Identificador: 49

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

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. Sin embargo, las organizaciones sanitarias no cuentan con herramientas basadas en tecnologías de la información que les permitan una gestión proactiva basada en el análisis riguroso para anticipar problemas optimizar la asignación de recursos y evaluación con precisión el impacto de diferentes estrategias antes de su aplicación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este estudio es diseñar e implementar un gemelo digital que permita simular y analizar las posibles consecuencias, en términos de tiempo de espera, de la adopción de diferentes modelos alternativos de funcionamiento en el Servicio de Traumatología y Ortopedia de un hospital terciario.

METODOLOGÍA

Para lograr el éxito del proyecto, se ha conformado un grupo multidisciplinar con clínicos, profesionales de la gestión y matemáticos e ingenieros de la universidad. Se construyó una base de datos anonimizada con 601.604 registros de pacientes con datos reales de demanda y actividad del periodo comprendido entre 2018 a 2023. Se analizaron los recursos del Servicio de Traumatología y Ortopedia para representar los procesos asistenciales. Se analizó el flujo de pacientes y se creó un modelo de simulación en base a un funcionamiento diferente de la atención que se implementó computacionalmente. Se realizó un análisis de sensibilidad del comportamiento de la derivación. Se propusieron como KPIs: la media del número de consultas de los pacientes hasta la resolución del proceso, la media del tiempo de profesional por caso y el tiempo que necesita el sistema para asumir la lista de espera hasta llegar a un nivel estable.

RESULTADOS

Se identificaron 7000 itinerarios clínicos lo que refleja la gran variabilidad de las necesidades clínicas.

Los datos obtenidos tras la implementación del gemelo digital comparan el diseño actual con el diseño alternativo propuesto. Se observa que el número medio de visitas del paciente al traumatólogo disminuiría de 1,72 a 1,65. Además, el tiempo que el traumatólogo dedicaría a cada paciente se reduciría de 29 minutos a 26,9 minutos. Por último, el tiempo estimado para alcanzar una estabilización en la lista de espera pasaría de ser infinito a aproximadamente 1.402 días.

CONCLUSIONES

La formación de equipos multidisciplinarios es esencial para abordar temas complejos de gestión clínica que requieren conocimientos en matemáticas, gestión y manejo clínico. La implementación del gemelo digital resulta de gran utilidad para validar modelos alternativos, ya que permite implementar modelos de atención alternativos reduciendo las posibilidades de error. Además, el gemelo digital ayuda a identificar posibles cuellos de botella en los modelos propuestos, facilitando la anticipación y la planificación de soluciones eficaces.

OPTIMIZAR LA HIDRATACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: BIOMARCADORES COMO CLAVE PARA MAYOR SEGURIDAD DE LAS MUJERES

 ANA BELÉN HERNÁNDEZ LÓPEZ; CRISTINA MURIEL MIGUEL; AURORA FERNANDEZ CAÑADAS; INOCENCIA FORNET RUIZ; ESTHER RUBIO GONZALEZ; MONTSERRAT SOLIS MUÑOZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 50

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Durante el trabajo de parto, el esfuerzo físico y el gasto metabólico aumentan significativamente lo que hace esencial una hidratación adecuada. Una hidratación insuficiente, identificada mediante biomarcadores como la osmolalidad urinaria (UOSM >700 mOsm/kg) o el color de orina (UCOL >4), se ha asociado con mayor riesgo de cesárea, fiebre intraparto, sufrimiento fetal e hiponatremia, así como con dificultades en el inicio de la lactancia. La falta de protocolos estandarizados en este ámbito genera variabilidad en la práctica clínica y posibles riesgos para la seguridad materno-fetal.

OBJETIVOS

Identificar biomarcadores urinarios que reflejen el estado de hidratación en gestantes nulíparas durante el trabajo de parto, y evaluar su relación con el volumen total de líquidos (VTL) administrado, así como con los resultados obstétricos y neonatales.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo en mujeres nulíparas con gestación única, atendidas por matronas en el proceso de parto en un “centro sanitario”. Variables: maternas en parto y puerperio; neonatales; volumen administrado; biomarcadores urinarios: osmolaridad urinaria (UOSM), color de orina (UCOL), volumen urinario (UVOL), sodio y creatinina. Análisis: análisis descriptivos, correlaciones de Pearson y modelos de regresión lineal para explorar asociaciones entre el volumen administrado, biomarcadores y resultados obstétricos y neonatales. Análisis comparativo entre mujeres en función VTL/h administrado: ≥ 300 mL/h frente a <300 mL/h (hidratación óptima versus hidratación subóptima).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 148 mujeres. Edad media (DE) de 32 (4,4) años, edad gestacional de 39 (1,4) semanas. La mediana (RIC) del VTL/h fue de 287,9 (232,1-339,9) ml. Las gestantes que recibieron VTL/h ≥ 300 ml/h (hidratación óptima) presentaron mejores indicadores de hidratación: UOSM media 293mOsm/Kg (202-427); UCOL promedio de 4 (Armstrong) (3-5). La UOSM correlacionó positivamente con creatinina ($p=0,79$) y sodio ($p=0,83$), y negativamente con UVOL ($p=-0,56$). No se observaron alteraciones séricas relevantes, lo que sugiere seguridad en la intervención. En este grupo de mujeres (mayor hidratadas) se registraron partos más cortos (tiempo medio: 526 min), menor duración de la analgesia y oxitocina, menor tasa de cesáreas y menor incidencia de fiebre intraparto. Los neonatos de este grupo presentaron menor pérdida de peso a las 24-48 h, menor incidencia de pérdida de peso $>7\%$ a las 48 h y mayor tasa de lactancia materna al alta.

La monitorización de biomarcadores urinarios como UOSM, UCOL Y UVOL ofrece una estrategia segura y eficaz para guiar la hidratación intraparto. Un VTL ≥ 300 mL/h permite mantener una hidratación óptima sin comprometer parámetros séricos, mejorando los resultados obstétricos y neonatales. Se recomienda desarrollar protocolos individualizados de hidratación intraparto basados en estos biomarcadores como medida clave para optimizar la seguridad materno-fetal.

CADA ESPACIO, UN RIESGO O UNA OPORTUNIDAD: IMPLANTACIÓN DE 5S EN ÁREAS CRÍTICAS HOSPITALARIAS

 Alicia Gómez Valverde; Lucía Díez Yagüe; Delia Herranz Benito; Eduardo Tejedor Tejada; Noelia Del Río Maroto; Laura Nuñez Ortiz

 Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Identificador: 51

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente depende no solo de los procedimientos clínicos, sino también de la organización del entorno asistencial. El desorden en áreas críticas de almacenamiento de medicamentos puede ser origen de errores de medicación, pérdidas de eficiencia y aumento del riesgo asistencial. Ante esta realidad, se decidió implantar la metodología 5S en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Urgencias como estrategia estructurada de mejora continua, fortaleciendo tanto la calidad organizativa como la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Mejorar la organización y seguridad de las salas de medicación en UCI y Urgencias mediante la metodología 5S.

Reducir el stock innecesario y el riesgo de errores por ubicación inadecuada o caducidad de medicamentos.

Implantar una cultura de orden, disciplina y sostenibilidad en la gestión de espacios críticos.

Evaluar el impacto real de la intervención mediante auditorías periódicas

METODOLOGÍA

Se constituyeron grupos de trabajo multidisciplinares con participación de Calidad, Farmacia, Supervisores/as de Enfermería y personal asistencial. En UCI, se inició el proyecto en abril de 2024, realizando las primeras auditorías en enero de 2025. Urgencias, comenzó en diciembre de 2024, adaptando la experiencia previa. Para medir el avance, se desarrolló una hoja de Excel que permitió el registro estructurado del cumplimiento por cada "S", el seguimiento de auditorías y la planificación de acciones correctoras

RESULTADOS

En UCI, la puntuación global aumentó del 58% al 64%, con el 70% de las acciones cerradas (31 de 44). Se reorganizaron 3.073 unidades de 335 medicamentos; se devolvieron 1.697 unidades (1.955 €), se retiraron 160 medicamentos por caducidad o mal almacenamiento, y se identificaron 19 medicamentos MAR sin señalar.

En Urgencias, se pasó del 39% al 62%, con un 69% de acciones cerradas (27 de 39). Se ajustó el pacto de consumo con 788 unidades reorganizadas y 905 unidades devueltas (2.246,74 €). Se retiraron 34 medicamentos caducados (41,76 €) y se registraron 25 medicamentos MAR, de los cuales 11 no estaban identificados.

Las puntuaciones más altas se registraron en Seiketsu (Estandarizar), mientras que las más bajas fueron Seiri (Clasificar) en UCI y Seiso (Limpiar) en Urgencias, orientando las prioridades de mejora.

CONCLUSIONES

La metodología 5S ha demostrado ser eficaz para transformar espacios críticos en entornos más seguros, eficientes y sostenibles. Las mejoras han optimizado la gestión del medicamento, reducido errores, identificado riesgos invisibles y fortalecido la cultura de seguridad. La hoja de seguimiento ha sido clave para estructurar, medir y sostener los avances.

IMPLANTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI MEDIANTE EL LIDERAZGO Y ALIANZAS CON LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

 Alicia Gómez Valverde; Lucía Díez Yagüe; Blanca Pilar Gracia Gutiérrez; Noelia Del Río Maroto; Mercedes María Garcinuño; Vanesa Moreno Arribas

 Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Identificador: 52

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Seguridad Integral (PSI) establece el conjunto de actuaciones comunes a todos los Proyectos Zero en UCI que persiguen promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario de las UCI, en concreto la experiencia hace referencia a potenciar el liderazgo mediante alianzas con la dirección del hospital, jefes de servicio y supervisoras para implantar rondas de seguridad con los directivos de la institución

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Impulsar el correcto desarrollo de los Proyectos Zero y la sostenibilidad de las recomendaciones mediante alianzas con la dirección del hospital e implicación de los responsables de UCI y la unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

Establecer líneas de comunicación directa entre los directivos y profesionales en temas de seguridad del paciente para promover la cultura de seguridad “no punitiva”.

METODOLOGÍA

Se nombró un grupo de trabajo formado por un directivo de dirección, manos intermedios UCI, coordinadora y supervisora de calidad y profesionales asistenciales responsables de los proyectos zero. En primer lugar, se consensuó la planificación de las rondas, diseño de la evaluación de datos y progresos a través de un calendario de rondas. Posteriormente se implantaron los cuestionarios de seguridad contemplando las recomendaciones en buenas prácticas junto con la elección de un evento adverso extraído del cuestionario. Por parte de la dirección se estableció un seguimiento y control de las mejoras trimestral, por último, se acordó la difusión al personal de los resultados obtenidos y mejoras pactadas a través de sesiones clínicas.

RESULTADOS

Desde el año 2023 se han realizado 9 rondas con directivos del centro. Se diseñó un cuestionario en formato Excel para el registro de las evaluaciones. En el 100% (19) de los casos auditados se observó registro en la historia clínica de las medidas claves de la Bacteriemia zero (BZ) e ITU zero. Con respecto a Neumonía zero (NZ) no se evidenció registro de una medida (5%), estando relacionada con la higiene bucal con clorhexidina (0,12-0,2%) c/6-8h y un caso de Neumonía tras 48 horas de VM. Se detectó un caso de catéter vascular con más luces de las necesarias. Se analizaron 3 eventos adverso aplicando la metodología análisis de causa raíz. Se implantaron 5 acciones de mejora relacionadas con la BZ y la NZ siendo extensibles a todos los pacientes, se objetivó como fortaleza la preferencia de localización subclavia y el registro de la periodicidad de los cambios de sondaje vesical. Se impartieron 10 sesiones en UCI para la difusión de los resultados.

CONCLUSIONES

La implantación de las rondas nos ha permitido comprobar el correcto desarrollo de los proyectos Zero-UCI, el seguimiento exhaustivo de los listados de verificación, así como establecer un diálogo fluido entre la dirección del centro y el personal asistencial de UCI.

GESTIÓN PROACTIVA DEL RIESGO: UN CASO DE EFECTO CORING ABORDADO DESDE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS

 Alicia Gómez Valverde; Noelia Del Río Maroto; Margarita Escudero Segovia; Natalia Canales Palomo; Soraya Santos Pascual; Laura Nuñez Ortiz

 Complejo Asistencial Universitario de Segovia

Identificador: 53

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El efecto coring es un riesgo poco visible pero potencialmente grave asociado a la extracción de medicamentos desde viales con tapón de goma. Su presencia puede originar embolias o contaminación del fármaco. Detectarlo de forma precoz requiere una cultura activa de notificación, así como estructuras que transformen dicha notificación en una respuesta organizada. Este caso ilustra cómo, desde una notificación en la plataforma de registros de incidentes sin daño realizada por profesionales de enfermería, se articuló una respuesta institucional liderada por la Unidad de Gestión de Riesgos que permitió controlar el riesgo e implantar mejoras duraderas.

OBJETIVOS

Detectar precozmente un riesgo técnico a través del sistema de notificaciones de incidentes.
Coordinar una respuesta institucional eficaz desde la Unidad de Gestión de Riesgos.
Valorar el impacto de una alerta de seguridad en la mejora de prácticas clínicas.
Reforzar la implicación de los profesionales en la cultura de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

A través del sistema de registro de incidentes en seguridad, se recibieron dos notificaciones desde Pediatría y Urgencias alertando sobre partículas de goma halladas en jeringas tras la carga de medicación. La Unidad de Gestión de Riesgos activó una revisión del material, detectando un posible efecto coring asociado al cambio de agujas realizado meses antes. Se convocó un grupo multidisciplinar con Farmacia, Suministros, Enfermería y Calidad, y se emitió una alerta de seguridad hospitalaria. Tras la alerta, Urología y traumatología notificaron nuevos casos, confirmando la presencia del riesgo en más unidades.

RESULTADOS

La detección precoz permitió implementar medidas con impacto real en la seguridad clínica:
Validación técnica del problema y análisis de causa raíz.
Cambio de agujas y mejora del procedimiento.
Emisión de una alerta de seguridad institucional con recomendaciones prácticas.
Diseño de infografía formativa y sesiones clínicas lideradas por Farmacia.
Nuevas notificaciones tras la alerta, confirmando la efectividad del sistema.
Mayor implicación de los profesionales en el sistema de notificación y consolidación del rol de la Unidad de Gestión de Riesgos como motor de mejora.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra el valor de los sistemas de notificación sin daño como elementos clave en la vigilancia proactiva. La Unidad de Gestión de Riesgos actuó como motor de análisis, coordinación e implementación de mejoras, reforzando la capacidad del hospital para anticiparse a eventos adversos. La cultura de seguridad se vio fortalecida y los profesionales implicados reconocieron el valor de su rol en la detección precoz. Gestionar riesgos no es solo una cuestión técnica, sino un ejercicio de liderazgo clínico y compromiso institucional.

UNA INTERVENCIÓN EN LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS A TRAVÉS DE CATÉTER PICC MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 *Marta Moral Guiteras; Carmen Frías Martín; Carlos Arturo Liscano Hernández; Ester López Suñé; Anna Puig Bru; Claudia Vallejo Gomez*

 *Hospital Clínic de Barcelona*

Identificador: 54

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Durante 2024 el Servicio de Farmacia del Hospital reportó múltiples incidencias relacionadas con alteraciones en los resultados de analíticas necesarias para la preparación de nutrición parenteral total (NPT). Se concluyó que estas se debían a extracciones sanguíneas realizadas a través de catéteres bilumen PICC. Al tener dos luces de igual longitud, una técnica de extracción incorrecta puede contaminar las muestras, generando resultados erróneos, especialmente en parámetros clave como glucosa, triglicéridos y electrolitos. Esto dificulta la adecuación de la composición de la NPT, con el consiguiente riesgo para el paciente. Además, deben repetirse las extracciones, generando una sobrecarga para el laboratorio y enfermería.

Un conjunto de intervenciones formativas y de alerta podría reducir el número de muestras contaminadas obtenidas a través del catéter bilumen PICC.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la efectividad de las intervenciones aplicadas para reducir en un 20% la tasa de contaminación de muestras extraídas a través del catéter bilumen PICC.

Nuestro centro se distribuye por especialidades y tras analizar los incidentes de contaminación de muestras por el bilumen PICC reportados en el Núcleo de Seguridad de Digestivo, se realizó un estudio observacional longitudinal unicéntrico pre y post intervención, en el que se incluyeron todas las incidencias entre noviembre de 2024 y abril de 2025. Las intervenciones se implementaron en enero de 2025, y se comparó el número total de incidencias reportadas los tres meses anteriores y posteriores a la intervención. Intervenciones:

Crear un distintivo (etiqueta) para colocar sobre una de las luces del bilumen PICC que alerte e informe de la técnica correcta.

Formación sobre el uso del distintivo y su colocación.

Formación sobre la técnica correcta de extracción de muestras sanguíneas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se creó una etiqueta naranja con el mensaje “STOP NPT Y PERFUSIONES PARA LA EXTRACCIÓN ANALÍTICA”.

La formación se realizó a 140 profesionales (94% del total) comprendiendo enfermeras y técnicos de auxiliar de enfermería. Las enfermeras responsables del paciente colocaron el distintivo en la luz lila del catéter (la roja está destinada a la NPT).

La correcta extracción consiste en parar perfusiones, pinzar ambas luces, limpiar la luz de la extracción con 20 cc de suero fisiológico y extraer 3-6 ml de sangre. Posteriormente limpiar la luz de la extracción y se reiniciar perfusiones.

Durante noviembre 2024 a enero de 2025 (preintervención) se colocaron 23 catéteres bilumen PICC y se consumieron 1002 NPT. De febrero a abril de 2025 (postintervención) se colocaron 21 y se consumieron 845 NPT. Durante el periodo preintervención se reportaron 6 incidencias, mientras que en el posterior solo una. Las intervenciones redujeron un 83% las incidencias por contaminación de muestras.

Aunque la muestra es limitada, la sencillez del conjunto de intervenciones puede suponer una mejora relevante en la calidad y seguridad de los pacientes hospitalizados.

TRANSFORMANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL: ESTRATEGIAS DE ÉXITO EN UN CENTRO DE SALUD

 LUCIA PÉREZ ESPÉS; NURIA PORTUGUES PORRAS; RAQUEL GUTIERREZ GONZALEZ

 CENTRO SALUD ISLA DE OZA

Identificador: 56

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Contrato Programa de Centro (CPC) desempeña un papel clave en la optimización de la atención sanitaria y la mejora de los resultados en salud. Un análisis del CPC permite identificar áreas de mejora y aplicar estrategias efectivas que permitan elevar la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los principales objetivos de esta iniciativa fueron:

- Optimizar la seguridad en farmacia, reduciendo errores de prescripción y mejorando la adecuación de los tratamientos.
- Revisar y fortalecer la cartera de servicios, asegurando la mejor oferta asistencial posible mediante ajustes estratégicos.
- Potenciar el seguimiento de pacientes con patologías complejas, con especial énfasis en insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Promover estrategias de prevención secundaria con el objetivo de mejorar el diagnóstico precoz y reducir la incidencia de la enfermedad.
- Mejorar los indicadores del CPC, posicionando el centro como referente dentro de la comunidad.

METODOLOGÍA

Para alcanzar estos objetivos, se implementaron distintas estrategias. Por un lado, se realizó un análisis de la seguridad de farmacia, que permitió revisar y corregir prescripciones incorrectas a pacientes, garantizando una mayor precisión en los tratamientos. Además, se reforzaron buenos hábitos de prescripción, promoviendo prácticas más seguras y racionales en el uso de medicamentos. Por otro lado, se estableció un seguimiento personalizado de pacientes pluripatológicos, con especial atención a pacientes con EPOC o ICC que habían tenido un ingreso hospitalario reciente asegurando la continuidad asistencial desde la unidad administrativa del centro de salud hasta la atención médica y de enfermería.

Además, se llevaron a cabo reuniones individuales con profesionales, en las que se definieron objetivos específicos y oportunidades de mejora en la cartera de servicios. Este proceso permitió adaptar la atención a las necesidades reales de la población, optimizando los recursos disponibles.

Finalmente, se promovieron proyectos de mejora en prevención, con especial énfasis en la detección precoz del cáncer de cérvix mediante la realización de citología.

RESULTADOS

Las acciones desarrolladas han generado una mejora significativa en distintos parámetros del CPC. Se optimizó la seguridad farmacéutica, se fortalecieron los procesos asistenciales, se incrementó la calidad del seguimiento a pacientes complejos y se realizaron estrategias de prevención secundaria de enfermedades. Estos avances permitieron alcanzar una tasa de cumplimiento del 90 % del CPC, consolidando al centro como el mejor posicionado dentro de la comunidad.

CONCLUSIONES

La combinación de medidas estratégicas ha permitido un impacto positivo en los indicadores del CPC, evidenciando la importancia de continuar implementando mejoras progresivas en el sistema de salud.

PROFESIONALES CON VOZ: LA CALIDAD NACE DEL RECONOCIMIENTO Y LA ESCUCHA

 NURIA PORTUGUÉS PORRAS; RAQUEL GUTIERREZ GONZALEZ; LUCIA PÉREZ ESPÉS



CENTRO DE SALUD ISLA DE OZA

Identificador: 57

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La transformación del sistema sanitario no puede concebirse sin tener en cuenta a quienes lo sostienen: los profesionales. A pesar del avance tecnológico y organizativo, la calidad asistencial sigue dependiendo en gran medida de factores humanos como el reconocimiento, la motivación y el trabajo en equipo. Escuchar activamente al profesional, visibilizar sus fortalezas y favorecer su participación en la toma de decisiones impacta directamente en el clima laboral y, por ende, en la atención ofrecida a los pacientes. Dar voz a quienes cuidan es una estrategia de mejora que actúa desde dentro del sistema.

OBJETIVOS

Este trabajo busca profundizar en cómo el reconocimiento del valor individual de cada profesional sanitario influye positivamente en su motivación y desempeño. Se pretende demostrar que dicho reconocimiento, junto con una escucha activa por parte de las estructuras organizativas, mejora el bienestar del equipo y es un motor para impulsar un cambio cultural en las instituciones de salud. El cambio debe orientarse hacia una asistencia más humana, centrada en el paciente, y que garantice seguridad y eficiencia. Además, se resalta la importancia de crear entornos laborales donde los profesionales se sientan valorados y escuchados, pues esto repercute en la calidad del cuidado que brindan.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis cualitativo basado en la experiencia clínica y de gestión, incorporando ejemplos prácticos de intervenciones dirigidas a fomentar el reconocimiento interno, la comunicación multidisciplinar y el liderazgo participativo. La metodología se fundamentó en la observación directa y en la recopilación de percepciones del equipo mediante entrevistas estructuradas y sesiones de reflexión conjunta, recogiendo voces diversas dentro del entorno sanitario.

RESULTADOS

Las intervenciones identificaron mejoras en la satisfacción profesional y en la coordinación entre equipos. El reconocimiento explícito del trabajo bien hecho, la creación de espacios para expresar ideas y preocupaciones, y la valoración de fortalezas individuales impactaron positivamente en el compromiso y en la percepción de calidad por parte del paciente. También se observaron mejoras en indicadores indirectos, como reducción de conflictos, menor rotación de personal y mejor adaptación a cambios organizativos.

CONCLUSIONES

Los profesionales con voz construyen organizaciones más sólidas. La escucha activa y el reconocimiento son elementos clave para garantizar calidad asistencial y liderazgo efectivo. Transformar el sistema sanitario requiere empezar por dentro: cuidando a quienes cuidan, reconociendo su valor y fomentando espacios de diálogo. Apostar por el desarrollo humano del equipo es apostar por una asistencia más segura, cercana y eficaz.

TEJIENDO REDES CON NUESTROS PACIENTES: UNA ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

 RAQUEL GUTIÉRREZ GONZÁLEZ; LUCIA PÉREZ ESPÉS; NURIA PORTUGUÉS PORRAS

 CENTRO DE SALUD ISLA DE OZA

Identificador: 58

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La educación para la salud es un pilar fundamental en la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades. Sin embargo, en muchas ocasiones, los esfuerzos tradicionales no logran alcanzar a toda la población, especialmente a aquellos que enfrentan barreras sociales, culturales o económicas. La creación de redes de apoyo y colaboración entre profesionales de la salud, pacientes, asociaciones de vecinos, centros de educación y centros de mayores, entre otros, se presenta como una estrategia efectiva para fortalecer la educación en salud. Este enfoque permite compartir conocimientos, recursos y experiencias, fomentando un entorno de confianza y participación activa.

OBJETIVOS

Fomentar la creación de redes de apoyo entre profesionales de la salud, pacientes, asociaciones de vecinos, centros educativos, centros de mayores y servicios sociales.

- Mejorar la comunicación y la colaboración en la salud comunitaria.
- Empoderar a los pacientes mediante la participación activa en su proceso de cuidado.
- Promover estrategias de intervención comunitaria que fortalezcan la prevención y el autocuidado.
- Evaluar el impacto de la creación de una red que aglutine a varios activos en salud, para la adquisición de conocimientos, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

METODOLOGÍA

La estrategia se desarrolló en varias etapas, realizando un diagnóstico participativo mediante entrevistas estructuradas a pacientes, familiares y profesionales para identificar necesidades. Se establecieron grupos de trabajo multidisciplinarios con asociaciones de vecinos, centros educativos y centros de mayores promoviendo espacios de encuentro. Finalmente se realizaron las sesiones formativas e intervenciones comunitarias que surgieron tras objetivar las áreas a mejorar.

RESULTADOS

El proyecto Tejiendo redes con nuestros pacientes ha conseguido realizar en el año 2025, 36 educaciones para la salud e intervenciones comunitarias, aumentando más de un 80% las acciones comunitarias de los años 2023 y 2024.

CONCLUSIONES

La creación de una red colaborativa entre profesionales, pacientes y la comunidad fortalece la salud comunitaria. Los espacios de diálogo, apoyo mutuo y participación activa fomentan el autocuidado, mejora la adherencia a tratamientos y genera un impacto positivo y duradero en los hábitos y bienestar comunitario.

USO SEGURO DE LA INSULINA: ERRORES QUE ENSEÑAN, PRÁCTICAS QUE SALVAN.

 Nuria Domínguez Pérez ⁽¹⁾; Dolores Conejos Miquel ⁽¹⁾; Óscar Aguado Arroyo ⁽²⁾; Montserrat Arévalo Gómez ⁽³⁾; Noemí González Pérez de Villar ⁽³⁾; Javier Hernández Goicoechea ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Centro de salud Francia; ⁽³⁾ Hospital La Paz; ⁽⁴⁾ Subdirección General de Farmacia

Identificador: 59

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La insulina está considerada un medicamento de alto riesgo, por lo que las personas con diabetes (PCD) que la utilizan son vulnerables a sufrir eventos adversos.

El 2% de la población general recibe insulina. El 6% de las personas con DM2 recibe insulina en monoterapia, y el 15,3% insulina y antidiabéticos orales. Se estima que un 59% de DM2 cometen errores en la autoadministración de su medicación.

Esto genera la necesidad de que tanto PCD como profesionales sanitarios adopten medidas para minimizar el riesgo de errores.

En este contexto, y en relación con la Estrategia de Seguridad del Paciente de nuestra Comunidad, se ha elaborado un documento de Recomendaciones para mejorar la seguridad de las PCD en tratamiento con insulina.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

- Mejorar la seguridad de las PCD en tratamiento con insulina en los Centros de Salud (CS).

Objetivos específicos

- Definir las fases del proceso de utilización de insulina en el domicilio y en el CS.
- Identificar los puntos críticos de cada fase.
- Proponer medidas que reduzcan el riesgo en cada punto crítico y en las fases en las que se han notificado más incidentes.
- Elaborar folletos informativos para las PCD en tratamiento con insulina.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) notificados en el sistema de notificación de la organización de 2016 a 2019, encontrándose 261 notificaciones relacionadas con la insulina (2% del total de notificaciones).

Se realizaron flujogramas del proceso de uso de la insulina en domicilio y en el CS, identificándose los puntos críticos (aquellas etapas donde se puede aplicar un control y que son esenciales para evitar o eliminar un peligro o para reducirlo a un nivel aceptable), y describiéndose barreras (prácticas seguras que busca disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso) para cada uno de ellos.

Se elaboraron 2 folletos informativos para las PCD en tratamiento con insulina, con información sobre tipos de insulina, preparación, inyección, conservación, actuación ante hipo e hiperglucemia, qué es el glucagón y cuándo usarlo, actitud ante ciertas enfermedades, consejos para viajes, ejercicio, actitud ante pruebas con ayuno.

Se elaboró una infografía sobre agujas de insulina.

Se realizó la difusión a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en una Webinar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Es previsible que la implantación de estas recomendaciones mejore el uso de la insulina por los profesionales y PCD, y esto se refleje en una reducción del número de notificaciones de IS y EM relacionados con su uso, particularmente en la etapa de administración por el paciente. Sería esperable además que redujera los IS y EM con daño en el paciente (eventos adversos).

Informar y formar a los profesionales sanitarios y PCD en el uso adecuado de la insulina debería reducir el número de IS en las fases donde hemos recomendado barreras. El seguimiento permitirá evaluar los resultados de esta práctica e implementar acciones de mejora.

CENTROS DE SALUD, FARMACIAS Y ENTIDAD DEL TERCER SECTOR: SINERGIA DE CALIDAD CONTRA LA POBREZA FARMACÉUTICA EN ESPAÑA

 Jara Zotes Ciprés ⁽¹⁾; Javier Vinzia Portabella ⁽¹⁾; José Luis Baquero Úbeda ⁽²⁾; M^a Soledad Rodríguez Martínez ⁽³⁾; M^a Carmen Martínez Altarriba ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Asociación Banco Farmacéutico; ⁽²⁾ Osteoarthritis Foundation International (OAFI); ⁽³⁾ Universidad de Barcelona; ⁽⁴⁾ SEMER-GEN Cataluña

Identificador: 61

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La pobreza farmacéutica (PF) afecta a más de 2 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.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el perfil de persona que padece PF y analizar su medicación asociada.

Evaluar la percepción que los farmacéuticos y trabajadores sociales (TS) tienen del proyecto FSM, como respuesta a la PF.

Sensibilizar sobre la PF para gestionar estrategias que contribuyan a su erradicación.

Estudio retrospectivo descriptivo de los datos sociodemográficos y de medicación de los beneficiarios atendidos con el FSM, entre los años 2018 y 2024. Las TS de los centros de salud detectan a las personas con enfermedades crónicas que cumplen unos criterios de vulnerabilidad definidos con la Administración Pública. Las farmacias colaboradoras, introducen datos de la medicación que les dispensan a cargo de la ONG.

Paralelamente se hizo una encuesta de calidad en febrero 2024 a las farmacias y TS colaboradores, para que valoraran el proyecto FSM como respuesta a la PF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La franja de edad más frecuente entre las personas beneficiarias es de 50 a 69 años (55%).

El 63% de las personas son padres/madres de familia, siendo el 23,7% miembros de una familia numerosa.

El 94,7% tiene que hacer frente a un copago farmacéutico del 40% (TSI 3).

El nivel de educación fue: básica (48,6%), secundaria (21,8%) y sin estudios (20,3%).

El FSM ha financiado 334.795 medicamentos en los 7 años, destacando los destinados al sistema nervioso (35,1%), cardiovascular (17,6%) y digestivo (15%).

Los medicamentos más frecuentes son los analgésicos (16,7%), seguidos por los psicodépticos (8,8%) y los psicoanalépticos (6,2%). Tras analizar las 126 respuestas a la encuesta, el 75% de los farmacéuticos y TS encuestados cree que el FSM ofrece una respuesta real a la PF.

Muchas personas adultas en edad activa tienen problemas para acceder a su tratamiento, por falta de recursos económicos. El perfil más habitual del FSM es: padres/madres de familia con nivel de formación medio-bajo, y con renta inferior a 18.000€/año a los que les corresponde un copago farmacéutico del 40%.

Los medicamentos más demandados por estos pacientes son del sistema nervioso, siendo los analgésicos, psicodépticos y psicoanalépticos los grupos terapéuticos más frecuentes. Es decir, el dolor y las enfermedades mentales parecen estar vinculadas a situaciones de pobreza farmacéutica y vulnerabilidad social.

La mayoría de los agentes implicados, valoran positivamente el proyecto como herramienta eficaz y de calidad para ayudar a personas con pobreza farmacéutica, ayudándoles a mantener la adherencia al tratamiento.

ESTRATEGIA ÚNICA DE GESTIÓN DE RIESGOS: UN ENFOQUE 360

 Irene Alosete Palacios

 Vithas Sanidad

Identificador: 62

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

A nivel de compañía se adoptó una estrategia integral de gestión de riesgos basada en la norma ISO 31000, con el objetivo de garantizar la viabilidad y continuidad de la organización. La seguridad del paciente (SP) fue identificada como un riesgo crítico, lo que impulsó el desarrollo de una metodología común para todos los hospitales, que buscaba anticiparse a los riesgos, alinearse con estándares internacionales (UNE 179003, JCI, ISO 9001) y fortalecer la cultura de SP en un entorno sanitario complejo y cambiante.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es disminuir el nivel de riesgo de SP en la compañía mediante el desarrollo de una estrategia única de gestión de riesgos sanitarios. Los objetivos específicos incluyeron:

Desarrollar e implantar una estrategia única de gestión de riesgos sanitarios para todos los hospitales alineada con el mapa de procesos y la metodología corporativa. Obtener la certificación UNE 179003 en modalidad multisite. Crear un mapa de riesgos asistenciales informando en tiempo real y de manera automática. El proyecto es observacional, longitudinal y retrospectivo, realizado entre 2022 y 2024. A principios del 2022 se creó grupo de trabajo formado por profesionales de corporativo y jefes de calidad de los hospitales, que siguiendo las directrices de la UNE 179.003 definió la nueva metodología de gestión de riesgos. Se desarrolló un catálogo corporativo de riesgos y un formulario digital de evaluación accesible desde el Portal de Calidad y Transparencia. La evaluación se basó en una matriz de triple factor (impacto, probabilidad y detectabilidad), y se integró en los Acuerdos de Gestión de los hospitales. Se difundió y formó a todos los jefes de calidad de los hospitales para que pudiesen desplegar e implantar la estrategia y por medio del Comité Asistencial se informó a todas las Direcciones Asistenciales de los hospitales para que apoyaran y difundieran la nueva metodología en sus centros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En tres años, el riesgo de SP mejoró pasando del puesto 7 al 11 en el ranking de riesgos críticos. Se identificaron y evaluaron 2249 riesgos en 2024 (un aumento del 266% vs 2022). El 83% de los hospitales cumplió el objetivo de riesgos incluido en Acuerdos de Gestión. El nivel de riesgos se ha reducido en niveles muy críticos (4% 2022; 2% 2024), riesgos críticos (41% 2022; 30% 2024), creciendo en niveles menores (riesgo medio 53% 2022; 59% 2024) y riesgo bajo (2% 2022; 8% 2024). Además, se obtuvo la certificación multisite UNE 179003 y se creó un mapa de riesgos asistenciales con actualización automática.

La estrategia ha permitido una visión proactiva de gestión de riesgos, mejorando la toma de decisiones y la SP. La metodología común ha fortalecido la cultura organizativa y ha sido reconocida con el “Premio Impulsa” del Instituto de Auditores Internos de España. A pesar de las dificultades iniciales en la implantación, el proyecto ha demostrado su eficacia y continuidad, consolidándose como un pilar estratégico dentro del plan 2021–2025.

MAS ALLA DEL MOVIMIENTO: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO Y REALIDAD VIRTUAL EN HEMODIALISIS

😊 Miguel Rodríguez Bernal ⁽¹⁾; Emily Arevalo Hernandez ⁽²⁾; Virginia Rodriguez Villanueva ⁽³⁾; xavier segura ciprés ⁽⁴⁾; Edgar Cortés Reyes ⁽¹⁾; vicent esteve simo ⁽⁴⁾

📄 ⁽¹⁾ Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; ⁽²⁾ Facultad de Medicina. Universidad nacional de Colombia; ⁽³⁾ Consorci sanitari Terrassa; ⁽⁴⁾ Consorci sanitari Terrassa

Identificador: 63

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Justificación: Los programas de rehabilitación basados en ejercicio físico (EF) y en realidad virtual no inmersiva (RV) resultan beneficiosos para los pacientes renales. Conocer la opinión y mejorar la experiencia del paciente es esencial para proporcionar una atención sanitaria de alta calidad.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fue analizar el grado de conocimiento y satisfacción de nuestros pacientes en HD que participaban en los programas de EF y RV intradiálisis, para identificar puntos débiles y ofrecer acciones de mejora de acuerdo con su propia experiencia.

METODOLOGÍA

Realizamos una encuesta auto diseñada de 21 preguntas a los pacientes en HD de nuestra unidad acerca el grado de conocimiento y satisfacción de los programas de EF y RV durante la sesión habitual de HD mediante la aplicación corporativa Microsoft Forms que forma parte del paquete de Office 365 proporcionado por el Centro de Telecomunicaciones y Tecnologías de la Información (CTTI). La encuesta incluía aspectos sociodemográficos, educacionales, condición física, barreras o dificultades encontradas, accesibilidad y repercusión en su vida diaria y grado de satisfacción percibido.

RESULTADOS

24 incluidos, 20 encuestas analizadas (9EF,11RV). 70.8% hombres (39% >80 años). Un 45% refería estudios primarios. Un 30% no realizaba ejercicio físico de manera habitual. Un 80% y un 60% consideraban que ambos programas habían mejorado su salud física y mental respectivamente, observando un incremento del 25% en la condición física al final del programa. Principales aspectos de mejora observados (EF vs RV): Disnea (30 vs 9%), fatiga (55.5 vs 50%), sueño (30 vs 9%) y dolor (10 vs 33%). Únicamente un 35% presentó sintomatología autolimitada relacionada. Las principales barreras objetivadas fueron: incomodidad de la cama o sillón en un 40 y un 37,5% y preocupación por su acceso vascular en un 40 y 25% para EF y RV respectivamente. La puntuación máxima (5 puntos) se alcanzó en términos de calidad asistencial (80%), interacción con fisioterapeuta (90%), adaptabilidad a condiciones del paciente (60%) y seguridad (95%). El grado de satisfacción fue muy elevado (>8 puntos/10) en un 85%.

CONCLUSIONES

Los resultados observados en nuestro estudio evidencian un elevado grado de conocimiento y satisfacción con ambos programas, siendo globalmente el programa de EF mejor percibido. Estos resultados, basados en la propia opinión del paciente, resultan de gran interés para mejorar la calidad asistencial de la actividad diaria a la vez que constituyen un argumento sobreañadido para la implementación de programas de rehabilitación en las unidades de HD.

TRANSFORMANDO LA SEGURIDAD ONCO-HEMATOLÓGICA: RESPUESTAS EFECTIVAS ANTE LA NOTIFICACIÓN DE EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

 Carolina Bonilla Serrano; Irene Casablanco Fernández; Ángela Pérez Sánchez; Laura Villa Rodríguez; Inés Monge Escartín; M. Lourdes Coromias Bosch

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 67

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La extravasación de fármacos citostáticos es un evento adverso de alto impacto en onco-hematología, con potencial para causar complicaciones graves. En nuestro Núcleo de Seguridad (NS) de paciente multidisciplinar en cáncer, se detectó un incremento significativo de notificaciones voluntarias de extravasación por acceso venoso (AV) periférico, lo que motivó un análisis exhaustivo para identificar causas y establecer acciones de mejora.

Cabe remarcar que la extravasación se considera una complicación de la administración de citostáticos pero la notificación de incidencias al NS es voluntaria por el profesional y por ello, no todas las extravasaciones se notifican en el NS.

OBJETIVOS

Analizar los factores relacionados con el aumento de extravasaciones de citostáticos por AV periférico y desarrollar intervenciones basadas en la evidencia para reducir su incidencia y gravedad.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis retrospectivo de notificaciones desde 2019, observando un aumento significativo de notificaciones voluntarias en el NS. Se aplicó un análisis de causa-raíz con diagrama de Ishikawa, identificando factores clínicos, organizativos y de procedimiento. Posteriormente, se revisaron las recomendaciones internacionales sobre administración segura de quimioterapia, especialmente de fármacos vesicantes.

RESULTADOS

En el análisis realizado, se identificaron los siguientes factores contribuyentes: pacientes de mayor edad, comorbilidades y múltiples líneas de tratamiento con deterioro del capital venoso; urgencia en el inicio de tratamiento, en ocasiones sin valoración previa por enfermera especializada o decisión/rechazo del paciente de no canalizar AV central; posibles errores o deficiencias en el manejo del AV periférico y demoras por listas de espera en la colocación de AV centrales.

La revisión bibliográfica confirmó la recomendación de uso de AV central para administración de fármacos vesicantes y la importancia de aplicar los protocolos/guías clínicas adecuadamente.

CONCLUSIONES

Se identificaron factores contribuyentes e implementaron diversas acciones de mejora como revisión del protocolo de extravasaciones, indicando la obligatoriedad de considerar el esquema completo administrado para una adecuada actuación en caso de extravasación; propuesta de inclusión de un nuevo antídoto para antraciclinas en el stock de farmacia hospitalaria; sensibilización a pacientes sobre la importancia de adecuar el AV a su tratamiento; difusión de la última evidencia científica sobre administración segura de citostáticos y manejo de extravasaciones; formación en el correcto manejo de AV en la administración de citostáticos; formación multidisciplinar sobre prevención, actuación, registro y seguimiento de extravasaciones; y refuerzo del compromiso con la seguridad del paciente y la actualización y mejora continua.

Estas medidas buscan reducir la incidencia y gravedad de las extravasaciones, mejorando la calidad y seguridad asistencial en onco-hematología.

CALIDAD Y SEGURIDAD EN DESARROLLO DE DISPOSITIVO EXTERNO DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA DEPENDIENTE DE HOSPITAL TERCIARIO

 *Nacira Arab Allal; Carolina Bonilla Serrano; Margarita Viladot Blasi; Gorka Ebben Izquierdo; Yolanda Izquierdo Gesto; Ariadna Domènech Bachiller*

 *Hospital Clínic Barcelona*

Identificador: 68

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El aumento de personas con cáncer y la aparición de nuevas líneas de tratamiento suponen un reto en la gestión de recursos para mantener una atención de calidad. Este incremento de pacientes y de opciones terapéuticas supone un crecimiento de la complejidad en los servicios de oncología y hematología de un hospital terciario. Por ello, se impulsó la creación de un dispositivo externo de hospitalización oncológica, ubicado en un centro cercano y gestionado por nuestro equipo, para asegurar la misma calidad asistencial fuera de la sede principal.

OBJETIVOS

Asegurar y evaluar la calidad y seguridad asistencial en la creación, implantación y funcionamiento de un dispositivo externo de hospitalización oncológica dependiente de un hospital terciario.

METODOLOGÍA

Se definieron perfiles de pacientes y criterios de admisión: baja probabilidad de requerir pruebas invasivas, intervencionismo, cirugía, alta tecnología o consultas/seguimiento por otras especialidades, estabilidad clínica, adecuación del nivel de intervención y esfuerzo terapéutico, ausencia de patologías con riesgo de sangrado masivo y derivación de pacientes estabilizados en la sede central. Se diseñaron circuitos nuevos de derivación, interconsulta a otras especialidades, actuación ante deterioro clínico y/o parada cardiorrespiratoria, y gestión de recursos, medicación, pruebas diagnósticas, transfusiones, dietas y servicios generales.

Se estableció la dotación de recursos humanos y materiales, así como el perfil profesional del equipo asistencial.

El desarrollo e implantación contó con referentes de calidad asistencial y seguridad del paciente en oncología.

RESULTADOS

Tras 3 meses de actividad, destacan como fortalezas la apertura progresiva de la unidad a pacientes de complejidad media, buena acogida por parte del personal, clima laboral estable, disponibilidad y confort de las habitaciones, y reducción de derivaciones a urgencias al facilitar el ingreso hospitalario directo. Entre las debilidades, se identifican disfunciones en traslados entre sedes, retraso en la visualización de imágenes radiológicas y dificultades en las interconsultas al necesitar traslado para determinadas especialidades.

CONCLUSIONES

La identificación de estas áreas de mejora plantea el reto de optimizar el conocimiento de los diferentes circuitos para asegurar la calidad y seguridad asistencial, facilitar la intervención de otras especialidades, responder a pacientes de mayor complejidad diagnóstica/terapéutica, incorporar sistemas tecnológicos para detectar el deterioro clínico, agilizar traslados entre sedes y ampliar el perfil de pacientes que cumplan criterios de asistencia en la nueva unidad.

Se continúa trabajando para incrementar la actividad asistencial del dispositivo e implementar un modelo de atención compartida por equipos de soporte en cáncer con el paciente hematológico. Se espera poder presentar resultados del proyecto y acciones de mejora tras 6 meses y 1 año de su creación.

DE LA ACTIVACIÓN A LA REPERFUSIÓN: CÓDIGO ICTUS

 Soledad Martín Cermeño ⁽¹⁾; Patricia Gómez Piqueras ⁽¹⁾; Lorena Martín Rollán ⁽¹⁾; Patricia Guiñales Serramia ⁽¹⁾; Maria Angeles Ramirez Perez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Getafe; ⁽²⁾ Summa112

Identificador: 69

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Se denomina Código Ictus (CI), al procedimiento basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato al Hospital idóneo en aquellos pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento multidisciplinar especializado en las primeras horas de la fase aguda. La creación de unidades de ictus agudo en centros de referencia con asistencia continua y el desarrollo de sistemas de transporte coordinados que permitan el acceso de los pacientes al centro de referencia más cercano, han demostrado un beneficio en la evolución clínica de los pacientes y la reducción de su discapacidad a largo plazo.

OBJETIVOS

Identificación de los síntomas y activación de la cadena asistencial que permita el traslado urgente al hospital.

- Desde activación del Código Ictus a puerta de hospital en menos de 1 hora.
- Priorización en la realización de estudios de neuroimagen.
- Cuidados en la atención del paciente con Ictus, tanto isquémico como hemorrágico.
- Disminuir la mortalidad y mejorar la evolución funcional de las personas con ictus.

METODOLOGÍA

- Síntesis obtenida a partir de guías, protocolos y procedimientos actualizados.
- Consulta y revisión de datos incluyendo tiempos activación, edad, tratamiento y morbimortalidad asociada al Ictus.

RESULTADOS

- Pendiente de recoger toda la información en las bases de datos, tratándose de los siguientes resultados:
- Tiempos de atención, activación y llegada a centro útil.
- Número de Código ICTUS en 2024.
- Tipo de tratamiento aplicado.
- Estancia media.
- Porcentaje de pacientes tratados sin secuelas post ICTUS.

CONCLUSIONES

El Código Ictus permite una atención especializada precoz, reducción de las secuelas neurológicas, su implantación constituye un importante pilar en la organización asistencial de la patología cerebrovascular. Requiere de la coordinación entre los sistemas de emergencias médicas y los centros hospitalarios del área que consisten en el pre aviso y traslado urgente de los pacientes con sospecha de ictus al centro de útil más cercano. La enfermería, juega un papel vital en el código ICTUS, tanto a nivel extrahospitalario como hospitalario juntos hacen un binomio de éxito, aumentando sus competencias y desarrollando un plan de cuidados específicos que son necesarios para la buena evolución del paciente, enfocados a ganar autonomía, minimizar posibles secuelas y proporcionando las herramientas suficientes para un autocuidado de calidad de cara al alta.

MEJORA EN LA GESTION MEDIOAMBIENTAL. REDUCCIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES DE CLASE III EN LA UCI

 Luis Zurita González

 Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 70

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Durante la pandemia de Covid-19 la gestión de residuos biosanitarios especiales clase III (CIII) en el hospital de media complejidad se transformó en una de las principales variables medioambientales, al encontrarse su incidencia local entre las más elevadas de la Comunidad Autónoma (CCAA).

En el contexto esta crisis sanitaria, la UCI duplicó su número de camas y esto afectó sustancialmente la cultura medioambiental del personal del servicio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos han sido la recuperación de las mejores prácticas de gestión medioambiental y volver a situar la generación de residuos CIII por estancia/año del centro en la media de los hospitales de la CCAA.

La metodología utilizada fue:

- Explotación de los datos a través del software de gestión empresarial como variable indirecta para predecir de la generación de residuos. Usando como indicador clave los contenedores de residuos biológicos CIII entregados a los servicios/unidades del centro por el servicio de Logística.
- Reintroducción de auditorías internas mensuales de gestión de los residuos y reporte de los hallazgos a los responsables de servicios/unidades.
- Realización de las acciones formativas sobre gestión de residuos, impartidas al personal de Enfermería y Técnicos de Laboratorios, adaptadas a las evidencias detectadas en las auditorías.
- Mejora del sistema de etiquetado e identificación de residuos, mejora la segregación y del uso de los contenedores de CIII.
- Normalización del proceso de pesaje de los residuos peligrosos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La transmisión de la información obtenida en las auditorías internas a los responsables de los servicios/unidades generadoras de residuos, ha redundado en una mejora de su gestión, con una reducción del número de No Conformidades en el Sistema de Gestión Medioambiental.

En el último año ha habido una disminución global 28,6% en la generación de CIII del centro y en la UCI una reducción del 38,3% en doce meses y un descenso del uso de contenedores de CIII en la UCI del 50% en los últimos dos años.

La explotación de datos en el libro de residuos peligrosos generados en UCI y la implementación de mejores prácticas en el pesaje de residuos ha permitido mejorar las acciones formativas al personal sanitario del centro, mejorando el uso de los componentes materiales del sistema de gestión de residuos y una mejora sustancial de su uso en caso de la UCI.

La utilización de los datos del software de gestión ha permitido hacer un diagnóstico predictivo más eficiente y eficaz para la gestión de residuos antes de que se generen.

El empleo de datos de gestión como elemento de diagnóstico indica que la explotación de variables no sanitarias es conducente a una mejora de la gestión de residuos de los profesionales sanitarios.

Se demuestra que la disponibilidad limitada de datos mediante estudios observacionales se puede suplir mediante la utilización de variables indirectas ya disponibles en la gestión hospitalaria, demostrando que estas variables permiten también mejorar los indicadores ambientales.

UN EQUIPO DE TRABAJO HUMANIZADO.

 LILIANA DE LA HIGUERA . ⁽¹⁾; Adela Ruiz Ruiz ⁽²⁾; M^a Carmen Alía Benavente ⁽²⁾; Inés Merino Villeneuve ⁽³⁾; María José Hita Urias ⁽⁴⁾; Alba Nóvoa Nieto ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ AP MADRID; ⁽²⁾ CS Colmenar de Oreja; ⁽³⁾ Consultorio Chinchón; ⁽⁴⁾ Consultorio Villaconejos

Identificador: 71

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El bienestar del profesional sanitario es fundamental para una atención de calidad centrada en la persona. Un entorno laboral humanizado fomenta la cohesión, la empatía y el compromiso del equipo. Este proyecto detalla la implementación de iniciativas para humanizar el entorno laboral, buscando impactar positivamente tanto a los profesionales como a la calidad asistencial.

OBJETIVOS

General

- Promover el bienestar integral del profesional sanitario mediante la humanización del entorno laboral.

Específicos

- Fortalecer la integración y el empoderamiento de nuevos profesionales con una acogida humanizada y la firma personalizada del contrato programa.
- Fomentar la cohesión y el sentido de pertenencia a través de actividades de trabajo en equipo y comunicación interpersonal.
- Crear espacios de encuentro, reflexión y crecimiento compartido.
- Impulsar una cultura de humanización donde el profesional sea un agente activo del cambio.
- Mejorar la salud física y emocional de los profesionales.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio descriptivo transversal con fase de implementación y evaluación.

Población: Profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP.

Intervenciones:

- Reuniones personalizadas: Acogida y firma de contrato programa para nuevos profesionales.
- Parada Técnica: Jornada con actividades centradas en el trabajo en equipo y comunicación interpersonal.
- Club de Lectura: Espacio para reflexión y crecimiento compartido a través de la lectura.
- Talleres “Cuentos y equipo”: Sesiones para el desarrollo de habilidades emocionales.
- Sesiones de autocuidado: Actividades para favorecer la salud física y emocional de los profesionales.

Recolección de datos: Encuesta anónima post-implementación para evaluar el impacto en el sentimiento de pertenencia, ambiente, trabajo en equipo y bienestar, incluyendo propuestas de mejora.

Análisis de datos: Descriptivo de respuestas (porcentajes, media) y cualitativo de propuestas

RESULTADOS

Las iniciativas implementadas arrojaron resultados positivos:

Sentimiento de pertenencia: 82% del equipo percibió mejora.

Ambiente general: 89% detectó una mejora clara.

Trabajo en equipo: 86% valoró positivamente el impacto.

Recomendación de las iniciativas: 93% recomendó mantenerlas.

Utilidad para el bienestar profesional: Puntuación media de 8,4 sobre 10.

Propuestas recogidas: Mayor demanda de talleres de atención plena, formación para cuidadores y aumento de encuentros informales.

CONCLUSIONES

La experiencia demuestra que humanizar al equipo impacta directamente en:

Mejora de indicadores clave de calidad y gestión (Índice Sintético de Cartera de Servicios).

Impulso del rendimiento y la eficiencia del equipo.

Fortalecimiento de la posición del centro dentro del sistema de salud.

Generación de un impacto positivo en la comunidad.

EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD

 Benjamin Muedra Larcher; Carmen Medina Bailon; Isabel Almendro Martinez; Alejandro Rodriguez Quiros; Paula Martin Garcia; Carmen Rojas Chicote

 Hospital Gregorio Marañón

Identificador: 72

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Medir la cultura de seguridad del paciente en una organización sanitaria permite evaluar fortalezas y aspectos a mejorar que perciben los profesionales, de manera que se pueda enfocar y priorizar acciones de mejora.

OBJETIVOS

Evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales que trabajan en el hospital y su evolución en el tiempo.

METODOLOGÍA

Se evaluó en 2024 la cultura de seguridad entre los miembros del personal mediante la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety” de la AHRQ (Agency for healthcare research and quality), adaptada y validada al castellano. La misma consta de 33 ítems agrupados en doce dimensiones. Las encuestas fueron distribuidas en formato papel en un curso de seguridad del paciente organizado en el centro y luego, a través de los referentes de seguridad del hospital, al personal de sus unidades en formato online. Se compararon los resultados con los de la edición de 2015, primera evaluación en el centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 501 respuestas y la tasa de respuesta fue superior al 70% en todos los ítems. El 88% tenía contacto directo con pacientes, el 34% era personal de enfermería y llevaban trabajando de media 13 años en el hospital. La calificación media del clima de seguridad fue de 7/10. El 62% declaró haber notificado al menos un incidente de seguridad en el año previo. Ninguna de las dimensiones de la encuesta destacó como fortaleza y solo una se destacó como oportunidad de mejora: “Dotación de personal”. En comparación con 2015, la encuesta de 2024 presentó una mayor muestra (501 vs. 76), mejor puntuación global sobre el clima de seguridad del paciente (7/10 vs. 6,7/10), menor sobrerrepresentación del personal de enfermería (34% vs. 53%) y mejor frecuencia de notificación de incidentes de seguridad (62% de los encuestados vs. 32%). No hubo diferencias a nivel de las dimensiones, aunque se destaca que tres ítems considerados oportunidades de mejora en 2015 dejaron de serlo en 2024: “7. Hay demasiados sustitutos o personal temporal”, “16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente” y “31. La gerencia del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente”. Como debilidades, se destacan el muestreo por conveniencia de ambas ediciones y la muestra insuficiente de la edición 2015. Como fortaleza se destaca la participación de los residentes en 2024, que representaron el 10% de las respuestas. Como conclusión, en los últimos diez años en nuestro centro mejoró la percepción global de cultura de seguridad del paciente y la notificación de incidentes de seguridad.

DISPONER DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS, UN RETO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

 *Alejandra Sánchez Ochoa; Francesca Costa i Pallarès; Carolina Mesas Exposito; Ivan Baños Dabrio*

 *Consorci Sanitari de l'Anoia*

Identificador: 73

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En la industria, disponer de procedimientos claros, actualizados y documentados es fundamental para garantizar productos estandarizados. En sanidad, esto resulta más complejo debido a las particularidades de pacientes, patologías y entornos. Sin embargo, disponer de soporte documental en la práctica clínica es esencial para guiar acciones, prever recursos y evitar complicaciones, asegurando una atención segura y confiable. En nuestro centro, los profesionales son conscientes de esto, pero la falta de control documental adecuado, especialmente antes y después de la pandemia, sumada a la carga asistencial y la carencia de soporte metodológico, llevó a que en 2022 el 82% de los protocolos, procedimientos y manuales en la intranet estuvieran desactualizados. En el plan de calidad y seguridad del paciente 2022-2025, se priorizó la gestión documental, siguiendo recomendaciones de sociedades científicas.

OBJETIVOS

Revisar y actualizar los protocolos, procedimientos y manuales publicados en la intranet del centro. Con dos objetivos específicos para el área de calidad:

1. Brindar formación y asesoría a los profesionales durante el proceso
2. Implementar un gestor documental que garantice el control y acceso a los protocolos.

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología PHVA. Planificar: Se identificó y analizó el problema, recopilando información en una base de datos en Excel "Control Documental". Se planearon intervenciones por servicio. Hacer: Se crearon plantillas, se brindó asesoría individual y por servicios, revisión bibliográfica y actualización en nuevos formatos. Verificar: Se crearon indicadores para hacer seguimiento a los documentos. Actuar: Se aumentaron esfuerzos en servicios con protocolos más antiguos, críticos o relevantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2022, se localizaron 864 documentos en PDF en la intranet, de los cuales el 82.6% estaban desactualizados. De las 62 áreas o servicios, 31 (50%) recibieron formación o asesoría en actualización documental en estos tres años. La distribución de actualizaciones fue: 33 protocolos en 2022 (3.8%), 474 en 2023 (55%), 48 en 2024 (5.5%) y 17 en los primeros meses de 2025 (2%), sumando un total de 572 protocolos actualizados, representando el 66.3%. Uno de los mayores desafíos fue la demora en la implementación del gestor documental, debido al desconocimiento en tecnologías y uso del sistema. Este problema se resolvió en 2024, y en febrero de 2025 se puso en marcha con 330 documentos actualizados. Como conclusión tenemos que: Acceder a protocolos, manuales y procedimientos actualizados y adaptados a los recursos del centro requiere tiempo, esfuerzo y acompañamiento constante en formación y asesoría. Además, con el impacto inminente de la IA, es fundamental mejorar la capacitación en informática y TICs para agilizar este proceso y garantizar una gestión documental eficiente y segura.

PREVALENCIA DE LA SARCOPENIA EN PACIENTES CON ERCA Y SU EVOLUCIÓN TRAS EL INICIO DE TRATAMIENTO CON DIÁLISIS

 EVA REDOMERO HERREROS; MARÍA ÁNGELES GÓMEZ GONZÁLEZ; ANA ISABEL TAPIA ELVIRA; PATRICIA MARTÍNEZ DE MIGUEL; MÓNICA BENITEZ DE PAZ; MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ HERGUETA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES)

Identificador: 74

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Justificación: La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un desafío clínico que frecuentemente se asocia con sarcopenia, una condición caracterizada por la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular. En pacientes con ERCA, esta patología contribuye a un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Explorar la prevalencia de la sarcopenia en pacientes en situación prediálisis, y su evolución tras el inicio de diálisis es esencial para mejorar la atención clínica y funcional de esta población.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de la sarcopenia en pacientes en situación prediálisis y su evolución tras un tiempo de tratamiento con terapia renal sustitutiva (diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD)), analizando las diferencias en masa y fuerza muscular entre modalidades de tratamiento.

METODOLOGÍA

Se incluyeron 23 pacientes de la consulta ERCA, con un seguimiento de 18 meses tras inicio de HD (n=15) y DP (n=8). Se evaluó basalmente en la consulta ERCA, y tras inicio de la terapia renal sustitutiva, la masa muscular mediante bioimpedancia, y la fuerza mediante dinamometría. Se aplicaron las pruebas T-Student para muestras relacionadas y Chi-cuadrado para el análisis de asociaciones, con significancia estadística establecida en $p < 0,05$.

RESULTADOS

En prediálisis, el 65% (15 de 23) de los pacientes presentaba sarcopenia, con una media de masa muscular de $13,2 \pm 3,9 \text{ kg/m}^2$ y fuerza de $22,4 \pm 8,01 \text{ kg/m}^2$. Tras el seguimiento, la prevalencia de sarcopenia aumentó al 78% (18 de 23), con disminución significativa en la media de masa muscular ($11,8 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$, $p=0,05$) y fuerza ($18,25 \pm 5,54 \text{ kg}$, $p=0,01$). En los pacientes que iniciaron tratamiento con HD, la sarcopenia antes de entrar en programa era del 53% (8 de 15), aumentando al 80% (12 de 15), ($p=0,07$) tras 18 meses en HD. La masa muscular disminuyó significativamente de $13,50 \pm 4,05 \text{ kg/m}^2$ a $11,77 \pm 2,92 \text{ kg/m}^2$ ($p=0,049$), y la fuerza de $23,2 \pm 18,4 \text{ kg/m}^2$ ($p=0,04$). Entre los pacientes que iniciaron DP, el 87,5% (7 de 8) presentaba sarcopenia en prediálisis, reduciéndose al 75% (6 de 8) tras 18 meses en DP ($p=0,250$). Aunque la masa muscular y la fuerza disminuyeron ligeramente, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

La sarcopenia es altamente prevalente en pacientes en prediálisis, progresando significativamente tras el inicio de la técnica con HD. En DP, se observó una tendencia hacia la mejora en la prevalencia de sarcopenia, posiblemente asociada a menor inflamación sistémica y mayor autonomía del paciente. Factores como la inflamación, las alteraciones metabólicas y la actividad física pueden influir en la evolución de la sarcopenia. Estos hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias personalizadas de monitorización y manejo clínico para prevenir la pérdida funcional en esta población vulnerable.

PROYECTO DE ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 Carmen Frías Martín

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 75

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente (SP), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes. Esto implica minimizar el riesgo de causar daños innecesarios durante la atención y mitigar los efectos cuando se producen. La OMS afirma que hasta el 80 % de los daños son evitables.

La Cultura de Seguridad (CS) es un componente fundamental para mejorar la calidad de la atención asistencial, fomentar el trabajo multidisciplinar y disminuir la incidencia de errores y eventos adversos (EA). Esta cultura promueve la responsabilidad compartida de la SP y el aprendizaje continuo para optimizar los procesos y los resultados en la atención sanitaria.

Invertir en SP permite obtener mejores resultados de salud, reducir costes, mejorar la eficiencia y fomentar la confianza de los pacientes en el sistema sanitario.

En el ámbito de la salud, existen diversas herramientas cualitativas y cuantitativas para evaluar la CS en las organizaciones. Entre ellas, destaca la encuesta hospitalaria sobre la cultura de SP de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), conocida como Patient Safety Climate in Healthcare (PSCHO).

OBJETIVOS

Implementar un proyecto piloto para medir la CS percibida por los profesionales, utilizando la encuesta PSCHO, en el instituto de enfermedades digestivas y metabólicas de un hospital terciario, para seguir mejorando la calidad de la atención asistencial y reducir la incidencia de errores y EA.

METODOLOGÍA

En una primera fase se presentará y se informará del proyecto al instituto.

En la segunda fase se pasará por correo la encuesta auto cumplimentada PSCHO a todos los profesionales, en un periodo de un mes (septiembre-octubre 2025).

En la tercera fase se creará un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar los datos recopilados y diseñar e implementar acciones de mejora.

Finalmente, en la última fase se volverá a aplicar la encuesta PSCHO a todos los profesionales para comparar y evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

RESULTADOS

Se anticipa que la implementación del proyecto para medir la CS percibida por los profesionales, basado en la encuesta PSCHO, mejorará la calidad y seguridad de los cuidados en el instituto.

Esperamos replicar los resultados esperados, identificar el clima de CS y planificar acciones de mejora que contribuyan a reducir la incidencia de EA en el instituto, implementando protocolos más seguros, capacitando al personal y mejorando la experiencia del paciente.

CONCLUSIONES

La puesta en práctica de un programa para medir la CS, basado en la encuesta PSCHO, se prevé que tenga un impacto positivo en los profesionales de la salud, ayudando a prevenir y disminuir la ocurrencia de EA. Esto potenciará la CS clínica, así como el empoderamiento y el liderazgo profesional.

En el futuro, esperamos extender los beneficios de este proyecto piloto al resto de áreas del hospital, para reducir la incidencia de EA y potenciar la CS en toda la organización.

RFID: TECNOLOGÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y TRANSFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE MATERIALES EN UN ÁREA QUIRÚRGICA

 DAVINIA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ; MARIA TERESA PEIX SAGUÉS; MONTSERRAT MARTIN MIGUEL; ANTONIO CANILLAS FS; SUSANA TRIAS STR; MONICA PINO FLORES

 CLINIC BARCELONA

Identificador: 76

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Una de las funciones de un coordinador de enfermería del Área Quirúrgica es planificar, organizar, dirigir y evaluar en base a unos recursos humanos y materiales limitados por un presupuesto, para proporcionar los mejores cuidados y de mayor calidad al menor coste, sin olvidar que se trata de un modelo interactivo con el paciente, la familia y los profesionales. En referencia a los productos sanitarios se precisa un control riguroso de stocks, caducidades, tanto de materiales fungibles como prótesis para poder realizar las intervenciones quirúrgicas. Con este control se consigue alcanzar mayores niveles de calidad en la atención y seguridad del paciente. El uso de la radiofrecuencia en la gestión y logística de materiales ayuda a ser más eficientes y automatizados ya que abarca la recepción de materiales por parte del proveedor hasta la llegada al paciente de manera segura con tecnología y un proceso de trazabilidad adaptado a cada material y a las necesidades identificadas.

OBJETIVOS

Seguir las alertas sanitarias.

- Automatizar pedidos.
- Garantizar la seguridad asistencial mediante la trazabilidad de materiales y equipos.
- Controlar y optimizar la gestión de stocks.
- Emisión tarjeta de implantes automática.

METODOLOGÍA

La metodología que se ha seguido para realizar todo este proceso han sido los siguientes puntos: Análisis y distribución de tareas al personal dentro del dispositivo mediante Metodología Lean. Clasificación de materiales: fungible RFID, prótesis, fungible Kanban. Para conseguir la imputación a paciente, la reposición unitaria Pacto y acuerdos materiales. Validación de los diferentes tipos de dispositivos. Cambios en los aplicativos de sistemas.

RESULTADOS

Implantación del sistema RFID en el bloque de 9 quirófanos, estando en productivo desde hace más de 6 meses.

Se ha reconvertido el documento “Tarjeta de implante de producto sanitario” a documento médico lo que implica que se puede colgar en la historia clínica compartida del paciente y la tiene disponible a las 24h en la APP “La Meva Salut”.

Imputación y registro de material a paciente por episodio quirúrgico.

CONCLUSIONES

La implantación de la tecnología de la RFID en el área quirúrgica ha permitido un control más exhaustivo de los stocks de materiales, la gestión de compras y revisión de caducidad. A su vez a través de este proyecto y coordinado con Informática médica y la Dirección de Calidad se ha reconvertido la tarjeta de implante de producto sanitario a un documento médico con lo que permite que se pase a la Historia Compartida del paciente y de los profesionales (HC3). Se ha estandarizado un proceso ofreciendo seguridad y calidad en la continuidad de los cuidados del paciente en relación a la prótesis que lleva implantada.

PREVALENCIA DE SUPERVIVIENTES A LARGO PLAZO DE CÁNCER DE MAMA. ¿PAPEL MAS RELEVANTE PARA ATENCIÓN PRIMARIA?

😊 María Estrella López-Pardo Pardo ⁽¹⁾; Cristina Candal Pedreira ⁽²⁾; Teresa Curiel García ⁽³⁾; Rafael López López ⁽⁴⁾; Mariano Pro-
vencio Pulla ⁽⁵⁾; Alberto Ruano Raviña ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ Área Sanitaria de Ferrol; ⁽²⁾ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Galicia, España.; ⁽³⁾ Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Galicia, España.; ⁽⁴⁾ Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Galicia, España.; ⁽⁵⁾ Departamento de Oncología Médica, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.; ⁽⁶⁾ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Galicia, España

Identificador: 77

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres en Europa y afecta a 1 cada 7 mujeres en España. Aunque su incidencia está en aumento, la supervivencia a cinco años es alta, alcanzando el 85,5%. Las supervivientes a largo plazo (LTBCS) son mujeres que llevan más de cinco años sin evidencia de enfermedad y requieren seguimiento para detectar recaídas y controlar efectos tardíos. En España, este seguimiento suele realizarlo Oncología, pero se recomienda que Atención Primaria (AP) asuma esta función. Sin embargo, pocos países aplican este modelo. Este estudio busca cuantificar la prevalencia de LTBCS en Galicia y evaluar las visitas oncológicas que podrían gestionarse en AP.

OBJETIVOS

Cuantificar la prevalencia de LTBCS en Galicia;

- Estimar el número de visitas médicas realizadas por estas pacientes a los Servicios de Oncología, visitas que, en su mayoría, podrían ser asumidas por AP.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo en Galicia, incluyendo a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre 2001 y 2017, vivas y sin enfermedad activa a junio de 2022, con más de cinco años de seguimiento. Los datos provinieron de sistemas de información sanitaria públicos, abarcando variables como edad, lugar de residencia, visitas a Oncología y aparición de nuevos tumores. Se calculó la prevalencia de supervivientes a largo plazo (LTBCS) y se analizó la frecuencia de visitas oncológicas tras cinco años del diagnóstico, excluyendo casos con nuevos tumores o sin visitas post-diagnóstico. Análisis estadístico mediante SPSS y Stata.

RESULTADOS

Se identificaron 15.121 mujeres supervivientes a largo plazo (LTBCS) en Galicia, diagnosticadas entre 2001 y 2017, con un seguimiento medio de 11.5 años tras los primeros 5 años. La edad media al diagnóstico fue 57 años. El 93% no presentó nuevos tumores, mientras que el 7% sí, siendo más jóvenes las que desarrollaron nuevos tumores (media 52.9 años). La prevalencia general de LTBCS fue 1.1%, llegando al 1.6% en mujeres mayores de 50 años. Se analizaron 10.133 mujeres para visitas oncológicas, que sumaron 78.717 en 16.5 años. El 94.1% asistió a 20 o menos visitas tras 5 años, con un aumento acumulativo pero estabilizándose con el tiempo, especialmente en mayores de 70 años.

Estas pacientes generaron un total de 78.717 visitas médicas a los Servicios de Oncología. El 94,1% de las mujeres había realizado 20 o menos visitas desde que transcurrieron cinco años del diagnóstico, lo que sugiere un patrón estable y manejable de seguimiento clínico.

CONCLUSIÓN

Se observa una alta prevalencia de mujeres que sobreviven al cáncer de mama a largo plazo en Galicia, junto con una considerable utilización de recursos oncológicos para su seguimiento. Estos resultados apoyan la necesidad de diseñar e implementar protocolos específicos para el seguimiento de LTBCS desde la AP. Este cambio permitiría optimizar recursos, evitar la sobrecarga de los Servicios de Oncología y ofrecer un seguimiento más cercano, accesible y personalizado.

CONTROL DE RIESGOS EN EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA MEJORAR LA LEGIBILIDAD DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

😊 *Nerea Gutierrez Bartolome; Rafael Sanchez Bernal; Teresa Boyano Lopez; Javier López de Robles Díaz de Gamarra; Ireide Aldazabal Muniategui; Aritz Larracoechea Inchaurre*

 OSI Araba - Osakidetza

Identificador: 78

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La alfabetización en salud es un determinante de la salud que requiere de un acceso inclusivo y equitativo a una educación de calidad y a un aprendizaje permanente. Es clave para desempeñar un papel activo en la mejora de la propia salud, sin embargo, existen problemas por la falta de familiarización de las personas con aspectos médicos, de interpretación de estadísticas y evaluación de riesgos y beneficios para su salud y seguridad, así como por su vivencia emocional ante los procesos de salud y enfermedad.

La OMS recomienda estrategias e intervenciones que aumenten la alfabetización en salud a nivel institucional, profesional y personal, una de ellas sería el empleo de la Inteligencia Artificial (IA) para la mejora de la legibilidad de los Consentimientos Informados (CI). Construir CI legibles refuerza el objetivo principal de su empleo, como es que las personas puedan tomar una decisión voluntaria y consciente, y no solo la protección legal del que indica el procedimiento. Sin embargo, la introducción de esta herramienta genera conflictos éticos, legales y de seguridad que es necesario considerar.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos serían: Identificar los riesgos de seguridad y aspectos éticos y legales a considerar que el empleo de IA genera, y establecer las barreras y procedimientos para el control de los mismos.

Para alcanzarlo se constituye un grupo de expertos en CI, IA, informática, seguridad jurídica y asistencia sanitaria se identifican y analizan los riesgos de seguridad y otras áreas críticas del empleo de la IA para mejorar la legibilidad de los CI.

A partir de una revisión de la bibliografía sobre el estado del tema se realiza un análisis DAFO y se construye un cuadro de riesgos y se identifican las barreras y procedimientos para su control aprovechando las fortalezas y oportunidades.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han identificados 11 debilidades, 9 fortalezas, 5 amenazas y 5 oportunidad para convertir 836 CI existentes a un lenguaje legible y comprensible. Para cada debilidad y amenaza se han identificado procedimientos de control a incluir en el proceso de conversión de los CI. Se constata que en el contexto de diseño de CI los riesgos son leves al no requerir manejo de datos personales, sin embargo, son mayores las dificultades técnicas para elegir y emplear la mejor herramienta que se adapte a las necesidades.

Esta actividad se incluye dentro de un proyecto de investigación mayor, en el que se constata la oportunidad de incluir a las personas pacientes beneficiarias de los CI para la validación de la legibilidad, así como para construir una metodología para construir nuevos CI y no solo mejorar la redacción de los existentes.

A partir de una metodología de análisis estratégico se ha identificado los aspectos clave sobre los que construir la estrategia para convertir y construir CI en instrumentos que fomenten la alfabetización y participación de las personas en su salud, teniendo en cuenta aspectos legales, de seguridad y ética asistencial.

HACIA LA EXCELENCIA EN RESULTADOS MEDIANTE LA MEJORA CONTINUA: 10 AÑOS DEL MODELO GLOBAL DE CALIDAD

 David Nadal Miquel; Mercedes Jabalera Contreras; Susana Ortiz Solsona; Joan Vinyets Rejón; Josep Codorniu Castelló; Clàudia Palet De las Heras

 Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Identificador: 79

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La participación activa de pacientes y profesionales es clave para mejorar la calidad y valor de la atención.

En 2014, se conceptualizó el modelo global de calidad que integra un enfoque triple: el conocimiento de los profesionales, la experiencia de paciente y la gestión de procesos. Desde entonces, se han implementado proyectos en todos los ámbitos asistenciales, fomentando la participación de pacientes y profesionales en procesos de mejora.

Este modelo es un elemento fundamental en la cultura del centro, promoviendo un entorno de colaboración y compromiso con la calidad.

OBJETIVOS

Detectar áreas de mejora en calidad e implementar soluciones incorporando la perspectiva de pacientes y profesionales para avanzar en la excelencia de la atención que se ofrece.

METODOLOGÍA

Integración de metodologías: Design Thinking + LEAN Healthcare + Voz de Paciente (VOP) en el desarrollo de los proyectos. Fases: Kick-off: Consensuar el proyecto, incorporar los elementos relevantes de la práctica asistencial, análisis de datos y definición de roles del equipo.

Diagnóstico: VOP aporta los problemas detectados por los pacientes desde una perspectiva multicanal. Procesos detecta actividades de no valor y oportunidades de mejora organizativa. Experiencia de Paciente identifica pain points y necesidades no cubiertas a través del patient journey.

Co-diseño: Se idean soluciones, con pacientes y con profesionales, para dar respuesta a los elementos de mejora priorizados.

Prototipado: Se testean soluciones para realizar una evaluación ágil.

Implementación: Se elabora el plan de mejora que contiene indicadores de monitorización y evaluación.

RESULTADOS

Desde 2014, se han trabajado 139 proyectos de mejora en procesos clínicos, organización funcional, estructuras y espacios, modelos de atención y nuevos servicios.

Resultados globales 2024:

Índice NPS de 72,44, alcanzando ≥ 80 sostenido en hospitalización

Aumento del 34,5% en agradecimientos (979) frente a reclamaciones (338)

830 profesionales y 647 pacientes han participado en proyectos

Ejemplos de resultados proyectos específicos:

Reducción 38% tiempo de espera en extracciones de sangre

Atención domiciliaria en TCA (trastorno conducta alimentaria): índice IMC de 15.1 a 17.1 al final del programa

Mejora del nivel de HBA1c en pacientes diabéticos (de 7.81 a 7.46)

86% pacientes valoran positivamente la ambientación de un nuevo edificio.

37% reducción visitas facultativo con incorporación de nuevo rol enfermero

CONCLUSIONES

Este enfoque triple mejora la efectividad, seguridad, eficiencia y experiencia, consolidando una cultura de atención centrada en las personas.

Los proyectos actúan como impulsores de mejora continua e innovación, y la implicación de los profesionales favorece su compromiso con el cambio.

La implementación del modelo requiere liderazgo y confianza por parte de la Dirección, así como un compromiso ético con pacientes y profesionales que han aportado su implicación a la mejora de la organización.

LA PARTICIPACIÓN PERMANENTE: LOS PACIENTES COMO ACOMPAÑANTES DE CONFIANZA EN LA MEJORA Y EN LA ESTRATEGIA

 David Nadal Miquel; Mercedes Jabalera Contreras

 Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Identificador: 80

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La participación de las personas es la palanca de transformación e innovación que nos ayuda a mejorar la calidad asistencial. Para ello, a lo largo de los años, hemos creado un ecosistema de participación compuesto por diversas iniciativas, en las que en 2024 se involucraron 647 pacientes. En este contexto, destacan los grupos de participación permanente, especialmente el Consejo de Familias, constituido en 2019. Este grupo contribuye a mejorar la asistencia, generando una mejor experiencia para el paciente y promoviendo espacios de diálogo con profesionales y Dirección, con impacto estratégico.

OBJETIVOS

General:

- Promover un grupo de participación permanente que nos acompañe en procesos de mejora transversales y elementos estratégicos.

Específicos:

- Potenciar la mejora en todos los ámbitos del centro
- Acercar la voz de los pacientes a los profesionales
- Promover la defensa de derechos de los pacientes
- Trabajar con la Dirección en líneas y elementos estratégicos

METODOLOGÍA

Constitución: Selección e incorporación de familias buscando la máxima representatividad a nivel de diagnósticos y condiciones crónicas.

Foco mejora:

Funcionamiento: Sesiones mensuales, duración 2 horas. Temáticas transversales vinculadas al proceso asistencial (identificadas por el grupo, Calidad o profesionales del centro). Dinámicas de la sesión con metodologías cualitativas. Participación de profesionales responsables de la temática tratada.

Seguimiento: Elaboración de planes de mejora por parte de los profesionales invitados. Calidad aglutina las mejoras y realiza anualmente una sesión de feedback sobre los avances y barreras en los temas tratados.

Foco cultura y estrategia: participación en la acogida semanal de nuevos profesionales, en la jornada anual de mandos, representación en congresos o participación en sesiones del núcleo asistencial.

RESULTADOS

El Consejo está integrado por 23 familias y se han realizado un total de 57 sesiones desde 2019. Han participado en 4 jornadas de mandos, 3 núcleos asistenciales y 16 congresos o grupos de trabajo.

Algunos de los resultados conseguidos gracias al Consejo: espacios específicos para familias en unidades de larga estancia, incorporación de nuevos roles profesionales de atención a la complejidad, protocolos específicos en Urgencias para pacientes inmunodeprimidos, perros en la espera de extracciones, formación para la atención no presencial, nuevo modelo de soporte emocional, vídeo de sensibilización sobre seguridad, entre otros.

CONCLUSIONES

La participación permanente ofrece una visión continuada de las necesidades de los pacientes a través de un grupo de confianza con conocimiento profundo del centro.

Facilita priorizar acciones e impulsa una interacción segura entre profesionales y familias.

Es clave compartir visión, fomentar buen clima, estructurar la participación (frecuencia, método) y dar retorno del impacto.

Es fundamental que la Dirección respalde y fomente estas iniciativas, desde una sólida convicción ética y de valor.

MITIGACION DEL IMPACTO DE LAS INTERRUPCIONES DE TRATAMIENTO EN ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

 *Nidia Peinado Adán; Sara Estébanez Aldonza; Ana Castaño Cantos; Rosa María Morera López*

 *Hospital Universitario La Paz*

Identificador: 81

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las interrupciones en los tratamientos de oncología radioterápica pueden comprometer el control local del tumor, especialmente en tumores con alta proliferación celular (cabeza y cuello, pulmón o cérvix), donde breves retrasos pueden influir negativamente en la supervivencia del paciente. Por tanto, implementar estrategias proactivas de mitigación es esencial tanto desde el punto de vista clínico como humanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la seguridad del paciente evitando la prolongación inadecuada de su tratamiento radioterápico debido a interrupciones. Definir los responsables de la operativa y consensuar la metodología a seguir para su análisis. Establecer la operativa y su difusión para su posterior evaluación.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo nuestro objetivo se formó un equipo multidisciplinar formado por un oncólogo radioterápico, un radiofísico y la técnico especialista en radioterapia responsable de Calidad (TERT). Se diseña una plantilla Excel específica por cada Unidad de tratamiento, que gracias a la red de gestión departamental Mosaiq permite al equipo asistencial monitorizar en tiempo real el avance y las interrupciones de cada paciente.

La plantilla está estructurada de manera tal, que podamos distinguir fácilmente los datos identificativos del paciente, su diagnóstico y protocolo de tratamiento (número de fracciones y dosis total), registro de cumplimiento de sesiones, cálculo automático de retraso acumulado y diferencia entre fecha prevista y fecha real de finalización. Indicando con colores (rojo, amarillo y verde) y símbolos alertas (tik y X) si se superan ciertos umbrales.

La TERT de Calidad realiza la actualización semanal del documento Excel y reunión posterior con el Facultativo, para tomar decisiones clínicas y operativas ante incidentes, de manera proactiva en caso de interrupciones conocidas y retrospectiva en el resto.

RESULTADOS

Con una experiencia de 24 meses, el equipo de trabajo opera de forma fluida, sin incidencias relevantes y formando esta tarea parte de su práctica habitual. En este tiempo, se han evaluado a más de 1500 pacientes. Más de 300 han sido susceptibles de compensación. La cual se ha podido llevar a cabo en un 90% de los pacientes, siendo la medida más habitual, el hiperfraccionamiento del tratamiento.

Esta metodología de trabajo permite avisar al paciente con anterioridad de sus sesiones de tratamiento, lo cual ha sido bien acogido por este, tal y como se refleja en los verbatins de la plataforma NPS, donde pacientes y familiares lo dejan reflejado.

CONCLUSIONES

Nuestra metodología es una medida de poco esfuerzo y alto impacto en calidad asistencial y seguridad terapéutica. Mitiga de forma óptima las interrupciones de tratamiento en oncología radioterápica

El equipo multidisciplinar facilita una toma de decisiones ágil y personalizada.

Mejora la satisfacción del paciente al reducir incertidumbre y tiempos de tratamiento, y aumenta los resultados en salud (control local y supervivencia) del mismo.

IMPACTO EN PRÁCTICA CLÍNICA AL INCORPORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AL PROCESO: TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

 Ana Castaño Cantos; Sara Estébanez Aldonza; Nidia Peinado Adán; Rosa María Morera López

 Hospital Universitario La Paz;

Identificador: 82

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento con radioterapia (RT) es un proceso complejo, se planifica y realiza de forma individualizada para cada paciente y requiere un equipo multidisciplinar para su implementación. Tras haber evaluado la satisfacción de los pacientes mediante una encuesta (2017-2021) se decide avanzar en el estudio de la experiencia del paciente como herramienta fundamental para optimizar todas las fases del proceso del tratamiento RT y conseguir la mejora de la calidad percibida por pacientes y acompañantes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General: Conocer, analizar y mejorar la experiencia del paciente oncológico en el proceso radioterápico.

Específicos: Utilizar herramientas contrastadas para conocer y analizar la experiencia del paciente. Incorporar acciones de mejora en aspectos relevantes transversales (habitabilidad, información, formación y organización).

M: Se conforma un equipo de trabajo permanente y multistamentario (facultativos, enfermería y TERT) con representación de los líderes del Servicio. En noviembre 2022, se realizó un grupo focal con participación de pacientes tratados con RT. Se estableció un guion basado en el paso del paciente por el Servicio y en los ítems tratados en los procesos consultivos anteriores. Durante 2023 se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a pacientes oncológicos en el proceso del tratamiento radioterápico. En la misma fecha, se realizó observación directa de profesionales, a partir de las distintas interacciones del paciente con el servicio centrándose en aspectos relacionados con habitabilidad, intimidad, accesibilidad y trato con el entorno y los profesionales. Todas las aportaciones se han analizado por el Grupo de Trabajo, conformando un mapa de experiencia del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han utilizado herramientas contrastadas adecuadas para conocer y analizar la experiencia del paciente. A partir del análisis se han ejecutado acciones de mejora en diferentes aspectos: Habitabilidad: Incorporación de decoración y mejora de la habitabilidad en salas de espera y zonas de tratamiento. Información: Elaboración de vídeos informativos y Jornadas de puertas abiertas describiendo todo el viaje del paciente en OncoRT. Formación: Curso de herramientas de comunicación interna y Píldoras formativas en comunicación a paciente oncológico. Organización: Optimización del tiempo de espera del tratamiento RT y mejora de la operativa de citas telefónicas. En el ámbito del Servicio se está utilizando una herramienta telemática de análisis para monitorizar de manera permanente la experiencia del paciente que nos reporta resultados (NPS) con tendencia positiva. Se ha disminuido un 20% el tiempo de espera de subetapas del tratamiento RT.

C: El análisis de la experiencia del paciente mediante la utilización de distintas herramientas cuanti/cualitativas requiere la participación activa de pacientes, implicación del personal sanitario, permite realizar acciones de mejora disruptivas e innovadoras cambiando nuestra práctica clínica para conseguir el valor esperado por el paciente.

MEJORA ASISTENCIAL CONSEGUIDA POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA “TERT” DE CALIDAD EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

 Sara Estébanez Aldonza; Nidia Peinado Adán; Ana Castaño Cantos; Rosa María Morera López

 Hospital universitario La Paz.

Identificador: 83

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Promover cultura de calidad en el servicio de Oncología Radioterápica es fundamental para la mejora continua en el procedimiento radioterápico. Trabajar bajo la NORMA ISO 9001: 2015 desde hace más de 10 años nos ha ayudado a creer que la calidad asistencial se consigue con la participación de todos los miembros del Servicio. Para conseguir una mayor participación y conciencia del valor que aporta creamos un perfil de técnico especialista en Radioterapia (TERT) de Calidad que formara parte activa en el equipo de calidad y la gestión de la misma. Desde 2016 contamos con dicha figura que participa activamente en la creación de indicadores, instrucciones técnicas, protocolos técnicos, gestión de tiempos en unidades de tratamiento, control de tiempos asistenciales y análisis de incidencias entre otras cosas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Acercar la Calidad e involucrar a los TERT en la misma, haciéndolos partícipes de los diferentes procesos, creando un enlace directo mediante la figura del TERT de Calidad, al ser incorporado de manera activa en el equipo de Calidad

M:En 2016 el Equipo de Calidad define el perfil de puesto de trabajo del TERT de Calidad, donde destaca entre sus competencias, asegurar el uso eficiente de los recursos, uso de vías de comunicación eficaces entre compañeros, superiores y usuarios, aplicar procedimientos de calidad y participación activa en la gestión del registro de incidencias. Posteriormente de forma consensuada se propone a la persona con el perfil adecuado al puesto. En los 9 años que llevamos de experiencia 3 personas han ocupado este puesto de trabajo; siendo de forma continuada la misma en los últimos 5 años

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El adecuado desempeño del TERT de Calidad ha optimizado la organización y los tiempos útiles en las Unidades de tratamiento, se han actualizado las instrucciones técnicas y procedimientos operativos, los indicadores de calidad se analizan de forma correcta, gestiona junto al resto del Equipo Calidad las incidencias que se reportan, participa de forma activa en todos los requisitos que la norma ISO y norma UNE exige, da respuesta en un plazo máximo de 24 horas a las inquietudes de los pacientes, y es nexo de comunicación directa entre los TERT y los demás estamentos del equipo multidisciplinar, facilitando el intercambio de necesidades y expectativas de los mismos, lo que colabora a crear una base de calidad sólida. En 2022 en nuestra Comunidad se aprueba la figura de TERT Coordinador, aprovechando la experiencia adquirida en estos años y el buen desempeño del TERT de Calidad, actualmente asume ambas competencias

C:La creación del TERT de Calidad potencia la integración de este estamento en el conocimiento e implementación de la misma en el flujo de trabajo. Aportando una mejora en la calidad percibida por nuestros pacientes y una mayor satisfacción de los profesionales TERT dado que han reforzado su rol, determinante para conseguir el éxito del tratamiento radioterápico y el adecuado flujo de trabajo en un servicio de Oncología Radioterápica

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

 PEÑA PEREZ BENDICHO; CRISTINA IÑIGUEZ MARTINEZ; MOISES GARCES REDONDO; ESTHER DEL POZO PARA; MARÍA ROSA EM-BID CRUZ

 HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Identificador: 84

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad que repercute en la vida de pacientes jóvenes, por lo que impacta también, no sólo en la sociedad actual, sino en la futura. Para el sector sanitario, esto se traduce en una presión asistencial creciente: mayor demanda de consultas especializadas, terapias de alto coste y soporte rehabilitador de larga duración. Cada brote de la enfermedad, no solo compromete la autonomía del paciente, sino que también incrementa los índices de discapacidad y cronifica la utilización de recursos, elevando el gasto público y desafiando la sostenibilidad de los servicios de salud.

Además, el viaje por el sistema de estos pacientes, no sólo se limita a Neurología ya que intervienen otros Servicios como Farmacia, Radiología, Inmunología, Citaciones, lo que hace aún más crítica la necesidad de una correcta coordinación.

Abordar la EM con circuitos asistenciales optimizados y tecnología predictiva debe ser una prioridad estratégica para contener costes, mejorar resultados en salud y garantizar la resiliencia operativa de todo el sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es optimizar el circuito asistencial del paciente de la unidad de EM del hospital, mediante la identificación de ineficiencias y la implementación de mejoras específicas.

Se aplicó la metodología LEAN, que permitió mapear el proceso actual, utilizando la técnica del Value Stream Map, y detectar los puntos críticos del flujo asistencial, los cuales se priorizaron para desarrollar las diferentes soluciones con los diferentes intervinientes de cada unidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las líneas de trabajo que se priorizaron, junto con sus principales soluciones, fueron:

Optimización del tiempo de la unidad EM en consulta

- Establecer horarios y motivos de consulta telefónicas de pacientes

Optimización del rol de enfermería

- Establecer tareas a realizar durante la jornada
- Generar espacios para visita de pacientes en seguimiento estable

Digitalización de herramientas en consulta

- Gestión de citas de la unidad
- Gestión de tareas pendientes
- Cuadro de mandos para explotación de datos de la consulta

Implementación del uso de los PROMS

- Creación de circuito entre farmacia y neurología

Mejora del circuito con radiología

- Modificaciones en el volante de citas

Mejorar la coordinación con farmacia

- Creación de interconsultas para la mejora de la comunicación y gestión de citas de los pacientes con farmacia
- Integración de protocolos en historia clínica

Mejorar la coordinación con inmunología

- Creación de alertas cuando se disponga de los resultados

El proyecto ha permitido una mejora sustancial en los tiempos de atención, la eficiencia de recursos y la experiencia del paciente con EM. A través de las soluciones definidas durante el proyecto, se podrá realizar un seguimiento eficaz de todos los pacientes, se reducirá el tiempo de gestión de citas, y se optimizarán los tiempos en consulta de los neurólogos y de enfermería gracias a la estandarización de su tiempo de trabajo.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO MOTOR DEL CAMBIO: IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA UNE 179003-2013 EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA

😊 MARTA GÓMEZ RODRÍGUEZ; ROBERTO ORTIZ MOVILLA; RAQUEL PORTO ABAL; BELÉN RODRIGUEZ MARRODAN; ENRIQUETA ROMAN RIECHMANN; ANGELES ROJO FERRER

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 85

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La urgencia pediátrica, caracterizada por una gran variabilidad asistencial y especial vulnerabilidad al riesgo clínico, requiere abordar la seguridad del paciente como una premisa fundamental, lo que exige una gestión integral de riesgos. La norma UNE 179003-2013 proporciona un marco estructurado para identificar, analizar y gestionar riesgos, promoviendo una atención segura y de calidad. En este contexto, se decidió implementar este modelo en Urgencias de Pediatría de un centro hospitalario público de segundo nivel (con relación a la atención pediátrica).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implantar un sistema de gestión de riesgos basado en la norma UNE 179003:2013 como soporte organizativo, que permita identificar áreas críticas, priorizar riesgos, desarrollar acciones de mejora y monitorizar su cumplimiento, promoviendo la seguridad del paciente desde una perspectiva de mejora continua.

Entre junio de 2024 y febrero de 2025, el Grupo de Seguridad de Pediatría y la Unidad de Calidad, con la aprobación de la Dirección del centro, diseñaron un plan estructurado que incluyó: formación en la norma; análisis del contexto; elaboración de mapas de procesos y de riesgos (modelo recomendado por la SEUP); análisis DAFO priorizado con matriz IPD; AMFE; implementación de briefing; análisis de la comunicación interna y externa; actualización del registro de análisis de notificaciones; identificación de grupos de interés; definición de requisitos formativos del personal; revisión y clasificación de prácticas seguras; se establecieron acciones de mejora con indicadores; se redactó el documento del sistema de gestión de riesgos y se llevaron a cabo auditorías interna y externa previas a la certificación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como hito, el servicio obtuvo la certificación UNE 179003-2013 en abril de 2025. Durante el proceso se identificaron 45 modos de fallo en el mapa de riesgos, priorizándose aquellos por encima del percentil 90, lo que dio lugar a 27 acciones de mejora. Asimismo, se clasificaron 94 prácticas seguras y se establecieron 30 indicadores para la monitorización de la gestión de riesgos. A corto plazo, se ha generado un sistema sólido, cuyos objetivos estructurales se han cumplido al 100%; se ha mejorado la gestión reactiva y la detección de brechas de seguridad, impulsando acciones de mejora proactivas. A medio plazo, se evaluará su impacto en la cultura de seguridad y la calidad percibida por familias y profesionales como grupos de interés.

La implantación del modelo UNE 179003-2013 ha supuesto un cambio de paradigma, al pasar de una gestión reactiva basada en el análisis de incidentes y reclamaciones, a una gestión orientada a la prevención al incluir estrategias proactivas. Ha impulsado la transformación hacia una gestión de riesgos integral, sistemática y eficiente, en el ciclo de mejora continua, reforzando la cultura de seguridad y optimizando la organización asistencial. Además, al estar basado en herramientas y metodologías estandarizadas, el modelo puede ser replicable en otros servicios.

SISMA: DETECTAMOS ANTES, ACTUAMOS MEJOR.

 *Alvaro Ortega Guerrero; María Teresa Castelló del Pino; María José León Rodríguez; Juan Antonio Mata López; Samuel Minguela Díaz; Luis Ayala Jiménez*

 *Hospital Quironsalud Málaga; Hospital Quironsalud Marbella*

Identificador: 86

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La experiencia hospitalaria está determinada no solo por la calidad de la atención médica, sino por múltiples factores del entorno como limpieza, climatización, mobiliario o tecnología. Ante la necesidad de mejorar la respuesta a incidencias no clínicas y promover la participación del paciente, se desarrolló el Proyecto SISMA. Esta iniciativa, implantada en un hospital de alta complejidad, consiste en un sistema digital accesible mediante códigos QR desde la cama del paciente para reportar incidencias relacionadas con mantenimiento, sistemas, limpieza, cocina o seguridad del paciente. Su finalidad es incrementar la eficiencia operativa, reforzar la seguridad, humanización y calidad asistencial, y alinearse con las nuevas formas de comunicación de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue facilitar un canal digital y accesible de comunicación entre los pacientes y los servicios hospitalarios, mejorando la trazabilidad y tiempos de respuesta. La metodología se estructuró en cinco fases: diseño y planificación (establecimiento de protocolos, recursos y cronograma), desarrollo tecnológico (programación e integración con sistemas internos), piloto en una unidad (validación de eficacia y aceptación), implantación progresiva por unidades, y evaluación continua mediante indicadores. Se implicaron pacientes, familiares, servicios asistenciales y de soporte técnico, junto a equipos de calidad y seguridad del paciente. Se generaron materiales informativos, formación profesional y un sistema de soporte transversal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su implantación, el sistema ha permitido un aumento del 11% en incidencias reportadas, un 83% de resolución en menos de 24 horas, y una reducción del 36% en el tiempo medio de respuesta. Se observó también una disminución del 48% en llamadas al personal asistencial por incidencias no clínicas. En cuanto a resultados cualitativos, se evidenció una mejora en el Net Promoter Score (NPS), comentarios abiertos más positivos y una percepción favorable del personal. Estos resultados demuestran una mejora sostenible y consolidan al proyecto como un modelo replicable de transformación digital centrada en el paciente.

La implantación del Proyecto SISMA ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la experiencia del paciente, promover su participación activa y optimizar la gestión hospitalaria. Su diseño digital, intuitivo y adaptable lo convierte en un ejemplo de innovación transferible a otros centros. El uso de tecnologías accesibles y la implicación de equipos multidisciplinares han sido claves en su éxito. La experiencia obtenida refuerza el valor de integrar herramientas digitales como eje transformador de la calidad asistencial.

COBERTURA DE VACUNACIÓN FRENTE AL NEUMOCOCO: UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

😊 Javier García Iglesias ⁽¹⁾; Diego Martín -Caro Álvarez ⁽²⁾; Virginia Barrios Escudero ⁽³⁾; Carmen Rojas Chicote ⁽⁴⁾; Ana María Ruiz Torno ⁽⁴⁾; Ricardo Rodríguez Barrientos ⁽⁵⁾

📄 ⁽¹⁾ Centro de salud somosaguas; ⁽²⁾ Centro de Salud Somosaguas; ⁽³⁾ Centro de Salud San Andrés; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario Gregorio Marañón; ⁽⁵⁾ Gerencia de Atención Primaria

Identificador: 87

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad neumocócica invasiva representa una de las formas más graves de infección por *Streptococcus pneumoniae*, con una elevada morbilidad especialmente en personas mayores. La neumonía bacteriémica es su presentación más frecuente y se asocia con una letalidad elevada, especialmente en mayores de 80 años.

Existen 3 vacunas antineumocócicas disponibles para adultos en la Comunidad de Madrid (CM): VNP23, VNC13 y VNC20. A pesar de su efectividad, las tasas de cobertura vacunal en adultos siguen siendo bajas, especialmente en los mayores de 65 años y paciente institucionalizado.

En la CM existen las Unidades de Atención a Residencias (UAR), con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente institucionalizado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio fue describir la cobertura vacunal frente al neumococo en el paciente institucionalizado según el calendario de vacunación del adulto adscritos a la UAR, además de analizar la posible asociación del tipo de centro y el índice de Barthel con el estado de vacunación.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo a partir de la Historia Clínica Electrónica de pacientes institucionalizados en residencias atendidas por las UAR. Se excluyeron pacientes desplazados y no beneficiarios del Sistema Nacional de Salud.

Variables: sexo, edad, tipo de centro, índice de Barthel y datos sobre vacunación neumocócica (número y fecha de dosis). La información fue proporcionada de forma anonimizada por la Dirección Técnica de Sistemas de Información.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, las cualitativas descritas con frecuencias y porcentajes y las cuantitativas con la media y desviación estándar. Se ha realizado un modelo de regresión logística para evaluar la asociación de las variables, índice de Barthel y tipo de centro con el estado vacunal ajustando por sexo y edad. La magnitud de la asociación se presentará con OR y su IC95%. Los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 40.660 pacientes. La edad media fue de 82,4 años (DE: 14,7), con predominio de mujeres (69,3%). El 83,9% presentaba algún grado de dependencia funcional, y la mayoría residía en centros de mayores (86,4%).

La cobertura de vacunación fue del 81,1% en centros de mayores, y del 71,36% en centros de discapacidad. Según el modelo, estar vacunado se asocia significativamente con mayor edad y mayor grado de dependencia $p < 0,001$.

Las tasas de vacunación de nuestro estudio que hace referencia al paciente institucionalizado son superiores a las coberturas de vacunación en el adulto publicadas por las diferentes comunidades autónomas (Andalucía 34,7–78,9%; Castilla y León 40,46%; Barcelona 34–36%; CM 50,3%).

En conclusión, el presente estudio muestra un aumento de la cobertura vacunal gracias a la existencia de las UAR y de las estrategias adoptadas, lo que puede ayudar a diseñar medidas que mejoren las coberturas vacunales en el paciente institucionalizado y en la población general

MATIA: INNOVACIÓN EN CONTROL DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO MEDIANTE IA

 *Alvaro Ortega Guerrero; María José León Rodríguez; María Teresa Castelló del Pino; Luis Ayala Jiménez; Juan Antonio Mata López; Samuel Minguela Díaz*

 *Hospital Quironsalud Málaga*

Identificador: 88

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente en quirófano requiere una gestión precisa del instrumental. El conteo manual tradicional consume tiempo, es propenso a errores y puede provocar consecuencias graves como la retención inadvertida de material. El proyecto MatIA introduce un sistema basado en inteligencia artificial para automatizar el análisis de imágenes de cajas quirúrgicas, mejorando la detección de ausencias o deterioro del instrumental. Esta innovación tecnológica responde a la necesidad de mejorar la seguridad del paciente, reducir la carga asistencial y aumentar la eficiencia operativa en el bloque quirúrgico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es implantar un sistema estandarizado y seguro para el uso de MatIA en quirófano. Se desarrolla en fases: planificación (definición de recursos, cronograma, carga de datos), formación (teórica y práctica para todo el personal quirúrgico), pruebas piloto (validación en entorno real), implementación completa y evaluación continua. MatIA analiza automáticamente imágenes de las cajas quirúrgicas para verificar el instrumental pre, durante y post cirugía, integrándose en el flujo de trabajo y generando informes automáticos. Se definen protocolos de actuación ante incidencias detectadas por la herramienta.

RESULTADOS

La implantación ha demostrado resultados positivos. Se logró una reducción del 58% en el tiempo dedicado al conteo de instrumental. Se han documentado detecciones de faltas y deterioros de instrumental previas al inicio de cirugía, evitando riesgos. El tiempo entre intervenciones quirúrgicas se ha reducido, mejorando la eficiencia global. El uso progresivo de MatIA alcanzó altas tasas de adopción y satisfacción por parte del personal, con mejoras evidentes en la seguridad del paciente y trazabilidad del instrumental.

CONCLUSIONES

MatIA representa una solución innovadora que aporta valor al proceso quirúrgico mediante inteligencia artificial. Ha mejorado la precisión del conteo, reducido errores y optimizado el uso del tiempo del equipo asistencial. Su enfoque proactivo y automatizado es replicable en otros hospitales, contribuyendo a la excelencia asistencial. El sistema promueve una cultura de seguridad quirúrgica y eficiencia basada en tecnología avanzada y buenas prácticas clínicas.

FLUENCY DIRECT: USO DE LA IA EN LA AUTOMATIZACIÓN DE LA CREACIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA MEDIANTE RECONOCIMIENTO DE VOZ

😊 Adrián García Romero ⁽¹⁾; Alejandra Abad González ⁽¹⁾; Sara Ruiz-Canela Pérez ⁽¹⁾; Mónica Plaza Ochoa ⁽¹⁾; Sophia Marín Rodenhorst ⁽²⁾; Luis Ruiz de la Prada ⁽²⁾

🏢 ⁽¹⁾ Hospital Universitario del Sureste; ⁽²⁾ Solventum

Identificador: 89

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La documentación clínica constituye una de las tareas más demandantes en tiempo para los profesionales sanitarios, restando dedicación directa al paciente. Nuestro centro sanitario ha implementado un piloto que, mediante el uso de Fluency Direct (Solventum), habilita el reconocimiento de voz con inteligencia artificial clínica que permite dictar, editar y estructurar notas clínicas directamente en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Este piloto responde a la necesidad de optimizar los flujos de trabajo, reducir la carga administrativa y mejorar la calidad de la documentación asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar la eficacia, usabilidad e impacto asistencial del uso de Fluency Direct en diferentes perfiles clínicos. Se desarrolló un piloto de tres meses de duración (desde marzo de 2025), con la participación de 11 profesionales considerados usuarios innovadores, pertenecientes a Medicina Interna, Digestivo, Oftalmología y Enfermería. Se recogieron datos cualitativos mediante encuestas de satisfacción, comentarios espontáneos y observación directa, y datos cuantitativos a través de métricas de uso del sistema (minutos de dictado, frecuencia de comandos personalizados, etc.).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El piloto evidenció una alta aceptación de la herramienta, con impacto directo en la eficiencia y satisfacción profesional. Los participantes destacaron la facilidad de uso y la integración natural en su rutina diaria. Frases como “ya no escribo nada, lo uso el 100% del tiempo” reflejan el valor percibido. Entre los principales avances destacan:

- Uso de botones y comandos personalizados que automatizaron tareas como la firma de altas o la inserción de textos frecuentes (recomendaciones al alta, curas, plantillas de evolución).
- Accesos rápidos a HCE, incluyendo gestión de usuarios.
- Reducción del tiempo dedicado a la documentación, aunque no siempre visible en minutos de dictado por la eficiencia lograda con comandos.
- Uso sostenido incluso durante semanas festivas y alta adaptabilidad al entorno clínico.
- La instalación progresiva en equipos y las mejoras iterativas a partir del feedback de usuarios (como reconocimiento de números o corrección de homónimos) consolidaron la herramienta como esencial.

El piloto de Fluency Direct ha demostrado ser una intervención eficaz para mejorar la calidad asistencial mediante la reducción de la carga documental, el aumento de la productividad y la mejora en la satisfacción de los profesionales. La automatización personalizada y la integración con la HCE hacen de esta solución una vía prometedora para transformar la documentación clínica en un proceso más ágil, seguro y centrado en el paciente.

HOSPITAL 360: TU REPOSITORIO DEFINITIVO

 *Alvaro Ortega Guerrero; María Teresa Castelló del Pino; María José León Rodríguez; Marta Fernández Laguna; Mirian Cerdeira Carreiro; María Dolores Castro Fernández*

 *Hospital Quironsalud Málaga*

Identificador: 90

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La dispersión y desactualización de la información sobre procedimientos asistenciales afecta negativamente a la seguridad del paciente, la eficiencia y la integración de nuevos profesionales. El proyecto Hospital 360 surge para dar respuesta a esta necesidad, desarrollando una plataforma digital accesible desde la intranet que centraliza y estandariza información sobre procedimientos, material e instrumental en unidades críticas como quirófano, UCI, urgencias o hospitalización. El objetivo es facilitar una consulta visual, homogénea y actualizada, fortaleciendo la seguridad clínica, la coordinación entre unidades y la autonomía del profesional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto busca crear una herramienta digital visual y accesible, diseñada de forma colaborativa, para mejorar la organización y consulta de procedimientos clínicos. Se estructuró en fases: recopilación de datos por técnica/unidad, diseño gráfico estandarizado, validación por servicios clínicos, formación de profesionales y despliegue progresivo. Cada ficha digital incluye materiales, medicamentos, instrumental y pasos del procedimiento. Se usaron recursos como QR en zonas asistenciales, soporte formativo, feedback estructurado y revisión continua del contenido.

RESULTADOS

Se han normalizado 93 procedimientos, con más de 200 accesos semanales a la herramienta. Se logró una reducción del 25% en errores de preparación y un 40% en los tiempos de montaje de material. Las encuestas internas valoraron su utilidad con una media de 8,9/10. También se evidenció una mejora en la percepción de seguridad y coordinación, mayor autonomía de nuevos profesionales y menor necesidad de consultas entre unidades. El sistema ha demostrado sostenibilidad, alto nivel de adopción y posibilidad de expansión a otras áreas y centros.

CONCLUSIONES

Se han normalizado 93 procedimientos, con más de 200 accesos semanales a la herramienta. Se logró una reducción del 25% en errores de preparación y un 40% en los tiempos de montaje de material. Las encuestas internas valoraron su utilidad con una media de 8,9/10. También se evidenció una mejora en la percepción de seguridad y coordinación, mayor autonomía de nuevos profesionales y menor necesidad de consultas entre unidades. El sistema ha demostrado sostenibilidad, alto nivel de adopción y posibilidad de expansión a otras áreas y centros.

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE PROYECTOS INNOVADORES

😊 Smile NURIA TIO DE ANDRES ⁽¹⁾; GEMA YELA GARCIA ⁽²⁾; MARIA CRUZ MEJIA MACHON ⁽³⁾; EVA MONTERO GARCIA ⁽³⁾; MARIA SAGRARIO RUIZ MARTIN ⁽³⁾; ADELA VILLANUEVA GUERRA ⁽³⁾

📄 ⁽¹⁾ DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE - GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA - SERMAS; ⁽²⁾ CS.FUENTELARREINA; ⁽³⁾ DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA - SERMAS

Identificador: 91

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La accesibilidad al sistema sanitario es un pilar fundamental para garantizar una atención primaria de calidad y equitativa. En un contexto de creciente demanda asistencial y transformación digital, resulta imprescindible adaptar los servicios a las necesidades reales de la población, reduciendo barreras y mejorando la experiencia del paciente.

Desde el año 2022 se han implantado proyectos de accesibilidad telefónica, gestión de turnos, gestión de agendas y gestión de la demanda. Estos proyectos han sido sustentados por un programa de formación continuada y apoyo técnico a los profesionales desde la Dirección Asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es evaluar el impacto de la implantación de los proyectos desarrollados centrados en la mejora de la accesibilidad de los pacientes a los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.

El sistema de evaluación ha sido el análisis de la Encuesta de Satisfacción y de las Reclamaciones de los años 2022, 2023 y 2024 relacionadas con la accesibilidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En relación con la Encuesta de Satisfacción se observa un incremento desde el año 2022 en los siguientes ítems: Facilidad para conseguir cita con los profesionales sanitarios 22,77%; Tiempo de espera desde la petición de cita hasta el día de la consulta médica 22,83%; Tiempo de espera desde la hora de cita hasta el momento de entrar en la consulta 7,8%; Satisfacción global con el personal administrativo 7,30%; Satisfacción global con la atención recibida en el centro de salud 7,33%. Todos estos resultados están por encima de la media de los valores de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Analizados los datos de las reclamaciones en el mismo periodo 2022-2024 por los motivos relacionados con la accesibilidad telefónica, se observa una disminución del número absoluto de reclamaciones por este motivo de 215 en 2022 a 68 en el 2024, lo que supone una reducción de un 67%. Del mismo modo también hay una disminución del porcentaje de reclamaciones por motivo accesibilidad telefónica sobre el total de motivos de reclamaciones, 8,08% en 2022 frente a 3,13% en 2024.

Tras la puesta en marcha de los proyectos, se observa una mejora en la satisfacción de los pacientes relacionada con la accesibilidad y una reducción de las reclamaciones por este mismo motivo. Podemos inferir que las actuaciones realizadas en este periodo, como ha sido el refuerzo de la atención telefónica, la implantación de máquinas dispensadoras de tickets de turno, instalación de pantallas en las salas de espera, gestión de las agendas de los profesionales sanitarios y gestión de la demanda por parte de los profesionales de los centros de salud, han contribuido a la mejora de los resultados obtenidos.

La mejora de la accesibilidad en atención primaria requiere un enfoque continuo y adaptativo. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de seguir desarrollando proyectos innovadores que permitan avanzar hacia un modelo asistencial más accesible, ágil y centrado en el paciente.

“ASIGNA” GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS. UN NUEVO ENFOQUE.

 Enrique Caldevilla Bernardo; Elena González Rodríguez; Alejandra Abad González; Adrián García Romero; Raúl Bravo Infantes; Mónica Plaza Ochoa

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 92

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión eficiente de camas hospitalarias constituye uno de los retos fundamentales en la gestión de los hospitales. La necesidad de una distribución equitativa y oportuna de los recursos es crítica, ya que influye directamente en la calidad de la atención al paciente, la eficiencia operativa del hospital y la capacidad para responder a diferentes situaciones.

Nuestro hospital atiende a una población que supera los 200.000 habitantes. Con una capacidad de 132 camas hospitalarias, un servicio de urgencias que cuenta con una observación para adultos compuesta por 18 camas y 21 boxes, complementados con un plan de plasticidad que permite asignar cualquier paciente adulto a cualquiera de los 4 controles disponibles.

“Asigna” se presenta como una plataforma digital que aborda este desafío mediante la integración de datos en tiempo real, facilitando la toma de decisiones y permitiendo una asignación dinámica de camas. Esta herramienta se ha desarrollado sin inversión financiera adicional, ya que su creación fue realizada íntegramente por el personal del centro.

OBJETIVOS

El desarrollo e implementación de la plataforma “Asigna” se enmarca en una serie de objetivos que buscan transformar el proceso de asignación de camas hospitalarias, entre los que se encuentran:

- Crear una plataforma web intuitiva y accesible para los supervisores de enfermería (que son quienes asignan las camas hospitalarias), que facilite la asignación eficiente de camas en tiempo real.
- Reducir los tiempos de espera en áreas críticas como urgencias y quirófanos, mejorando la coordinación entre los distintos servicios hospitalarios.
- Permitir una distribución de pacientes basada en criterios específicos que garanticen tanto la equidad en la atención como la optimización de recursos.
- Facilitar la toma de decisiones y minimizar incidencias en la gestión de ingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA

El proceso de desarrollo de “Asigna” se estructuró en diversas fases que abarcaron desde el análisis de necesidades, identificación de problemas clave, diseño de la plataforma, especificaciones técnicas, metodología de pruebas, implementación y la evaluación de resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Reducción de los tiempos de asignación y la automatización del proceso permiten responder de forma inmediata a la demanda, optimizando los recursos disponibles (reducción del tiempo de supervisor en esta tarea en un 72-75%) Centralizar la información y la integración con los sistemas hospitalarios entre departamentos, reduciendo errores y duplicidades. Enfoque basado en datos, combinando criterios clínicos y administrativos aportando objetividad y equidad en la distribución de camas. Satisfacción del personal asociada a la reducción de la carga operativa y al aumento en la eficacia de las decisiones. Esta solución abre la posibilidad de continuar con la innovación en el sector, incorporando tecnologías emergentes como la inteligencia artificial para optimizar aún más la asignación de recursos.

CONTENCIONES MECÁNICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

 *María Esther Martínez Conesa; Laura Gonzalez Villalobos; Rosario Solano Martínez; Pablo Navarro Chocano; Belen Martínez Saez; Marina Asensio Rodriguez*

 *Hospital General Universitario Santa Lucía*

Identificador: 95

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Hace años era común escuchar: “Las contenciones mecánicas son un recurso terapéutico necesario y se deben usar cuando se cumplen determinados criterios” Actualmente empezamos a tener evidencia de que son posibles minimizar las contenciones mecánicas manteniendo la seguridad de los pacientes y de los profesionales y sin aumentar otros medios coercitivos similares a la contención (aislamiento, sedación...).

Disponemos de poca información acerca del uso de herramientas que ayuden a los enfermeros en las unidades de cuidados intensivos (uci) a decidir cuándo contener a un paciente. Los pacientes en las unidades de uci con frecuencia están con contención por su seguridad para prevenir la autorretirada de dispositivos terapéuticos.

La contención de los pacientes exige una cuidadosa valoración de riesgos y beneficios, precisa de información veraz y debe ajustarse al principio de proporcionalidad en cuanto a la medida adoptada sea necesaria, idónea y ofrezca más beneficios que perjuicios. Por ello para unificar criterios y aumentar conocimientos ante la forma de actuar se crea un “Protocolo de contención en Uci” el cual nos permite a todos los profesionales disponer de una herramienta en la que apoyarnos ante la puesta, vigilancia, mantenimiento, riesgo y retirada de las contenciones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se pretende aumentar el grado de conocimiento y unificar criterios sobre el uso de contenciones mecánicas en uci de enfermeras/os, tcaes y médicos para así actuar de un modo adecuado en la aplicación de las medidas de contención mecánicas de forma proporcional y adecuada, siempre teniendo en cuenta que prevalece el criterio médico según sean las particularidades de la situación clínica del paciente.

Revisión de los dispositivos de sujeción mecánica de los que se disponen para la contención mecánica, los cuales son estandarizados y homologados.

Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Pubmed y Scielo con las palabras clave: contención mecánica, contención verbal, restricción física y cuidados intensivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Nos enfrentamos a varios temas:

Conceptos de seguridad del paciente y del profesional.

Tipos de los dispositivos de contención mecánica.

Responsabilidad del profesional (prescripción, registro y roles de los profesionales).

Legislación aplicable.

Ampliar conocimientos del profesional para la atención de dichos enfermos. Divulgación del nuevo protocolo de contención en Uci para la reducción real del uso de contenciones mecánicas. Unificar las interpretaciones, responsabilidades e intervenciones profesionales de médicos, enfermeras/os y Tcaes sobre seguridad y riesgo de las contenciones mecánicas.

Con la implementación de una herramienta de soporte (protocolo de contención en Uci), los profesionales de uci disminuyeron el uso de contenciones aun manteniendo la seguridad del paciente. Una herramienta de apoyo a la decisión puede ayudar a los profesionales que están indecisos o que necesitan confirmación de su decisión de contener o no a un paciente.

CONSULTA ENFERMERA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. MEJORA DE SEGURIDAD CLÍNICA Y ATENCIÓN PERSONALIZADA

 BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO; MÓNICA DELGADO SAN MARTIN; MARGARITA GALLEGO PAZ; MARÍA JOSÉ LÓPEZ COCA; CAROLINA HUELMO VALLEJO; ROBERTO FERNANDEZ GARCÍA

 HOPSITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 97

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En 2024 se detectaron áreas de mejora en el proceso de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de donante emparentado, siendo prioritarias: (a) Mejorar la trazabilidad de los resultados de histocompatibilidad, incorporando los resultados del tipaje genético de pacientes y donantes (de la misma o distinta Comunidad Autónoma) en la Historia Clínica electrónica. (b) Garantizar la acreditación JACIE (Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe-ANDA and EBMT) sobre estándares internacionales para la recolección, procesamiento y administración de productos hematopoyéticos de terapia celular, lo que conllevó conseguir la acreditación EFI (European Federation for Immunogenetics) en los resultados de los tipajes genéticos a realizar, imprescindible como estándar de calidad de trasplantes. (c) Personalizar la atención de los donantes en todo el proceso de trasplante, generar una figura referente para garantizar una mayor calidad asistencial, seguridad clínica, humanización del proceso, así como mejora de los resultados de éxito del proceso de trasplante.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es dar a conocer la puesta en marcha de la Consulta de Enfermería de trasplante de progenitores hematopoyéticos para mejorar la calidad asistencial, la seguridad clínica y las oportunidades de éxito. Descripción de la experiencia: La Consulta fue implantada en noviembre de 2024 con una enfermera experta en trasplante de progenitores hematopoyéticos. Antes de la puesta en marcha se diseñaron circuitos, procedimientos, formularios de registro y seguimiento en la Historia Clínica. La enfermera es la referente en todo el proceso, desde que se genera la interconsulta ante un diagnóstico hematológico que precisa como línea terapéutica el trasplante hematopoyético. Actúa como eje articulador del circuito del trasplante; entrevista, capta y atiende de forma personalizada a los potenciales donantes; coordina los tipajes genéticos a pacientes y donantes, dentro de la Comunidad de Madrid y fuera de la misma; se caracteriza por ofrecer un cuidado personalizado de acompañamiento durante todo el proceso de trasplante hematopoyético.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hasta la fecha se han realizado 206 consultas, 85 tipajes iniciales (52 hombres, 33 mujeres) y 54 tipajes confirmatorios (32 hombres, 22 mujeres) para 20 trasplantes de progenitores hematopoyéticos (13 hombres, 7 mujeres). Edad de los donantes entre 18-70 años. Media de 63 días de acompañamiento familiar, 3 consultas por paciente con tiempo de atención media de 80 minutos, 3 consultas por donante (4 donantes de media por familia) con una media de atención de 150 minutos/persona.

La puesta en marcha de la Consulta ha contribuido a (a) mejorar el proceso de trasplante en cuanto a trazabilidad, seguridad, costes, potencial trasplantador y humanización en la asistencia; (b) mejorar la experiencia de pacientes y donantes a través de una atención continuada, personalizada y humanizada (indicadores en desarrollo).

LIDERAZGO Y METODOLOGÍA ENFERMERA PARA TRANSFORMAR LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL CON CALIDAD Y SEGURIDAD

 *lourdes vidal domenech; nuria sardà Jansà; natalia vidal romo; Pilar Colom Hernandez; Leny Montoya Lario; Anna Alimbau Sendros*

 *hospital universitari sant joan de reus*

Identificador: 98

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica digitalizada ofrece una oportunidad clave para mejorar la continuidad asistencial. Sin embargo, su estructura frecuentemente responde a un modelo biomédico fragmentado, sin integración metodológica de los cuidados enfermeros. Esta fragmentación dificulta la trazabilidad, el trabajo interdisciplinar y compromete la seguridad clínica, especialmente en centros con alta rotación profesional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar una estrategia metodológica enfermera que permita integrar de forma estandarizada los procesos clínicos y los formularios asistenciales dentro de la historia clínica digital, garantizando continuidad documental y seguridad del paciente. Se utilizó el proceso de hospitalización como eje vertebrador para pautar cuidados de forma interdisciplinar. Se unificaron las variables utilizadas en formularios asistenciales, facilitando su arrastre automático entre procesos. La creación de nuevos formularios se realizó con validación funcional, pruebas directas por usuarios y formación simultánea al diseño. Se implementaron guías rápidas y sesiones formativas presenciales para facilitar la adopción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se logró una integración efectiva de variables clínicas en los distintos formularios, reforzando la continuidad del cuidado entre ámbitos y profesionales. El proceso de hospitalización se consolidó como espacio compartido para pautar cuidados. La adopción mejoró gracias a la participación activa del personal en el diseño y la formación. Se incorporaron medidas de seguridad clínica como el registro estandarizado de caídas o úlceras por presión en proceso y formularios.

CONCLUSIONES

El liderazgo enfermero en la reorganización metodológica de la historia clínica digital ha permitido construir una herramienta asistencial más segura, colaborativa y centrada en el paciente. Esta experiencia demuestra que la metodología de cuidados puede transformar no solo los contenidos clínicos, sino también la estructura digital de trabajo, potenciando la continuidad y la eficiencia en entornos hospitalarios.

MAPEO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE PUERTAS ABIERTAS

 Laura Miró Mezquita; Jorge Cuevas Esteban; Esther Ruiz Garros; Anna Moreno Orea; Tatiana Bustos Cardona

 Hospital Germans Trias i Pujol

Identificador: 99

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las unidades psiquiátricas con política de puertas abiertas promueven la autonomía del paciente y reducen el uso de medidas coercitivas. Sin embargo, todavía existen pocas metodologías sistemáticas que permitan evaluar de forma integral la experiencia del paciente durante la hospitalización. El Patient Journey Mapping (PJM) ofrece una herramienta útil para identificar momentos clave del ingreso, detectar puntos críticos y fortalecer entornos terapéuticos. La implementación de políticas de puertas abiertas constituye una estrategia innovadora para humanizar la atención en salud mental, y su evaluación mediante PJM aporta una visión valiosa centrada en la vivencia del usuario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue describir y analizar la experiencia de hospitalización en una unidad psiquiátrica de puertas abiertas, identificando momentos críticos del recorrido asistencial, puntos de mejora y oportunidades de innovación. Se empleó un diseño mixto. En la fase cualitativa se realizaron grupos focales con 18 pacientes, recogiendo sus percepciones sobre 15 momentos distribuidos en cinco etapas del ingreso. En la fase cuantitativa, se evaluó la satisfacción e interacción de 32 pacientes mediante escalas ad-hoc tipo Likert. Se construyó un mapa visual del recorrido del paciente integrando ambas fuentes de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis identificó cinco etapas clave: inicio, convivencia, proceso médico, tratamiento no farmacológico y alta. Las visitas médicas (5,7/6) y el proceso de alta (5,2/6) obtuvieron las mejores valoraciones, gracias al trato humano y la claridad en la información. También se destacaron como “momentos wow” la apertura de puertas y algunas actividades físicas. En cambio, la espera en urgencias (3,8/6), las actividades de tarde (4,0/6) y las duchas (4,2/6) fueron “momentos de dolor”, relacionados con desinformación o falta de privacidad. Los pacientes valoraron positivamente la empatía del personal, la participación en decisiones clínicas y la sensación de libertad. El PJM permitió representar de forma estructurada los aspectos que mejoran o empeoran la experiencia asistencial. El PJM se muestra como una herramienta eficaz para comprender la vivencia del paciente en unidades de puertas abiertas. La política de puertas abiertas contribuye a generar entornos más humanos y orientados a la recuperación, aunque siguen existiendo retos en comunicación, privacidad y personalización de la atención. Escuchar activamente al paciente resulta clave para rediseñar servicios de salud mental más seguros, respetuosos y centrados en la persona.

VISIÓN INCLUSIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD VISUAL Y ATENCIÓN A LA BAJA VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

 PALOMA USUNARIZ SALA ⁽¹⁾; IRENE MARTIN ANDRES ⁽¹⁾; EUGENIA CUEVAS HORCAJUELO ⁽¹⁾; María Rocío Belascoain Gómez ⁽²⁾; Juan José Álvarez Ardura ⁽²⁾; Beatriz Rebolo Bravo ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ centro sanitario; ⁽²⁾ C.SALUD SILVANO

Identificador: 100

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La baja visión afecta a más de 2200 millones de personas en el mundo, muchas de las cuales podrían haber prevenido o tratado esta condición a tiempo. En la Comunidad de Madrid, la baja visión limita la autonomía y la participación social de quienes la padecen. A pesar de los avances en rehabilitación visual, existe una baja concienciación en Atención Primaria para su detección temprana y derivación adecuada. El proyecto “Visión Inclusiva” busca sensibilizar a la comunidad y capacitar a los profesionales sanitarios, promoviendo la inclusión social y mejorando la calidad de vida de las personas con baja visión. Este enfoque está alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la OMS, integrando la rehabilitación visual en Atención Primaria y garantizando el acceso a recursos especializados.

OBJETIVOS

Objetivo General

Mejorar el conocimiento y sensibilización sobre la baja visión en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Objetivos Específicos

1. Capacitar a profesionales en identificación y manejo de baja visión.
2. Desarrollar y distribuir materiales educativos adaptados.
3. Realizar actividades de sensibilización comunitaria.
4. Facilitar la detección temprana mediante herramientas de evaluación y derivación.
5. Establecer alianzas con entidades locales para promover la inclusión social.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolla en varias fases interrelacionadas, teniendo en cuenta una metodología participativa, con el trabajo colaborativo con los equipos de Atención Primaria para integrar eficazmente los servicios de rehabilitación visual. Las fases son:
Sensibilización a la Comunidad: Campañas informativas y talleres sobre la baja visión. Capacitación de Profesionales de Atención Primaria: Jornadas de formación sobre diagnóstico, tratamiento y derivación de pacientes. Implementación de Unidades de Baja Visión: Integración de equipos multidisciplinares en Atención Primaria y derivación a unidades externas cuando sea necesario. Promoción de la Inclusión Social: Talleres sobre accesibilidad y participación en actividades laborales y educativas.

RESULTADOS

Se han realizado formaciones y acciones de sensibilización con buena acogida, estableciendo un protocolo piloto en un centro de salud. Los resultados preliminares muestran mayor interés y visibilidad del problema en la comunidad, con expectativas de mejorar la detección temprana y la sensibilización.

CONCLUSIONES

“Visión Inclusiva” puede transformar la atención a la baja visión en la Comunidad de Madrid, mejorando la calidad de vida y autonomía de las personas afectadas mediante la integración de la rehabilitación visual en Atención Primaria. La colaboración entre profesionales y la comunidad es fundamental para reducir la exclusión social y garantizar la participación plena de quienes padecen baja visión, contribuyendo a una sociedad más inclusiva y accesible.

MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CARDIOLOGÍA PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

😊 Maria Teresa Mur Martí ⁽¹⁾; Marta Camprecios Crespo ⁽¹⁾; Ana maria Benavides Lanzas ⁽²⁾; Irene Nualart Jiménez ⁽³⁾; Angel Mercadal Dalmau ⁽⁴⁾; Anna Abugattas Rajadell ⁽⁵⁾

📄 ⁽¹⁾ Fundació Assistencial Mútua Terrassa; ⁽²⁾ Centro de Atención Primaria Rambla de Terrassa . Fundació assistencial Mútua Terrassa; ⁽³⁾ Centro de Atención Primaria Sant Cugat 2- Vallldoreix . Fundació assistencial Mútua Terrassa; ⁽⁴⁾ Centro de Atención Primaria Rubí 1 . Fundació assistencial Mútua Terrassa; ⁽⁵⁾ Centro de Atención Primaria Sant Cugat 3- Can Mates. Fundació assistencial Mútua Terrassa

Identificador: 101

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención primaria (AP) es la puerta de entrada al sistema sanitario, y la derivación o orden clínica permite acceder al segundo nivel. La buena relación y conocimiento mutuo entre niveles es clave para una correcta continuidad asistencial, para atender a la persona en el nivel adecuado en cada momento del proceso y orientada al valor. Durante años hemos tenido un déficit importante en la atención cardiológica. Con la entrada de un nuevo servicio en 2022 decidimos ir más allá de una colaboración y apostar por un modelo de atención integrada AP-cardiología. Principales OBJETIVOS

apoderar a la AP, consolidar un modelo de referente de cardiología en los equipos de AP (EAP), fomentar la interconsulta sin paciente (ICSP) y las sesiones grupales, adecuar derivaciones mediante protocolos consensuados, reducir lista de espera (LE) de cardiología, y realizar formación continuada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Pasos seguidos:

1. Identificación de médicos/as de AP referente (MFR) de cardiología en cada EAP. Formación específica en el servicio de cardiología.
2. Identificar profesional de cardiología referente para cada EAP
3. Diseñar con todo el grupo de trabajo el modelo de integración entre ambos niveles: ICSP, sesiones grupales, consenso en criterios de derivación, feedback entre niveles, indicadores, formación.
4. Cada EAP tiene un único cardiólogo/a de referencia, con quien realizan sesiones, responde las ICSP de su EAP y analizan conjuntamente incidencias.
5. Evaluación de procesos y resultados

RESULTADOS

1. 9 MFR de cardiología y 6 profesionales de cardiología referentes.
2. Sesión grupal mensual de cada cardiólogo/a referente con el EAP asignado; 6-10 casos comentados por sesión.
3. 4 reuniones de seguimiento del proyecto con todo el equipo de referentes, con la coordinadora asistencial AP- ambulatoria y la jefa de cardiología. Acta de cada reunión.
4. Reducción del 10'2% del número total de derivaciones (13% la derivación presencial (DP) y 7'6% para ICSP). La tasa de derivación pasó del 13'3 al 11'8% (5'4 a 4'6% en DP y 7'8 a 7% en ICSP). Aumentan ligeramente las derivaciones retornadas por cardiología (2'4%). Estos resultados fueron similares en el análisis separado por EAP. La ratio de derivaciones observadas/esperadas se redujo una media del 24'94% (entre el 5 y el 40% según EAP). Ratio media en 2023 de 1'24 y en 2024 de 0'96. En 2023, 5 de los EAP tenían una ratio superior a 1; en 2024 solo un equipo. Las personas en espera para una primera visita a cardiología han pasado de 725 en diciembre-2023 a 197 en diciembre-2024. 1-2 sesiones de formación de los MFR al resto del equipo por año. Los/las profesionales manifiestan elevada satisfacción con el modelo.

CONCLUSIONES

El trabajo integrado demuestra mejorar la calidad en la continuidad asistencial, mejorando la resolución de AP, adecuando derivaciones entre AP y cardiología, reduciendo LE para primera visita a cardiología y favoreciendo la formación continuada. Estamos implantando el modelo en otras especialidades.

ANÁLISIS DE UN INCIDENTE EN EL CUIDADO DE HERIDAS CRÓNICAS

 *Julia Sebastia Martinez; Sigfredo Cabral Rivera*

 *EAP DRETA EIXAMPLE*

Identificador: 104

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las curas enfermeras en pacientes con heridas crónicas requieren de una adecuada coordinación entre profesionales para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. La sustitución de personal sin un traspaso de información efectivo puede provocar errores en la atención. En este contexto, los sistemas de notificación como el SNISP permiten detectar incidentes y promover una cultura de aprendizaje orientada a la mejora de la calidad. En abril de 2024, en un centro de atención primaria, se notificó un incidente de seguridad relacionado con una pauta de curas en un paciente atendido a domicilio por heridas crónicas. El profesional que visitó al paciente, debido a una falta de trazabilidad, no pudo realizar la misma pauta de curas establecida, aplicando un apósito no adecuado para el problema de salud del paciente, lo que resultó en la aparición de una nueva lesión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la seguridad de los pacientes con heridas crónicas, atendidos en un centro de Atención Primaria, mediante el análisis de un incidente de seguridad y la implementación de medidas preventivas. Se utilizó el Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente en Cataluña (SNISP.cat) para registrar el incidente. Posteriormente y a través de la misma plataforma, el núcleo de seguridad del centro llevó a cabo un análisis estructurado mediante un diagrama de causa-efecto (Ishikawa). Se identificaron causas relacionadas con la discontinuidad asistencial, el desconocimiento sobre el uso de determinados apósitos, así como sus contraindicaciones, la variabilidad en el registro de pautas de curas y la baja usabilidad del programa ARES para el seguimiento de las heridas crónicas. A partir de este análisis se propusieron y valoraron posibles mejoras según criterios de factibilidad, eficacia, eficiencia y aceptación por parte del equipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del análisis del incidente surgieron dos propuestas de mejora que cumplían criterios:

Programa ARES: Se estandarizó el registro de las pautas de curas a través del programa ARES y se hizo difusión a todo el equipo de enfermería. Se promovió su uso como canal único y oficial para la planificación de curas, evitando la variabilidad en los registros y promoviendo la continuidad asistencial.

Creación y difusión de un documento de referencia para el uso de material de curas. Este recurso práctico, dirigido a todo el equipo de enfermería, incluía el listado de materiales disponibles, indicaciones y contraindicaciones y códigos nacionales asociados. El objetivo fue unificar criterios y facilitar la toma de decisiones clínicas, especialmente en situaciones en las que el profesional habitual no estaba disponible. El documento se difundió en una sesión clínica y se instauró en las consultas.

La Comisión de Calidad fue la responsable de llevar a cabo las propuestas de mejora durante el mes de junio de 2024. Estas mejoras contribuyeron a aumentar el registro de las pautas de curas en el ARES un porcentaje significativo.

MEDICIÓN DEL ÉXITO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA POST-IAM: EL PAPEL DEL ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD

😊 José Antonio Delgado Osuna ⁽¹⁾; Enrique López Espinosa ⁽²⁾; Javier Herrera Flores ⁽¹⁾; José López Aguilera ⁽¹⁾; Manuel Anguita Sánchez ⁽¹⁾

🏥 ⁽¹⁾ H.U. Reina Sofía; ⁽²⁾ Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir

Identificador: 105

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Uno de cada cuatro pacientes que ha sufrido un evento vascular, como un infarto agudo de miocardio (IAM), presenta recurrencias en un corto periodo, y cerca del 10 % fallece posteriormente. Dado que el IAM se considera una patología crónica, requiere de un abordaje multidisciplinar y una continuidad asistencial estandarizada. La falta de coordinación en su seguimiento genera un aumento considerable de los costes asistenciales, fundamentalmente debido a reingresos hospitalarios y visitas a urgencias. En este contexto, el análisis en tiempo real de los resultados en salud emerge como una herramienta estratégica para detectar desviaciones, optimizar decisiones clínicas y reforzar la eficacia de los planes de prevención secundaria.

OBJETIVOS

Estandarizar el seguimiento clínico de pacientes post-IAM, reduciendo la variabilidad entre los distintos niveles asistenciales. Desarrollar e integrar soluciones digitales orientadas a la visualización de resultados clínicos y a la toma de decisiones, apoyando así el trabajo multidisciplinar y mejorando la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un análisis del circuito asistencial del paciente con IAM mediante metodología LEAN. En el proyecto participó un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de cardiología, atención primaria, enfermería, calidad asistencial, informática, sistemas de información y laboratorio, manteniendo siempre al paciente como eje central de las acciones de mejora.

RESULTADOS

Se ha diseñado, implementado y difundido un protocolo de prevención secundaria para el seguimiento estandarizado y equitativo de pacientes post-IAM en toda el área sanitaria.

Se ha creado un cuadro de mandos clínico interactivo que recoge y visualiza en tiempo real variables clínicas clave —como los niveles de LDL, triglicéridos, lipoproteína(a) (Lpa) — facilitando una evaluación continua y personalizada del estado del paciente.

Se ha implementado un sistema automatizado de alertas clínicas para la detección temprana de desviaciones respecto a los objetivos terapéuticos, permitiendo intervenciones proactivas y oportunas.

CONCLUSIONES

Los buenos resultados clínicos no dependen únicamente del diseño de planes asistenciales, sino de la capacidad real de implementarlos de forma efectiva y sostenida en el tiempo. La combinación de protocolos clínicos estructurados con herramientas digitales de apoyo a la decisión permite a los profesionales anticiparse a los problemas, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y ofrecer una atención más segura, equitativa y de mayor calidad. Esta experiencia demuestra cómo la transformación digital, bien orientada, puede ser un motor decisivo para avanzar en la excelencia asistencial y en la mejora continua de los resultados en salud.

PROYECTO GRAVITATE-HEALTH: G-LENS COMO HERRAMIENTA DIGITAL PARA EL EMPODERAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS

 *Natalia Sánchez-Ocaña Martín ⁽¹⁾; Cecilia Vera Muñoz ⁽²⁾; Macarena Torrego Ellacuria ⁽³⁾; Lidia Ybañez García ⁽⁴⁾; Alejandro M. Medrano Gil ⁽²⁾; María Luaces Méndez ⁽¹⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Clínico San Carlos; ⁽²⁾ Universidad Politécnica de Madrid; ⁽³⁾ Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Hospital Clínico San Carlos; ⁽⁴⁾ Hospital Clínico San carlos

Identificador: 106

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes crónicos con multimorbilidad y polimedicados, como los que viven con VIH o enfermedades inflamatorias intestinales (EII), requieren una atención farmacoterapéutica personalizada y continua. Estos pacientes, necesitan información dirigida, comprensible y fiable para mejorar su adherencia, conocimiento y autonomía. El piloto español del proyecto europeo Gravitte-Health propone la incorporación de la “G-Lens”, una herramienta digital personalizada diseñada para ofrecer información fiable sobre tratamiento farmacológico, interacciones, efectos adversos y recomendaciones específicas sobre vacunación, promoviendo el autocuidado y el empoderamiento del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es evaluar la eficacia de la herramienta para mejorar la adherencia al tratamiento, la alfabetización en salud, la calidad de vida y la actitud frente a la vacunación en pacientes con VIH o EII.

El diseño consta de dos subestudios: pacientes con VIH (n=60; 40 intervención, 20 control) tratados con Dovato® o Biktarvy®, y pacientes con EII (n=15) tratados con Adalimumab. Se emplea un diseño pre-post con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). Previo consentimiento informado, se instala la aplicación de Gravitte-Health en el teléfono móvil de los pacientes del grupo de intervención y se parametriza con la información personal. La lente focaliza sobre la información que es relevante en su contexto. Las fuentes de información empleadas, son los prospectos digitalizados del Centro de Información del Medicamento de la Agencia Española, infografías y videografías de organismos oficiales, escuelas de pacientes...etc. validadas por un farmacéutico.

Durante la visita inicial se recopila información sociodemográfica, clínica y farmacoterapéutica, de adherencia (preguntas cualitativas), de alfabetización digital (mediante cuestionario Health literacy questionnaire) y de calidad de vida (cuestionario EQ-5D-5L) en ambos grupos. Tras 6 meses se repiten y además en el grupo de intervención se aplican cuestionarios sobre experiencia digital y usabilidad de la herramienta (como el System Usability Scale o el User experience questionnaire).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque los resultados definitivos estarán disponibles en 2026, se espera que la herramienta contribuya a una mayor comprensión del tratamiento, detección temprana de efectos adversos, mejora en la adherencia y mayor conciencia sobre la importancia de la vacunación. También, a reducir la brecha entre niveles asistenciales, al integrar la información farmacoterapéutica. Además, se cuenta con la opinión de los pacientes sobre el contenido y la usabilidad con el fin de adaptar la herramienta a sus preferencias y necesidades reales.

G-Lens representa un modelo innovador de atención farmacéutica centrada en el paciente. Este modelo persigue promover una atención más eficiente, segura y personalizada. Su implementación puede contribuir al empoderamiento de pacientes crónicos complejos en el uso adecuado de sus medicamentos.

EXPERIENCIAS DE SEGUNDA VÍCTIMA EN ENFERMERAS DE UCI: UN ESTUDIO MIXTO.

 *Maria soledad Kappes Ramirez*

 *Universidad San Sebastian*

Identificador: 107

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos (EA) son frecuentes en las unidades de cuidados intensivos (UCI), y las enfermeras que participan en ellos suelen experimentar el fenómeno de la segunda víctima (SVP), caracterizado por angustia emocional y psicológica. Aunque existen estudios internacionales sobre este fenómeno, la evidencia en América Latina, y específicamente en contextos públicos chilenos, es escasa. Esta investigación aborda una problemática invisible, pero de alto impacto, que afecta la salud mental de las enfermeras, su desempeño clínico y la cultura de seguridad del paciente, destacando la necesidad urgente de sistemas de apoyo estructurados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue examinar la prevalencia, características y experiencias personales relacionadas con el SVP en enfermeras de UCI en hospitales públicos de Chile. Se realizó un estudio multicéntrico con un diseño mixto secuencial explicativo. En la fase cuantitativa se realizó un estudio transversal y multicéntrico con muestreo por conglomerados. Se aplicaron el cuestionario SVEST y una lista de verificación sobre cultura de seguridad. En la fase cualitativa se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y un grupo focal con participantes identificadas como segundas víctimas. Se emplearon análisis estadísticos descriptivos e inferenciales (SPSS®) y análisis de contenido (ATLAS.ti®).

RESULTADOS

Participaron 326 enfermeras; el 81,9% reportó haber estado involucrada en al menos un EA. El dominio más afectado fue la angustia psicológica, con la culpa como emoción predominante. El apoyo entre pares fue el más valorado, mientras que el institucional fue percibido como insuficiente. Se observó alta intención de ausentismo laboral y baja autoeficacia profesional, con diferencias regionales. La fase cualitativa, con 11 participantes, reveló emociones intensas, cultura punitiva, y ausencia de apoyo formal. El miedo condicionó la conducta, reduciendo el reporte de eventos. El soporte de colegas y familiares emergió como recurso clave. Las estrategias de aprendizaje tras los EA provinieron principalmente del equipo de trabajo, no de iniciativas institucionales.

CONCLUSIONES

El SVP es altamente prevalente en enfermeras de UCI chilenas y genera importantes consecuencias emocionales, debilitando la confianza profesional y favoreciendo prácticas defensivas. La falta de apoyo institucional perpetúa una cultura del miedo, desincentivando el reporte de EA y promoviendo la intención de abandonar el trabajo. Los resultados refuerzan la necesidad de implementar sistemas de apoyo estructurados que integren niveles escalonados de intervención, como los propuestos por el modelo europeo ERNST, y que fomenten una cultura de seguridad centrada tanto en los pacientes como en el personal de salud.

GESTION DE CASOS 360°. ENFERMERÍA INNOVADORA AL SERVICIO DEL PACIENTE ÚNICO.

 Ana Belén Hernández López; Montserrat Solis Muñoz ; Maria Jose Lopez Coca ; Manuel Revuelta Zamorano ; Pablo Cazallo Navarro ; Begoña de Andres Gimeno

 Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Identificador: 108

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El aumento de pacientes crónicos y dependientes demanda un modelo asistencial más eficiente, humano y adaptado. La Unidad de Gestión de Casos (UGC), liderada por enfermería, responde a esta necesidad mediante cuidados personalizados e integrados, reconociendo a los cuidadores como parte esencial. La intervención de la enfermera gestora de casos mejora resultados clínicos, reduce reingresos, optimiza recursos y garantiza accesibilidad, continuidad y participación. Este modelo, pionero en España, cuenta con certificación ISO 9001:2015 por su calidad e innovación.

OBJETIVOS

Transformar la práctica enfermera mediante una estructura organizativa innovadora que asegure atención centrada en la persona, continua y accesible, impulsando un rol enfermero avanzado y autónomo.

METODOLOGÍA

La implementación se basó en análisis DAFO y AMFE, diseño de procesos y perfiles competenciales, flujogramas, adecuación de la historia clínica electrónica, habilitación de interconsultas y estrategias de comunicación. La iniciativa se originó en la Comisión de Tumores, proponiendo la inclusión de enfermería en los Comités Oncológicos. En 2021 se consolidó el modelo con tres perfiles: Enfermera Gestora de Casos (EGC) para pacientes complejos; Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA) para casos de menor complejidad; y Nurse Navigator en oncología. El acceso puede ser proactivo o por derivación, con valoración inicial mediante escalas validadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se valoraron 1499 pacientes en 2022, 1596 en 2023 y 1903 en 2024. Un 25% precisó seguimiento por la EGC, con una media de 174 transiciones asistenciales al año. La ECA coordinó una media mensual de 349 derivaciones a hospitales de media estancia, 279 a unidades residenciales y 257 gestiones con Atención Primaria. Se recibieron 1887 interconsultas hospitalarias, y la Nurse Navigator gestionó más de 1600 casos oncológicos.

Las encuestas muestran alta satisfacción: el 100% de pacientes y el 93% de cuidadores están satisfechos, destacando el fomento de la autonomía y la consideración de su bienestar. El 80% de los profesionales reconoce la utilidad del modelo y su impacto positivo en la experiencia del paciente.

La UGC se consolida como un modelo eficaz para la atención de alta complejidad, promoviendo el liderazgo enfermero, la toma de decisiones clínicas y el desarrollo de competencias avanzadas. Es clave en cuidados transicionales, asegurando continuidad y seguridad. Pese a desafíos como la resistencia al cambio o la falta de una estrategia nacional, su éxito ha sido posible gracias a un liderazgo firme y visión estratégica.

El modelo mejora la experiencia del paciente, reduce reingresos, optimiza recursos y fortalece la atención domiciliaria. Es replicable en otros contextos con apoyo institucional, roles bien definidos, formación continua e integración tecnológica. Su certificación ISO 9001:2015 lo posiciona como referente en calidad e innovación asistencial.

EL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN ACTIVO IMPORTANTE PARA LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA ASISTENCIAL

 *Diego Yáñez Fera* ⁽¹⁾; *Francisca Maria Martinez Valenzuela* ⁽¹⁾; *Maria Dolores Camacho Giraldo* ⁽¹⁾; *Ainhoa Mestraitua Vázquez* ⁽²⁾; *Antonio Ortega Carpio* ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ *Distrito Sanitario Huelva Costa*; ⁽²⁾ *Distrito Sanitario Condado Campiña*

Identificador: 109

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Una de las funciones de los farmacéuticos de atención primaria (FAP) es la de impulsar, colaborar y coordinarse con las diferentes estructuras asistenciales para asegurar la calidad de la prestación sanitaria.

La diarrea es uno de los síntomas más frecuentes en atención primaria (AP). Suele ser un proceso autolimitado pero, en algunos casos, puede cronificarse y ser un signo de enfermedad sistémica. El diagnóstico es clínico y sus causas pueden ser múltiples.

La calprotectina fecal (CPF) es una proteína fijadora de calcio con propiedades antimicrobianas, antiproliferativas y proinflamatorias cuya utilidad se basa en poder descartar la presencia de inflamación intestinal propia de la enfermedad inflamatoria intestinal, frente a otras causas con un valor predictivo negativo del 98%.

En 2023 el laboratorio hospitalario de referencia detectó un alto número de determinaciones de CPF en tubos incorrectos dando lugar a resultados de utilidad desconocida. Ante esto se consensuó un protocolo entre ámbitos asistenciales. Desde atención hospitalaria no se analizarían CPF en tubos incorrectos. Por parte de AP estos se utilizarían para pacientes con diarreas de más de 4 semanas y, una vez se descartaran otras causas mediante estudio analítico, que incluyera hemograma, bioquímica, Proteína C Reactiva, Anticuerpos AntiTransGlutaminasa, coprocultivo, parásitos y sangre oculta en heces. Las peticiones de los médicos de AP se remitirían por correo interno corporativo a farmacia para su evaluación. En caso de aceptación, remitimos el tubo al centro de salud. En caso de denegación, se enviaba al MAP un formulario tipo donde se exponían los motivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el grado de adecuación de las peticiones de CPF y analizar los motivos más usuales de denegación.

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizaron las peticiones recibidas durante un año, de febrero 2024 a febrero de 2025, en base a tres variables: envío de solicitud cumplimentada, constancia de petición de analítica de CPF y adecuación al protocolo. Los datos se registraron en una base de datos. Como limitación encontramos la falta de datos de muestras analizadas en el laboratorio para su cotejo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recibieron 264 solicitudes, de las cuales el 67% fueron aceptadas (n=178). De las rechazadas, un 91% (n =79) fue por falta de adecuación al protocolo, aunque en 24 de ellas tampoco constaba registro de analítica. Los principales motivos de rechazo fueron la falta de estudio analítico previo (n=24) y la ausencia o diarrea de menos de 4 semanas (n=19). No obstante, en 16 ocasiones no se expusieron los motivos de denegación.

La evaluación del FAP ha contribuido a la mejora de la eficiencia asistencial, adecuando el proceso diagnóstico. En estudios posteriores se podrá valorar la magnitud global de la implementación del protocolo.

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO INICIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: COORDINACION DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA Y FARMACIA

 BEATRIZ VILLA GONZALEZ ; MARIA ANGELES ARIAS MOYA ; MARTA GOMEZ PEREZ ; DIEGO CASADO ELIA ; ANDREA POSADA RESTREPO ; JOSEPH JESUS EXEBIO JARA

 HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

Identificador: 110

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El abordaje integral del paciente oncológico requiere una atención coordinada entre los distintos profesionales implicados desde el inicio del tratamiento. Tradicionalmente, las primeras consultas con farmacia hospitalaria y enfermería oncológica se realizaban en momentos y lugares distintos, lo que obligaba al paciente a múltiples desplazamientos dentro del hospital y fragmentaba la información recibida. En 2025, se implementó una reorganización asistencial en nuestro centro que permite realizar ambas consultas de forma sucesiva y en el mismo espacio físico. Esta medida, que beneficia a una media de cinco pacientes por semana, busca mejorar la calidad asistencial, optimizar el tiempo del paciente y reforzar la coordinación entre profesionales, permitiendo que el paciente reciba la información de forma ordenada, clara y complementaria.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad asistencial en el inicio del proceso oncológico
- Reducir los desplazamientos innecesarios dentro del hospital
- Favorecer la coordinación entre la enfermera oncológica y la farmaceutica hospitalaria
- Ofrecer una información más clara, secuencial y personalizada
- Humanizar el proceso de inicio del tratamiento oncológico

METODOLOGÍA

Se reorganizó el circuito de primeras visitas oncológicas en pacientes candidatos a tratamiento con antineoplásicos orales, coordinando las agendas de enfermería y farmacia hospitalaria. Las consultas se programaron de forma sucesiva y en el mismo lugar físico. Se recogieron observaciones cualitativas de profesionales y pacientes, siendo el resultado 100%.

RESULTADOS

Desde su puesta en marcha, se han beneficiado aproximadamente cinco pacientes por semana. Los profesionales destacan una mejora en la continuidad de la información, así como una mayor eficiencia en la gestión del tiempo tanto de los pacientes como de los profesionales. Los pacientes han expresado verbalmente su satisfacción por la reducción de desplazamientos y la claridad en la información recibida. Esta iniciativa ha permitido un abordaje más estructurado y humano en un momento especialmente vulnerable del paciente oncológico.

CONCLUSIONES

La coordinación de las primeras consultas de enfermería y farmacia en oncología en un solo acto asistencial ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la calidad percibida por el paciente. Esta reorganización reduce desplazamientos innecesarios, disminuye la carga emocional asociada al inicio del tratamiento y facilita una comunicación más clara, continua y comprensible. Los pacientes se sienten más acompañados, reciben una información estructurada y adaptada a sus necesidades, y experimentan una atención más humana y cercana. Este modelo contribuye significativamente a una atención más integrada, eficiente y centrada en la persona, siendo replicable en otros entornos asistenciales con mínima inversión y alto impacto en la experiencia del paciente oncológico.

EXPERIENCIA PACIENTE DE LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

 Alberto Molina Navarro ⁽¹⁾; Pilar Storch de Gracia Calvo ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Reina Sofía; ⁽²⁾ Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Identificador: 111

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El aumento del autocuidado y la participación activa de los pacientes en su salud ha transformado la percepción social de la atención sanitaria, impulsando la adopción de un modelo centrado en el paciente. Este cambio de visión debe conllevar un cambio de mentalidad de los profesionales sanitarios y de los gestores a la hora de definir indicadores de salud y aprender a preguntar a los pacientes para mejorar los resultados obtenidos del proceso asistencial y la experiencia del paciente. Se pretende recoger la experiencia de pacientes que acuden a un servicio de urgencias pediátrico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del estudio es conocer la experiencia paciente de la población infantojuvenil que acude a la urgencia pediátrica de un Hospital de Córdoba.

Para ello, se ha desarrollado un estudio descriptivo, cuantitativo, cualitativo y transversal. Se procedió a un despliegue de un cuestionario además de recurrir a la metodología cualitativa para conocer la experiencia del paciente de la población infantojuvenil que acude a la urgencia pediátrica.

RESULTADOS

Se incluyeron 94 pacientes, con una media de edad de 10,6 años (DE 1,7 años). Respecto a las preocupaciones del proceso asistencial por el que acudieron a urgencias, destacan el dolor y la limitación de actividades cotidianas, como jugar y asistir al colegio, además de la incertidumbre sobre el proceso de salud. Los pacientes valoraron positivamente la cercanía y calidez del personal sanitario, así como la presencia de familiares durante la estancia hospitalaria. La eficiencia del servicio resalta en la percepción positiva del tiempo de espera. También se identifica la necesidad de mejorar la disponibilidad de actividades y accesorios para el entretenimiento.

CONCLUSIONES

El estudio revela una alta satisfacción de los pacientes pediátricos en urgencias, destacando la eficiencia en tiempos de espera, la atención recibida y la limpieza. Se identifica la necesidad de mejorar la disponibilidad de actividades y accesorios para el entretenimiento y el manejo del dolor.

MEJORA DEL COTINUUM ASISTENCIAL A TRAVÉS DEL ANÀLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

 VICTORIA SABATE CINTAS; NURIA EMILIANO GRIELL; LIDIA PALAU MORALES; IRENE GARCIA SANCHEZ; ESTHER BADIA PERICH

 GERENCIA ATENCIO PRIMARIA I A LA COMUNITAT VALLÈS OCCIDENTAL I VALLÈS ORIENTAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Identificador: 112

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Tras el análisis de los incidentes de seguridad notificados en nuestro territorio, se detectó un elevado porcentaje de eventos adversos de coordinación (EAC). Estos EAC no se podían analizar unilateralmente sin la participación de todos los ámbitos involucrados en la asistencia al paciente afectado, así que se visualizó la necesidad de crear las Unidades Transversales de Seguridad del paciente (UFTSP) para realizar análisis conjuntos.

OBJETIVOS

Analizar los acontecimientos adversos de coordinación (EAC) entre Atención Primaria y Hospital o SEM, definir acciones de mejora e implantarlas para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el contínuum asistencial.

METODOLOGIA

Los últimos 5 años se han creado las Unidades Funcionales Transversales de Seguridad del Paciente (UFTSP) con 4 hospitales y SEM.

Metodología de trabajo: La Unidad de Calidad territorial de Atención Primaria identifica los EAC y comparten con el responsable de calidad del hospital o SEM a través del aplicativo SNISP.Cat. Se realiza un primer análisis en cada ámbito asistencial con profesionales implicados y expertos. En las reuniones de la UFTSP se realiza un segundo análisis conjunto según Protocolo London. Revisión cronograma, detección de acciones inseguras y propuesta acciones. Se priorizan acciones a implantar en función de su efectividad, eficiencia, factibilidad y aceptabilidad. Se finaliza análisis con la Identificación de segundas víctimas i activación de protocolo de soporte, si precisa. En cada reunión operativa se revisa el nivel de implantación de las acciones propuestas en las reuniones previas.

RESULTADOS (2020-2024):

Indicadores de estructura: 2 gestores territoriales y 48 Gestores de centro. Procedimiento de las UFTSP. Procedimiento apoyo segundas víctimas. 5 UFTSP: 4 Primaria-hospital; 1 Primaria-SEM.

Indicadores de proceso: 125 reuniones UFTSP. 1507 profesionales participantes. 295 EAC notificados. 236 EAC analizados (80%). 47 segundas víctimas. 1414 acciones propuestas. 1060 acciones priorizadas (75%). 945 acciones implantadas (89%).

Indicadores de resultados: Carteras de servicios 10 especialidades y criterios de derivación. Circuito comunicación resultados anormales pruebas diagnósticas. Protocolo continuidad de curas al alta. Mejora informe alta hospital y receta electrónica. Procedimiento coordinación final de vida. Visitas virtuales 8 especialidades. Programa formación transversal. Circuito de seguimiento pacientes riesgo de suicidio. Cambios priorización de gravedad al SEM. Disminución EAC.

CONCLUSIONES

La gestión de los EAC es un buen sistema de trabajo para la mejora de la seguridad de los pacientes en relación a la continuidad asistencial. Se ha garantizado la definición de una metodología de análisis y se ha demostrado una mejora en la calidad asistencial estandarizando procedimientos y protocolos del contínuum asistencial, así como la reducción de incidentes de seguridad del paciente.

MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA CONVENCIONAL

 *Faustino González Menéndez; Patricia Laura Agüeros Fuente; Elena Rivas Cilleros; Jose Luis Cobo Sánchez; Selma Herrero López; Raquel Pelayo Alonso; Raquel Pelayo Alonso*

 *Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”; Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”; Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”*

Identificador: 113

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) es el documento técnico-legal obligatorio que resume la atención prestada al paciente e incluye diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.

Es fundamental para garantizar la continuidad asistencial y resulta cada vez más relevante para pacientes, profesionales sanitarios y gestores.

El ICE facilita la transición del paciente del hospital al hogar, proporcionando una visión integral de los cuidados recibidos y sirviendo de referencia para la toma de decisiones clínicas.

No obstante, diversos estudios realizados sobre su calidad, señalan dificultades en su cumplimentación, tales como estructuras poco adecuadas, elevada carga laboral del personal de enfermería y escasa recepción del informe por parte de los equipos de Atención Primaria.

OBJETIVO

Mejorar la calidad de la información que se proporciona al paciente en el momento del alta hospitalaria en una unidad de hospitalización convencional, mediante la realización de un ciclo de mejora.

METODOLOGIA

Estudio cuasiexperimental con diseño antes-después, sin grupo control, para evaluar la mejora de la calidad de los Informes de Continuidad de los Cuidados, con aplicación del ciclo de mejora continua.

Para definir la intervención y analizar el problema, se trabajó con un grupo de enfermeras de la unidad a estudio en dos fases. Se propusieron 8 criterios para su evaluación. Índice de kappa mayor de 0,6 en todos ellos. Se planteó la intervención en dos frentes: formación a los profesionales y mejoras en el registro.

La población a estudio son los Informes de Cuidados de Enfermería realizados por el personal propio de la unidad. Se ha analizado la calidad de dichos informes de acuerdo con los criterios de calidad fijados. La muestra estudiada ha sido de 60 casos en cada medición.

La prueba utilizada para comprobar la significación estadística de las diferencias entre las dos mediciones fue el valor de Z.

RESULTADOS

En la primera medición hubo 337 incumplimientos. En la segunda medición se redujo a 176.

El grado de cumplimentación del ICE pasó del 51,06% en la primera medición al 73,79% en la segunda. Se consiguieron mejoras en los 8 criterios evaluados, siendo estadísticamente significativas en 7 de ellos, Causas que generan intervención (del 31,67% al 71,67%) ($p < 0,001$), Antecedentes personales (0 al 41,67%) ($p < 0,001$), Valoración de enfermería al alta (63,33% al 98,33%) ($p < 0,001$), Valoración UPP (0 al 43,33%) ($p < 0,001$), Registros activos al alta (46,67% al 65%) ($p < 0,05$), Recomendaciones al alta (38,33% al 71,76%) ($p < 0,001$) y Cuidador identificado (0 al 53,33%) ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Los resultados tras la intervención reflejan una mejora de la calidad de los ICE realizados. Sin embargo, existe un margen de mejora en la cumplimentación de los ICEs que sugieren reforzar y continuar con las acciones de mejora planteadas.

PAREDES QUE SANAN: HUMANIZANDO LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS.

 Kevin Jair Torres Gomez ⁽¹⁾; Martin Renato Gauna Charles ⁽²⁾; Diana Karina García Tamez ⁽²⁾; Luis Antonio Cervantes Aguilera ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Tecnológico de Monterrey; ⁽²⁾ Servicios de Salud de Nuevo León O.P.D.; ⁽³⁾ Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR

Identificador: 114

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el corazón de toda organización sanitaria late la urgente necesidad de transitar hacia un modelo de atención centrado en la persona, donde cada acción y cada espacio generen verdadero valor para quienes depositan su confianza en nosotros. Humanizar los servicios no es un adorno: es reconocer que cada niño que llega al hospital se encuentra en un momento de máxima vulnerabilidad y, muchas veces, carece de las herramientas para expresar sus miedos o necesidades. Esta invisibilidad de la infancia en los procesos de cuidado, reclama respuestas creativas que trasciendan la mera funcionalidad y abracen la dimensión emocional de la salud. Frente a este desafío, el arte, la creatividad y el diseño emergen como verdaderas estrategias terapéuticas. La evidencia respalda que el arte y el diseño pueden modular respuestas fisiológicas y emocionales en pacientes pediátricos. Además, indican que la introducción de arte en espacios sanitarios eleva la satisfacción, mejora la experiencia del usuario y reduce la percepción de ansiedad en niños hospitalizados. Estos hallazgos permiten afirmar que intervenir en la estética del área de pediatría no solo “embellece” sino que funciona como estrategia terapéutica avalada por neurociencia y neuroarquitectura.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General: Crear un entorno terapéutico y humanizado en el área de pediatría de un hospital rural mediante la aplicación de principios de neuroarquitectura y codiseño artístico participativo.

Objetivo SMART: Incrementar la puntuación de satisfacción global en pediatría, medida mediante POE, de un 65 % hasta al menos un 80 %, y elevar la puntuación media global del Person-Centred Practice Inventory-Care (PCPI-C) de 2,96 hasta al menos 3,50 antes del 30 de junio de 2025.

METODOLOGÍA

Este proyecto se desarrolló a partir de la metodología del ciclo de mejora continua (PHVA) y principios de codiseño y Design Thinking. Asimismo, se empleó el marco teórico de intervención artístico en salud de CHAMP, la herramienta P.O.E. (Post-Occupancy-Evaluation) para evaluar la percepción respecto al entorno hospitalario y la herramienta PCPI-C (Person-Centred Practice Inventory Care) la cual tiene como propósito evaluar los procesos asistenciales actuales y medir el grado de cumplimiento con una atención centrada en la persona.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Generamos una intervención con un viaje narrativo para el paciente pediátrico fundamentado en el codiseño activo, fortalecimos el sentido de la comunidad con el hospital. Se generaron murales con la flora y fauna de la región en urgencias, diseñamos ascensores forrados con vinilos de galaxias que anticipan la llegada, y un área lúdica que combina lectura y juegos psicomotrices. Se generaron protocolos asistenciales basados en la atención centrada en la persona. Obtuvimos una mejora significativa en la experiencia y satisfacción de nuestros usuarios del 66 % a más del 80 %, demostrando cómo la neuroarquitectura y el diseño humanizado potencian el bienestar emocional.

ESCUCHANDO AL PACIENTE: USO DE PLAENSA EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

 *Cristina Ramírez Maestre ; Sigfredo Cabral Rivera ; Júlia Sebastià Martínez*

 *EAP DRETA EIXAMPLE*

Identificador: 115

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Encuestas de Satisfacción (PLAENSA) se creó en 2001 con la intención de evaluar la calidad del servicio y el grado de satisfacción de las personas usuarias de los diferentes servicios sanitarios públicos en Cataluña. Desde su inicio se han encuestado más de 338.000 personas, de forma anónima vía telefónica. Las opiniones recogidas por los usuarios se hacen llegar posteriormente a cada centro, de forma que estos pueden valorarse de forma global, compararse con otros centros, y ver su evolución respecto a años previos.

En el caso de la Atención Primaria, se realizan encuestas telefónicas a 80 pacientes con 22 preguntas diferentes que se puntúan del 0 al 10. Algunas de estas preguntas evalúan la calidad asistencial de los profesionales y otras hacen referencia al ruido o la limpieza de los centros. Los resultados muestran también el patrón demográfico por sexo y edad de la población estudiada.

El análisis de PLAENSA nos permite identificar intervenciones y enfocar esfuerzos en aspectos importantes para los pacientes; consolidar aquellas acciones valoradas positivamente; planificar acciones específicas, rediseñar circuitos y introducir mejoras en la organización del centro .

OBJETIVO

Evaluar los resultados obtenidos en el año 2023 e identificar áreas clave susceptibles de mejora, así como implementar acciones dirigidas a incrementar la satisfacción del paciente.

METODOLOGÍA

Desde la Comisión de Calidad (CC) se seleccionaron tres preguntas tributarias a mejora y que cumplieran alguna de estas premisas: el resultado obtenido estaba por debajo del 75% de puntuación, el resultado había disminuido un 10% respecto la encuesta del año anterior, o el resultado estaba un 10% por debajo del global.

Las preguntas seleccionadas fueron:

1. ¿Está en buenas manos? (médico)
2. ¿Puede dar su opinión?
3. Facilidad para el día de visita.

Posteriormente fueron analizadas mediante el diagrama de causa-efecto Ishikawa, y se obtuvieron 11 acciones de mejora, entre ellas la implantación de una línea telefónica exclusiva para pacientes domiciliarios y la creación de un grupo de mejora para la gestión de las agendas de los profesionales sanitarios. En todas ellas se asignó un responsable, así como un cronograma y un sistema de evaluación para cada una de las mejoras a implantar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2025 la CC volvió a realizar el mismo ejercicio con los resultados de la encuesta del 2024. En las tres preguntas analizadas, y tras las mejoras instauradas, los resultados mejoraron. “¿Está en buenas manos?” se incrementó hasta el 97,4%; “¿Puede dar su opinión?” mejoró hasta el 96,6%, y “Facilidad para el día de visita” subió hasta el 81,3%.

El análisis realizado por nuestro centro permitió identificar áreas de mejora y revisar los circuitos asistenciales, replanteándolos cuando fue necesario. Se continuará con la monitorización periódica de los indicadores de calidad asociados a cada medida, con el fin de asegurar la consolidación y sostenibilidad de los avances alcanzados.

DRENAJES PERCUTÁNEOS: AVANZANDO HACIA LA SEGURIDAD, HOMOGENIZACIÓN Y CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS

 Ana Fernández Santamaría; Yolanda Abad Casado; Ascensión Amaro Amate ; María Teresa Gonzalez Cardo ; Rocío La Yunta Acero

 Hospital Universitario Puerta de Hierro

Identificador: 116

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Dada la seguridad, utilidad y sencillez de uso de los drenajes percutáneos (DPC), su uso ha venido extendiéndose en los últimos años (más de 200 implantados en 2024 en nuestro hospital). Sin embargo, en la práctica diaria se ha observado un aumento de las complicaciones relacionadas con la variabilidad en los cuidados, la indefinición en los circuitos de comunicación o las dificultades de registro. Así, se plantea la necesidad de implementar acciones de mejora que redunden en la calidad de la atención y seguridad del paciente

OBJETIVOS

General: mejorar la seguridad y calidad en la atención prestada a los pacientes portadores de DPC.

Específicos:

- Homogeneizar los cuidados de DPC.
- Optimizar los sistemas de registro de DPC para garantizar su trazabilidad y favorecer la detección de complicaciones relacionadas con su uso.
- Mejorar la continuidad asistencial respecto al manejo de DPC.

MÉTODO/DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Estrategia por etapas:

1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar formado por enfermeras asistenciales (Radiología intervencionista, hospitalización de Digestivo y Cirugía y Continuidad Asistencial) con el apoyo de las Unidades de Calidad e Investigación e Innovación en Cuidados.
2. Elaboración de Protocolo de Cuidados basado en la evidencia para el manejo de DPC y documentación “Recomendaciones al alta para pacientes y cuidadores”.
3. Creación de registros en Historia Clínica Electrónica que garanticen la trazabilidad, los cuidados y la coordinación entre niveles asistenciales.
4. Implementación del protocolo y difusión a través de recursos digitales y formación presencial.
5. Evaluación de los resultados obtenidos mediante los indicadores establecidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hasta el momento actual se han finalizado las fases 1, 2 y 3 propuestas, habiéndose generado el Protocolo de Cuidados y 9 documentos de “Recomendaciones al alta” para las distintas indicaciones de DPC. Actualmente se está llevando a cabo la fase 4 de implementación y difusión. La primera evaluación de resultados está prevista para diciembre de 2025.

Se espera, tras la completa implementación de la estrategia, la homogeneización y mejora de la continuidad de cuidados de los DPC, así como optimizar la monitorización de complicaciones y otros problemas de seguridad. Asimismo, la mejora del registro puede generar oportunidades para la investigación. Por último, disponer de “Recomendaciones al alta para pacientes y cuidadores” facilita la inclusión efectiva de los usuarios en los cuidados al alta.

TALLER MULTICOMPONENTE PARA MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS: LECCIONES APRENDIDAS.

😊 *María Victoria Ruiz Romero; Consuelo Pereira Delgado; María Gómez Hernández; Ana Porrúa Del Saz; María Blanca Martínez Monrobé; Natalia Gutiérrez Fernández*

🏥 *Hospital San Juan de Dios del Aljarafe*

Identificador: 117

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El 25,9% de españoles padece dolor crónico. Existe alto consumo de recursos sanitarios (fármacos, visitas a los servicios de salud, cirugías, unidades del dolor, rehabilitación, etc). Actualmente, se recomienda enfoque integral, interdisciplinar, integrando los fármacos con terapias no-farmacológicas, y haciendo participe a los pacientes en su autocuidado.

OBJETIVO

Describir estructura, contenido, resultados y lecciones aprendidas de unos talleres multicomponentes para el dolor crónico.

METODOLOGÍA

Descripción del taller y estudio cuasiexperimental antes-después, con seguimiento a los 3 meses, midiendo: dolor, bienestar, calidad de vida, autoestima, resiliencia, ansiedad/depresión y resultados aportados por pacientes (PROMs) del impacto en manejo del dolor, medicación, hábitos y ánimo. Comparativa 4 meses antes-después, de visitas a urgencias y consultas; consumo de fármacos y situación laboral.

RESULTADOS

Finalizaron el taller 197 pacientes; 178 (90,4%) eran mujeres, edad: 55,0; 114 (57,9%) con fibromialgia.

Disminuyeron: dolor (escala 0-10) (inicio: 7,0; fin taller: 5,0; 3 meses: 5,0); ansiedad (13,0; 9,0; 11,0) y depresión (11,4; 7,2; 6,8) (escalas 0-21).

Aumentaron: bienestar (escala 0-10) (4,0; 6,0; 5,0); calidad de vida (escala 0-1) (0,399; 0,581; 0,556); estado de salud (escala 0-100) (40,0; 60,0; 60,0); autoestima (escala 9-36) (23,5; 27,1; 26,6); resiliencia (escala 6-30) (17,0; 18,0; 18,0). Realizaron PROMs 189 pacientes al finalizar el taller y 110 a los 3 meses: disminuyeron el dolor (final taller: 145, 76,7%; 3 meses: 88, 80,7%); disminuyeron medicación (140, 80,5%; 82, 78,1%); mejoraron hábitos (157, 87,2%; 92, 87,6%). Redujeron visitas a urgencias 40 pacientes (37,4%), 40 (37,4%) disminuyeron las consultas programadas. Satisfacción global: 9,7 sobre 10.

CONCLUSIONES

Cuando el paciente toma parte activa en su curación y aplica las técnicas y herramientas del taller, consigue mitigar su dolor, mejorar su autocuidado y hábitos, aumentar su calidad de vida, su autoestima, su resiliencia y disminuir la ansiedad y los síntomas depresivos. Estos efectos se mantienen, al menos, hasta los 3 meses. Además, disminuyen el consumo de analgésicos y de ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos, así como las visitas a urgencias y a consultas programadas.

Los pacientes manifestaron una alta satisfacción con el taller y nos transmitieron su agradecimiento por haberles ofrecido la oportunidad de hacerlos. Nos manifestaron haber realizado un gran cambio en sus vidas, en la visión de su enfermedad y del dolor, y este nuevo enfoque, les había llevado a tomar acciones para mejorar su salud física, mental, emocional y social, recuperando las ganas de emprender nuevas metas e ilusiones. Muchos nos transmitieron su agradecimiento porque decían que “le hemos cambiado la vida”. Hay un grupo de 13 pacientes que colaboran contando su experiencia a los nuevos pacientes.

HEALTH CARE WITHOUT HARM: DE UNOS PEQUEÑOS PASOS A UN SALTO GIGANTE EN PRO DE LA SALUD PLANETARIA

 VICTOR GARCIA ALVAREZ ⁽¹⁾; ALBERT BONAVENTURA SANS ⁽¹⁾; SÍLVIA CORDOMÍ SABORIT ⁽²⁾; ANA ALVAREZ SOTO ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Viladecans; ⁽²⁾ Gerencia Hospitalaria Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital de Viladecans

Identificador: 118

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Por un lado, la emergencia climática conlleva que la sostenibilidad sea actualmente un gran reto para la sociedad, incluyendo a los hospitales. Por otro lado, la gran cantidad de procesos hospitalarios, asistenciales y no asistenciales, generan un gran número de residuos y un gran consumo.

Por estos motivos, desde el Hospital nos posicionamos en primera línea para combatir el cambio climático y adquirimos el compromiso, social y de respeto, hacia el medio ambiente, contribuyendo así a la salud y el bienestar de la sociedad.

OBJETIVO

Avanzar en la transformación hacia un modelo más sostenible en su globalidad, estableciendo la sostenibilidad ambiental como política transversal en toda la organización.

METODOLOGÍA

En el marco de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), articulada a través del Plan de Participación y Humanización del centro, inicialmente se definió una política y se establecieron unas buenas prácticas que, mediante un Plan de compromiso institucional (Plan de Gestión Ambiental. Hospital Sostenible), marcaron el inicio en la sensibilización y la promoción de un cambio de cultura. Sobre esta planificación, como toma de conciencia en el reconocimiento de la influencia del comportamiento de los profesionales para facilitar el despliegue de posteriores acciones, el Proyecto de ampliación y reforma del Hospital se orientó bajo el prisma de la sostenibilidad, alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas.

RESULTADOS

Planificado bajo los parámetros de Green Hospital, el nuevo Hospital:

- Está provisto de centros de producción de energía verde (placas fotovoltaicas y geotermia). Instalación de 150 placas fotovoltaicas (potencia total de 68,25 kW) (con la opción de duplicar ese número a 300, alcanzando una potencia de 136,5 kW). Además de contribuir a la producción de energía verde, reducción significativa de la huella de CO2 del Hospital (estimación de unos 40.000 kg. menos, equivalente a plantar más de 2.100 árboles).
- Dispone del sistema BMS "Building Management System" que permite monitorizar las instalaciones para mejorar la eficiencia energética y facilitar su mantenimiento.
- Es un edificio flexible, diseñado para que se pueda adaptar:
 - Incorpora sistemas de recuperación de frío y calor
 - Los espacios permiten cambios de uso asistencial
 - Se ha maximizado la iluminación natural (elementos de control solar y estrategias para vincular la producción energética a la ocupación de espacios).

CONCLUSIONES

Actualmente, el papel de la sostenibilidad en los hospitales está cambiando y se contempla como una parte integral del proceso de atención, íntimamente relacionado con aspectos de comportamiento y organización.

Como pilar destacado en nuestro despliegue en RSC, y nuestro compromiso con el Health Care Without Harm, avanzamos en nuestro trabajo por la mejora continua, contribuyendo así a alcanzar 11 de los 17 ODS que integran la Agenda 2030.

DE PREVENIR LA ENFERMEDAD A GAMIFICAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: “NOS CUIDAMOS PARA CUIDARTE”.

 VICTOR GARCIA ALVAREZ ⁽¹⁾; ANA FAURA MESSA ⁽¹⁾; IÑAKI MARINA CLOPES ⁽¹⁾; SÍLVIA GARCIA ROS ⁽²⁾; SÍLVIA CORDOMÍ SABORIT ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Viladecans; ⁽²⁾ Gerencia Hospitalaria Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital de Viladecans; ⁽³⁾ Gerencia Hospitalaria Hospital Universitari de Bellvitge i Hospital de Viladecans

Identificador: 119

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La salud de las personas y de las comunidades representa una situación dinámica cuyo equilibrio depende de múltiples factores y sobre esta realidad se debe enfocar la Promoción de la Salud (PS).

Bajo esta premisa, y en un contexto cambiante (avances tecnológicos y aportaciones científicas), las estrategias para trabajar la PS suponen un paradigma al que aproximarse desde diferentes perspectivas, con actuaciones dirigidas más allá de los pacientes.

OBJETIVO

Promover la conciencia sobre la importancia de un estilo de vida saludable entre los profesionales estableciendo un modelo inspirador para los pacientes y la sociedad.

METODOLOGÍA

En el marco de Responsabilidad Social Corporativa (Plan de Participación y Humanización del centro), inicialmente se definió una política y unas buenas prácticas, integradas en un Plan de compromiso institucional (Plan de Promoción de la Salud. Hospital Saludable), como inicio de la sensibilización y un cambio de cultura.

A nivel operativo, se constituyó el equipo Viladinàmics para impulsar actuaciones en PS entre los profesionales. Entre otras, en contexto del Día Mundial de la Actividad Física, como herramienta de compromiso por la PS, se impulsó el reto “Nos cuidamos para cuidarte” con el que llevar a cabo una pausa activa diaria (entre 2 y 5 min.) durante la jornada laboral durante 4 semanas.

Tras la formación y inscripción de los equipos (sin limitación de número), un “embajador” Viladinàmics explicaba la dinámica al “capitán” de cada uno. Para evaluar el impacto se incluyó un cuestionario de satisfacción y como estímulo se incluyó como premio una partida de bolos al equipo ganador.

RESULTADOS

104 profesionales (participación 11,1%), distribuidos en 10 equipos multidisciplinares (asistenciales y no asistenciales) realizaron pausas activas diarias en su entorno el mes de marzo.

Como ejercicio de gamificación, cada equipo enviaba un vídeo semanal sobre la actividad, propiciando de forma espontánea producciones audiovisuales muy creativas.

Como feedback, en la encuesta el 91% consideró que la actividad “ayuda a mejorar la salud mental y/o física” y el 94% la calificaba de “satisfactoria o muy satisfactoria”. El 63% refería “más energía después de realizarla” y un 30,3% apuntaba sentirse “más relajado”.

CONCLUSIONES

La PS desde los hospitales, como estrategia básica para obtener un nivel de salud acorde con una buena calidad de vida, está cambiando y debe contemplarse como parte integral del proceso de atención, íntimamente relacionada a aspectos educativos y organizativos más allá de los meramente clínicos.

El proyecto Viladinàmics no solo contribuye a mejorar la salud de los profesionales, sino que también encarna los principios de la taxonomía social al promover la cohesión de equipo y un ambiente laboral más positivo, actuando como motor de transformación social en el ámbito hospitalario, alineado con 3 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

CULTURA VERSUS PERCEPCIÓN: TOMANDO EL “PULSO” EN MODO CATCH-UP

 VICTOR GARCIA ALVAREZ ⁽¹⁾; SÍLVIA ALVAREZ JIMÉNEZ ⁽²⁾; ANA ALVAREZ SOTO ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL DE VILADECANS; ⁽²⁾ Hospital de Viladecans; ⁽³⁾ Gerència Hospitalària Hospital Universitari de Bellvitge i Hospital de Viladecans

Identificador: 120

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Una buena comunicación, tanto a profesionales como a usuarios, es fundamental para ganar el apoyo de aquellos que, en definitiva, son los responsables de implementar las mejoras propuestas y trabajadas.

Uno de los retos que enfrentamos los profesionales dedicados a la Calidad Asistencial (CA) es como establecer una comunicación más cercana, llegar a los compañeros, ya que a veces nuestro vocabulario y documentación parecen no encuadrarse en su día a día, lo que dificulta tanto el compartir resultados, incluso positivos, como construir una cultura en Seguridad del Paciente (SdP), componente esencial de la CA.

Dentro de la estrategia “cuerpo a cuerpo” (mancha de aceite), para evitar el enfoque jerárquico y ganar capilaridad, se desarrolla una intervención “catch up” abordando simultáneamente percepción y sensibilización en los profesionales.

OBJETIVO

Medir la percepción, visibilizar el compromiso y desarrollar conocimiento en CA y SdP entre los profesionales del centro.

METODOLOGÍA

Ámbito: hospital comarcal con aprox. una población de 200.000 habitantes y 12.500 altas/año.

Actuación: estudio prospectivo, descriptivo, transversal, en dos fases:

1. Acción comunicativa interna pasiva (Intranet, salvapantallas) en contexto Día Mundial CA.
2. Acción catch-up. Sesión grupal presencial (30min): primero “encuesta de pulso” (5min) para medir percepción en 3 entornos (estrategia, CA y SdP) y seguidamente, sin valorar respuestas, retroalimentación (25min) del modelo implementado.

RESULTADOS

11 sesiones, 103 profesionales participantes (11,60% de la plantilla), 73,8% asistenciales. No aplica tasa de respuesta.

Por dimensiones:

- Aunque el 56,3% refieren conocer la misión del centro, el 50,5% no saben donde se encuentra.
- Sobre el Plan de CA, solo el 30,1% lo conocen y saben ubicarlo, aunque no saben identificar ninguna línea estratégica.
- A nivel SdP, el 34% ha realizado alguna acción formativa, destacando la prevención de caídas y notificación de incidentes.

CONCLUSIONES

Aunque en base a los resultados las tres dimensiones representan áreas con oportunidad de mejora y reflejan la baja transferencia conseguida, consideramos la intervención efectiva como estrategia útil para mejorar el compromiso de los profesionales, resaltando en positivo la aceptación de la iniciativa y el feedback recibido.

Ante la necesidad de seguir trabajando por establecer una comunicación más efectiva, “viva” y cercana, la actuación ganará valor si le damos continuidad de forma programada, contribuyendo así al crecimiento de la cultura en CA y SdP del centro.

CERO DE MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLOGÍA ENVIADAS A LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

 Judit Baldris Catafau

 HUGC

Identificador: 121

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Anatomía Patológica (AP) estudia las causas, efectos y extensión de las enfermedades a través de las alteraciones estructurales que producen en las células y tejidos, así como las respuestas a los tratamientos. Actualmente los avances tecnológicos permiten, en el campo de las neoplasias, evaluar factores pronósticos y la detección de moléculas diana de fármacos específicamente dirigidas contra las mismas. En su vertiente clínica, asistencial, el objetivo de la AP es proporcionar información útil para la atención de los pacientes, con la mayor rapidez y fiabilidad posibles y con una utilización adecuada de los recursos (1).

Durante el 2022-2023 en el HUGC sufrimos 48 incidencias relacionadas con muestras de AP que se acababan depositando en laboratorio de análisis clínicos.

OBJETIVOS

- Cero muestras de AP depositadas en laboratorio de análisis clínicos.
- Conocer las fallas del circuito de las muestras de AP.

METODOLOGÍA

Se realiza un análisis de modal de fallas y efectos (AMFE) para detectar las fallas en el circuito de las muestras de anatomía patológica. Se analizan todos los servicios portadores de muestras de AP, se identifica que ha fallado en el circuito, la causa de este fallo y las consecuencias que esto puede producir. Se detectaron fallas coincidentes en distintos servicios, y otras fallas más concretas de servicios más aislados. Se aportan acciones de mejora, redactadas en una instrucción técnica (IT).

RESULTADOS

Se empieza a implantar parcialmente la IT a finales del mes de mayo 2024. Hasta el mes de mayo se depositaron en laboratorio de análisis clínicos 22 muestras de AP. En el segundo semestre del 2024 se registran 9 incidentes. Y hasta mayo del 2025 se han registrado 5 incidentes. Las fallas del circuito más común han sido: depositar la muestra de AP en el mismo punto de recogida que las muestras de laboratorio, no utilizar doble etiqueta (con el nombre y apellidos del paciente), y utilizar las mismas bolsas de material biodegradable que ese utilizan para el resto de las analíticas.

En hospitalización había un desconocimiento general del circuito. Solo en una planta tenían etiquetas exclusivas de anatomía patológica, y falta de trazabilidad de las muestras sensibles.

CONCLUSIONES

- Las incidencias relacionadas con las muestras de AP depositadas en laboratorio de análisis clínicos, han disminuido una vez se ha implantado parcialmente la IT en el centro.
- Los servicios donde mejor implando tenían el circuito han sido bloque quirúrgico central, pequeña cirugía.
- Se debe seguir trabajando para disminuir la probabilidad de pérdida de muestras críticas.

COORDINACIÓN DE CALIDAD JACIE EN UN PROGRAMA DE TPH-TC

 *Lourdes Pétriz González; Manuel Suero Haldón; Jose Manuel Portos Villar; Javier Briones Meijide; Iván López Torija; Rodrigo Martino Bofarull*

 *H. Santa Creu i Sant Pau*

Identificador: 122

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Joint Accreditation Committee ISCT/EBMT (JACIE) garantiza, con su acreditación, que el manejo y control de pacientes del Programa de trasplante hematopoyéticos y terapia celular (PTPH-TC) se realice con criterios de calidad y la mejor práctica clínica. Su obtención es un reconocimiento para las Unidades TPH-TC desde su perspectiva académica, profesional y de gestión.

Su visualización no siempre ha contado con la consideración y recursos necesarios por parte de las instituciones. Ha sido necesario que la autorización administrativa, para seguir con el programa asistencial, se haya vinculado a la citada acreditación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mostrar la experiencia en la evolución de la coordinación de calidad para la consecución de la acreditación JACIE.

Mejorar la gestión de calidad asistencial del Programa de TPH-TC, buscando la implicación de líderes de la institución. Conseguir y mantener la acreditación JACIE.

Cumplimiento de los estándares JACIE: Hematopoietic cellular therapy-Accreditation manual.

Identificación de dos figuras clave: la encargada de la Coordinación de Calidad (CC) y la de Data Manager (DM). CC debe establecer y mantener sistemas de revisión, modificación y aprobación de las políticas de calidad y procedimientos operativos dirigidos a monitorizar y cumplir con los estándares del programa, también debe seguir formación tanto en terapia celular como en calidad. DM debe contar con el personal suficiente para recopilar los datos necesarios de los formularios específicos de la base de datos internacional (BBDD) del EBMT (European Bone Marrow transplantation), además de participar en la formación específica anual.

Se analizan los cambios en el desempeño del rol del CC que el centro (y también JACIE) ha experimentado en el periodo 2012-2022: de necesidad de ser desarrollado por especialista en hematología, a otras especialidades (médicas o no), y actualmente de enfermería. Paso de contratación de tiempo parcial a jornada completa con unificación de las funciones de CC y DM en la misma persona.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A fecha 2025 se ha conseguido: mantener todas las re-acreditaciones del programa de adultos e incorporar la de CAR-T (TPH-TC), y acreditar el programa pediátrico (TPH). Se ha implementado el trasplante con ingreso domiciliario y se está pendiente de la inspección para la acreditación para extracción de medula ósea.

Se ha realizado la actualización completa, del registro de pacientes tratados, en la BBDD de EBMT.

Conseguir la acreditación JACIE no sólo es fundamental para garantizar la asistencia de calidad, sino también para no estar en desventaja y correr el riesgo de perder la autorización administrativa para seguir con el programa de TPH-TC.

Ventajas: tranquilidad y confianza del equipo; empoderamiento frente a la dirección; mejora del control documental; cumplimiento de la BBDD; control de resultados y mantenimiento de acreditaciones. Inconvenientes: inversión en recursos de personal, formación y, tal vez, en la adquisición de un gestor documental.

“ANTES DE ACTUAR, VERIFICA”

 *Camilo Fernandez Martinez; Judit Baldris Catafau*

 *Hospital Universitario general de Catalunya; Hospital Universitari General de Catalunya*

Identificador: 123

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La identificación activa (IA) es una práctica fundamental en la atención en salud, especialmente en contextos críticos como el servicio de urgencias. La identificación activa no es una formalidad, sino una herramienta vital de seguridad clínica, especialmente en urgencias, donde el tiempo apremia, la presión es alta y los errores son más fáciles de cometer.

OBJETIVO

Mejorar el cumplimiento de IA en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA

Dado el bajo cumplimiento de IA que presentaba el servicio de urgencias a lo largo del 2023, y los riesgos que esto podía presentar, se realizó una sesión enfocada a las consecuencias de la no IA en marzo del 2024 en el servicio de urgencias y se colocaron dos stickers en cada ordenador recordando solicitar el nombre del paciente.

RESULTADOS

La media de IA en Urgencias durante el 2023 fue del 34%. El primer trimestre 2024 se mantuvo a 38%. Después de la intervención, aumento paulatinamente del 60 al 75% entre el segundo y el cuarto trimestre. En el primer trimestre del 2025 presentaba un cumplimiento del 59%.

Lo que se ha podido observar es que el cumplimiento ha sido correcto por parte de los profesionales de enfermería llegando al 100% el primer trimestre del 2025, pero no se consigue una buena adherencia a la práctica segura por parte de los facultativos quien utilizan la identificación pasiva como práctica habitual.

CONCLUSIONES

- La IA es una practica segura que reduce la probabilidad de eventos adversos.
 - La intervención solo fue efectiva por parte de los profesionales de enfermería.
 - Se debe implementar nuevas acciones para mejorar el cumplimiento por parte de los facultativos.
-

PLANIFICACIÓN DEL PLAN FUNCIONAL EN LA APERTURA DE HOSPITALES O SERVICIOS: ESTRATEGIAS Y GUÍA METODOLÓGICA

 MARIA CARMEN ABARCA TORRALBA

 Vithas Valencia Turia

Identificador: 124

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Dirección define el organigrama y el mapa de procesos del nuevo hospital, identificando las necesidades de los clientes, realiza un análisis interno y externo, y elabora un mapa de riesgos. Ante esta información, se plantea la necesidad de aplicar una metodología estructurada que permita desarrollar un plan funcional sólido, liderado con visión estratégica, orientado a minimizar riesgos, fomentar la innovación y alcanzar la excelencia operativa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es desarrollar una guía metodológica que sirva como marco de referencia para la formulación de planes estratégicos orientados a la apertura de nuevos hospitales, la implementación de nuevos servicios o la reconfiguración de infraestructuras sanitarias existentes. Esta guía debe estar alineada con necesidades y expectativas de las partes interesadas, tener un enfoque sistemático de gestión de riesgos, y estar integrada con la gestión de proyectos facilitando la monitorización e implantación, facilitando la toma de decisiones basada en datos.

Establecer un marco de trabajo que unifique metodologías y herramientas, basado en el trabajo multidisciplinar, y la estandarización de prácticas conforme a estándares de calidad y seguridad, como ISO, JCI y EFQM.

METODOLOGÍA

1. Organigrama y mapa de procesos.
2. Responsables de procesos.
3. Identificar necesidades y expectativas de las partes interesadas.
4. Análisis interno y externo: DAFO-CAME-PESTEL
5. Aplicar un modelo de gestión de riesgos.
6. Gestión de proyectos y cuadro de mando.
7. Asegurar la mejora continua: ACR, AMFE, LEAN, KANBAN, gestión de incidentes de seguridad y medicación.
8. Liderazgo y toma de decisiones basada en datos, mediante comisiones y grupos de trabajo.
9. Promover la formación e innovar.

RESULTADOS

Se inicia el diseño del nuevo hospital en el 2022. Y en noviembre del 2024 es la entrega oficial de las instalaciones, marcando el inicio de la fase de implantación operativa.

La planificación funcional comienza, noviembre 2024, impartiendo formaciones específicas en metodologías como Lean, gestión de riesgos y mejora continua. Se constituyen grupos de trabajo liderados por profesionales clave con experiencia laboral en otros centros de la compañía. El hospital abre sus puertas al público el 7 de abril culminando la fase de ejecución del proyecto.

Disponemos del plan estratégico y el hospital organizado: 14 comisiones ya constituidas, 14 procesos definidos, 141 riesgos gestionados, 155 planes de acción, y definidos acuerdos de gestión.

CONCLUSIONES

La elaboración del plan funcional, basada en metodologías estructuradas, ha representado un hito significativo y un cambio cultural en la organización. Este enfoque ha permitido optimizar procesos, mejorar la calidad asistencial y alinear los resultados a las líneas estratégicas de la compañía, consolidando una gestión más eficiente orientada a la excelencia.

EQUIPOS QUE TRANSFORMAN: IMPLEMENTACIÓN DE AMFES EN PROCESOS CRÍTICOS DE URGENCIAS

 Ana García Pavesio; Susana Barberá Ruiz; Gemma Gallardo González; Mónica Suñén Mené; Beatriz López Barbeito; Sonia Jiménez Hernández

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 125

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Área de Urgencias es un entorno de alta presión, donde la toma de decisiones rápida y eficiente es clave para la atención de los pacientes. Con el objetivo de mejorar la seguridad, iniciamos el proyecto de aplicación de la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) en varios procesos de urgencias.

Esta metodología nos permite identificar de manera proactiva los puntos críticos de los circuitos, minimizar errores y diseñar soluciones que hagan nuestro trabajo más seguro y eficiente.

Para que este proyecto sea realmente útil, es clave la participación multidisciplinaria de todos los profesionales que intervienen en el proceso, y contar con el apoyo de la Dirección de Urgencias (DU).

OBJETIVOS

Promover la participación y fomentar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del área de urgencias de un hospital terciario utilizando la metodología AMFE.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de mejorar nuestra manera de trabajar, en un Comité de Dirección de Urgencias, se propuso analizar los diferentes circuitos de urgencias mediante AMFE.

Se realizó un llamamiento a los profesionales, a través de correo electrónico desde la DU, para que, aquellos profesionales que estuvieran interesados en participar en el proyecto lo hicieran saber.

Se hizo una selección de los participantes para contar con la visión de todos ellos, teniendo en cuenta los años de experiencia, el trabajo en urgencias y la categoría profesional.

Se definieron 8 AMFEs: Paciente emergente nivel 2, nivel 1, no autónomo nivel 3, autónomo nivel 3, 4 y 5, con dolor torácico, intoxicado, frágil y autónomo de cirugía.

Se constituyeron los equipos de trabajo para cada AMFE y se elaboró el calendario de reuniones: 4 sesiones presenciales (Mapa del proceso. Detección de riesgos y causas. Cálculo del Índice de Prioridad del Riesgo (IPR). Propuesta de acciones de mejora), de 2'5h cada una.

Al finalizar los AMFEs se pasó una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS

Se obtuvo una muy buena respuesta por parte de los profesionales, con una media de 16 profesionales por proceso que solicitaron participar. Los grupos constituidos finalmente fueron de 8 personas.

De los 8 AMFEs definidos, se han concluido 7, identificándose una media de 13 subprocesos y 49 actividades.

El 100 % de los participantes han estado muy satisfechos o satisfechos (68% y 32% respectivamente) con el proceso del AMFE. El 100% ha considerado que los temas tratados han sido relevantes, comprensibles y bien estructurados, han podido interactuar con otros participantes y lo recomendarían a otros profesionales de su campo.

CONCLUSIONES

Los profesionales que participaron consideraron la experiencia muy satisfactoria, práctica y eficiente.

El AMFE nos ayuda a mejorar los diferentes circuitos del paciente en urgencias y fomentar la cultura de seguridad.

Resulta esencial el apoyo por parte de la Dirección del servicio para la participación de los profesionales.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADAS CON SONDAJE VESICAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

 Laura González Villalobos; María Esther Martínez Conesa; Rosario Solano Martínez; Alejandra Jimenez Albaladejo; Enrique Sanchez Marín; Blanca Ballester Ruiz

 Hospital General Universitario Santa Lucía

Identificador: 126

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS) representan un serio desafío en nuestro servicio de Medicina Intensiva. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), el uso y manejo del sondaje uretral es muy común, puesto que gran parte de los pacientes ingresados en UCI son portadores de catéter uretral durante su ingreso. La incidencia de las ITU asociadas a sonda uretral (ITU-SU) en UCI en España durante 2023 fue de 2,81 infecciones por 1000 días de sondaje uretral, situándose en la segunda posición de las infecciones adquiridas en las Unidades de Cuidados Intensivos. Concretamente, en nuestro servicio de UCI, la tasa de incidencia en 2023 fue de 1,76 infecciones x1000 días de sondaje uretral. Se estima que gran parte de ellas son evitables, siempre que se implementen correctamente las medidas de prevención adecuadas. Es por ello que el presente estudio pretende identificar aquellos aspectos sobre los que se precise implantar medidas encaminadas a la mejora continua de los cuidados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar el grado de cumplimiento de las medidas encaminadas a disminuir el riesgo de desarrollo de ITU-SU en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se realiza un estudio retrospectivo en el que la dimensión de la calidad a evaluar es la científico-técnica. El marco muestral lo compone todos los pacientes ingresados en UCI durante el mes de abril de 2024. El método de muestreo empleado fue el método de muestreo de conveniencia. Para la obtención de los datos relacionados con el cumplimiento de los criterios se emplearon tanto los registros informáticos pertenecientes a la historia clínica, como mediante la observación directa.

RESULTADOS

Del total de casos evaluados, el grado de cumplimiento de los ítems analizados fue del 89,37%, mientras que el nivel de incumplimiento fue del 10,62% restante. En el 100% de los casos se empleó bolsa de circuito cerrado con sistema evacuador. También en el 100% de los casos el sistema de drenaje se encontró libre de acodaduras y pinzamientos, lo cual garantiza la permeabilidad del circuito. En el 75% de los casos se observó que la SV estaba debidamente fijada.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos en el análisis concluimos que, aunque los resultados muestran un desempeño positivo en la mayoría de los aspectos evaluados, hay áreas específicas que aún requieren atención y mejora continua para alcanzar la excelencia en todos los criterios. Para ello se proponen una serie de medidas de mejora como por ejemplo llevar a cabo programas de formación, realización de auditorías periódicas y monitorización del cumplimiento de los procedimientos, así como revisar y actualizar los protocolos existentes para la indicación y fijación de SV, asegurando que sean claros, accesibles y de fácil cumplimiento por todo el personal involucrado.

INCORPORANDO “LA VOZ DEL PACIENTE” EN LA GESTIÓN Y EL REDISEÑO DE PROCESOS

😊 MERCEDES DRAKE CANELA; Víctor Macho Foronda; Silvia Veleda Sánchez; David Martín de la Mota Sanz; Susana García Tejada; Carmen Pantoja Zarza

 Hospital Universitario Infanta Leonor

Identificador: 127

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el Plan Estratégico 2021-2025 de Hospital se define como objetivo el desarrollo de un modelo de atención transformador enfocado en el paciente y su entorno. Para ello, era necesario desarrollar sistemas para mejorar el conocimiento de necesidades, expectativas y emociones del paciente

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Sistematizar mejora de satisfacción y experiencia en gestión de Servicios (S) y Unidades (U): encuestas rápidas segmentadas por procesos, S/U y plan sistemático de revisión de resultados. 15 terminales en consultas externas (CCEE), Hospital de Día, Rehabilitación, Centros Especialidades Periféricos y Centros Salud Mental. Encuestas SMS 24 h tras alta de hospitalización, urgencias y cirugía mayor ambulatoria. Nombramiento de referentes de calidad (RC). Mejora de NPS y satisfacción con trato en dirección por objetivos
2. Incorporar necesidades y expectativas de los pacientes como requisitos de calidad de los procesos asistenciales (PA): categorización comentarios encuestas, análisis cualitativo, identificación de Experiencias Significativas en PA y recomendaciones para atención centrada en paciente y familiares
3. Evaluar experiencia de pacientes en PA clave: Constitución de Unidad de Experiencia del Paciente (UEXPa). Formación en metodología cualitativa, mapas de experiencia, LEAN y PROM/PREM. Constitución Comité de pacientes.
4. Analizar PREM y PROM en evaluación de PA

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. RC en 100% de S y U. Envío trimestral de más de 100 informes a mandos y RC, por S/U, segmento y centro analizado. Se presentan, difunden y analizan estableciendo propuestas de mejora. Informe global trimestral y anual con datos agregados por segmentos, evolución temporal y comparación por S y U a Comisión de Dirección y Comisión Calidad Percibida. En 2023 y 2024 se han identificado S/U y aspectos peor valorados, se han implantado acciones, con tendencia general de mejora de los resultados de satisfacción y NPS. En 12 de 25 servicios (48%) mejora satisfacción con trato por médico en CCEE, en el 65% de unidades (16/25) por profesionales de enfermería. En 16 de 26 servicios (61,5%) mejora NPS en CCEE 2.
2. Mapa de experiencia en hospitalización. Análisis texto de 1.161 encuestas en 2023. Clasificación en 12 meta-categorías y 85 categorías, con evaluación de sentimientos positivos y negativos. Se concentran en categorías de trato, intimidad y comunicación
3. Participación de 20 profesionales en UExPa. Rediseño y mejora de 6 PA mediante investigación acción participativa con pacientes; Expaderm, Expaicard, DMAExp, Mieloma Múltiple, EPOC y Migraña
4. Se observa uso de 3 cuestionarios PREM y 49 PROM (34 escalas evaluación y 15 cuestionarios CV)

Un sistema global de análisis que incorpore diversas fuentes de información como encuestas y técnicas cualitativas, permite establecer estrategias para mejorar la satisfacción y experiencia del paciente, reduciendo el tiempo de actuación en comparación con metodologías tradicionales. Facilita ajustes específicos por centro, unidad, servicio o perfil de usuario

DEL PROCESO AL PACIENTE: RESULTADOS DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL

 FLOR GIMENO VILARRASA; ELENA BURDEOS PALAU; DAVID CUESTA PEREDO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Identificador: 128

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La implementación de un sistema de gestión de calidad (SGC), garantiza una atención segura, eficiente, de calidad y centrada en el paciente y ofrece las herramientas para una mejora continua.

OBJETIVOS

Describir la experiencia en el proceso de implantación de un SGC en el bloque quirúrgico y central de esterilización, área de hospitalización y consultas externas, según la Norma ISO 9001:2015.

METODOLOGÍA

Se seleccionó dicha Norma, aprovechando experiencias previas en otros servicios. Con apoyo de la Gerencia, la Unidad Funcional de Calidad y Seguridad del Paciente (UFCASP) propuso la certificación a los responsables de las áreas, explicando su importancia y beneficios futuros. Se formaron grupos multidisciplinarios en cada área, integrados por personal médico, de enfermería y de la UFCASP.

Se identificaron procesos clave mediante mapas de procesos y se establecieron indicadores para evaluar el funcionamiento.

Se realizó un análisis DAFO para identificar puntos críticos y oportunidades, complementado con un análisis CAME para definir acciones estratégicas.

Se hizo un análisis de riesgos AMFE para detectar fallos potenciales, priorizarlos y diseñar acciones para minimizarlos. La gestión de incidencias y quejas repetitivas se abordó tratándolas como no conformidades, implantando acciones para prevenir su recurrencia. Se formó al personal, sensibilizándolo sobre la importancia de la calidad y su contribución individual.

Se planificaron las auditorías internas y externas, y se elaboró un informe de revisión por la Dirección del desempeño del SGC.

RESULTADOS

Se elaboraron procedimientos que describían el funcionamiento de las áreas. Se definieron 13 objetivos estratégicos con un 80% de cumplimiento y se monitorizaron 64 indicadores, permitiendo realizar cambios para mejorar resultados. Se implementaron 120 acciones de mejora derivadas del análisis DAFO, AMFE y otras iniciativas, y se gestionaron 22 incidencias y quejas, tratadas como no conformidades con acciones correctivas.

El 91% de los pacientes expresó estar satisfecho o muy satisfecho con la asistencia recibida, según encuestas realizadas por la Comunidad Autónoma.

La primera auditoría interna en mayo de 2022 detectó 3 no conformidades, y en noviembre de 2023, tras corregir una menor, se obtuvo la certificación, verificada en 2024 tras el seguimiento anual.

Las no conformidades y oportunidades de mejora, relacionadas principalmente con calibración de equipos y procesos de apoyo, se integraron en el registro de acciones de mejora con evaluación continua.

CONCLUSIONES

La implantación del SGC permitió estandarizar procedimientos, mejorar la seguridad y calidad asistencial, y fomentar una cultura de mejora continua. La participación activa de la Dirección y la Coordinación de la UFCASP fueron fundamentales. La certificación no es un fin, sino un medio para evaluar periódicamente resultados, riesgos y acciones, consolidando una cultura organizacional orientada a la calidad y la mejora continua.

RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA Y REDUCCIÓN DE EMISIONES DE CARBONO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

 Arturo Martínez Zúñiga ⁽¹⁾; Narda Castellanos Joo ⁽²⁾; Felipe Couñago Lorenzo ⁽¹⁾; Sigfredo Elías Romero Zoghbi ⁽¹⁾; Francisco Góngora Ariza ⁽¹⁾; Magda Gabriela Palmero Hinojosa ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ GenesisCare España; ⁽²⁾ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey (EMCS).

Identificador: 129

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de próstata es el tumor más común en los hombres y la tercera causa de muerte por cáncer. La radioterapia es un tratamiento común para varios tipos de cáncer, impacta significativamente en el medio ambiente a través de las emisiones de CO₂ debido a los equipos e instalaciones que consumen mucha energía. Recientemente, ha aumentado la concienciación sobre el impacto medioambiental de la asistencia sanitaria, incluida la radioterapia. Los esfuerzos se centran en cuantificar y reducir la huella de carbono de los tratamientos médicos. Los tratamientos hipofraccionados o ultra hipofraccionados, que implican menos dosis de radiación pero más altas, son métodos prometedores para reducir las emisiones de CO₂.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Evaluar el impacto de la adopción de esquemas de radioterapia hipofraccionada en la reducción de las emisiones de CO₂ en pacientes con cáncer de próstata.
- Comparar las emisiones de CO₂ de la radioterapia tradicional con los tratamientos hipofraccionados o ultra-hipofraccionados.

Diseño del estudio

Estudio retrospectivo, multicéntrico, observacional que evalúa las emisiones de CO₂.

Población de estudio

Inclusión: Pacientes sometidos a radioterapia por cáncer de próstata en 8 centros participantes con aceleradores lineales desde julio de 2020 hasta julio de 2023.

Exclusión: Pacientes que reciben cuidados paliativos, radioterapia no estándar, pacientes con ciberbisturí y aquellos con información incompleta.

Centros participantes: 8 centros con aceleradores lineales en 5 comunidades autónomas de España.

Recogida de datos:

Variables a medir: Tipo de equipo, dosis total, esquema de fraccionamiento, número de sesiones.

Factores de emisión: Fórmula estandarizada para calcular las emisiones de CO₂ del transporte de pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los tratamientos normofraccionados generan más emisiones de CO₂ que los hipofraccionados, como se refleja en sus medianas más elevadas y mayor variabilidad. En particular, los tratamientos normofraccionados presentan una dispersión significativa en varios centros, con amplios rangos intercuartílicos y múltiples valores atípicos. En Andalucía, un centro destaca por su eficiencia constante, independientemente del tipo de fraccionamiento, lo que refleja un buen control de emisiones. En contraste, otro centro se convierte en un caso atípico bajo tratamientos normofraccionados, probablemente debido a procesos logísticos más contaminantes, como el traslado de pacientes desde zonas remotas mediante transporte aéreo.

El hipofraccionamiento, al reducir el número total de sesiones, disminuye los traslados y por tanto las emisiones asociadas. Esta modalidad implica menor carga física y emocional para los pacientes y menor impacto ambiental. La evidencia clínica respalda su eficacia, comparable a la radioterapia convencional, especialmente en cáncer de próstata, tanto en control tumoral como en efectos secundarios.

EL IMPULSO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA EN LA FORMACIÓN CON ENFOQUE COMUNITARIO.

 Juan Jimenez Hervas; Yolanda Del Rey Granado; Lorena Barreiro Portela; Maria Del Pilar Martínez Fernandez; Jesús Ramón Castro Herranz; Marta Hermoso Torres

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 130

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La orientación comunitaria del sistema sanitario plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja y conlleva el uso de estrategias basadas en la evidencia. En el marco de una Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria (AP) autonómica (ESC) se tiene como objetivo potenciar y fortalecer los tres niveles del enfoque comunitario: Nivel 1: Atención individual prescribiendo activos en salud comunitarios. Nivel 2: Grupal. Ofertando talleres de educación para la salud para cubrir las necesidades de la población en materia de prevención y promoción de la salud. Nivel 3: Colectivo. Participar de forma coordinada y colaborativa con la comunidad en mesas, consejos y comisiones. La ESC consta de 9 ejes estratégicos, siendo el eje 6: Formación y Cultura, que responde a las necesidades expresadas por los profesionales de AP de conocimientos y habilidades para llevar a cabo los tres niveles.

OBJETIVO

Garantizar que mayor número de profesionales formados sobre el abordaje biopsicosocial desde la aplicación del enfoque comunitario en los tres niveles.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo del plan formativo con enfoque comunitario en los años 2023 y 2024 desde la implantación de la ESC. Fuente: Aplicación informática formación AP (FORMAP). Población diana: 2.629 profesionales formados de AP. Variables de estudio: Cuantía económica anual. Nº de profesionales formados. Nº horas impartidas. Grado de satisfacción de los discentes. Nº de cursos con enfoque comunitario. Nº de cursos por cada nivel.

RESULTADOS

La cuantía económica durante esos años ha sido 12,7 % del total de actividades gestionadas desde la Unidad de Formación Continuada (UFC). En 2023 han sido formados 1246 profesionales (P) de todas las categorías profesionales, con un grado de satisfacción de 8,70 sobre 10. En 2024 fueron un total de 1.383 P con 8,9 de satisfacción.

El nº de horas impartidas ha pasado de 223 horas en 2023 a 660 horas en 2024. El nº de cursos con enfoque comunitario (EC) ha sido un total de 77 cursos, siendo 23 de ellos en 2023 y 54 en 2024. Del total de cursos, 17 han sido dirigidos al nivel 1 del EC, 35 dirigidos al nivel 2 y 25 dirigidos al nivel 3.

CONCLUSIONES

La implementación del plan formativo de la ESC durante el 2023 y 2024 ha supuesto un aumento significativo en el nº de cursos dirigido a los tres niveles del EC, la cuantía económica, el grado de satisfacción y el alcance de nº de profesionales formados en todas las categorías profesionales que trabajan en AP. El incremento en las horas formativas se ha correlacionado con un aumento significativo de las actividades asistenciales grupales, que pasaron de 1.242 a 3.761 anuales, así como de las actividades comunitarias, que se incrementaron de 1.146 a 3.433 al año.

INDICADORES DE AGRESIVIDAD TERAPEUTICA Y ATENCIÓN POR SERVICIOS DE SOPORTE EN LEUCEMIAS

 *Lourdes Pétriz González; Montse Arnán Sangermán; Joan Muniesa Rubió; Eva Loureiro Varela; Tarsila Fero Garcia; Subcomité de Mortalidad*

 *Institut Català d'Oncologia*

Identificador: 131

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Subcomité de Mortalidad (SM) evalúa los exitus hospitalarios que en su último mes de vida recibieron tratamiento sistémico onco-hemato-específico (del inglés SACT) y establece indicadores internacionales de agresividad terapéutica y de derivación a cuidados paliativos. De este análisis del SM se objetiva que leucemias es la segunda patología más prevalente (9%) después del cáncer de pulmón (28%).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer indicadores de intensidad terapéutica (IT) y de inclusión en Programa de cuidados paliativos (PCP) en leucemias. Compararlos con los de Tumor sólido (TS) y Neoplasias hematológicas (NH).

Identificar si existen factores diferenciales con respecto al resto de patologías.

Se obtienen listados mensuales de casos del cuadro de mando institucional. Se registran y validan manualmente en una base de datos específica.

Criterios de inclusión: adultos >18 a., diagnóstico onco-hematológico, exitus en hospital con SACT<=30d.

Periodo: 2017 – 2023

Indicadores de IT: SACT<=14d; cambio de esquema terapéutico (CET).

Participación en PCP: % de derivaciones y cuántas en menos de 3 días al éxitus (PCP<=3d), así como de psicooncología (PPSO).

Selección de los casos con leucemia. Estudio del registro de variables según los pacientes sean derivados o no al PCP.

La explotación de los datos se realiza con soporte de programación en “R” y presentación en Shiny. Los resultados se han comparado con los datos disponibles para TS y NH (análisis univariado y bivariado, mediante Chi-cuadrado o F-Fisher) y se presentan en forma de tablas y gráficas evolutivas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Casuística de todas las NH: Leucemias 258(36%); LNH 244(34%); Mielomas múltiples 121(17%) y otros (SMD/SLP): 90(12%).

Descriptiva de leucemias: 60% hombres; edad media 65a (43%>70a); ECOG 1-2: 71%; media de comorbilidades: 3 (18%-2ª neoplasia). Distribución: LAM:63%; LMC: 8,8%; LAL: 8,1% y otras: 9%. En debut de enfermedad 48.8% y en progresión: 46.7%.

Exitus en la primera dosis: 34%; inducción: 52,3%; rescate: 29,3%. Ensayo:15,2%. Administración de SACT en planta: 58%

Indicadores IT: SACT<=14d=33%; CET=19.2%; inclusión en PCP:33.2% y PCP<=3d: 34.9%.

Para los registros de síntomas entre PCP: Si/No, hay mayor tasa de los psico-emocionales y uso de opioides en el grupo de “PCP Si” y de los físicos en el de “PCP No”. Los síntomas severos se distribuyen a favor de “PCP Sí” para los invalidantes o de “PCP No” si precisan terapéuticas más activas.

Para NH el indicador SACT<=14d es del 30.6%, está en rango con lo publicado (28%). Para la selección de leucemias es del 33%.

La tasas PCP y PCP<=3d para leucemias son menores a las observadas en NH. No hemos encontrado un estándar publicado con que comparar.

Consideramos condicionantes de los resultados: diagnóstico de gravedad, alta expectativa de tasas de respuesta terapéutica, tratamientos intensivos que requieren ingreso, necesidad de soporte con hemoderivados y de UCI.

Buena sintonía de PCP con PPSO.

Necesidad de aproximación entre Hematología y PCP para mejorar el soporte psico-emocional.

PROYECTO DE MEJORA DEL DESCANSO NOCTURNO, DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN DESDE LA VOZ DEL PACIENTE Y LOS PROFESIONALES.

 Roser Terradas Robledo ⁽¹⁾; Laia Lacueva Pérez ⁽²⁾; Sandra Urbano Romero ⁽³⁾; M^aTeresa Carrasco Aranda ⁽⁴⁾; Olga Vazquez Ibar ⁽³⁾; Adrià Moncusí Armengol ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital del Mar; ⁽²⁾ Hospital del Mar. Hospital del Mar Research Institute.; ⁽³⁾ Centre Fòrum. Hospital del Mar.; ⁽⁴⁾ Hospital del Mar.; ⁽⁵⁾ Hospital del Mar Research Institute. Hospital del Mar.

Identificador: 133

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El descanso nocturno es un factor clave en el bienestar y la recuperación de los pacientes. En los centros de nuestra Institución, los resultados de la encuesta PLAENSA muestran de manera consistente una baja satisfacción respecto a la tranquilidad para descansar por la noche. Por lo que se impulsó un proyecto institucional con el fin de identificar qué factores producían más insatisfacción a los pacientes para implementar acciones de mejora efectivas. También se pidió a los profesionales de los turnos de noche que hiciesen sugerencias para mejorar el descanso nocturno.

OBJETIVOS

Mejorar la satisfacción de los pacientes hospitalizados en relación con el descanso nocturno.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-post intervención. Estudio preintervención: Corte de prevalencia mediante una encuesta presencial a todos los pacientes ingresados de los ámbitos de agudos y de atención intermedia durante abril de 2022. La encuesta fue creada ad hoc sobre factores que podían afectar al descanso nocturno y se digitalizó. Por otro lado, se recogió la opinión de los profesionales de los turnos de noches sobre cómo mejorar el descanso nocturno. Intervención: Consistió en identificación e implementación de acciones de mejora a partir de los datos recogidos. Estudio postintervención: entre los meses de junio y noviembre de 2024, se repitió la encuesta a los pacientes para evaluar el impacto de las acciones implementadas y recoger nuevas propuestas de mejora. Análisis estadístico: pruebas de chi-squared y test de Fisher por las variables categóricas, la U de Mann-Whitney por las continuas no paramétricas y el z-test para contrastar proporciones, identificando así las variaciones significativas entre ambas fases.

RESULTADOS

En el estudio preintervención, se encuestaron 266 pacientes y 243 en el post intervención. A partir de las respuestas de los pacientes y profesionales se identificaron 27 acciones de mejora, de las cuales se implementaron el 60%. El ruido y la temperatura, que fueron los principales motivos de insatisfacción, mejoraron, aunque en el ámbito de agudos siguieron siendo los factores que más afectaban al descanso nocturno. La iluminación, la comodidad del colchón, compartir habitación y la valoración de la tranquilidad para descansar por la noche, mejoraron en el ámbito de agudos, pero empeoraron ligeramente en la atención intermedia. Junto con el ruido, la iluminación sigue siendo uno de los factores que más afecta al descanso nocturno en el ámbito de atención intermedia. Se recogieron nuevas propuestas que orientarán hacia nuevas acciones.

CONCLUSIONES

La comparación de los resultados entre los dos periodos muestra una mejora significativa de la satisfacción de los pacientes en el ámbito de agudos mientras que empeoró en la atención intermedia. El proyecto ha demostrado que la escucha activa y sistemática de los pacientes puede generar cambios en la calidad asistencial, además de mejorar la experiencia de hospitalización.

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CONSORCIO SANITARIO

😊 Laia Lacueva Pérez ⁽¹⁾; Roser Terradas Robledo ⁽¹⁾; Marina García Suarez ⁽²⁾; Laia Domingo Torell ⁽³⁾; Mercè Comas Serrano ⁽³⁾; Maria Sala Serra ⁽⁴⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital del Mar. Hospital del Mar Research Institute.; ⁽²⁾ Hospital del Mar; ⁽³⁾ Hospital del Mar Research Institute. Hospital del Mar. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS); ⁽⁴⁾ Hospital del Mar Research Institute. Hospital del Mar. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS).

Identificador: 134

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Evaluar la cultura de seguridad es uno de los objetivos de los Planes de Seguridad del paciente y permite identificar áreas de mejora en las Instituciones.

OBJETIVOS

Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de los centros que conforman un consorcio sanitario.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. Periodo de estudio: Julio-octubre de 2024. Población: profesionales que estuvieran en activo en el momento de la realización de la encuesta. Instrumento: Encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS 2.0) de la Agencia Americana de Calidad e Investigación en salud (AHQR). Recogida de datos: Por SMS y canales internos de la institución, con enlace a la encuesta digitalizada. Variables: Demográficas y del puesto de trabajo, 32 ítems (de escala Likert) que se agrupan en 10 dimensiones, y dos variables sobre número de eventos adversos reportado en el último año y opinión sobre la seguridad del paciente en el puesto de trabajo. Finalmente, texto libre para comentarios. Análisis de datos: Siguiendo las instrucciones del AHQR, se recodificaron las respuestas valorando como respuestas positivas en cultura de seguridad en preguntas formuladas en positivo las categorías Muy de acuerdo y de acuerdo o A menudo y siempre y las formuladas en negativo Muy en desacuerdo y en desacuerdo o Raramente y Nunca. La evaluación de la seguridad del paciente se consideró positiva cuando la respuesta fue “excelente”, “muy buena” o “buena”. El número de incidentes reportados se consideró positivo cuando se había hecho alguna notificación en el último año. Para la evaluación se consideró un porcentaje de respuestas positivas: >75% fortalezas, entre el 75% y el 50% áreas de mejora y <del 50% debilidades.

RESULTADOS

Respondieron 502 profesionales: 232 (46,2%) enfermeras, 165 (32,9%) TCAI, 40 (8%) médicos/as, y 65 (12,9%) otros profesionales y de apoyo. Edad media 43,6 (18-66). La tasa de respuesta fue del 11%. Se encontraron como fortalezas: la dimensión sobre trabajo en equipo (76,2%) y la de apoyo que dan los supervisores y jefes (73,8%). Dimensiones en área de mejora: La comunicación y receptividad (65,9%), Informar de eventos relacionados con la seguridad del paciente (64,9%), la comunicación sobre errores (62,6%) y el aprendizaje organizativo (58,1%). Se encontraron como debilidades: la transferencia e intercambio de información (48,6%), la respuesta a los errores (45,6%), el apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente (32,9%) y la presión y ritmo de trabajo (26,4%).

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio permiten disponer de una visión global y estructurada de la cultura de seguridad del paciente. Objetivar debilidades y áreas de mejora de la propia institución, es el primer paso para implementar un plan de mejora de la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios.

EL VALOR DE LA PREGUNTA CUALITATIVA EN UNA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD, MÁS ALLÁ DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

 *Laia Lacueva Pérez* ⁽¹⁾; *Roser Terradas Robledo* ⁽¹⁾; *Marina García Suarez* ⁽²⁾; *Laia Domingo Torell* ⁽³⁾; *Andrea Burón Pust* ⁽³⁾; *Mercè Comas Serrano* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital del Mar. Hospital del Mar Research Institute.; ⁽²⁾ Hospital del Mar.; ⁽³⁾ Hospital del Mar Research Institute. Hospital del Mar. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS)

Identificador: 135

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las preguntas abiertas en encuestas de cultura de seguridad permiten captar matices que los ítems cerrados no recogen, dando voz directa a los profesionales. Este enfoque cualitativo complementa y enriquece los resultados cuantitativos, aportando una visión más completa de la percepción sobre la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Evaluar la concordancia entre los resultados cualitativos y cuantitativos de la encuesta de cultura de seguridad, e identificar temas emergentes no contemplados en las dimensiones cuantitativas.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal. Periodo de estudio: Julio-octubre de 2024. Población: profesionales que estuvieran en activo en el momento de la realización de la encuesta. Instrumento: Encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS 2.0) de la Agencia Americana de Calidad e Investigación en salud (AHQR). Recogida de datos: Por SMS y canales internos de la institución, con enlace a la encuesta digitalizada. Variables: Demográficas y del puesto de trabajo, 32 ítems (de escala Likert) que se agrupan en 10 dimensiones, y dos variables sobre número de eventos adversos reportado en el último año y opinión sobre la seguridad del paciente en el puesto de trabajo. Finalmente, texto libre para comentarios. Análisis de datos de la pregunta de texto libre: Se realizó un análisis cuantitativo del texto. La unidad de análisis fue cada uno de los comentarios de los profesionales. Dos profesionales realizaron una lectura independiente, desglosando y clasificando los comentarios en categorías y subcategorías.

RESULTADOS

Respondieron 502 profesionales: 232 (46,2%) enfermeras, 165 (32,9%) TCAI, 40 (8%) médicos/as, y 65 (12,9%) otros profesionales y de apoyo. Edad media 43,6 (18-66). Se recogieron 135 respuestas en la pregunta de comentarios. La cumplimentación de la pregunta fue desde el 18% al 53,8% de los profesionales de los distintos centros. De los comentarios se extrajeron distintas categorías y subcategorías resultando en 205 verbatim. 200 de ellos fueron negativos, referentes a Condiciones de trabajo 103 (51,5%), a los propios profesionales 28 (14,0), a la Estructura, equipos o materiales 19 (9,5%), Alusiones a la Dirección 16 (8,0%), a la Comunicación 17 (8,5%), a la organización y procesos asistenciales 15 (7,5%), y Otros 2 (1,0%). El 82,5% de los comentarios se relacionaron con las dimensiones cuantitativas establecidas en la encuesta, especialmente con presión y ritmo de trabajo (51,5%) y apoyo de la dirección (13%). Emergieron temas no contemplados en el cuestionario, como falta de formación de profesionales de nueva incorporación, personal inexperto y problemas organizativos.

CONCLUSIONES

El análisis cualitativo refuerza los hallazgos cuantitativos, especialmente en las dimensiones peor valoradas. Adicionalmente, aporta información relevante para la mejora de la seguridad del paciente, lo que subraya la importancia de incluir preguntas abiertas en este tipo de estudios.

PROYECTO DEIKEA, APLICACIÓN DEL METODO LEAN EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE.

 JUSTO PEREZ VERGARA; BEGOÑA ALONSO UBEDA; ALEJANDRA ABAD GONZALEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Identificador: 136

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El hospital de día médico (HDM) es un espacio de atención ambulatoria, en los que en un corto periodo de tiempo el paciente recibe una atención multidisciplinar compleja, en la que se gestionan recursos similares a los utilizados en unidades de hospitalización. El HDM de nuestro centro sanitario realiza 10.317 sesiones al año para 12 especialidades diferentes. Se trata de un hospital polivalente con una alta actividad agendada, así como una alta demanda de actividad imprevista. Esto hace necesaria implementar una gestión del proceso eficiente, que mejore la seguridad y la experiencia de los pacientes .

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Optimizar la utilización de recursos materiales, humanos, estructurales y dispositivos médicos.

Favorecer la sostenibilidad del proceso.

Mejorar la experiencia del paciente

Mejorar la comunicación y la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso.

Desarrollar la cultura de trabajo en equipo y mejora continua.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo lo objetivos propuesto, un equipo multidisciplinar trabajó en el rediseño del proceso de atención a pacientes en HDM utilizando la metodología Lean Healthcare:

Identificar el valor añadido desde la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales.

Entender el mapa de flujo de valor (VSM). El VSM es una herramienta visual que incluye la diagramación del flujo de trabajo actual y del ideal desde la iniciación del proyecto hasta que termina. Identificando actividades que no aportan valor al proceso, los desperdicios.

Crear un flujo de valor.

Establecer un adecuado reparto de las cargas de trabajo.

Mejora continua. La gestión LEAN es iterativo y no puntual , en busca de la perfección .

RESULTADOS

los resultados, tras intervenir en distintos lugares del VSM del HDM han sido:

Disminución de la actividad imprevista del 29 al 10% de media y, del 25% al 8% en oncología.

Limpieza de la Agenda de HDM:

- Creación de un nuevo recurso digital: Sala de recuperación para actividad externa a la unidad
- Extracción de Analíticas urgentes de HDM en Laboratorio sin necesidad de reserva en HDM.
- Liberación de la administrativa de HDM para la gestión de citas de la unidad.

Circulación del paciente en HDM:

- Mejora de la cartelería de acceso a la unidad: admisión y circuitos internos.
- Uso generalizado de Quenda Medic para el traslado de pacientes por la unidad.

Reservas de HDM:

- Creación de un mapa visual de la ocupación de HDM para peticionarios y personal de la unidad.
- Modificación del petitorio de reservas con tiempos asociados concretos .
- Estandarización de la información previa necesaria a una reserva.

Sala de tratamientos:

- Briefing al inicio de la mañana y, a mitad de turno.
- Creación de la figura Enfermera Jefa de Sala.
- Creación de mapa físico de ocupación.
- Traslado informático de pacientes al recurso real .

Nueva dinámica de reuniones del equipo semanales.

Incorporación de la MEJORA CONTINUA.

SESIONES DE REPORTING DE LOS COMITÉS ASISTENCIALES TRANSVERSALES CON LA DIRECCIÓN. NOS ALINEAMOS Y AVANZAMOS JUNTOS

 MARC MATARRODONA RIERA; MÒNICA MARTÍNEZ NAVARRO; ORIOL FERRÉ TORRENTE; MÍRIAM MOYA PAZ; JOSEP TRENADO ALVAREZ

 FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MÚTUA TERRASSA

Identificador: 137

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los comités asistenciales transversales influyen en todos los niveles de una Organización Sanitaria Integrada (OSI). Cada comité tiene autonomía y esto exige máxima coherencia con la estrategia y prioridades de la institución.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo: Consolidar una sesión anual de reporting de resultados, prioridades y necesidades de los comités asistenciales transversales con la dirección para lograr objetivos compartidos.

METODOLOGÍA

Nuestra organización dispone de una estructura funcional con más de 60 comités asistenciales. Entre ellos, 14 comités asistenciales transversales: Evaluación Proveedores Asistenciales Externos, Prevención de la Infección, Ética Asistencial, Ética en Investigación, Farmacia Terapéutica, Mortalidad, Promoción de la Salud, Prevención Violencia Ocupacional, Calidad Asistencial, Historias Clínicas, Calidad Radiodiagnóstico, Seguridad Paciente, Modelo de Curas y Transfusión Sangre y Hemoderivados. Desde 2022 el Comité de Calidad Asistencial convoca anualmente una sesión de reporting. En ella, los presidentes de los comités disponen de 10 minutos para hacer balance del año anterior (objetivos alcanzados, en curso y NO alcanzados) y presentar los actuales. Al final, la dirección interviene para validar y/o reenfocar los objetivos propuestos. También toma nota de las necesidades planteadas por cada comité. El Comité de Calidad Asistencial elabora un informe resumen de las presentaciones y las aportaciones de la dirección. Este informe es validado por todos los comités y la dirección, constituyen el punto de partida de la siguiente sesión anual y se publican en el Repositorio Documental Asistencial.

RESULTADOS

En 4 años (2022, 2023, 2024 y 2025) el número de comité transversales ha pasado de 9 a 14 y los objetivos totales presentados han incrementado de 72 (2022) a 100 (2025). En 2022 se alcanzó el 68% de los objetivos; en 2023, el 63%; en 2024, el 51%; y en 2025 el 56%. Los objetivos en curso han sido un 11%, un 16%, un 30% y un 28%, respectivamente. Los objetivos NO alcanzados muestran tendencia a disminuir: 21% (2022), 21% (2023), 18% (2024) y 8% (2025). Las aportaciones mas destacadas de la dirección han sido en el capítulo de recursos humanos y tecnológicos de los comités de Ética en Investigación y de Transfusión de Sangre y Hemoderivados, valorando propuestas de incremento. La dirección también ha mediado para mejorar indicadores del Comité de Mortalidad y ha apoyado la labor del reciente Comité de Prevención de Violencia Ocupacional.

CONCLUSIONES

Las sesiones de reporting permiten una visión global y compartida de la organización, incrementan el compromiso de los comités con los objetivos, motivan la implicación de la dirección y en consecuencia disminuye el % de objetivos NO alcanzados. Más allá de los resultados, se ha generado un espacio de encuentro muy respetado y valorado para compartir estrategia y enfoque en beneficio de mejores resultados para los pacientes.

USO DE LEAN HEALTHCARE EN UN LABORATORIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA DE UNA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

 ANTONIO CERVERA BARAJAS; PATRICIA BONACHELA SOLAS; LUIS LÓPEZ RODRÍGUEZ; ROSA HERRERO LÓPEZ

 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Identificador: 138

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La inmunohistoquímica (IHC) es vital en Anatomía Patológica para el diagnóstico de neoplasias y decisiones clínicas, pero su complejo proceso de preparación de muestras exige control riguroso para la calidad y reproducibilidad. El 60-80% del manejo del paciente se basa en datos de laboratorio, subrayando la importancia de la estandarización. En nuestro centro, las solicitudes de IHC aumentaron a 69.000 en 2023. A pesar de los avances, persisten problemas como sobrecarga y desorganización, que afectan la productividad y calidad. Este proyecto busca optimizar el proceso de IHC mediante el análisis, la mejora de calidad, la estandarización y el aumento de eficiencia y precisión diagnóstica. Para ello, se empleará la metodología Lean Healthcare, enfocada en la eliminación de desperdicios y la optimización de procesos para mejorar calidad, eficiencia y reducir costos en el ámbito sanitario.

OBJETIVOS

Describir el proceso de preparación y entrega de las muestras utilizadas en el Laboratorio de Inmunohistoquímica.

Eliminar las acciones que no aporten valor al proceso.

Elaborar el proceso de preparación de muestras adoptando las mejoras aportadas por el equipo.

METODOLOGÍA

Fase 1: Diagnóstico inicial. Mapeo de flujo de valor (VSM): Creación de un mapa del estado actual del proceso para identificar problemas y actividades de valor añadido y no añadido, según principios Lean.

Fase 2: Identificación de problemas. Análisis causa-raíz: Se utilizará la herramienta de los “5 porqués” para identificar la causa fundamental de los problemas, formulando repetidamente la pregunta “¿Por qué?”.

Fase 3: Diseño e implementación de mejoras

Describirá el problema principal, análisis del estado actual, objetivo y propuesta de mejoras con cronograma y responsables.

Realización de las “5 S”

Implementación de mejoras: Aplicación de las soluciones propuestas por el equipo de trabajo.

Fase 4: Evaluación post-intervención. Medición de indicadores clave (KPIs): Se medirán tiempos de respuesta, ratio de productividad, reducción de errores y eficiencia del flujo de trabajo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se desarrolló un Value Stream Map del proceso de inmunohistoquímica con los profesionales del Laboratorio.

Se hizo un Layout del servicio, donde se observó: Espacios no estandarizados, que las máquinas eran limitantes, se trabajaba por lote y que las tareas eran monótonas y repetitivas.

Los principales problemas identificados:

Relacionado con los Bloques: ubicación de los mismos en diferente lugares del edificio; falta de hielo; dificultad en encontrar los bloques, muestras dañadas.

Relacionadas con los cortes: Falta de espacio para colocar un tercer puesto de corte; la aplicación del ordenador no reconoce los bloques; material de control insuficiente.

Relacionado con las máquinas: Falta de reactivo; no reconoce las etiquetas; uso de máquinas de otros laboratorios.

Relacionados con el proceso: tiempo de estufa limitante; muchas interrupciones; proceso no fluido; reclasificación de cristales en bandeja; multitud de recorridos.

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Patricia Bonachela Solás; Guiovana Osorio Gonez; ANTONIO Cervera BARAJAS; Elena Baquero Sánchez; Alonso García Núñez; José Juan Pereyra Rodríguez

 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Identificador: 139

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la calidad de vida de los pacientes. Su manejo requiere coordinación entre profesionales sanitarios para garantizar un abordaje integral. El tratamiento de la HS combina estrategias médicas y quirúrgicas, por lo que es fundamental un enfoque multidisciplinar que implique colaboración entre diferentes especialidades.

En nuestro hospital, mejorar la coordinación entre especialistas y optimizar los recursos son prioridades para garantizar un modelo asistencial centrado en el paciente. Este proyecto busca rediseñar el proceso asistencial desde una perspectiva colaborativa, permitiendo un flujo eficiente del paciente a través de las diferentes etapas de su manejo.

OBJETIVOS

Mejorar la calidad asistencial del paciente con HS mediante el rediseño del circuito asistencial basado en un enfoque LEAN.

Reducir la variabilidad en el manejo por dermatólogos generales.

Incrementar la capacidad y eficiencia de la consulta monográfica.

Incorporar teleconsulta para agilizar las derivaciones desde Atención Primaria (AP).

Promover un abordaje multidisciplinar entre Dermatología y especialidades médicas y quirúrgicas.

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología LEAN para analizar el circuito asistencial del paciente con HS, identificando las limitaciones estructurales y organizativas que afectaban la continuidad asistencial y el abordaje multidisciplinar. A través de un Value Stream Map, se detectaron áreas clave de mejora relacionadas con recursos, procesos internos y la integración entre niveles y servicios. Las soluciones implementadas buscaron estandarizar el manejo clínico, coordinar mejor los servicios implicados y optimizar el flujo asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las soluciones implementadas incluyen:

Apertura de la teleconsulta entre AP y Dermatología, favoreciendo derivaciones priorizadas en función de gravedad mediante anexos fotográficos.

Establecimiento de criterios claros para identificación, manejo y derivación del paciente con HS desde AP.

Rediseño del circuito interno en Dermatología, estandarizando protocolos de manejo.

Incorporación de una enfermera para dar apoyo en la consulta monográfica, incluyendo curas avanzadas para pacientes graves.

Optimización de agendas y uso del ecógrafo para maximizar su disponibilidad para los dermatólogos responsables de la consulta monográfica.

Incremento de la disponibilidad de quirófanos de Dermatología asignados a intervenciones en HS.

Aunque se lograron avances significativos, queda pendiente mejorar la coordinación con los servicios quirúrgicos y crear una agenda estructurada para la enfermera, consolidando el abordaje integral.

La implementación de estrategias LEAN ha mejorado significativamente la calidad asistencial del paciente con HS, reduciendo la variabilidad en el manejo y agilizando el proceso. La apertura de teleconsulta, la estandarización de protocolos, y el aumento de recursos son hitos destacados.

OPTIMIZACIÓN DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

 Vanesa Pascual Granollés; Mariona Xercavins Valls; Thina Helen Coronado Villagómez; Silvia Del Río Rodera

 Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Identificador: 140

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad por sepsis-bacteriemia supone un 10-50% dependiendo del paciente, microorganismo y la rapidez en el inicio del tratamiento. Los hemocultivos (HC) son una prioridad en el servicio de urgencias (SU) facilitando la detección temprana de patógenos, resistencias, orientación del tratamiento antibiótico y prevención de complicaciones. La sensibilidad de los HC se relaciona con el microorganismo, el volumen de la muestra, el momento de la extracción y la ausencia de antibiótico previo. La metodología para la extracción de HC está bien descrita siendo críticos dos aspectos: número de frascos por extracción (2 por venopunción de 2 venopunciones distintas) y volumen de sangre por frasco (10mL/adultos). A mayor número de extracciones mayor sensibilidad diagnóstica y ayuda a diferenciar entre contaminación e infección. Una sola extracción puede ser insuficiente para confirmar la presencia de patógenos en casos de baja carga bacteriana. El intervalo entre las extracciones debe ser de 10-30min, pudiendo acortarlo en situaciones urgentes. Para no retrasar el inicio del tratamiento antibiótico en el SU, pueden extraerse los HC consecutivos mediante dos venopunciones diferentes. Aunque realizar dos extracciones implica un mayor coste inicial, reduce los costes asociados a tratamientos innecesarios y complicaciones derivadas de diagnósticos erróneos. A principios de 2024 se detectó que durante el 2023 y las primeras semanas del 2024 el porcentaje de HC con dos extracciones había disminuido (<50%).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Lograr que más de 85% de los HC extraídos tengan 2 extracciones. Diseño pre-test y pos-test en el SU el año 2024. Las medidas aplicadas fueron: formación de la técnica de extracción, registro diario de los HC con una sola extracción, información al profesional responsable y seguimiento de los resultados.

RESULTADOS

Entre los meses de enero-marzo se extrajeron HC a 1227 pacientes, el 48% con 2 extracciones. En abril-mayo se implementaron las acciones. A finales de mayo el 77% tenía 2 extracciones, el 89% en junio, manteniéndose por encima del 90% de julio-diciembre. De los HC con 2 extracciones de enero-marzo el crecimiento bacteriano en ½ frascos fue del 14.7%, mientras que de junio-diciembre fue del 28%. Este incremento está relacionado con el incremento del número de frascos cultivados. Al cerrar el año 2024 en el SU se realizaron HC en 4552 pacientes, el 75.4% con 2 extracciones. Ha habido un incremento en la cantidad de frascos utilizados y en el coste. En 2023 se consumieron 13.365 frascos (50.186€) mientras que en 2024 se consumieron 16484 frascos (62.432€).

CONCLUSIONES

Tras la aplicación de las acciones incrementó el porcentaje de HC con 2 extracciones, el consumo y los costes. Existe un incremento de HC con crecimiento en un solo frasco, como consecuencia del incremento de extracciones con dos frascos. El mayor coste inicial, debería reducir los costes asociados a tratamientos innecesarios y complicaciones derivadas de diagnósticos erróneos.

ENFERMERÍA, ACTOR CLAVE EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

 **MARÍA CELIA SÁNCHEZ MARTÍN; PATRICIA IGLESIAS SÁNCHEZ; MARÍA FÉLIX AMARILLA PÉREZ; MARÍA CRISTINA BORRELLA CABALLERO; Nuria María Castaño García; ANTONIO BARRERA MARTÍN MERAS**

 **COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO CÁCERES**

Identificador: 141

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La hidradenitis supurativa (HS), enfermedad inflamatoria crónica compleja que puede progresar a un estado inflamatorio crónico con formación de lesiones cutáneas irreversibles, requiere un enfoque multidisciplinar en la que la continuidad asistencial es clave para la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de la eficiencia del sistema sanitario. La enfermería desempeña un papel estratégico en la coordinación y empoderamiento de estos pacientes, facilitando el seguimiento clínico, la educación sanitaria y la prevención de recaídas. La necesidad de un modelo asistencial más estructurado, de calidad y eficiente motivó la implementación de nuevas herramientas organizativas.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar una red de enfermería multidisciplinar que garantice la continuidad asistencial en pacientes con HS. Crear una consulta de enfermería dermatológica para HS que actúe como apoyo estructural a la consulta multidisciplinar, optimizando el flujo asistencial, el seguimiento programado y la atención al paciente.

METODOLOGÍA

En 2024 se analizó el circuito asistencial de pacientes con HS con metodología LEAN y herramientas de mejora de procesos como el Value Stream Map.

Se constituyó un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de los servicios clínicos implicados con el apoyo de la unidad de calidad y seguridad de paciente. Identificadas las áreas críticas, se diseñó un nuevo flujo asistencial con la creación de una red de enfermería, orientada a garantizar la continuidad y reforzar la atención integral desde la consulta multidisciplinar de HS.

RESULTADOS

Se estructuró una red multidisciplinar de enfermería compuesta por enfermeras referentes en dermatología, cirugía general y cirugía plástica con agendas propias para seguimiento de pacientes con HS y se puso en marcha una consulta de enfermería dermatológica específica para HS, coordinada con la consulta multidisciplinar.

Se utilizó el sistema JARA (HCE) como herramienta de comunicación y derivación mediante órdenes clínicas y e-diálogos entre consultas de enfermería referentes en el hospital y de atención primaria.

También se diseñó un informe de continuidad de cuidados estandarizado y accesible desde ambos niveles asistenciales, se creó la prestación de HD y se integró digitalmente el cuestionario DLQI (calidad de vida y resultados en salud).

Desde su creación en diciembre de 2024, se han atendido 111 consultas de enfermería de HD, evidenciando un impacto positivo en la continuidad y calidad asistencial.

CONCLUSIONES

La creación de una red enfermera multidisciplinar y de la consulta específica para HS ha permitido estructurar el seguimiento clínico, mejorar la coordinación entre niveles y aumentar la eficiencia del sistema. Estas herramientas fortalecen el papel de enfermería como eje en la atención continuada, empoderan al paciente y contribuyen a una mejora significativa en resultados en salud, especialmente en enfermedades crónicas complejas como la HS.

FARMACIA CENTRALIZADA EN NEONATOLOGÍA: MINIMIZANDO RIESGOS Y MAXIMIZANDO SEGURIDAD

 *Maria Romero Denia; MARTA MARTIN MARQUES; Mar Albújar Font; Alejandro Sanjuan Belda; Carla Daiana Ciuciu David; Laura Canadell Vilarrasa*

 *Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona*

Identificador: 144

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La atención al paciente neonatal implica un elevado riesgo de errores de medicación debido a la necesidad de preparar dosis ajustadas al peso, concentraciones específicas y volúmenes mínimos. En respuesta a una solicitud del equipo de pediatría, se planteó centralizar en el Servicio de Farmacia (SF) la elaboración de fármacos destinados a la UCI-Neonatal (UCI-N). Esta medida tenía como fin reducir errores, estandarizar procesos, aumentar la velocidad y permitir que el personal de enfermería pudiera centrar sus esfuerzos en los cuidados asistenciales al contar con la medicación ya preparada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue la implementación de la centralización de preparados intravenosos en el SF para neonatos, garantizando su seguridad, trazabilidad y eficiencia. El Servicio de Pediatría propuso la centralización de antibióticos, antiepilépticos, fármacos empleados en la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la cafeína. Desde el SF se establecieron como criterios para la inclusión aquellos medicamentos que presentasen evidencia de estabilidad suficiente y un volumen de uso que justificase su elaboración centralizada. La selección de fármacos final fue consensuada entre el SF y el de pediatría. Se introdujeron guías de elaboración en el programa del SF, ajustando el material de acondicionamiento en base a las necesidades. Además, en el sistema de prescripción electrónica en el paciente de UCI-N se incluyeron prescripciones con las dosis y velocidades de infusión recomendadas. En la UCI-N se cuenta con armarios informatizados para almacenar la medicación preparada. Desde el SF se fijaron niveles mínimos y máximos de stock según el uso, garantizando disponibilidad en situaciones de emergencia sin riesgo de caducidad. Los técnicos de farmacia reponen el stock, aunque desde la planta pueden solicitar incrementos puntuales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se centralizó la elaboración de nueve principios activos de uso frecuente en la UCI-N, como adrenalina, levetiracetam, vancomicina y cefotaxima. De algunos principios activos se crearon varias presentaciones para que se adaptaran al peso de los pacientes, ya que finalmente la centralización se amplió también a la UCI-Pediátrica (UCI-P). El proceso permitió mejorar la precisión de las dosis, minimizar errores de dilución y etiquetado y liberar tiempo asistencial en la unidad. Se mejoró la trazabilidad mediante el uso de sistemas informatizados, con control de lotes, caducidades y registro de incidencias.

La centralización de medicamentos tanto en la UCI-N como en la UCI-P ha demostrado ser una estrategia eficaz para aumentar la seguridad del paciente, estandarizar procedimientos y optimizar los recursos del hospital. La colaboración multidisciplinar y el uso de tecnologías han sido claves en su éxito. La experiencia permite plantear su extensión progresiva a otros medicamentos y unidades asistenciales.

ASEGURANDO LA CALIDAD MICROBIOLÓGICA: EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA ASÉPTICA EN PERSONAL TÉCNICO DE FARMACIA

 Marta Martín Marqués; Maria Romero Denia; Erika Esteve Pitarch; María Vuelta Arce; Héctor Alabort Ayllon; Laura Canadell Vilarrasa

 Hospital Universitari Joan XXIII

Identificador: 145

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La validación de la técnica aséptica es una herramienta fundamental para garantizar la competencia del personal técnico implicado en la elaboración de medicamentos estériles. Esta práctica resulta esencial en entornos de riesgo elevado, donde cualquier fallo en la manipulación puede suponer un riesgo para la seguridad del paciente. Para asegurar la calidad, se estableció un protocolo sistemático de validación que incluye no solo la correcta ejecución técnica, sino también la incorporación de controles microbiológicos complementarios, con especial atención al análisis de los guantes utilizados al finalizar la manipulación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es verificar la competencia técnica del personal en la correcta ejecución de la técnica aséptica, así como detectar posibles errores en la manipulación a través del análisis microbiológico de los guantes utilizados. La validación se lleva a cabo dos veces al año y también al finalizar el periodo formativo de los nuevos técnicos. Para la simulación del proceso aséptico, se prepara una solución de TSB (soja triptona) disuelta en agua no estéril. Esta solución se reparte en 3 jeringas de 25 mL cada una. A continuación, en condiciones de trabajo propias de un entorno estéril, se inoculan 5 mL de cada jeringa en seis frascos de cultivo estériles. Además, se utilizan tres frascos adicionales como controles negativos, que no se inoculan. Una vez finalizada la manipulación, se realiza también un control microbiológico sobre los guantes del técnico para evaluar si ha habido contaminación durante el procedimiento. Las muestras se incuban durante 14 días a 30–35 °C y, en caso de detectar contaminación, se repite la prueba y se ofrece formación adicional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implementación, se ha evaluado a 10 técnicos superiores. En la primera validación, dos técnicos presentaron contaminación en la técnica, corrigiéndose tras repetirla. En el control de guantes, tres técnicos mostraron contaminación inicial; dos de ellos persistieron tras la segunda prueba. Tras recibir formación adicional, todos superaron la tercera evaluación sin incidencias. En el primer control realizado en 2025, todos los técnicos evaluados obtuvieron cultivos negativos. Únicamente se detectó una contaminación en el control de guantes de uno de ellos, que tras repetir la prueba obtuvo un resultado negativo. Actualmente, el personal ya validado participa activamente en la formación de los nuevos técnicos, utilizando una infografía diseñada específicamente para reforzar el aprendizaje práctico y que forma parte de su rutina habitual.

La validación periódica de la técnica aséptica, el control microbiológico de guantes y la formación continua, ha demostrado eficacia para garantizar la seguridad en la elaboración de medicamentos estériles. Esta estrategia ha permitido reducir significativamente los episodios de contaminación y reforzar la competencia técnica del personal, contribuyendo de forma directa a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

CULTURA Y FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: “ACADEMIA CAZA RIESGOS”

 Mireia Urrea Ayala; Cristina Cruz Duque; Carolina Gallofré Domínguez; Bibiana Gaya Barrau; Agustina Guerrero Linares

 Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Identificador: 146

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En un entorno clínico cada vez más complejo en donde los riesgos asistenciales pueden existir y tener consecuencias para el paciente, se hace evidente la necesidad de adoptar estrategias pedagógicas más innovadoras y efectivas dirigidas a los profesionales para minimizar los errores asociados a la asistencia sanitaria.

La formación teórica tradicional basada exclusivamente en contenidos conceptuales ha demostrado limitaciones en cuanto a la adherencia, la aplicabilidad y la transformación real de la práctica profesional. Ante esta realidad, surge la necesidad de crear un modelo de aprendizaje interactivo con escenarios de simulación controlados y dinámicas de gamificación, que permitan al profesional conceptualizar e identificar situaciones de riesgo en la práctica asistencial y ser conscientes del impacto que estas pueden tener en la calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Llevar a cabo actividades formativas en un formato diferente del habitual para acercar, concienciar y motivar al profesional a aumentar el cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones, de prácticas seguras y el trabajo en equipo.

METODOLOGÍA

Las actividades están planteadas como experiencias formativas positivas con actividades de sensibilización y gamificación dentro de un entorno seguro, en el que los errores se vean como oportunidades de aprendizaje y mejora.

Se realizan talleres presenciales de 30 minutos mensuales, en un espacio fijo, con franjas horarias diferentes durante el día para garantizar la accesibilidad y participación de los profesionales. Las sesiones están dirigidas a todos los perfiles asistenciales, adaptando los contenidos a cada categoría profesional. Las sesiones recrean situaciones reales de la práctica clínica e incorpora dinámicas que refuerzan prácticas seguras como la identificación del paciente, la comunicación efectiva o la higiene de manos.

RESULTADOS

Esperamos generar un espacio de formación donde los profesionales se sientan motivados a volver y repetir los talleres. Entre todos, identificaremos puntos débiles del sistema en la seguridad del paciente y aprenderemos a minimizar los riesgos que afectaran a los pacientes. La “Academia Caza Riesgos” representa una oportunidad para integrar la seguridad del paciente en la cultura organizativa de manera sostenible y atractiva.

CONCLUSIONES

Los nuevos modelos de formación permiten fortalecer la interactividad y el aprendizaje, haciendo conscientes a los profesionales que todos podemos ser “caza riesgos” y que la seguridad del paciente es un proceso continuo de mejora y responsabilidad de todos. Este tipo de estrategias formativas refuerzan el compromiso individual y colectivo, promueven una cultura proactiva y permiten identificar áreas de mejora de forma colaborativa, favoreciendo entornos asistenciales más seguros.

IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DEL PROCESO ASISTENCIAL

 Mireia Urrea Ayala; Carolina Gallofré Domínguez; Sandra Gómez Rodrigo; Cristina Cruz Duque; Bibiana Gaya Barrau; Agustina Guerrero Linares

 Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Identificador: 147

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente constituye un pilar fundamental en la calidad asistencial, especialmente en el paciente pediátrico, donde los errores pueden tener consecuencias graves. En el área de hospitalización del Centro del Cáncer Pediátrico, se identificaron errores asistenciales recurrentes y prevenibles, vinculados principalmente a fallos en la comunicación entre turnos y la ausencia de herramientas sistemáticas de verificación de los procedimientos clínicos. La identificación del paciente y omisiones en la administración de medicamentos se encontraban entre los errores más frecuentes.

OBJETIVOS

Diseñar, implementar y evaluar una lista de verificación (checklist) para su aplicación al inicio de cada turno en las unidades de hospitalización pediátrica oncológica, con el propósito de reducir errores clínicos prevenibles, optimizar la calidad asistencial y fortalecer la cultura institucional de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló en tres etapas. En primer lugar, se diseñó un checklist estructurado en cinco ejes críticos: identificación del paciente, medicación, dispositivos médicos, recursos y gestión de la organización y condiciones de la habitación. Posteriormente, se realizó una capacitación dirigida al personal de enfermería y técnicos en curas asistenciales enfermeras, orientada a garantizar la correcta aplicación y registro del checklist al inicio de cada turno. Finalmente, se llevó a cabo una implementación piloto durante seis meses en las unidades de Oncología-Hematología y Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH), con seguimiento sistemático de los errores asistenciales reportados antes y después de la intervención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la implementación del checklist se evidenció una reducción significativa del 18% en las notificaciones de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Destacaron la disminución del 80% en los errores relacionados con la identificación del paciente y del 20% en los incidentes de medicación. Además, la herramienta permitió la detección temprana y corrección inmediata de errores, contribuyendo a la prevención de eventos adversos y a la mejora continua del proceso asistencial. El personal valoró positivamente su utilidad y la integración del checklist a la rutina diaria, lo cual favoreció la comunicación entre turnos y la estandarización de prácticas clínicas.

La incorporación de un checklist de seguridad al inicio de cada jornada laboral demostró ser una estrategia efectiva, de bajo coste y alta aplicabilidad para reducir errores asistenciales en un entorno pediátrico de alta complejidad. Su uso sistemático promovió mejoras significativas en la seguridad del paciente, en la calidad del cuidado y en la cohesión del equipo asistencial. Se está valorando implementarlo en otras unidades hospitalarias como parte de un enfoque integral de mejora continua en la atención sanitaria. Actualmente se encuentra en la fase de informatización para aumentar su practicidad y reducir el uso de papel.

DEL CAOS A LA COORDINACIÓN: INTERCONSULTA DIGITAL PARA MEJORAR EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS

 MARTA MARTIN MARQUES; Maria Romero Denia; Olga Calavia Garsaball; Alejandro Sanjuan Belda; David Pascual Carbonell; Laura Canadell Vilarrasa

 HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA

Identificador: 148

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El uso adecuado de los antimicrobianos en pacientes pediátricos hospitalizados es esencial para garantizar la seguridad clínica, mejorar los resultados terapéuticos y prevenir la aparición de resistencias bacterianas. Para reforzar la toma de decisiones y facilitar la comunicación entre los distintos profesionales implicados, se ha implementado una herramienta de interconsulta digital dentro del programa informatizado donde se encuentra disponible la historia clínica electrónica. Esta herramienta permite centralizar las solicitudes de valoración y documentar las intervenciones realizadas sobre el tratamiento antibiótico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar el impacto de la interconsulta digital estructurada en la optimización del tratamiento antibiótico en pacientes pediátricos hospitalizados. Se diseñó una herramienta de solicitud de “Valoración PROA” accesible desde el programa de historia clínica electrónica. Esta funcionalidad permite que cualquier profesional sanitario (facultativo o enfermería) pueda solicitar una revisión por parte del equipo PROA pediátrico. El formulario incluye campos estructurados para indicar el tipo de valoración solicitada (ajuste de dosis, optimización, duración, otras), especificar la indicación clínica, antecedentes relevantes y el tratamiento actual. Todas las intervenciones quedan registradas y son trazables desde la misma aplicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implementación de la herramienta (abril de 2023 hasta abril de 2025), se han recibido un total de 186 solicitudes de “Valoración PROA” a través de la historia clínica electrónica. Las solicitudes provinieron de distintas áreas asistenciales, incluyendo hospitalización pediátrica, urgencias y unidades de cuidados intensivos. Las intervenciones se distribuyeron de la siguiente manera: el 39% fueron ajustes de dosis (edad, peso, función renal), el 32% optimizaciones de tratamiento (escalado/desescalado), el 21% adecuaciones de duración, y el 8% otras intervenciones (adecuación a guías, duplicidades, etc.). El sistema ha permitido dar respuesta ágil a las solicitudes, mantener un registro estructurado de las intervenciones y facilitar la evaluación periódica del equipo PROA. La alta tasa de aceptación por parte del personal clínico demuestra una buena integración de la herramienta en la práctica diaria. La incorporación de la herramienta digital de interconsulta en el entorno de la historia clínica electrónica ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la calidad del manejo antibiótico en pacientes pediátricos hospitalizados. Su estructura permite canalizar las solicitudes de forma eficiente, mejorar la trazabilidad de las intervenciones y fomentar la participación activa de todos los profesionales implicados en el uso racional de antimicrobianos.

PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA EN PROYECTOS EUROPEOS

 Juan Benito Lozano; Mario Gómez Martínez; Greta Arias Merino; Ana Villaverde Hueso; Verónica Alonso Ferreira

 Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III

Identificador: 150

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cada vez es más frecuente la implicación de los pacientes en la investigación en Enfermedades Raras (ER), incluso desde las etapas más tempranas del proceso. Esta participación normalmente se canaliza a través de asociaciones de ER.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es mostrar un ejemplo de colaboración entre pacientes e investigadores de varios países europeos. La colaboración de los pacientes se produjo a través de la asociación DEBRA de cada país participante (España, Francia, Alemania, Italia, Hungría, Bulgaria y Austria), además de DEBRA internacional. El estudio BUR-EB, centrado en la Epidermólisis Bullosa - una ER dermatológica - involucró a los pacientes desde el momento de la solicitud del proyecto de investigación. El liderazgo recayó en centros de referencia clínicos o de investigación de cada país.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La colaboración del movimiento asociativo facilitó la participación de los pacientes con EB en la co-creación tanto de mapas del proceso de diagnóstico de esta ER, como de materiales de autogestión de la enfermedad para afectados y cuidadores. Por otro lado, contribuyeron al diseño, pilotaje y validación de un cuestionario sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Finalmente, fomentaron la participación en la encuesta y, por tanto, la recogida de datos aportados por pacientes. En este cuestionario participaron 410 pacientes en toda Europa (237 adultos y 173 menores). Los países con mayor participación de adultos fueron Francia (74), Italia (42) y Alemania (34), y para las respuestas de menores fueron también Italia (37) y Francia (36), seguidos de Hungría (27) y Alemania (24). Por otro lado, los países con menos participantes adultos fueron Bulgaria (16), España (21), Hungría (22) y Austria (28). Respecto a los menores, la respuesta más baja fue también en Bulgaria y España con una participación de 15, seguidos de Austria con 19 participantes.

La colaboración de los pacientes con ER en fases tempranas de la investigación permite incluir sus necesidades y perspectiva, lo que potencia su participación posterior y la recogida de datos aportados por pacientes. Además, la implicación del movimiento asociativo de distintos países contribuye al éxito de las colaboraciones internacionales, lo que permite establecer comparaciones y obtener conclusiones más generales. Es importante que en el futuro esta implicación sea cada vez mayor.

PROYECTO: HACIA LA CONTENCIÓN CERO EN EL AMBITO SANITARIO. COHORTE PROSPECTIVA

 *Maria Pilar Vallano Laina; Ingrid Roca Burgueño; Jorgina Lucas Noll; Yolanda Llauradó Llauradó; Olga Piñol Gamez; Raquel Gené Ramos*

 *Hospital Comarcal Móra d'Ebre*

Identificador: 151

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La contención mecánica, práctica que inmoviliza al paciente limitando su libertad, se utiliza frecuentemente para prevenir caídas, especialmente en pacientes frágiles mayores de 65 años, en un 31-59% de los casos. Sin embargo, esta práctica puede generar consecuencias perjudiciales como úlceras, compresión nerviosa, contracturas e incluso estrangulamiento, siendo considerada por algunos como un fracaso terapéutico y un problema de seguridad del paciente.

Actualmente, se impulsa un cambio de paradigma centrado en la dignidad de la persona atendida, promoviendo un uso limitado y justificado de las contenciones, con el objetivo final de alcanzar la Contención Cero

OBJETIVOS

Objetivo general

- Alcanzar la contención cero en la Unidad de Atención Intermedia (UAI).

Objetivos secundarios

- Reducir el uso y el riesgo de inmovilización en el resto de unidades del hospital.
- Elaborar un plan de acción con medidas alternativas a la sujeción.
- Sensibilizar y capacitar a los profesionales en un modelo centrado en la persona y en la Contención Cero.
- Realizar un seguimiento de las caídas.

METODOLOGÍA

Incluye la revisión y actualización de los protocolos de contención (2020), un grupo focal con profesionales para identificar barreras (primer trimestre de 2021) y un plan formativo sobre atención centrada en la persona, prevención de caídas y uso limitado de contenciones (desde el tercer trimestre de 2021). Paralelamente, valorando el riesgo de caídas con la escala de Downton en el momento del ingreso, se implementaron medidas sustitutivas como sensores de movimiento y presión en las camas de hospitalización, y sistemas de aviso con cámara. En enero de 2022 se alcanzó la Contención Cero en la UAI, iniciándose el despliegue en otras unidades, con un seguimiento continuo de las medidas.

RESULTADOS

En junio de 2019, el porcentaje de sujeciones físicas en la UAI era del 39%. Tras la implementación del proyecto y la formación del 87,4% del personal del centro de todas las categorías, las contenciones comenzaron a disminuir en octubre de 2021, alcanzándose la Contención Cero en febrero de 2022, manteniéndose desde entonces. Paralelamente, las caídas disminuyeron un 19,14%, incluyendo una reducción del 3% en caídas moderadas y de alto riesgo.

CONCLUSIONES

La Contención Cero es posible. La aplicación de medidas alternativas no aumenta el riesgo ni la gravedad de las caídas. El modelo implementado no ha requerido más personal. La revisión de la práctica, las medidas organizativas y la implicación y liderazgo de la dirección han sido cruciales para el éxito del proyecto. Este modelo se considera replicable en otros centros, destacando la importancia de la sensibilización profesional para un cambio de paradigma.

LA EXCELENCIA, EL HÁBITO DE LA MEJORA CONTINUA

 *Raquel Romero Porras* Hospital Universitari Sagrat Cor

Identificador: 153

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Desde 2018, el centro sanitario ha incorporado el Modelo EFQM como base de su sistema de gestión, con el propósito de interiorizar la mejora continua como un valor esencial en su cultura organizativa. En un entorno sanitario complejo y cambiante, esta práctica ha permitido evolucionar de forma constante, generando confianza entre pacientes, profesionales y administraciones. La evaluación de 2021 fue el punto de partida para un nuevo Plan Estratégico 2022-2025, concebido desde una perspectiva participativa y con un enfoque claro: convertir la mejora continua en un hábito que impulse la excelencia en cada proceso asistencial y de gestión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es consolidar una cultura basada en la mejora permanente, entendida no solo como una herramienta, sino como una actitud transversal que guía decisiones, comportamientos y prioridades. Para ello, se integró el modelo EFQM y normas ISO/UNE en una metodología estructurada que incluye autoevaluaciones, análisis colectivos y trabajo colaborativo. Se definieron misión, visión, valores y 12 líneas estratégicas, cada una con indicadores específicos. La estructura organizativa se reorganizó en torno a tres pilares: liderazgo, ejecución y resultados, impulsando la implicación del equipo y el uso de tecnologías para el seguimiento y la toma de decisiones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2024 el centro alcanzó 523 puntos EFQM, mejorando en 123 respecto a 2021. Superó el 80% de sus objetivos estratégicos, con un NPS global de 60,91% y una acreditación del 94,4% por parte del Gobierno Autonómico. Entre las acciones destacadas figuran el Proyecto Fènix, centrado en pacientes mayores; un nuevo modelo de experiencia del paciente orientado a la percepción y co-creación; y la incorporación de responsables de proceso médico-enfermero en tándem. Estas iniciativas reflejan cómo la mejora continua interiorizada se traduce en innovación, eficiencia y valor añadido para los grupos de interés.

Para concluir la experiencia demuestra que la excelencia no es un estado, sino un proceso que se alimenta de la mejora continua y del compromiso de todos los profesionales. En nuestro hospital, interiorizar esta filosofía ha transformado no solo los resultados, sino también la forma de pensar y actuar en todos los niveles. La participación activa del equipo, el uso de herramientas digitales y el liderazgo compartido han sido claves para avanzar hacia un modelo de atención más humano, responsable y sostenible.

Como próximos pasos, se prioriza mejorar el análisis sistemático del entorno, traducir los valores en comportamientos observables, ampliar la escucha a todos los grupos de interés y reforzar la comunicación y el despliegue estratégico con una mirada integral y compartida.

DIFERENCIAS POR SEXO EN EL MESOTELIOMA: PERSPECTIVAS DESDE UN REGISTRO DE CÁNCER MULTICÉNTRICO HOSPITALARIO

 NOEL MACHUCA NEGRETE; ANNA GUIU MEMBRADO; LAURA PAREJA FERNANDEZ; JOSEP MARIA ESCRIBA JORDANA; ERNEST NADAL ALFORJA; JOSEFA RIBES PUIG

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 154

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Varios países europeos, incluidos Francia e Italia, han establecido registros nacionales de mesotelioma para determinar la incidencia y la exposición al amianto. Estos registros proporcionan datos sobre fuentes de exposición ocupacionales y no ocupacionales.

OBJETIVOS

Evaluar el Registro de Cáncer Hospitalario Multicéntrico como estudio piloto para la implementación del Registro poblacional de mesoteliomas de nuestra Comunidad Autónoma.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo de casos de mesoteliomas incidentes del registro de cáncer de nuestra institución del período 2013-2023. Se extrajo de cada paciente información demográfica y epidemiológica (exposición al asbesto); de los tumores las características clínicas (subtipos histológicos, estadio, modalidades de tratamientos oncológicos). La supervivencia se evaluó mediante el análisis de supervivencia relativa (SR) a 3 años con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), comparando la supervivencia observada con la esperada en la población general de referencia.

RESULTADOS

Se identificaron 420 casos incidentes de mesotelioma, distribuidos en diferentes localizaciones tumorales: pleural (91%), peritoneal (8%) y pericárdico y testicular (0,5% cada uno). La mediana de edad al diagnóstico del mesotelioma fue de 73 años (RIQ: 67-78), con predominio en varones (70%). La exposición ocupacional al amianto se informó con mayor frecuencia en hombres (52%) que en mujeres (10%), mientras que, la exposición ambiental fue más común en mujeres (mujeres 24%) que en los hombres (5%) ($p < 0,001$). No se pudo registrar información sobre la exposición al amianto en el 18% de los casos. La SR a 3 años fue mayor en mujeres (33%, IC95%: 24,7-43,6) respecto a los hombres (20%, IC95%: 15,4-26,5). Durante el período de estudio se constató una mejora progresiva de la SR a 3 años (2013-2016: 20%, IC95%: 13,7-28,6; 2022-2016: 28%, IC95%: 18,2-43,7).

CONCLUSIONES

Las mujeres con mesotelioma presentan mejores resultados de supervivencia y un patrón distinto de exposición al amianto en comparación con los hombres. La recopilación de la exposición al amianto es un reto en estudios retrospectivos. Es necesario fortalecer la vigilancia del mesotelioma y la recopilación prospectiva de datos sobre exposición al amianto para evaluar su impacto en la salud y promover políticas que prevengan los riesgos de exposición.

RIESGO DE CÁNCER EN UN REGISTRO POBLACIONAL DE PACIENTES DIALIZADOS Y TRASPLANTADOS RENALES

 NOEL MACHUCA NEGRETE ⁽¹⁾; LAURA PAREJA FERNANDEZ ⁽¹⁾; JORDI GALVEZ ESCAÑUELA ⁽¹⁾; LAURA ROCA VIELBA ⁽¹⁾; LAIA OLIVERAS PAGES ⁽²⁾; JOSEFA RIBES PUIG ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Identificador: 155

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer. Los datos disponibles de estos pacientes en la población del sur de Europa son limitados.

OBJETIVOS

Determinar el riesgo de cáncer en una cohorte de pacientes dializados y trasplantados renales reclutados en el período 2003-2021 en una Comunidad Autónoma española.

METODOLOGÍA

Se identificaron los casos de cáncer incidentes en la cohorte ERC mediante la vinculación con los registros poblacionales de las Altas Hospitalarias y la Anatomía Patológica de nuestra Comunidad Autónoma y, a nivel hospitalario, con un Registro Hospitalario Multicéntrico de Tumores. Los cánceres identificados en la cohorte ERC se mapearon a la Clasificación Internacional para enfermedades Oncológicas. La comparación de la incidencia de cáncer de la cohorte ERC y la población general de referencia se realizó mediante las razones de incidencia estandarizadas y los intervalos de confianza del 95% (SIR, IC 95%) según sexo, edad, localizaciones tumorales y periodos de estudio. Se tuvo en cuenta en los análisis la enfermedad causante de la insuficiencia renal y el tiempo transcurrido entre la diálisis y/o el trasplante hasta el diagnóstico del cáncer.

RESULTADOS

La cohorte ERC incluyó 21.595 pacientes dializados y 8.037 trasplantados renales. En comparación con la población general, el riesgo de cáncer fue el doble en los pacientes dializados (SIR 2,11; CI 95% 2,02-2,19) y cuatro veces mayor en los trasplantados (SIR 3,82; CI 95% 3,65-3,99). La incidencia de cáncer de riñón y tiroides fue especialmente elevada en los dializados y, la del cáncer de piel no melanoma, en los trasplantados. El mayor riesgo de cáncer se observó en los pacientes ERC más jóvenes, con enfermedades glomerulares y con mayor tiempo transcurrido desde el trasplante.

CONCLUSIONES

En nuestro país, los pacientes ERC presentan mayor riesgo de cáncer, especialmente tras el trasplante renal. Entender los mecanismos y factores condicionantes (tratamiento inmunosupresor, infecciones) implicados en la incidencia de tumores en estos pacientes es crucial para establecer estrategias terapéuticas y de prevención.

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL ESTADIO DEL CÁNCER AL DIAGNÓSTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO HOSPITALARIO (2016-2023)

 LAURA PAREJA FERNANDEZ; SONIA MOSTEIRO MOLINA; MONICA RAMON BRU; MARTI RISPAU PAGES; JOSEP MARIA ESCRIBA JORDANA; JOSEFA RIBES PUIG

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 156

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Diversos estudios a nivel mundial y español han confirmado el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 en la detección del cáncer. Sin embargo, pocos estudios han evaluado el impacto de la pandemia en el estadio del cáncer al diagnóstico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar el estadio del cáncer en los tumores sólidos asistidos en 6 centros hospitalarios referentes en oncología en el período 2016-2023.

METODOLOGÍA

Para caracterizar la tendencia del estadio en el cáncer según localización tumoral, se calculó el cambio porcentual anual (APC) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) en los periodos 2016-2019 (prepandémico) y, 2020-2023 (pandémico y pospandémico) a partir de un Registro Hospitalario Multicéntrico de Tumores. Los APC se consideraron estadísticamente significativos cuando el IC 95% no incluía el valor 0.

RESULTADOS

En comparación con el período prepandémico, en el período 2020-2023 aumentó significativamente el estadio IV en los cánceres de: cavidad oral y faringe (+23%; IC95%: 22.14÷23.4), laringe (+3.5%; 2.08÷4.9), esófago (+6%; 1.25÷11.24), estómago (+8%; (2.35÷14.03) y próstata (+2.5%; 0.58÷4.48); el estadio III en: cavidad oral y faringe (+9%; 0.58÷4.48), ovario (+8%; 0.57÷15.2) y endometrio (+13,5%; 8.98÷18.27). En algunos de estos tumores, el estadio I disminuyó significativamente (cavidad oral y faringe, -20%; -19.97 ÷ -18.75; laringe, -10%; -16.63 ÷ -2.5, ovario, -8%; -10.3 ÷ -5.2 y endometrio, -3.5%; -4.51 ÷ -2.57). En este periodo, cabe destacar el aumento significativo de estadios precoces del cáncer de pulmón (I y II: +2,8%; 2.34÷3.24; +3%, 1.08÷5.09, respectivamente).

En los tumores con programa de cribado, en el periodo 2020-2023 aumentó significativamente el estadio I en colon y recto (+4%; 2.17÷6.33 y +5%; 2.95÷6.52) y en cervix (32%; 26.28÷38.14); el estadio II en colon y recto (+11%, ambos). En cambio, se constató un incremento del estadio IV en mama (+5%; 1.29÷8.58) y recto (+6%; 5.74÷7.69).

CONCLUSIONES

En nuestro centro, se ha evidenciado un aumento del diagnóstico de cánceres avanzados en algunas localizaciones tumorales que podría ser atribuible a la pandemia COVID-19. La interrupción de los servicios de diagnóstico y cribado, así como la reticencia de los pacientes a acudir a los centros de salud durante la pandemia, condujeron a una disminución de los diagnósticos de cáncer, por lo que sería probable como consecuencia el diagnóstico de tumores más avanzados. Para confirmar nuestros resultados, es necesario realizar estudios con los registros de cáncer de base poblacional españoles para descartar un posible sesgo de selección hospitalario.

DECIDE SALUD. TOMA DECISIONES COMPARTIDAS EN HEMATOLOGÍA: DANDO VOZ AL PACIENTE

 RAFAEL MARTOS MARTINEZ ⁽¹⁾; LAURA BERMEJO MARTINEZ ⁽²⁾; MARIA YUSTE PLATERO ⁽¹⁾; ADRIANA PASCUAL MARTINEZ ⁽²⁾; MARTA DEL OLMO RODRIGUEZ ⁽³⁾; RAUL CÓRDOBA MASCUÑANO ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. VALDEMORO; ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS; ⁽⁴⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ

Identificador: 157

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El avance de la tecnología en el ámbito sanitario está propiciando una medicina de precisión, caracterizada por mayor exactitud, eficacia diagnóstica y tratamientos más eficientes. La Toma Decisiones Compartidas (TDC) busca un equilibrio entre innovación tecnológica y atención humanizada, situando al paciente y familiares como eje central del proceso asistencial, donde se respeten sus preferencias y valores individuales

OBJETIVOS

Analizar uso TDC en pacientes hematológicos que precisan tratamiento

Describir qué factores son más relevantes para paciente según tratamiento y calidad vida

Evaluar mediante cuestionario SDM-Q9 (Shared Decision-Making) la calidad del proceso desde perspectiva del paciente

METODOLOGIA

1ª fase: Realizamos una revisión con objetivo de recopilar información actualizada y basada en evidencia sobre los resultados de eficacia, supervivencia, toxicidad y características del tratamiento: duración, ef. adversos, días hospital.

Analizamos también aspectos relacionados con calidad vida y síntomas, revisando datos de pacientes previamente diagnosticados con mismas patologías que cumplieron formularios PROMs y PREMs, permitiendo una selección más precisa y personalizada de los ítems a incluir

2ª fase: desarrollamos una herramienta digital, que permitiera a los pacientes interactuar con su información clínica y tomar decisiones informadas sobre tratamiento. Los pacientes probaron la aplicación y proporcionaron retroalimentación sobre la facilidad de uso, claridad de información y posibles mejoras

Al mes de la consulta se envió cuestionario SDM-Q9 que aborda diferentes pasos del proceso de TDC y que está diseñado para evaluar la satisfacción y participación

RESULTADOS

Incluidos 13 pacientes: 7 mujeres, mediana edad 55a (r:35-79). Factores más priorizados: supervivencia, respuesta al tratamiento y riesgo recaída. Aspectos menos prioritarios: cambios en hábitos alimenticios, modificaciones relaciones sociales y toxicidad a largo plazo del tratamiento

Todos los pacientes participaron en una consulta posterior con su médico para analizar conjuntamente los resultados de selección. 93% (n=12) la decisión final de tratamiento fue concordante con la opción elegida por el paciente. Un caso, las preferencias del paciente no coincidían con los resultados que buscaba obtener, realizando una consulta en la que el paciente optó por un tratamiento diferente, ajustado a sus expectativas y valores.

La puntuación media del SDM-Q9 para evaluar la calidad del proceso fue 36,15 sobre 45 puntos

CONCLUSIONES

TDC da al paciente un papel central y activo en su propio cuidado, evolucionando de una “medicina basada en la evidencia” a una “medicina basada en el valor” con una atención más humana, cercana y enfocada en el bienestar completo del paciente y no solo en su enfermedad.

Los beneficios son múltiples con una atención de calidad, pacientes más informados e involucrados y secundariamente mejor adherencia al tratamiento, mejor comunicación y mayor satisfacción

EL RETRASO DIAGNÓSTICO Y SU IMPACTO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS

 Juan Benito Lozano ⁽¹⁾; Greta Arias Merino ⁽¹⁾; Mario Gómez Martínez ⁽¹⁾; Beatriz Arconada López ⁽²⁾; Begoña Ruiz García ⁽³⁾; Verónica Alonso Ferreira ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III; ⁽²⁾ Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER); ⁽³⁾ Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (CREER)

Identificador: 158

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Según el Consorcio Internacional de Investigación de Enfermedades Raras (IRDiRC), todas las enfermedades raras (ER) conocidas deberían poder diagnosticarse en el plazo de un año desde que el paciente acude a atención médica. Por tanto, esperar más de un año podría considerarse retraso diagnóstico (RD). Pese a su relevancia, la evidencia científica sobre la odisea diagnóstica que sufren los pacientes con ER es escasa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se pretende conocer el tiempo hasta el diagnóstico de las personas afectadas por una ER en España, los determinantes clínicos que aumentan el riesgo de sufrir RD y su impacto psicológico y social comparando su situación con aquellas en las que el diagnóstico se ha obtenido en un año o menos. Para la recogida de datos se utilizó un formulario diseñado ad hoc en el Registro de Pacientes de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III, <https://registroraras.isciii.es>. El análisis descriptivo de los datos reportados por los pacientes se completó con regresiones logísticas univariantes y multivariantes por pasos hacia atrás y también se realizó un análisis de tendencia temporal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 56,4% de las personas experimentó retraso en el diagnóstico de su ER, siendo mayor en: mujeres (OR 1,25; IC 95% 1,07-1,45); aquellos con inicio de síntomas a los 30-44 años (OR 1,48; IC 95% 1,19-1,84); y en trastornos mentales y del comportamiento (OR 4,21; IC 95% 2,26-7,85). El retraso diagnóstico experimentó una reducción significativa desde 1960 ($p < 0,001$). Por otro lado, algunos de los determinantes asociados a experimentar RD son: tener que desplazarse para ver a un especialista distinto al que se consulta habitualmente en la provincia de origen del paciente (OR 2,1; IC 95%: 1,6-2,9); visitar a más de 10 especialistas (OR 2,6; IC 95%: 1,7-4,0) o ser diagnosticado en una región distinta a la de residencia del paciente (OR 2,3; IC 95%: 1,5-3,6). En cuanto al impacto psicosocial, las personas que experimentaron RD necesitaron más atención psicológica mientras buscaban un diagnóstico (36,2% frente a 23,2%; $p = 0,002$). La reducción del RD mejoraría efectos psicológicos, como la concentración en el día a día (OR 3,5; IC 95%: 1,5-7,9). Las implicaciones sociales y las repercusiones funcionales de la enfermedad fueron mayores en las personas con RD (22,4 frente a 20 y 10,6 frente a 9,4, respectivamente). Estos hallazgos permiten conocer los determinantes que más influyen en el retraso diagnóstico. También contribuirán a elaborar recomendaciones para reducir el tiempo necesario para obtener un diagnóstico, así como corregir las desigualdades sociales y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una ER.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA INTERACTIVA PARA LA CONSULTA DE RESULTADOS ESTADÍSTICOS EN UN REGISTRO DE CÁNCER

 SONIA MOSTEIRO MOLINA; LAURA PAREJA FERNANDEZ; JORDI GALVEZ ESCAÑUELA; ANNA GUIU MEMBRADO; JOSEP MARIA ESCRIBA JORDANA; JOSEFA RIBES PUIG

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 159

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Un registro de tumores hospitalario (RTH) recoge sistemáticamente información demográfica, clínica y de seguimiento de todos los pacientes y tumores diagnosticados/tratados en un centro hospitalario. El RTH debe validar, analizar y difundir la información periódicamente para apoyar la gestión clínica, mejorar la calidad de la atención sanitaria y los estudios clínicos.

OBJETIVOS

Diseñar una plataforma interactiva que permita consultar los datos del RTH online a los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA

Desde 2013, el RTH identifica automáticamente a partir de diversas fuentes de información los tumores diagnosticados/tratados en 6 centros hospitalarios. Los datos clínicos se procesan y consolidan mediante el software ASEDAT (automatización de registros de cáncer (RC) según normas internacionales). Cada tumor es validado manualmente por documentalistas expertos en RC consultando los informes clínicos en el SAP. Los datos del RTH validados se almacenan en una base de datos SQL server. Se implementan vistas de SQL Server y scripts de R para procesar y transformar los datos e integrarlos en un formato manejable para el software estadístico. Se utilizó la librería Shiny de R para implementar una interfaz on-line, accesible desde nuestra intranet hospitalaria. Los profesionales sanitarios pueden de forma interactiva consultar información anonimizada del paciente (edad, sexo, geolocalización, comorbilidad, estado vital), del tumor (topografía, morfología, comportamiento, grado de diferenciación, estadio, marcadores moleculares y genéticos), tratamientos (cirugía, trasplantes, quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia, ensayos clínicos) y resultados de los análisis estadísticos (descriptivos, supervivencia). Esta plataforma incluye además un formulario electrónico para que los profesionales sanitarios puedan realizar peticiones de datos identificativos al RTH, se aprueben electrónicamente por un comité ético y se asegure la trazabilidad de los datos cedidos.

RESULTADOS

El RTH incluye más de 178.633 tumores con un seguimiento superior a los 10 años y con un incremento anual de consultas online por parte de los profesionales. El aumento del volumen de los datos del RTH (tumores y variables), la complejidad de los análisis estadísticos (análisis descriptivos, mapas de geolocalización, análisis de supervivencia observada y relativa) habían enlentecido considerablemente las consultas interactivas. Las mejoras implementadas, han hecho de la plataforma una herramienta más intuitiva para los profesionales y escalable, optimizando considerablemente su mantenimiento.

CONCLUSIONES

Este tipo de sistemas de integración y visualización de datos interactivos acercan la información del RTH a los profesionales de forma amigable. Además, permiten que el registro realice controles de calidad de los datos de forma continua y gane en eficacia al no tener que generar periódicamente informes de resultados.

TIEMPO HASTA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES RARAS EN ESPAÑA

 Greta Arias Merino ⁽¹⁾; Juan Benito Lozano ⁽¹⁾; Mario Gómez Martínez ⁽¹⁾; Beatriz Arconada López ⁽²⁾; Begoña Ruiz García ⁽³⁾; Verónica Alonso Ferreira ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III; ⁽²⁾ Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER); ⁽³⁾ Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (CREER)

Identificador: 160

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico es uno de los grandes desafíos a los que se enfrentan las personas con una enfermedad rara (ER). Es común que los pacientes tengan que aguardar un largo periodo de tiempo hasta ser diagnosticados. Un plazo máximo de un año sería lo deseable para obtener el diagnóstico de una ER según el Consorcio Internacional de Investigación de Enfermedades Raras (IRDiRC).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es conocer el tiempo total que se tarda en obtener el diagnóstico de una ER en España, así como los diferentes intervalos tiempo del proceso de búsqueda del diagnóstico: entre el inicio de los síntomas y la primera consulta, entre ésta y la derivación al especialista y hasta que tuvo la primera cita. Se compara la duración de estos intervalos en función de si se ha diagnosticado en un año o si ha sufrido retraso diagnóstico (RD). A partir del Registro de Pacientes de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III, <https://registroraras.isciii.es>, se obtuvieron datos acerca del tiempo hasta el diagnóstico. El detalle de los intervalos temporales se consiguió a través de un cuestionario con datos reportados por pacientes dentro del Registro. El tiempo hasta el diagnóstico se calculó como el periodo de tiempo que transcurre desde que la persona con una ER comienza a tener sus primeros síntomas hasta que esta obtiene el diagnóstico definitivo de su patología. Se realizó un análisis descriptivo y se calculó el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) de los diferentes intervalos de tiempo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvo información del tiempo hasta el diagnóstico de 3.304 personas. El tiempo medio en lograr el diagnóstico de una ER en España fue de 6,18 años (mediana=2; IQR 0,2-7,5). Al comparar los diferentes intervalos se observó que las personas que sufrieron RD tardaron más en todos los casos. En concreto, el porcentaje de personas con RD que tardaron más de un año en acudir a una primera consulta médica fue del 19,5%, en ser derivados a un especialista, el 22,6% y en tener una primera cita con este, el 11,1%. Este patrón se mantuvo al analizarlo por tipo de ER, siendo especialmente más largos entre las personas afectadas por enfermedades del sistema nervioso. Para el conjunto de las ER, el tiempo transcurrido entre la primera visita médica y la derivación al especialista es el periodo que presenta un mayor riesgo atribuible (RAP 30,2%), seguido del tiempo transcurrido entre la derivación y la cita con el especialista (RA 21,4%) y del tiempo que tardan los pacientes en acudir por primera vez al médico para consultar sus síntomas (RAP 12,6%). En conclusión, sigue siendo elevado el tiempo que se tarda en obtener el diagnóstico en España. Además, el periodo de tiempo que supone un mayor riesgo atribuible de RD es el de derivación al especialista. Este depende del sistema sanitario, por lo que es necesario mejorar sus aspectos intrínsecos para poder reducirlo.

ESTRATEGIAS DE AUTOGESTIÓN Y CALIDAD EN ENFERMERÍA MEDIANTE TECNOLOGÍA DIGITAL”

 Teodora Baeza Ransanz; Mercè Solà Ferrer; Teresa Segarra Perramon

 Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, FP

Identificador: 161

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los objetivos prioritarios para una gestión hospitalaria eficaz, eficiente y segura se pueden resumir en tres: optimizar los recursos, garantizar la calidad asistencial y responder rápidamente a los cambios y situaciones de crisis. Para lograrlo, es necesario un buen liderazgo, información y planificación.

La posibilidad de disponer de datos y resultados en tiempo real, segmentados por unidades de enfermería, a través de un sistema de Business Intelligence (Power BI), fomenta la autogestión de los mandos intermedios, facilita la toma de decisiones, optimiza los recursos y mejora la calidad de la atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Lograr que la información y los resultados de los indicadores de seguridad del paciente sean una herramienta útil y relevante en la gestión hospitalaria diaria para los mandos de enfermería.

Cuando se puso en marcha el Business Intelligence (BI) de la organización la dirección de enfermería inició un proyecto para obtener los datos que nos ayudaría a mejorar la gestión diaria del hospital, des de la visión de la Seguridad del paciente.

Primera fase: asegurar que los datos del sistema de registro informatizado de enfermería (Gacela) sean fiables, completos y estructurados. Para garantizarlo, se realizan auditorías de los registros.

Segunda fase: Definir los indicadores que queremos monitorizar junto con los responsables asistenciales.

Tercera fase: Trabajar con el servicio de informática para la integración técnica de los datos para crear el QCI (Cuadro de Mando de Enfermería).

Cuarta fase: Clasificación de los indicadores y la creación de un entorno visual útil y fácil de usar. En esta fase se configuran dos escenarios:

- Una pantalla de cuadro de mando, con los datos en tiempo real.
- Una pantalla de detalle de indicadores, con resultados por unidades, meses o años, comparativos y con tendencia.

Quinta fase: Formación de los mandos de enfermería en el manejo del BI y fomento del su uso a través de una “Jornada anual” organizada por la Dirección de Enfermería, donde cada uno de ellos presentan sus resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se dispone de un cuadro de mando con 17 indicadores de Seguridad del Paciente, por centros y unidades, con visualización rápida mediante colores de semáforo. Informes de resultados de indicadores clasificados en 15 iniciativas (úlceras, caídas, catéteres, dependencia, dolor, etc.).

El Power BI es una herramienta muy útil para disponer de información a tiempo real y retrospectivo. Sin embargo, no es suficiente tenerlo, hay que asegurar, por una parte, que los datos sean correctos, y por otra asegurar su implantación y uso en la actividad diaria. Hay que conseguir que sea útil y efectivo.

CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA: INSTRUMENTOS DE MEDIDA

 Greta Arias Merino ⁽¹⁾; Mario Gómez Martínez ⁽²⁾; Juan Benito Lozano ⁽²⁾; Ana Villaverde Hueso ⁽³⁾; Verónica Alonso Ferreira ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Instituto de Enfermedades Raras (IER), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España; ⁽²⁾ Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España; ⁽³⁾ Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid, España

Identificador: 162

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Epidermólisis Bullosa (EB) es un grupo de enfermedades cutáneas hereditarias congénitas raras. Desde el nacimiento, conlleva la necesidad de cuidados que recaen, por lo general, en el entorno más cercano a los pacientes. Esto puede producir una reducción en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en este colectivo que es necesario evaluar correctamente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es conocer qué instrumentos de CVRS se están aplicando en los familiares y cuidadores (FC); y evaluar el enfoque que cada investigación aporta para abordar de manera integral la carga de la EB hereditaria en FC. Los datos provienen de una scoping review (protocolo <https://osf.io/3kztg/>), que incluye entre las preguntas de investigación: “¿qué cuestionarios de CVRS se están usando para los FC de pacientes con EB hereditaria?”. Se describirá la información de los artículos seleccionados y, adicionalmente, se identificarán aspectos descritos como el enfoque de sostenibilidad del familiar o cuidador y la carga de la EB hereditaria en los FC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se encontraron 31 artículos publicados entre 2011-2025. En 10 artículos se describen 5 cuestionarios de CVRS aplicados a una muestra total de 489 FC. El único instrumento específico para FC de pacientes con EB fue el Epidermolysis Bullosa Burden of Disease (EB-BoD), siendo los otros cuestionarios dermatológicos (FDLQI) o generales (EQ-5D, SF-12 y TAAQoL). En 6 de los artículos se informa qué familiar contesta el cuestionario, siendo las madres las que lo hacen en el 67,4% de los casos. La mayoría de los estudios se desarrollaron en Europa, a excepción de 2 en la India e Irán. La CVRS se abordó en 7 estudios con los siguientes enfoques: carga de morbilidad (1), aspectos sociales y económicos (3) y aspectos psicosociales (3). Además, la necesidad de crear un cuestionario específico (EB-BOD) se plasma en un estudio y, en otros dos casos, se adaptó para EB hereditaria el cuestionario FDLQI usado para patologías dermatológicas comunes. Como conclusión, es necesario un enfoque integral a la sostenibilidad del FC de pacientes con EB hereditaria, debido a que los cuestionarios disponibles no abordan todos los aspectos pertinentes. Esta brecha deberá ser abordada en investigaciones futuras.

INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

 Mario Gómez Martínez ⁽¹⁾; Greta Arias Merino ⁽¹⁾; Juan Benito Lozano ⁽¹⁾; Ana Villaverde Hueso ⁽²⁾; Verónica Alonso Ferreira ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Instituto de Enfermedades Raras (IER), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España; ⁽²⁾ Centro de trabajo: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid, España

Identificador: 163

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Epidermólisis Bullosa (EB) hereditaria es una enfermedad rara (ER), caracterizada por manifestaciones dermatológicas y sistémicas que merman la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para evaluar la CVRS en EB, se han utilizado indistintamente instrumentos generales, dermatológicos y específicos para esta ER.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este protocolo es describir los metodologías que se utilizará en la futura revisión sistemática (RS) y meta-análisis para analizar la evidencia sobre las propiedades de medición de los instrumentos específicos de CVRS dirigidos a estos pacientes. Asimismo, se evaluará la calidad metodológica de estos cuestionarios con el fin de determinar su aplicabilidad en distintos grupos de edad. Esta RS se llevará a cabo siguiendo la guía PRISMA-COSMIN para RS de instrumentos de medición de resultados y conforme a los criterios del Instituto Joanna Briggs. Se seleccionaron las bases de datos PubMed, EMBASE y Web of Science para realizar una búsqueda basada en la pregunta PICO. Estos términos de búsqueda incluyeron: a pacientes con EB hereditaria, instrumentos de CVRS específicos para esta ER y la terminología propuesta por COSMIN para propiedades psicométricas. Se incluirán publicaciones sin restricción de idioma, y se excluirán RS, metaanálisis y otro tipo de revisiones bibliográficas. La revisión y selección de artículos se realizará en dos fases: por título y abstract; y a texto completo. Ambas fases se realizarán por pares y de manera independiente. De no tener consenso se solicitará la decisión a un tercer revisor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El diagrama de flujo PRISMA describirá el proceso de selección de los estudios. Los datos extraídos incluirán: 1) una descripción general de los estudios; 2) las características de los cuestionarios específicos de CVRS; y 3) las propiedades psicométricas informadas. Además, se evaluará el riesgo de sesgo mediante la lista de verificación de COSMIN en esta materia. La calidad de la evidencia encontrada se evaluará con el enfoque GRADE.

A modo de conclusión, la RS proporcionará información para poder evaluar con más precisión la CVRS de los pacientes con EB, incluso en función de su grupo de edad. El uso de los instrumentos con mejores propiedades psicométricas en futuros estudios servirá para homogenizar la evaluación de la CVRS en esta ER y hacer comparaciones. Además, serán de utilidad para profesionales sanitarios en sus evaluaciones y para responsables de la creación e implantación de políticas públicas relacionadas con la EB.

DE LA PRESCRIPCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN: MEJORAS INTEGRADAS EN EL SISTEMA ELECTRÓNICO PARA UNA FARMACOTERAPIA SEGURA

 Maria Dolores Canales Siguero; Jose Manuel Caro Teller; Pedro Pablo Rodríguez Quesada; Jose Miguel Ferrari Piquero

 Hospital 12 de Octubre

Identificador: 164

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La prescripción electrónica es clave para mejorar la seguridad del paciente. Sin embargo, existen áreas de mejora, como la disponibilidad de información relevante para la toma de decisiones seguras, basadas en evidencia, en la prescripción y administración.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto, desarrollado en un hospital de clase 5, tuvo como objetivo incorporar información para la prescripción y administración farmacológica. Se realizó un análisis funcional del sistema (prescripción electrónica HCIS®) para identificar su capacidad de integrar datos estructurados.

Se priorizaron etapas de incorporación progresiva de información clínica:

- Compatibilidad con embarazo y lactancia.
- Alertas por interacciones farmacológicas.
- Alertas de dosis máxima por principio activo.
- Reconstitución de formas farmacéuticas orales.
- Fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas orales.
- Instrucciones de preparación y administración de medicamentos parenterales y enterales por sonda.

Las fuentes utilizadas incluyeron Fichas Técnicas, bases de datos (Medisonda®, UpToDate Lexidrugs®, LactMed®) y, en caso necesario, búsquedas bibliográficas en PubMed®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre 2022 y febrero 2025, se logró la integración de:

- 1092 alertas de compatibilidad con embarazo y 495 alertas de compatibilidad con lactancia tras revisar 1713 principios activos.
- 16777 alertas de interacciones farmacológicas de 239 principios activos.
- Dosis máximas en 633 principios activos, en dosis absolutas y en dosis por kilo, para cada grupo de edad (neonatos, lactantes, escolares, adolescentes, adultos, adultos mayores) y para cada vía de administración.
- Instrucciones de preparación de las presentaciones en polvo para suspensión/solución oral disponibles en la GFT (12).
- Posibilidad de fraccionamiento de las formas farmacéuticas orales: se revisaron las presentaciones disponibles en nomenclátor (4542). 746 se clasificaron como no fraccionables (el sistema de prescripción impide la prescripción de una dosis inferior a la forma farmacéutica completa).
- Instrucciones de preparación y administración de los medicamentos parenterales (tipo de administración, reconstitución, dilución, estabilidad y tiempo de administración) y de los medicamentos enterales administrados por sonda de los medicamentos incluidos en GFT (835 presentaciones).

La información relativa a preparación y administración, se puede visualizar desde la hoja de administración de enfermería mediante un icono informativo.

La integración de datos clínicos estructurados en el sistema de prescripción electrónica ha mejorado la seguridad farmacoterapéutica. Esta iniciativa refuerza el valor del sistema de información como herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas y representa una buena práctica replicable en otros centros

METODOLOGIA LEAN, ESENCIAL PARA OPTIMIZAR LA SUBETAPA “CT DE PLANIFICACIÓN” EN EL PROCESO DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

 Ana Castaño Cantos; Nidia Peinado Adán; Sara Estébanez Aldonza; Rosa María Morera López

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 166

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Pacientes que van a recibir tratamiento con radioterapia (RT) precisan realizar la CT de planificación del mismo. Se realiza en la posición adecuada y con el sistema de inmovilización preciso según su patología, que se utilizará en cada sesión de RT. Las imágenes de CT son esenciales para determinar con precisión la ubicación y el tamaño del tumor e identificar los órganos sanos a proteger. Participan diferentes profesionales sanitarios: oncólogos, enfermería, auxiliares de enfermería (TCAE) técnicos especialistas en radioterapia (TERT) y radiofisicos (RF) clínicos, haciendo imprescindible un flujo de trabajo bien establecido para ser eficientes

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la subetapa del CT de planificación del tratamiento RT mediante un proceso de mejora continua

El Equipo de Calidad de nuestro Servicio tras el elevado número de incidencias en nuestro sistema de registro de esta subetapa propone una jornada aplicando la metodología LEAN para la resolución de las mismas y su optimización

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar: 2oncólogos de RT, 1RF clínico, 2enfermeras, TCAE y 2TERT. Previo a la jornada se facilita bibliografía para conocer la metodología LEAN y la Jefa de Oncología Radioterápica da una sesión formativa e introductora a la jornada; e lleva a cabo en una sala de trabajo del Hospital fuera de nuestro Servicio

Inicialmente se visualiza la subetapa, posteriormente se analizan los puntos de mejora y se detectan las acciones que no aportan valor. Posteriormente se identifican los obstáculos que impiden el flujo continuo. En la parte final se puntúa, de forma consensuada, todo lo referenciado anteriormente, intentando valorar el esfuerzo que supone a los profesionales frente al valor que aporta al paciente. Siendo las puntuaciones posibles las siguientes: Bajo esfuerzo- bajo valor, bajo esfuerzo- alto valor, alto esfuerzo- bajo valor, alto esfuerzo- alto valor

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el análisis explicado se obtienen doce áreas de mejora. De los cuales se decide trabajar en los de bajo esfuerzo y alto valor añadido para el paciente:

1. Revisión 24horas antes a la realización del CT, por parte de los oncólogos, la correcta cumplimentación de la plantilla del CT y de la plantilla de contorneo de órganos de riesgo
2. Modificación de la fecha de realización de la primera consulta de enfermería
3. Adecuación de tiempos de realización de CT por patología
4. Modificación de protocolo de preparación a pacientes que precisan realizar el CT con el recto vacío

Tras seis meses trabajando estos cuatro puntos hemos conseguido el 90% de las plantillas cumplimentadas de forma correcta, aumentar el número de CT a realizar en cada jornada al haber adecuado el tiempo según la patología, disminuir el número de repetición de CT por mala preparación, mejorar el flujo de trabajo al cambiar la primera consulta de enfermería al día que se inicia el tratamiento y no el día del CT

La metodología LEAN nos ha permitido aumentar nuestra productividad, mejorar la calidad, la eficiencia y aportar valor al paciente

ESTANDARIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: MEJORANDO LA SEGURIDAD Y LA EFICIENCIA EN LA MEDICACIÓN

😊 *Carla Daiana Ciuciu David ⁽¹⁾; Alejandro Sanjuán Belda ⁽²⁾; Maria Romero Denia ⁽²⁾; Helena Suñer Barriga ⁽²⁾; Marta Martín Marqués ⁽²⁾; Laura Canadell Vilarrasa ⁽²⁾*

🏥 ⁽¹⁾ *Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona;* ⁽²⁾ *Hospital Universitari Joan XXIII*

Identificador: 167

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La administración de tratamientos intravenosos, especialmente antibióticos (ATB), en hospitalización a domicilio (HaD) plantea desafíos: variabilidad en la prescripción, elaboración y administración, riesgo de errores, inestabilidad de los preparados y dudas operativas. En este contexto, se identificó la necesidad de desarrollar un sistema integrado y estandarizado, que ofreciera coherencia, seguridad y eficiencia en los procedimientos.

OBJETIVOS

Minimizar la variabilidad entre la prescripción, elaboración y administración de ATB intravenosos en HaD.

Asegurar la estabilidad, eficacia y seguridad de los tratamientos.

Estandarizar procedimientos creando un protocolo multidisciplinar.

Facilitar la toma de decisiones clínicas con el soporte de prescripción electrónica asistida (PEA).

METODOLOGIA

Revisión de estabilidad, compatibilidad, y condiciones de administración de ATB intravenosos.

Desarrollo de un protocolo que contenga recomendaciones específicas para cada ATB, integrando la práctica clínica de enfermería y la elaboración farmacéutica, incluyendo:

Dosificación estándar e incrementada según las recomendaciones EUCAST.

Conservación del preparado a temperatura ambiente y en refrigeración según estabilidad fisicoquímica del fármaco y matriz de riesgo microbiológica de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos.

Recomendaciones de administración: velocidad, bomba de infusión electrónica/elastómero...

Digitalización de las recomendaciones específicas de los ATB y situaciones clínicas específicas en protocolos del sistema PEA.

Formación y validación con el equipo de farmacia, enfermería y medicina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se redactó un protocolo de preparación y administración de ATB parenterales en HaD.

Se implementaron 32 protocolos específicos en el programa PEA:

21 de ATB a dosis estándar e incrementada

11 de situaciones clínicas específicas con HaD habitual y sus alternativas en alérgicos

La coherencia entre elaboración y administración fue del 100%. En cambio, durante los primeros meses tras la implantación, se detectaron pequeñas desviaciones del protocolo en la prescripción, hecho que se atribuyó al escaso uso inicial de los protocolos del programa PEA y que fue resuelto posteriormente.

El personal implicado reportó una mejora significativa en claridad y seguridad del proceso disminuyendo el número de consultas a farmacia.

Potencial reducción de errores relacionados con incompatibilidades o información operativa insuficiente.

Optimización del tiempo y recursos en la validación farmacéutica, elaboración y administración.

La estandarización mediante protocolos adaptados a HaD ha permitido reducir la variabilidad y aumentar la seguridad asistencial.

La implicación multidisciplinar y el soporte PEA han sido clave para la viabilidad del modelo. Este enfoque es extrapolable a otros tratamientos de HaD, consolidando una atención que combina calidad, seguridad y eficiencia, con la tranquilidad del personal implicado y el bienestar del paciente como ejes centrales.

DE SINOIRES A CISEMADRID: EXPERIENCIA DEL CAMBIO Y SU IMPACTO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *María Angélica Rivera Núñez; Ana Souto Novas; Alberto Martín Vega; Rosario Torres Santos Olmo; Yuri Fabiola Villan Villan; Irene Inieta Gonzalez*

 *Hospital Universitario La Paz*

Identificador: 168

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2024, emprendimos un cambio estratégico y relevante, al migrar del sistema interno de notificación de incidentes —desarrollado y consolidado desde 2014— al sistema corporativo. Este cambio supuso una modificación técnica e implicó un profundo reto organizativo y cultural, al reemplazar una herramienta ampliamente integrada, con gran aceptación, por una nueva con diferentes funcionalidades, estructura y flujos de trabajo.

La decisión obedeció a la idea de unificar sistemas de notificación con el objetivo de favorecer la interoperabilidad, la comunicación activa entre niveles asistenciales (atención primaria, especializada y hospitalaria) y la generación de aprendizaje compartido a partir de los datos recopilados. Esto refleja un compromiso institucional con la mejora continua de la calidad asistencial y la cultura de seguridad, al apostar por una visión más global y colaborativa.

OBJETIVOS

Describir el proceso de planificación, ejecución y evaluación de la migración de sistemas de notificación en un hospital terciario
Analizar sus implicaciones en la cultura de seguridad, accesibilidad, trazabilidad de los incidentes y calidad de los datos notificados.
Identificar facilitadores y barreras del cambio
Proponer recomendaciones para otras organizaciones que enfrenten un proceso similar

METODOLOGÍA

1. **Planificación:** Creación grupo de trabajo multidisciplinar (seguridad del paciente, informática, referentes de seguridad) Análisis de brechas entre los sistemas
2. **Implementación:** Formación escalonada a profesionales. Campaña interna de sensibilización
3. **Evaluación:** cuantitativa, número de notificaciones. Evaluación cualitativa: encuesta estructurada a usuarios sobre usabilidad, accesibilidad, percepción de utilidad, y barreras identificadas.

RESULTADOS

Se observó una tendencia estable en el volumen de notificaciones: 1.145 notificaciones en 2023 frente a 1.224 en 2024. El 71% fueron validadas. La distribución de los incidentes validados fue la siguiente:

Cuasi-incidentes: 49,75% Incidentes sin daño: 34,54% Eventos adversos (con daño al paciente): 10,13%

Los errores de medicación representaron un tercio del total.

Factores contribuyentes identificados:

Factores organizativos (43,42%) Condiciones de trabajo (33,00%) Errores humanos tipo lapsus o despistes (30,86%) Conclusiones

El cambio de plataforma no solo fue un ajuste técnico, sino que representó una evolución hacia un sistema interoperable, más alineado con la estrategia regional. La notificación se mantuvo estable, lo que refleja la fortaleza de la cultura de seguridad y el valor del acompañamiento durante el proceso de cambio. El éxito radica en la planificación estratégica, el liderazgo desde la UFGR y el compromiso de los profesionales. Esta experiencia puede servir de guía para otros centros, promoviendo la consolidación de sistemas interoperables y el aprendizaje intercentros. Esto mejora la trazabilidad y contribuye al fortalecimiento de una cultura de seguridad compartida, alineada con las estrategias.

UNVEILING DISPARITIES IN HYPERKALEMIA MANAGEMENT: A NATIONWIDE MULTICENTER ANALYSIS OF GUIDELINE ADOPTION IN SPAIN.

 Elsa Alepuz Gilabert; Andrea Díez García; María García Castillo; Eloy Gutiérrez Ruiz; Rodrigo Lombraña Pascual; Miren Sequera Mutiozabal

 AstraZeneca Spain

Identificador: 169

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Hyperkalemia is a recurrent, life-threatening electrolyte disturbance that demands prompt, effective management. Guidelines such as ESC and KDIGO, as well as the latest Spanish Consensus Document on the Management of Hyperkalemia, aim to standardize care across specialties.

OBJETIVOS

To assess variation in perceptions among cardiologists, other HF-managing specialties and nephrologists in Spain regarding adoption of these recommendations. The focus is on crucial practices, including recurrence risk perception, potassium binder initiation, and RAASi management.

METODOLOGÍA

A national, multicenter, descriptive analysis was performed between November 2023 and December 2024 at 27 medical meetings held in Spain. A total of 308 specialists participated: 186 cardiologists, other HF-managing specialties (with 135 identified as cardiologists), and 122 nephrologists. They responded to eight questions designed to evaluate their perceptions regarding the implementation of the Consensus Document recommendations.

RESULTADOS

72.3% of cardiologists and a similar number of nephrologists (73.2%) perceived an adequate knowledge of hyperkalemia classification. Similarly, 70.4% of both groups agreed that adding potassium binders in optimized cardiorenal patients with hyperkalemia (5.5–6 mEq/L) without ECG alterations was appropriately followed. However, there was a notable gap in risk perception, with 78.1% of cardiologists and 69.7% of nephrologists underestimating the risk of a second hyperkalemia episode. Furthermore, 77.7% of cardiologists and 74.3% of nephrologists perceived that the recommendation to avoid modifying RAASi therapy was inadequately implemented. Conversely, 84.8% of cardiologists believed that RAASi reintroduction at discharge was properly adhered to, compared to 79.8% of nephrologists. Interestingly, while 78.8% of cardiologists perceived patients were discharged with new antihyperkalemic agents, this perception was higher among nephrologists (90.8%). Both specialties perceived low adoption of the recommendation of initiating binder therapy at potassium levels of 5–5.5 mEq/L (14.6% and 15.7%); notably, cardiologists were less likely to withdraw antihyperkalemic agents upon achieving normokalemia than nephrologists (20.7% vs 17.9%).

CONCLUSIONES

While awareness of consensus guidelines among cardiologists is high, substantial areas for improvement persist in their practical application, particularly concerning recurrence risk assessment, RAASi management, and potassium binders use. Encouragingly, there is a growing shift towards more effective management strategies, including structured approaches for RAASi reintroduction. Based on the results, it seems reasonable to promote strategies that foster alignment between specialties to bridge the gap between actual clinical practice and current recommendations, thereby significantly improving GDMT adoption and clinical outcomes and optimizing healthcare resource utilization in HF and HK care

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN VISUAL EN PULSERA DE IDENTIFICACIÓN

 *María Angélica Rivera Núñez; Carmen Hernandez Gancedo; Yuri Fabiola Villan Villan; Carmen Sobrino Jimenez; Cristina Jimenez Núñez; Elena Ramirez García*

 *Hospital Universitario La Paz*

Identificador: 170

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación (EM) en pacientes con alergias conocidas son considerados eventos adversos evitables de alto impacto en términos de morbilidad, mortalidad y coste sanitario. En el HULP, durante 2024, se notificaron 13 incidentes relacionados con alergias medicamentosas. 4 relacionados con ausencia de registro de alergias en la HCE, 6 con la prescripción de medicamentos a pacientes alérgicos y 3 con fallos en la verificación previa a la administración. Esto pone de manifiesto la necesidad urgente de intervenir sobre un aspecto clave: la identificación clara y efectiva de los pacientes alérgicos. La literatura internacional y recomendaciones de la OMS respaldan el uso de sistemas de alerta visual como estrategia eficaz para prevenir estos errores. Se diseñó una intervención institucional sencilla, de bajo coste y alta visibilidad que permitiera alertar de forma inmediata al personal sanitario sobre la presencia de alergias en pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS

Objetivo principal: implementar un sistema visual de identificación de pacientes con alergias para prevenir EM.

Objetivos secundarios: mejorar el registro y verificación de alergias y reducir a cero los errores asociados a alergias medicamentosas.

METODOLOGÍA

Desarrollo e implementación de un protocolo institucional con la colocación de una pegatina adhesiva amarilla con la palabra “ALERGIA” en la pulsera de identificación del paciente. Se acompañó de un plan de formación y sensibilización para profesionales sanitarios, la definición de responsabilidades específicas por perfil profesional y la integración progresiva del protocolo en los circuitos asistenciales. Se establecieron mecanismos de seguimiento mediante indicadores de adhesión y notificaciones.

RESULTADOS

Tras la implementación progresiva del protocolo, en 2025 no se notificaron errores de medicación relacionados con alergias. Esto contrasta con los 13 errores registrados en 2024. Se observó una mejora en el registro de alergias en la HCE y en la revisión activa por parte del personal sanitario antes de la administración de medicación. La tasa de adhesión al protocolo superó el 80% en las unidades monitorizadas. El personal valoró positivamente la utilidad de la pegatina como recordatorio visible y rápido, especialmente en entornos de alta rotación de profesionales o atención urgente.

CONCLUSIONES

La implementación de una medida visual sencilla como una pegatina de alerta en la pulsera identificativa del paciente alérgico ha demostrado ser eficaz para prevenir errores de medicación relacionados con alergias. El impacto fue inmediato y mensurable, eliminando los errores en el trimestre siguiente a su implantación. Su bajo coste, facilidad de aplicación y alto nivel de aceptación la convierten en una estrategia altamente transferible a otros centros hospitalarios. Esta experiencia refuerza el valor de las intervenciones simples, bien planificadas y adaptadas al contexto asistencial, en la mejora continua de la seguridad del paciente.

MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA EPOC

 *Laura Carretero Julián; Silvia Rodríguez González; María Dolores Cano Pérez; María Cristina Cedrún Lastra; Alicia Rodríguez Blanco; Alicia Álvarez Urda*

 *Dirección Asistencial Norte*

Identificador: 171

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología crónica, progresiva y altamente discapacitante, caracterizada por episodios recurrentes de agudización. Su impacto clínico se traduce en una elevada demanda de atención médica, tanto ambulatoria como hospitalaria, lo que supone una importante carga sanitaria, social y económica. A pesar de su relevancia, la EPOC continúa siendo una enfermedad infradiagnosticada. La identificación precoz es esencial, ya que permite establecer tratamientos efectivos que mejoran el pronóstico, controlan los síntomas, reducen las exacerbaciones, previenen complicaciones y ralentizan la progresión de la enfermedad, aumentando la calidad de vida de los pacientes.

La situación de partida en cuanto a los pacientes diagnosticados al inicio del presente proyecto indicaba que solamente un 23,05 % estaban diagnosticados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar el diagnóstico y tratamiento de la EPOC entre los pacientes adscritos a nuestra área de influencia.

Aumentar en un 10% el número de diagnósticos de EPOC.

Capacitar al 90% del personal en espirometría y lectura de resultados.

Formar al 80% de profesionales en estrategias de manejo integral.

Implementar un protocolo de coordinación entre atención primaria y hospitalaria en el 100% de los centros. **METODOLOGÍA** Para el desarrollo del presente proyecto se establecieron cuatro pilares fundamentales. El diagnóstico precoz se abordará mediante el uso sistemático de espirometrías y la mejora en la identificación de factores de riesgo desde atención primaria. La atención al paciente crónico se estructurará en planes individualizados de seguimiento y coordinación entre niveles asistenciales. La formación de profesionales incluirá programas educativos específicos por perfil, centrados en técnicas diagnósticas y abordaje integral de la EPOC. Por último, las unidades de apoyo se fortalecerán para ofrecer soporte multidisciplinar continuo, adaptado a la situación clínica y social del paciente.

RESULTADOS

Desde el inicio del proyecto se ha aumentado el número de pacientes diagnosticados alcanzando un 23,9% y se han llevado a cabo 7076 espirometrías.

Se han formado 109 profesionales en el diagnóstico sobre 131.

Se han formado 109 en el manejo de la enfermedad sobre 131.

CONCLUSIONES

La EPOC supone un reto de salud pública. Mejorar su diagnóstico precoz y atención integral mediante un enfoque estructurado y coordinado permitirá avanzar hacia una atención más eficaz, sostenible y centrada en el paciente.

PERFIL BIOQUÍMICO DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO PARA MEJORAR EL CONTROL Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

 TERESA ARROBAS VELILLA; SALOMON MARTIN PEREZ; MAR MARTINEZ QUESADA; MARIA JOSE LOPEZ MARCO; LUTGARDA CONDE CRESPILO; ANTONIO LEON JUSTEL

 HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Identificador: 172

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los datos disponibles de grandes estudios en prevención secundaria muestran un bajo cumplimiento de objetivos terapéuticos. El laboratorio clínico proporciona datos precisos permitiendo evaluar de manera efectiva el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, número de analíticas/paciente o nuevos biomarcadores que incrementen el RCV global del paciente disponibles para el especialista en cardiología y atención primaria. Esta alianza multidisciplinar fortalece la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia y contribuye significativamente a mejorar el control del riesgo cardiovascular en pacientes de muy alto riesgo

OBJETIVOS

Valoración de indicadores de procesos y resultados en salud tras la implementación de un nuevo perfil analítico denominado 411 en el proceso de continuidad asistencial establecida en nuestra área sanitaria para pacientes en prevención secundaria.

METODOLOGÍA

Se ha implementado en el sistema informático de laboratorio un perfil lipídico denominado 411 para el correcto etiquetado y monitorización de los pacientes tras un SCA. Se valoran los resultados a los 3 y 6 meses de la implantación. Se realizaron recuentos analíticos por perfil 411/paciente, el grado de cumplimiento de objetivos y pacientes candidatos a optimización de tratamiento en el grupo de pacientes que se etiquetan como grupo 411 (casos) con respecto a los pacientes (controles) que continúan ruta asistencial previamente establecida.

RESULTADOS

Análisis segundo semestre 2024:

Análisis del grupo de pacientes con analítica realizada: N=266

Análisis a los 3 meses: 69,2% perfil 411 SI

Análisis a los 6 meses: 65,6% perfil 411 SI

Cumplimiento del Objetivo Terapéutico de Colesterol LDL <55 mg/dL

Análisis a los 3 meses:

- Pacientes sin perfil 411 (N=82): 29,3%
- Pacientes con perfil 411 (N=184): 34,8%

Análisis a los 6 meses:

- Pacientes sin perfil 411 (N=56): 21,4%
- Pacientes con perfil 411 (N=101): 32,7%

Pacientes candidatos a optimización terapéutica con LDLc >100 mg/dL

Análisis a los 3 meses: Pacientes sin perfil 411 (N=82): 28,0% Pacientes con perfil 411 (N=184): 19,0%.

Análisis a los 6 meses: Pacientes sin perfil 411 (N=56): 33,9% Pacientes con perfil 411 (N=101): 26,7%

CONCLUSIONES

La inclusión del perfil bioquímico 411 en el SIL de laboratorio y correcto etiquetado de los pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica se asocia a mejor control analítico de LDL, un mayor cumplimiento de objetivos terapéuticos y menor número de pacientes con LDL que sugieren la necesidad de una optimización terapéutica. La implementación de un cuadro de mandos en el SIL de laboratorio que disponga de los indicadores expuestos es una herramienta muy útil en gestión sanitaria y prevención de la enfermedad cardiovascular. El laboratorio clínico juega un papel fundamental en esta colaboración multidisciplinar poniendo a disposición de los médicos peticionarios indicadores de salud para la monitorización y mejora de la continuada asistencial diseñada en cada área sanitaria.

INCIDENCIA DE LAS EXTRAVASACIONES EN EL HOSPITAL DEL DÍA MÉDICO COMO ELEMENTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 **MARÍA JOSÉ DURO MANCHEÑO**; María Isabel Bermúdez Moreno; Ana Martín Vega; Laura Vélez Garro; María José López Coca; Begoña De Andrés Gimeno

 Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Identificador: 173

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La extravasación es una de las complicaciones más graves que conlleva la administración intravenosa de fármacos citostáticos. Sus consecuencias clínicas dependerán del grado de agresividad tisular puede abarcar desde una simple irritación local hasta necrosis tisular, con pérdida incluso de la función del miembro afectado y va a depender de distintos factores: grado de agresividad tisular del citostático, cantidad y tiempo de exposición de fármaco extravasado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es analizar la incidencia de extravasaciones asociadas a los tratamientos intravenosos administrados en el Hospital de Día Médico (HDM) de nuestro centro. Identificando los fármacos más frecuentemente implicados, evaluar los síntomas más comunes, así como instaurar medidas encaminadas a la mejora de la prevención.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de las extravasaciones ocurridas en HDM incluyendo a todos los pacientes sometidos a tratamiento en un hospital de tercer nivel notificadas entre 2021 y 2024. Se recogieron datos demográficos, se analizaron los fármacos involucrados, el acceso venoso utilizado y los síntomas manifestados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La incidencia acumulada del periodo del estudio fue de 120 eventos en 111080 tratamientos administrados (0,10%). La media de edad es de 59 años y el 59% fueron mujeres.

El 69,16% se produjeron por vía venosa periférica (VPP) y 30,83% por cateter venoso central (CVC), port-a-cath, un 48,64% ocurrieron durante la infusión por bomba en la unidad y un 51,35% en el domicilio durante la infusión por elastómero.

Un 42,5% fueron agentes irritantes no agresivos, 39,6% agentes irritantes de bajo riesgo, 7,5% irritantes de alto riesgo y 12,5% vesicantes. Los fármacos más frecuentes fueron; 16,6% carboplatino, 15,83% fluorouracilo, 7,5% paclitaxel e infliximab, 6,6% oxaliplatino, rituximab y pembrolizumab.

Los síntomas más frecuentes; dolor e inflamación (75,0%), enrojecimiento (55,0%) y tumefacción (38,0%). En menor proporción, prurito (10,6%), induración (8,5%), quemazón (4,2%) y hormigueo (2,1%).

En conclusión, la incidencia de las extravasaciones es baja, en línea con otros estudios publicados (0,1-6.5%). Siendo, la vigilancia clave para su prevención, especialmente en el uso de fármacos vesicantes e irritantes.

La incidencia de las extravasaciones entre las VPP es mayor que en los CVC, siguiendo la línea de otras publicaciones, casi el 50% se produce durante la infusión intravenosa por bomba, haciendo necesario la revisión de los protocolos de administración así como las destrezas del personal en el manejo y fijación de los dispositivos. El resto se produce en el domicilio por extracción accidental de la aguja, siendo necesaria la revisión de la educación para la salud del paciente, sobre cuidados de elastómeros, revisión de los apósitos de fijación del dispositivo y selección de los de mayor adherencia a la piel. Así como priorizar el uso de CVC en tratamientos prolongados o con agentes peligrosos.

MODELO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA PARA LA AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS DOCUMENTALES: CASO DE UN ASISTENTE VIRTUAL CON IA

 Kevin Jair Torres Gomez ⁽¹⁾; Martin Renato Gauna Charles ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Tecnológico de Monterrey; ⁽²⁾ Servicios de Salud de Nuevo León O.P.D.

Identificador: 174

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La gestión documental en el sector salud enfrenta retos críticos debido a la prevalencia de procesos manuales y burocráticos. Estas ineficiencias se traducen en tiempos de ciclo prolongados, reprocesos por errores humanos y costos operativos elevados. También, los procesos de gestión documental en salud presentan ineficiencias derivadas de flujos fragmentados y falta de medición cuantitativa, lo que limita la mejora continua y aumenta costos operativos.

A nivel global, los profesionales sanitarios dedican hasta un 40 % de su tiempo a tareas administrativas, lo que equivale a aproximadamente 720 horas anuales y reduce significativamente el tiempo disponible para la atención al paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar e implementar un modelo de evaluación económica que permita medir el impacto financiero y social de la automatización de procesos documentales mediante un asistente virtual con IA en un hospital público rural de segundo nivel.

METODOLOGÍA

1. Se elaboró un ciclo de mejora continua (PHVA) y al mismo tiempo se definieron indicadores estratégicos: índice de desempeño, costo promedio por documento, índice de automatización de tareas. También, se diseñó un modelo de evaluación económico fundamentado en la teoría del “Bienestar Económico” y compuesto por los siguientes modelajes matemáticos: Óptimo de Pareto, Criterio de Kaldor-Hicks y Cociente de Bergson-Samuelson.
2. Se desarrolló un asistente virtual con IA el cual fue entrenado y adaptado a entornos hospitalarios para poder brindar asesoramiento al personal directivo, jefes de departamento y personal administrativo entorno a la elaboración y documentación de procesos asistenciales. También, brinda asesoramiento en normatividad aplicable vigente específicamente del proceso que están documentando y asesoramiento para la elaboración de SIPOCs, diagramas de flujo, políticas, Objetivos SMART e identificación de riesgos en el proceso.
3. Se realizó un análisis estadístico a partir de los resultados obtenidos para determinar el grado de significancia y efectividad de la estrategia implementada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implementación de un asistente virtual potenciado por IA para la automatización de procesos documentales en salud mejoró significativamente la eficiencia y calidad de la gestión documental en la organización. Se obtuvo una reducción porcentual en tiempo de ciclo (%) del 82.70%, un índice de automatización del 70.40%, una precisión de respuesta del 49.72%, un índice de desempeño de 6.02 y el costo laboral por manual se recortó a la mitad, ahorrando \$15,017.52 MXN (42.9%).

RESPIRO PARA FAMILIAS: UN NUEVO SERVICIO CON ELLAS Y PARA ELLAS

Mercedes Jabalera Contreras; David Nadal Miquel; Cristina Elias Catot; Ana María Alonso García; Sonia Fernández Parra

 Hospital Sant Joan de Déu

Identificador: 176

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las familias cuidadoras de pacientes con un elevado grado de necesidad de atención, debido a la complejidad de la enfermedad, pueden presentar un alto nivel de agotamiento físico y mental, con gran impacto en las relaciones familiares, en la actividad laboral y un alto riesgo de claudicación familiar. Por este motivo, existe la clara necesidad de potenciar servicios que den soporte en la gestión de la vida cotidiana de estos pacientes y, especialmente de sus familias.

Para garantizar la atención y cuidado de estos pacientes por sus familias la propuesta es diseñar un servicio de “Respir” que proporcione un tiempo de descanso físico y emocional a las familias cuidadoras y que por lo tanto ayude a mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Co-diseñar y desplegar el servicio Respiro para familias con pacientes que tienen un grado elevado de discapacidad y/o dependencia.

METODOLOGÍA

Aplicación de Design Thinking. Etapas:

- Identificación de buenas prácticas, estudios sobre impacto y entrevistas con familias y profesionales expertos
- Sesiones de codiseño con profesionales y pacientes/familias
- Análisis de insights y diseño de propuestas del nuevo servicio (prototipos)
- Sesiones de validación con familias
- Definición de la propuesta final, hoja de ruta de implementación y evaluación del impacto

Participación: 29 familias (2 sesiones consejo de familias + grupo focal + entrevistas) y 11 profesionales (sesiones y entrevistas)

Duración: diseño proyecto 2 meses.

RESULTADOS

El servicio “Respir” diseñado tiene 4 modalidades: domicilio, hospital, atención intermedia y casal. Incorpora como pilares los factores que condicionan la necesidad y aspectos clave para las familias (plan de servicio, seguridad o aspectos lúdicos)

En 2024 se inicia el programa “Respir” en atención intermedia, domicilio y hospitalización, ofreciendo el servicio a familias con pacientes crónicos complejos y altas necesidades de entre 4 y 18 años.

- En atención intermedia se atendieron 15 familias, con una duración de 54 días y coste de 20.960 euros.
- En domicilio, se atendieron a 5 familias, duración de 12 días y coste 4.335 euros.
- En hospitalización, se atendieron a 3 familias, duración de 7 días y coste de 2.698 euros.

La evaluación cualitativa realizada, con entrevistas semiestructuradas, puso de relevancia el valor para las familias (“Me he vuelto a sentir persona”; “La cuidadora ha hecho familia”) y algunos aspectos de mejora que utilizamos para refinar el Servicio (aumentar la oferta lúdica o el incremento de las horas del servicio)

CONCLUSIONES

Es un programa que aporta mucho Valor a las familias y está alineado con nuestra razón de ser y valores. No obstante, el impacto es pequeño y el coste elevado (pensando en el número de familias atendidas), para su continuidad seguiremos buscando financiación externa.

El próximo paso es planificar un programa “Respiro TEA” y valorar cómo poner en marcha el servicio casal.

CO-DISEÑO PROGRAMA FORMACIÓN PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO, PRIMER TOUCH POINT CON PACIENTES

 Mercedes Jabalera Contreras; David Nadal Miquel; Gemma Claret Teruel; Josep Codorniu Castello; Esther Alvarez Matesanz; Laura Pavon Perez

 Hospital Sant Joan de Déu

Identificador: 177

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia de paciente integra la suma de todas las interacciones de paciente, cuidadores y profesionales que están presentes en el proceso asistencial y va más allá de los aspectos biomédicos (The Beryl Institute)

El personal administrativo, generalmente es el primer contacto con el centro y puede condicionar la experiencia en la asistencia. De las encuestas, dirigidas a pacientes, identificamos comentarios que nos mostraban oportunidades de mejora en este momento inicial del Journey de paciente (“Posiblemente la administrativa tenía un mal día”; “agradeceríamos más empatía y simpatía”)

OBJETIVOS

Mejorar la comunicación del personal administrativo con pacientes a través del co-diseño de un programa de formación.

METODOLOGÍA

Consta de 3 etapas principales:

1. Entender y definir:

- Recogida y análisis de comentarios de pacientes de las encuestas durante 6 meses (2021, N=22)
- Entrevista telefónica a 8 pacientes para analizar la situación y recoger sus necesidades respecto al equipo administrativo
- Sesión del consejo de pacientes (N=13) para explorar elementos de valor y mejora relacionados con la atención administrativa en diferentes ámbitos

2. Idear: Sesiones de codiseño y validación con grupo de trabajo de personal administrativo (N=11) para responder a: ¿Qué habilidades crees que deberías tener y qué esperan de ti?

3. Prototipar e implementar: Configuración de la acción formativa “el organismo de la comunicación” dividido en 2 partes: dinámica reflexiva y experiencial sobre elementos básicos que garantizan una buena comunicación y simulación de escenarios configurados para dar respuesta a situaciones complejas.

RESULTADOS

La formación se desarrolla e inicia en 2023. Hasta abril de 2025 se han formado 168 administrativas (55,1% total personal administrativo)

Seguimiento del impacto con indicadores: % comentarios sobre trato relativos a personal administrativo, el NPS relacionado con comentarios sobre administrativos y el NPS global de Consultas Externas.

Comparando resultados 2021 – 2024 relacionados con personal administrativo, observamos que una reducción del % de comentarios relativos a trato del 50% al 31% (este dato se mantiene en un 36% 2025); el NPS relacionado con comentarios mejora de 27 a 35 (42 en 2025) y el NPS total de CEX se mantiene en 78 (80 en 2025) También se identifica un incremento de los comentarios positivos respecto a la atención de un 25% a un 30 % (33% en 2025)

CONCLUSIONES

El éxito de la formación se debe a varios factores. Uno de los más relevantes ha sido la participación activa del personal administrativo en el co-diseño del programa formativo. Este proceso ha puesto el foco en las opiniones y necesidades de los pacientes, recogidas a través de encuestas. Además, ha permitido asegurar que los contenidos de la formación respondan de manera efectiva a las necesidades del propio personal.

Será importante realizar una valoración cualitativa y cuantitativa para validar la efectividad de la formación cuando ésta finalice.

CÓMO ACERCAR LA ESTRATEGIA A LA ORGANIZACIÓN: PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS

 *Montserrat Hernández Pascual; Sonia Jimenez Aguilar; Rafael Antonio Barea Ruiz; María Josefa Díaz-Muñoz Crespon*

 *Consejería de Sanidad. DG de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente*

Identificador: 178

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los planes estratégicos (PE) dan soporte al desarrollo de la política sanitaria de una organización. El incremento de planes activos y en desarrollo, las numerosas acciones comunes, el volumen de información y datos, así como la variabilidad de recogida y análisis, dificulta compartir los resultados y generar sinergias en las acciones a desarrollar.

Este proyecto promueve la mejora en la gestión de diseño, seguimiento y ejecución de los PE a través del desarrollo de una solución tecnológica que facilitará la cumplimentación de la información de forma estructurada (micro); permitirá automatizar procesos repetitivos y manuales, reduciendo errores y duplicidades entre planes (meso), realizando procedimiento normalizado de ETL (Extract, Transform, Load) para obtener resultados robustos (macro).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desafiar el modelo de gestión de un proceso no asistencial como los PE de una organización sanitaria mediante el planteamiento de una solución tecnológica que permita su gestión integral potenciando la alineación de los objetivos estratégicos.

Objetivos secundarios:

- Definir los requerimientos funcionales y tecnológicos
- Establecer alianzas estratégicas
- Elaborar un plan de acción integral

Constitución de grupo de trabajo multidisciplinar con experiencia en el desarrollo y seguimiento de los planes estratégicos en junio 2024. Planificación de reuniones telemáticas (2/mes).

Fases de proyecto:

- Análisis de contexto y estratégico
- Elaboración del proyecto
- Desarrollo del plan de acción

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Documento “Análisis de contexto y estratégico” con identificación de requisitos como herramientas de análisis, simulación, predicción y representación interactiva, con capacidad de georreferenciación y sistemas de alerta estandarizados e interoperables con otros componentes de los sistemas útiles de información sanitaria.
- Elaboración del entregable del proyecto en base a estas fases:
 - **Fase 1.** Generar cultura organizacional receptiva a la innovación tecnológica.
 - **Fase 2.** Diseño de la solución tecnológica.
 - **Fase 3.** Desarrollo e implementación de la solución tecnológica para la gestión integral de los Planes Estratégicos.
 - **Fase 4.** Capacitación de los profesionales.
 - **Fase 5.** Difusión y comunicación estratégica.
- Identificación de entidades colaborativas estratégicas (partners) y presentación del proyecto.

CONCLUSIONES

El desarrollo de soluciones tecnológicas orientadas hacia procesos no asistenciales como la gestión de los PE mejoraría la eficiencia operativa, la optimización de recursos y la toma de decisiones estratégicas en base a la aplicabilidad de los objetivos alcanzados y las acciones que se desarrollan en el ámbito asistencial.

Permitirá una mayor accesibilidad y transparencia de los procesos generando valor en las políticas sanitarias, así como la transformación del sistema.

“ACTIVA-MENTE”: TECNOLOGÍA Y EVIDENCIA CLÍNICA PARA FRENAR EL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES.

😊 Elisa Martín de Francisco Murga ⁽¹⁾; Laura Albarrán Fernández ⁽²⁾; Jose Antonio Vinagre Romero ⁽³⁾; Paloma Rodríguez Fernández ⁽²⁾; Marta Muñoz Velez ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital Universitario El Escorial; ⁽²⁾ Fundación MTP; ⁽³⁾ Hospital El Escorial

Identificador: 179

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores forma parte del cambio de paradigma del sistema sanitario actual en su misión de adaptarse al envejecimiento poblacional. Los planes de acción priorizan identificar a personas prefrágiles, a fin de retrasar la discapacidad y mejorar calidad de vida. El deterioro cognitivo leve supone una situación de vulnerabilidad previa a muchas demencias, de ahí la importancia de su detección precoz y el desarrollo de estrategias para evitar su progresión. El aislamiento social, la dispersión rural y la falta de recursos dificultan el acceso a intervenciones estructuradas de estimulación cognitiva. Se propone un modelo en el que la colaboración entre dos instituciones integre competencias médicas, tecnológicas y formativas, para ofrecer sesiones gratuitas de carácter multidisciplinar y digitalmente soportadas, a beneficiarios y cuidadores asegurando el automantenimiento posterior.

OBJETIVOS

Objetivo primario: Implementar un programa de estimulación global para prevenir el deterioro cognitivo en mayores dentro del ámbito comunitario.

Objetivos secundarios: Evaluar indicadores de proceso e impacto en resultados en salud.

METODOLOGÍA

Diseño y población: Acuerdo de colaboración conforme al artículo 25 de la Ley 49/2002 entre dos organizaciones. Se reclutarán, desde consulta de Geriátrica, grupos de 10 participantes mayores de 75 años con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (Clinical Frailty Scale 1–4) y capacidad de adherencia.

Intervención: Sesiones semanales de 1,5 h durante 2 meses, lideradas por el equipo sanitario y especialistas de base tecnológica. Se utilizarán plataformas validadas de rendimiento cognitivo y funcional multicomponente, apoyadas en tabletas y dispositivos adaptados. Formato grupal hospitalario y domiciliario: tras ciclo presencial, los usuarios continuarán ejercicios en casa de forma autónoma con apoyo de material entregado.

Procesos y coordinación: Formación previa de voluntarios y técnicos en herramientas. Gestión de citas y manejo de grupos a cargo del Servicio de Geriátrica. Supervisión quincenal por equipo multidisciplinar.

RESULTADOS

En fase piloto de planificación, inicio previsto para Agosto de 2025. Se han establecido indicadores de proceso (número de participantes, sesiones realizadas, tasa de asistencia $\geq 80\%$) e indicadores de resultado a medir tras intervención (puntuación MEC y MoCA a 6 y 12 meses, Índice de Barthel, tasa de conversión a demencia, encuestas de satisfacción).

CONCLUSIONES

El proyecto ofrece un marco técnico y científico replicable y sostenible, para integrar la responsabilidad social corporativa en el ámbito sanitario, a través de un programa de cocreación con base digital. Su relevancia radica en valorizar las medidas terapéuticas no farmacológicas, en el fortalecimiento de redes comunitarias para personas mayores y en la capacitación de la población como sujetos activos en su propia enfermedad.

INNOVACIÓN DEL SERVICIO DE PREPARACIÓN AL NACIMIENTO DESDE LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA

😊 MARTA FERNÁNDEZ BATALLA ⁽¹⁾; MARIA DE LA CRUZ DEL POZO JUDEZ ⁽²⁾; ESTER MARTÍNEZ JIMÉNEZ ⁽³⁾; MARIA DEL PILAR DEL SAZ GARRIDO ⁽⁴⁾; JULIA DOMÍNGUEZ BIDAGOR ⁽⁴⁾; YOLANDA DEL REY GRANADO ⁽⁵⁾

📄 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL NORTE; ⁽²⁾ DIRECCION AISTENCIAL SURESTE; ⁽³⁾ CS ALPES; ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA; ⁽⁵⁾ GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 180

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En nuestra comunidad existen 264 matronas en AP que implementan 1635 talleres del servicio preparación al nacimiento en las mujeres embarazadas.

Dentro de las responsabilidades de la Comisión de Vida Saludable (CVS) de la Estrategia de Salud Comunitaria de nuestra comunidad se tiene que garantizar que los materiales de educación grupal y comunitaria que ofrecemos a la población son de máxima calidad científico técnica de las nuevas generaciones por ello desde la vocalía del grupo de la Mujer se detecta la necesidad de desarrollar un documento de consenso de educación para la salud dirigida a la preparación y nacimiento. Los motivos son que se precisaba actualizar el documento vigente del año 2012 y desarrollar un taller homogeneizado para el servicio que permita a las mujeres embarazadas desarrollar competencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar un proyecto normalizado de preparación al nacimiento y crianza para satisfacer las necesidades de las futuras familias desde una orientación comunitaria grupal.

Se configura un grupo de especialistas desde la CVS en el año 2022 que realizan una detección de necesidades profesionales a matronas y necesidades sentidas de participantes que se exponen en las reuniones mensuales. Se configura 6 grupos para desarrollar recomendaciones clasificadas según las fases de adaptación desde el embarazo hasta puerperio y que trabajen hacia objetivos de conocimientos, habilidades y actitudes. Bimensualmente se realizan reuniones presenciales y por grupos de Teams para compartir los avances realizados, poner en común avances y planificar siguientes pasos. Tras ellas, se contaba con el apoyo científico-técnico, seguimiento y validación externa del contenido por parte del servicio de salud pública.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Publicación del documento el día 5 de mayo coincidiendo con el día mundial de las matronas que establece las pautas a seguir de forma estructurada para implementar los contenidos educativos en 6 paquetes con técnicas educativas de conocimientos, habilidades y actitudes a trabajar en cada fase con una serie de criterios de seguridad, evidencia e innovación. Así, como resultado secundario se obtiene un plan de promoción de ejercicio físico con base en disciplinas regladas del deporte y adaptado a diferentes perfiles, mujeres de diferentes condiciones físicas, edades, problemas de salud.

el proyecto ha permitido obtener un documento de preparación al nacimiento y la crianza en nuestra región siguiendo los principios rectores de coordinación, comunicación, y compromiso interdisciplinar. Rediseñar este servicio conlleva seguir ofertando este servicio asistencial a 21942 mujeres antes de 30 semana gestación y sus acompañantes de forma equitativa, independientemente de su localización geográfica, cultura y recursos, bajo criterios de evidencia, seguridad clínica y eficiencia de planificación de recursos, de los 911 talleres que se hacen anualmente.

La implementación de este rediseño contribuirá a mejorar la calidad asistencial y la experiencia de las futuras familias.

ESTANCIA SEGURA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA MEJORAR LA IMPLICACIÓN DE PACIENTES EN SU SEGURIDAD

😊 Jose Manuel Caro Teller; Miriam Morales Cifuentes; Felisa Jaen Herreros; Sofía Mesa García; José Miguel Ferrari Piquero; Delicias Quintana Estelles

📅 Hospital Universitario 12 de Octubre

Identificador: 181

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los incidentes relacionados con la SP pueden tener consecuencias graves y sufrimiento tanto a pacientes como familiares. Según el Plan de Acción Mundial para la SP de la OMS, uno de los principios rectores es hacer partícipes a los pacientes y familias de una atención segura.

Se describe un proyecto que aborda mejorar la seguridad clínica durante el ingreso de pacientes a través de su capacitación e implicación actualizando material educativo específico y validado por profesionales y pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la concienciación de pacientes y familiares sobre el impacto que puede tener su participación en su propia seguridad.

Incluir en el ecosistema sanitario la cultura de promover la participación activa de los pacientes.

Incorporar la utilización de herramientas validadas que evalúen material educativo para pacientes.

El proyecto se coordina desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, que revisa la documentación y acciones propuestas. El seguimiento se realiza desde de un “core” formado por un farmacéutico hospitalario, una enfermera asistencial, una enfermera gestora, un médico preventivista y un pediatra.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El proyecto inició en septiembre de 2023 alcanzando los siguientes hitos:

- Revisión bibliográfica y análisis de incidentes y errores de medicación notificados en la base de datos CISEM.
- Consenso de los puntos clave en los que los pacientes y familiares pueden contribuir a su seguridad: identificación del paciente, alergias, medicación, infección, caídas, traslados, localización, alta y seguimiento.
- Elaboración del material educativo disponible en formato físico y digital, accesible mediante código QR.
- Validación profesional del material utilizando la herramienta PEMAT (The Patient Education Materials Assessment Tool) de la Agency for Healthcare Research and Quality.
- Validación del material por pacientes usando una adaptación local de la herramienta PEMAT.
- Aprobación de documentación por el Comité de Información Sanitaria y la Comisión de Dirección.
- Grabación de un video institucional que se emitirá en televisiones de los pacientes y espacios asistenciales del centro.

En la validación por profesionales, 61 referentes de seguridad puntuaron el material con un 96,9% en comprensibilidad y del 97,1% en aplicabilidad.

En cuanto a pacientes, 39 voluntarios (35 adultos y 4 pediátricos) otorgaron puntuaciones del 95,9% en comprensibilidad y del 97,4% en aplicabilidad. Valoraron con un $9,1 \pm 0,9$ el grado de utilidad del material.

El proyecto favorece la cultura de seguridad compartida, utilizando material educativo audiovisual valorado como comprensible y aplicable por pacientes y profesionales. Su implementación puede contribuir significativamente a la prevención de incidentes y a mejorar la calidad asistencial como práctica segura.

La universalidad del contexto y la utilización de recursos fácilmente accesibles convierten este proyecto en una línea de trabajo altamente aplicable y exportable.

EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS EN REPER: DEL DESARROLLO A LA IMPLEMENTACIÓN

 Elisa Gallego Ruiz de Elvira ⁽¹⁾; Isabel Hermosilla Gimeno ⁽¹⁾; Carmen Cámara Hijón ⁽²⁾; Maria Bravo García- Morato ⁽²⁾; Greta Arias Merino ⁽¹⁾; Grupo de Inmunodeficiencias de la Sociedad Española de Inmunología (Grupo REDIP) ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Instituto de Enfermedades Raras (IER), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España; ⁽²⁾ Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Identificador: 182

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En 2023 se firmó un convenio entre el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), a través del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IER), y la Sociedad Española de Inmunología, la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, para el desarrollo de actividades del Registro Español de Inmunodeficiencias Primarias (REDIP) en el seno del Registro de Pacientes de Enfermedades Raras (RePER) del ISCIII.

OBJETIVOS

Los objetivos fueron: incorporar al RePER las enfermedades de la clasificación de los errores innatos de la inmunidad humana elaborada por el Comité de Expertos de la Unión Internacional de Sociedades de Inmunología (IUIS) y sus actualizaciones; crear un cuestionario específico para recoger la información de los pacientes; e implementar el uso del REDIP.

METODOLOGÍA

Para la identificación de las enfermedades se utilizó como guía la clasificación de la IUIS que recoge nombre, gen, OMIM y fenotipo, añadiéndose el nombre de la enfermedad, la CIE10 y una codificación específica desarrollada por el IER asociada a la CIE10 (CIE10 ampliado). Se usaron términos estandarizados para facilitar la identificación de los casos de errores congénitos de la inmunidad en distintas clasificaciones. El cuestionario desarrollado se basó en el del Registro de la Sociedad Europea de Inmunodeficiencias y se implementó en el área privada de la plataforma ISCIII. RPER v.25.10.1

RESULTADOS

Como fruto de esta colaboración, se introdujeron 584 ER al RePER, que se asignaron al grupo de enfermedades IUIS-REDIP y se creó un cuestionario específico para sus investigadores. Se incorporaron nuevas variables relacionadas con el diagnóstico genético. El cuestionario específico se desarrolló en inglés y constó de 53 variables que recogían datos de los pacientes y características diagnósticas y genéticas de la enfermedad, distribuidas en 6 secciones según la información que contenían: datos del paciente, consentimiento, diagnóstico, camino hacia el diagnóstico, estado y tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas. Desde su creación, se ha dado de alta a 39 investigadores y profesionales sanitarios procedentes de 25 hospitales diferentes que, durante 2025, han incorporado la información de 171 pacientes al registro.

CONCLUSIONES

Los registros de pacientes facilitan la investigación, la coordinación multidisciplinar de profesionales de la salud e investigadores y su conexión con pacientes. Los convenios entre organismos de investigación y sociedades científicas son cruciales para el avance del diagnóstico e investigación de las ER.

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EXPRESADA MEDIANTE LAS ENCUESTAS POR SMS

😊 M^aVictoria Olalla Martín; Joaquin Gonzalez Revaldería; Francisco Salas Alvarez del Valle; Patricia Fernan Perez; Susana de Juan Garcia; Zita Quintela Gonzalez

🏥 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 183

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medida de la satisfacción del usuario se basa principalmente en la evaluación del componente interpersonal, entendido como la percepción que tiene el paciente y la familia sobre su atención, (experiencia del paciente).

En un servicio de urgencias hospitalario el tiempo de espera es uno de los factores que más influye en la satisfacción del paciente. Otros factores son la interacción entre el paciente y el personal, la comunicación, la información y el ambiente de la sala de espera. En nuestro hospital, se analizan los datos de la encuesta satisfacción anual realizada por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Para completar esta información se instalaron tótems visuales donde el paciente podía expresar su grado de satisfacción. Se recibían pocas respuestas y teníamos dudas de su fiabilidad

Se decidió cambiar la técnica realizando las preguntas mediante SMS a las 24 horas de la atención en urgencias. Calcula del nivel de satisfacción mediante la técnica NPS (Net Promoter Score). Además, realiza preguntas que miden la satisfacción en relación con la amabilidad del personal y la claridad de las explicaciones (0-5). Por último, ofrece la opción de escribir comentario en texto libre.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Descripción de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada a las 24 horas de la atención en el servicio de urgencias mediante SMS (julio 2024 -abril 2025) y comparación con el uso de los tótems (enero 2024 - junio 2024).

Análisis de la evolución de las respuestas, NPS y la satisfacción en relación a las preguntas realizadas y comentarios

RESULTADOS

La media de las contestaciones por SMS fue 1482.La media de las contestaciones por tótems fue 216. El incremento en las respuestas ha sido de más de diez veces la cifra previa.

Media de NPS previo a los SMS: 0.33; Media NPS después: 14.8. Aumento del NPS :14.5.

Sobre las preguntas valoración de la amabilidad del personal y la claridad de las explicaciones la media de satisfacción ha sido de 4.4 y 4.3 sobre 5 respectivamente.

Han rellenado los comentarios una media del 43% de los encuestados. Media de los relacionados con los tiempos: 51%, el personal: 14% y la experiencia: 9% y media de agradecimientos: 24%.

CONCLUSIONES

El nuevo sistema de encuestas ha aumentado la participación del paciente y ha mejorado su percepción; probablemente esté relacionada con el envío de los SMS y las 24 horas que pasan desde el alta. La respuesta es más reflexiva.

Aunque el NPS es bajo y la mayoría de las quejas se relacionan con tiempos, personal y experiencia, existe un elevado número agradecimientos y la percepción en relación con la amabilidad y la claridad de las explicaciones es alta.

Se deduce que, por un lado, se cumplen las necesidades de las pacientes relacionadas con trato y amabilidad, pero no sus expectativas en especial las relacionadas con los tiempos.

Es necesario implantar técnicas de medida de satisfacción del usuario fiables que se complementen con otras de las que ya disponemos y ayuden a establecer mejoras.

DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

 Joaquín González Revaldería; Victoria Olalla Martín; Esperanza Ortigosa Solorzano; Patricia Fernán Pérez; Susana de Juan García; Zita Quintela González

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 184

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento del dolor es un objetivo prioritario dentro de cualquier proceso de atención al paciente.

En nuestra Comunidad se mide centralizadamente la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor desde 2014. Hasta 2017 la satisfacción de los pacientes de nuestro hospital era inferior a la media de nuestro grupo de hospitales (n=13).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Definir e implantar una estrategia para mejorar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor. Para ello, en primer lugar, se promovió la medida del dolor con diferentes escalas validadas según las características de los pacientes (comunicativos, no comunicativos, población neonatal, infantil, ...). Al mismo tiempo, se procedió a la revisión y actualización de los protocolos de tratamiento del dolor (agudo y crónico) existentes y se definieron aquellos que se consideró necesarios en reuniones de expertos. En 2016 se nombran referentes del dolor médicos y enfermeros por cada unidad asistencial donde aplicara. A partir de 2017 estos referentes forman al resto del personal asistencial en la importancia de medir el dolor y en el uso de estos datos para establecer una analgesia adecuada según los protocolos consensuados (cultura del dolor). A partir de 2018 se establece un curso anual para residentes de segundo año sobre manejo del dolor. Desde 2019 se realizan trípticos sobre uso adecuado de los diferentes niveles de analgesia en pacientes en la Urgencia. A partir de 2024 se establece un sistema de limitación de dosis de medicamentos peligrosos en el sistema de prescripción electrónica del hospital. Desde 2015 se realizan, bienalmente, Jornadas Interhospitalarias de Dolor en las que interviene Atención Hospitalaria, Atención Primaria y pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implantación de esta estrategia ha hecho que, desde 2019 la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor se mantenga de forma continuada por encima de la media de nuestro grupo de hospitales siendo estadísticamente significativa la diferencia en el último periodo analizado (2024). La participación de los pacientes en las Jornadas permite una mayor humanización en el tratamiento del dolor. Asimismo, se detecta una menor incidencia de eventos adversos asociada al tratamiento del dolor.

El establecimiento de una estrategia clara, consensuada y comunicada a todas las personas que intervienen en el abordaje del dolor de los pacientes permite un mejor control del mismo, una mayor satisfacción del paciente y una disminución de los incidentes de seguridad relacionados con el tratamiento del dolor.

¿DAMOS A LOS PACIENTES LA INFORMACIÓN QUE NECESITAN? ANÁLISIS MEDIANTE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

 Joaquín González Revaldería; Victoria Olalla Martín; Purificación Holguín Holgado; Santos Enrech Francés; Fernando Gil Ares; Andrés José Alcaraz Romero

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 185

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, se trabaja en proporcionar a los pacientes una información veraz y adaptada a su capacidad de comprensión con un lenguaje tranquilizador. Los contenidos de esta información están relacionados, principalmente, con el diagnóstico, tratamiento (alternativas existentes, efectos del mismo...), evolución previsible, contenido de los documentos de consentimiento informado y otros aspectos técnicos relacionados con el proceso, apoyados con documentos de información generales, en papel o digitales. La realización de encuestas se dirige más hacia la comprensión de la información dada y el trato del profesional que a los contenidos de esta información.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el fin de conocer las preocupaciones de los pacientes en procesos de especial relevancia para los mismos, desde 2017 se realizan en nuestro hospital entrevistas en profundidad. Se han realizado en: grandes quemados, cáncer de mama, cuidados paliativos (pacientes no ingresados), reconstrucción mamaria (por diversas causas), oncología, osteogénesis imperfecta, parto y postparto inmediatos, endoscopias...

En todos los casos, las entrevistas se realizan en un ambiente íntimo y acogedor y comienzan con una presentación de los entrevistadores y de los objetivos de la misma; se deja que el paciente se exprese libremente sin proponer, en principio, ningún tema concreto. Cuando se considera oportuno, se solicita al paciente información adicional sobre algún punto específico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el desarrollo de las entrevistas se encuentran, de forma generalizada, aspectos deficitarios en la información proporcionada al paciente, entre ellos:

Grandes quemados: conocer si hay modificaciones en los horarios de las curas (al ser dolorosas genera ansiedad el que no se realicen en el horario acostumbrado), previsión del aspecto físico que van a tener al alta, características de la rehabilitación posterior que se realiza fuera del hospital...

Cáncer de mama: información sobre el cambio de imagen que puede esperarse al quitar los primeros vendajes, fecha máxima para conocer los resultados de las pruebas, coordinación de la información dada por los diferentes profesionales...

Oncología: características generales del tratamiento posterior a la cirugía

Urgencias: tiempos de espera aproximados.

Osteogénesis imperfecta: Sistemas adecuados y fiables para compartir información del paciente fuera de la Comunidad de Madrid.

Endoscopias: Información homogénea sobre preparación para la prueba.

Existen aspectos del contenido de la información que demandan los pacientes que solo pueden conocerse, para poder actuar sobre ellos, mediante un procedimiento de escucha activa por parte de los profesionales, lo cual permite humanizar en mayor medida el proceso de atención sanitaria al paciente.

INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS SMGI EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL

 Isabel Gómez Valbuena ⁽¹⁾; Sofía Torres Weber ⁽²⁾; Veronica Sanchez Niño ⁽¹⁾; Sara Villalba Lopez ⁽¹⁾; Almudena del Puertos Cla-ros ⁽¹⁾; Beatriz Benitez Garcia ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ SERMAS; ⁽²⁾ Unidad de Farmacia - Dirección Asistencial Centro - Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 186

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En un área de sanitaria la prescripción y primera entrega de sensores de monitorización continua de glucosa intersticial (SMCGi) para pacientes con Diabetes Mellitus (DM) 1 se realiza desde Atención Hospitalaria (AH), aunque es en los Centros de Salud (CS) donde se realizan las dispensaciones posteriores, por lo que se pueden producir acúmulos en los CS. En octubre de 2024 la Dirección Asistencial (DA) identificó un excedente de SMCGi en los CS y se procedió a realizar un estudio de la situación y tomar medidas al respecto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Cuantificar el exceso de SMCGi en los CS, conocer las causas del exceso y establecer circuitos para retirar el excedente, para disminuir los incidentes de seguridad con los SMCGi y optimizar los recursos.

Durante noviembre y diciembre de 2024 las Farmacéuticas de Atención Primaria (FAPs) y una Responsable de centro de la DA visitaron los 38 CS de nuestra área para contabilizar el exceso y a través de un breve cuestionario recoger las impresiones de los profesionales encargados de recepcionar, custodiar y entregar los SMCGi.

Las preguntas del cuestionario eran: si tenían responsable y Excel de control de SMCGi, quien entregaba los SMCGi, si los SMCGi estaban organizados por paciente si había exceso de SMCGi y cuantos tenían, que hacían con ese exceso, cuantos SMCGi entregaban a la vez, si estaban teniendo incidencias y si conocían el circuito con los hospitales.

Tras el análisis de variables se realizaron reuniones con los hospitales de referencia para establecer un circuito de retirada del exceso de SMCGi. En febrero 2025 se realizó la retirada del exceso de SMCGi.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 38 CS: 1 CS no tenía responsable de SMCGi, los SMCGi de pacientes DM 1 los entregaban las TCAEs, 2 CS no tenían seguimiento mediante registro de los pacientes, en 7 CS los SMCGi no estaban identificados por paciente. En el caso de si estar identificados por CIPA, algunos no los tenían identificados y/o separados por tipo de diabetes. Todos los centros conocían los circuitos de gestión de SMCGi. Los centros utilizaban los excesos que no podían devolver únicamente para la reposición de sensores.

El exceso fue de 1410 sensores Free Style® y 253 sensores Dexcom®.

A marzo de 2025 el exceso es de 0 en dos zonas y 174 en una zona (102 Free Style® y 72 Dexcom®).

El reutilizar ese exceso de sensores ha supuesto no perder 58,860€ en sensores Free Style® y 5.430€ en Dexcom®.

A partir de las incidencias que nos trasladaron los CS podemos concluir que no seguir los protocolos implantados para la gestión de SMCGi, puede llevar a incidentes de seguridad con SMCGi y una mala gestión de los recursos.

El trabajo conjunto de FAP, DA y AH ha servido para eliminar el exceso de SMCGi que había en los CS, evitar problemas de seguridad, generar ahorro en la partida económica dedicada a los SMCGi en el sistema e impulsar la creación de un protocolo de devolución de excedente de SMCGi para los CS de la CAM.

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO ANUAL DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TERAPIA DE HEMODIÁLISIS

 ANA ISABEL TAPIA ELVIRA; MARÍA DE LOS ÁNGELES GÓMEZ GONZÁLEZ; SARA PÉREZ PASTOR; MÓNICA BENITEZ DE PAZ; MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ HERGUETA; EVA REDOMERO HERREROS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 187

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) en estadios avanzados ocasiona alteraciones en el sistema nervioso central y periférico de los pacientes, especialmente en aquellos sometidos a tratamiento de hemodiálisis. Resulta fundamental evaluar el grado de deterioro cognitivo primario desde los primeros años de inicio de la terapia de hemodiálisis en estos pacientes.

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de la demencia y la depresión en pacientes con terapia de hemodiálisis.

Detectar la progresión del deterioro cognitivo y la depresión en pacientes con hemodiálisis.

Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la demencia en pacientes con terapia de hemodiálisis.

Diferenciar entre el deterioro cognitivo y las manifestaciones propias de la depresión u otros trastornos emocionales en esta población.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio con enfoque observacional prospectivo, de tipo descriptivo y diseño no experimental sin grupo control, basado en dos cortes transversales realizados con un año de diferencia. Las herramientas empleadas para la evaluación fueron el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

La muestra estuvo compuesta por 32 pacientes que hubieran recibido, durante al menos dos meses, la terapia de hemodiálisis y que no presentasen antecedentes de deterioro cognitivo. Las variables predictoras empleadas fueron: sexo, edad, nivel de estudios, tiempo y tipo de hemodiálisis (hemodiálisis convencional, hemodiafiltración en línea y hemodiálisis extendida).

RESULTADOS

En el primer corte, 19 pacientes de los 32 presentaban algún grado de deterioro cognitivo, cifra que aumentó a 21 en el segundo. La puntuación media en el test MoCA descendió de 23,47 a 21,75 en el transcurso del año ($p = 0,009$), lo que indica un empeoramiento significativo. En términos porcentuales, la prevalencia de deterioro cognitivo se incrementó del 59,4 % al 65,6 % ($p = 0,072$).

En cuanto a la depresión, 15 pacientes presentaban algún grado de depresión en el primer corte, manteniéndose esta cifra en la segunda evaluación. Tanto la puntuación media (de 9,5 a 9,69; $p = 0,8$) como el porcentaje de pacientes afectados (46,9 %) permanecieron estables, sin cambios estadísticamente significativos durante el seguimiento anual.

CONCLUSIONES

Tras un año de seguimiento, se ha observado en la muestra un empeoramiento del deterioro cognitivo, evidenciado por un aumento en el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo leve.

En cuanto a la depresión, si bien no se registraron cambios estadísticamente significativos en la prevalencia general, se detectó un incremento en el grado en aquellos pacientes que ya presentaban depresión.

Finalmente, la identificación de factores de riesgo asociados a estas alteraciones permitirá a los profesionales sanitarios y a las autoridades desarrollar estrategias de intervención dirigidas a prevenir o reducir su impacto en los pacientes con ERC, favoreciendo así una atención individualizada.

ESTRATEGIA CON EVIDENCIA: UNA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO INTEGRAL

 PABLO CAZALLO NAVARRO ⁽¹⁾; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA ⁽²⁾; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES ⁽²⁾; FATIMA BALLESTEROS CASTELLANO ⁽³⁾; ALEJANDRO SAN NICOLAS MEDINA ⁽³⁾; MARTA GOMEZ RODRIGUEZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA; ⁽²⁾ H.U. PUERTA HIERRO MAJADAHONDA; ⁽³⁾ TU CONSULTOR

Identificador: 188

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El hospital, de alta complejidad, lleva trabajando en el modelo EFQM desde hace más de 10 años y tuvo que renovar en 2024 el sello 600 de EFQM. Se propuso realizar una evaluación para evidenciar la estrategia a nivel macro, meso y micro gestión, además, medir el rendimiento y la consecución de la estrategia planteada en el año 2021 basada en sus 5 elementos: Propósito, Visión, Propuesta de Valor (PV), Cultura y Líneas Estratégicas (LE).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar una herramienta de gestión que facilite el seguimiento y evaluación del avance estratégico del hospital.

Se diseñó un cuadro de mando en Excel para cada uno de los 5 elementos estratégicos, integrando indicadores operativos y de percepción de todos los grupos de interés. Los indicadores se organizaron en dimensiones representativas de cada elemento: la PV se construyó a partir de 5 dimensiones: humanización, profesionalidad, trabajo en equipo, seguridad e innovación. Igualmente, se realizó para el Propósito (contrato programa, humanización, participación, seguridad y profesionalidad), Visión (labor asistencial, investigación, docencia y desarrollo profesional), Cultura (valores, orgullo, prestigio, humanización, ética, sinergias, docencia, sostenibilidad y procesos asistenciales) y LE (homogeneización de la gestión, sostenibilidad e innovación).

Este cuadro mostraba tanto el resultado global de los 5 elementos, como el desempeño individual de cada una de sus dimensiones. Cada elemento se evaluó según su grado de consecución (iniciado, en proceso o consolidado) en función del número de métricas realizadas.

Esta evaluación nutre un indicador sintético global que refleja el nivel de avance de la estrategia general del hospital.

La herramienta desarrollada permite generar gráficos dinámicos que ofrecen una visión integral y desagregada de la estrategia, desde una perspectiva organizacional hasta el nivel asistencial. Esto facilita una toma de decisiones más informada y basada en datos objetivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema incluye 209 indicadores, algunos sintéticos, distribuidos de la siguiente manera: 57 para Propósito, 52 para Visión, 28 para PV, 35 para Cultura y 37 para LE.

Tras tres años de implementación, se documentó un grado de avance de la estrategia del 89% (objetivo: 80%), con los siguientes resultados por elemento: Propósito: 93% (objetivo: 85%), Visión: 96% (objetivo: 85%), PV: 71% (objetivo: 75%), Cultura: 91% (objetivo: 85%) y LE: 95% (objetivo: 85%). La PV no consiguió alcanzar, por poco, la meta establecida en los indicadores de percepción: Información al paciente (humanización) y reconocimiento profesional (profesionalidad).

Este sistema integral de gestión permite evaluar el desempeño organizacional, conocer el grado de avance estratégico y orientar la mejora continua, consolidando una cultura de excelencia alineada con el modelo EFQM.

En la evaluación externa, resultó ser un elemento diferenciador e innovador para este tipo de organizaciones, lo cual fue destacado como punto fuerte en el informe final.

CALIDAD ASISTENCIAL, EL IMPACTO DE LA MEJORAS EN LOS PROCESOS DEL PERSONAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS

 Esther Rodríguez Durán; Mario Rodríguez Durán; María del Pilar Ruiz Garrido; Alicia Carmona González; Laura Obispo Imedio

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 189

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los agentes principales en la gestión de la calidad asistencial son, obviamente, el personal sanitario. Sin embargo, existe una red de infraestructuras, tareas realizadas, procesos ejecutados por el personal denominado, en el ámbito sanitario, de gestión y servicios que son imprescindibles para la ejecución y el desarrollo con éxito de la actividad asistencial. Analizar su impacto puede aportar una visión reveladora en esta materia.

OBJETIVOS

Analizar medidas concretas y de gran impacto desarrolladas en ámbito de la gestión y servicios con repercusión directa sobre la calidad asistencial y el bienestar de los pacientes.

Cuantificar el impacto de las medidas indicadas y constatar la importancia de los procesos de apoyo en la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Descripción de las medidas desarrolladas con análisis de resultados cuantificables y medibles mediante definición de indicadores concretos asociados a cada una de las prácticas planteadas.

RESULTADOS

Reducción de tiempos de espera en obtención de citas y gestiones administrativas de pacientes.

Reducción de tiempos de espera en realización de pruebas diagnósticas, traslados intracentro y movilización de pacientes.

Obtención de documentación (notas de cita, justificantes, ...) a través de varios canales adaptados a los diferentes perfiles de pacientes de forma segura y con tiempos de respuesta inmediatos en algunos casos.

CONCLUSIONES

La experiencia del paciente en un centro sanitario requiere de la ejecución de multitud de procesos de apoyo sobre los que hay que trabajar para mejorar los indicadores globales, implicar al personal no sanitario y reducir tiempos y tareas innecesarias. Esta área de trabajo es imprescindible para poder realizar una valoración global de la calidad asistencias de cualquier centro sanitario.

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA HOSPITALARIA: ESTANDARIZACIÓN Y TRAZABILIDAD

 PABLO CAZALLO NAVARRO; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; PEPE AUSINA GIMENO; MARIA ALCAZAR MARIN CIRUJANO; TERESA PARADELA SANCHEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 190

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una de las situaciones clínicas más críticas en el entorno hospitalario. La respuesta inmediata y coordinada del equipo asistencial es clave para la supervivencia. Sin embargo, la variabilidad en la actuación, la falta de entrenamiento específico y la ausencia de materiales estandarizados comprometen la seguridad del paciente.

En 2022, la Unidad de Calidad (UCA) auditó los libros de revisión de carros de PCR, detectando alta variabilidad en el uso y registro de material y medicación, así como falta de trazabilidad objetiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Normalizar el contenido de los carros de PCR (adulto y pediátrico).

Establecer mejoras basadas en auditorías.

En 2023 la UCA creó un comité multidisciplinar con representantes de los equipos reanimadores (anestesia, intensivos, cardiología, pediatría y urgencias), farmacia, recursos materiales y gestión de servicios generales. Se revisaron documentos, materiales, medicación y se diseñó una auditoría observacional con encuestas a profesionales de las unidades auditadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se censaron 69 carros frente a los 58 registrados. Se consensuó y organizó el contenido del carro por categorías. Farmacia centralizó la reposición y dispensación mediante maletines normalizados. Se inició la renovación de 10 carros y la compra de mochilas específicas para equipos reanimadores. Se actualizó el procedimiento de revisión y el protocolo de PCR/RCP. Se creó un formulario ad hoc, registrando 59 PCR en los primeros 9 meses con datos objetivos y segmentados. Se analizaron 7 incidentes de seguridad abordados desde el comité. Se definió la ubicación de carros y neveras con cartelería. Se convocó un concurso para renovar 52 desfibriladores con formación asociada y se realizaron 3 auditorías anuales (2023-2025): Se auditaron un total de 29 carros en 3 años, de los cuales el 100% bien ubicados y 100% con libro de revisión. El 75% estaban cerrados, 49% tenía realizada correctamente la revisión mensual, el 57% se adecuaba el cajón de medicación (el maletín estaba correcto, pero había medicación extra no contemplada), el 93% tenía correctamente la medicación fría, el 42% cumplía con el cajón 2 de fungible, el 36% cumplía con el cajón 3 de acceso vascular, el 32% cumplía con el cajón 4 de ventilación y en un 21% se observó material/medicación caducada. En los cajones 3-4-5 se detectaron fallos, pero por exceso de material, no porque faltara el estipulado. En la encuesta respondieron 231 profesionales, de los cuales, el 76% conocía la ubicación del carro, el 50% no conocía la ubicación de la nevera de medicación fría (la mayoría médicos) y sólo el 26% conocía el número genérico telefónico de parada (conocía donde encontrarlo o el busca del equipo reanimador). Los datos relativos a la PCR han mejorado significativamente en cuanto a normalización de carros, formulario y mejor organización del material y medicación.

Aún persisten áreas de mejora, especialmente en la reposición eficiente de material y conocimiento del proceso.

COMITÉ DE ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. CONTRIBUCIÓN A ELIMINAR PRÁCTICAS POCO EFECTIVAS

 Carmelo Tafalla Bordonada; Raquel Fernández García; Juana María Molina Ramos; Cristina Moral Moraleda; Miriam Gazulla Tomás; Marcelino Cucarella Galiana

 Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 191

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Comité de Adecuación de la Práctica Clínica (CAPC) es una comisión multidisciplinaria encargada de coordinar y recopilar las acciones destinadas a la optimización de la práctica clínica. Su función principal consiste en identificar prácticas clínicas que requieren revisión, ya sea por su falta de beneficio, por una relación riesgo-beneficio no claramente establecida, o por la insuficiencia de evidencia científica que respalde su uso sistemático. El CAPC busca garantizar la implementación de las prácticas que sean las más apropiadas, beneficiosas y seguras para los pacientes

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del CAPC es reducir la realización de procedimientos, tratamientos, pruebas diagnósticas y cuidados enfermeros innecesarios, entendidos como aquellos que no han demostrado eficacia, presentan una efectividad escasa o dudosa, o no son coste-efectivos.

Para alcanzar este objetivo, se conforman grupos de trabajo multidisciplinarios encargados de identificar prácticas clínicas que, basándose en la evidencia científica, deben ser categorizadas como prácticas a evitar (“No hacer”). Estos grupos también elaboran las recomendaciones correspondientes para la implementación de dichas prácticas.

La Biblioteca de Ciencia de la Salud mantiene una actualización periódica en la intranet corporativa con las recomendaciones de adecuación de la práctica clínica, facilitando el acceso a la información más reciente.

Las recomendaciones aprobadas se difunden a través de la intranet del hospital, específicamente en el catálogo de documentación normalizada, garantizando así el acceso y la consulta por parte de todos los profesionales de la institución

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Cada Servicio, Unidad/Especialidad debe revisar anualmente las recomendaciones de “No hacer” basadas en las propuestas de sus Sociedades Científicas e implementar al menos una práctica de “No hacer” cada año.

Se han creado grupos de trabajo multidisciplinarios, coordinados por el CAPC, para desarrollar protocolos específicos como para la determinación de vitamina D, péptidos natriuréticos NT-proBNP, gestión de la demanda de procalcitonina, la gestión eficiente de la sangre en transfusiones, recomendaciones para evitar prácticas innecesarias en infecciones urinarias, etc. También se trabaja en la implantación de recomendaciones para la solicitud de pruebas radiológicas.

Además, se han formado grupos de mejora en enfermería enfocados en prácticas basadas en evidencia científica, como en lactancia, úlceras por presión, uso de sondas vesicales, normotermia y uso de guantes.

Por último, se promueve la formación y actualización de los profesionales, colaborando con las Unidades Docentes.

La implementación de estas prácticas de “No hacer” ayuda a reducir procedimientos, pruebas o tratamientos que no aportan beneficios significativos, lo que también implica un ahorro en costes de materiales, personal y tiempo, beneficiando así al sistema sanitario.

COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA EN DERIVACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

 Carmelo Tafalla Bordonada; Juana María Molina Ramos; Manuel Torres Coscoyuela; Sonia López Barba; David Gutiérrez España; José Antonio Molina Ramos

 Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 192

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La variabilidad de la práctica clínica, el continuum asistencial, el incremento paulatino de los costes y la falta de coordinación en las derivaciones se han identificado como algunos de los aspectos de la atención sanitaria que son susceptibles de mejora.

En este contexto, se ha pretendido realizar una revisión de la patología osteo articular desde un punto de vista del abordaje práctico por cada especialista: Atención Primaria (AP), Rehabilitación, Reumatología, Traumatología y Fisioterapia. Para ello cada grupo de especialistas ha aportado su valoración profesional fundamentalmente para la realización de la derivación más efectiva desde Atención Primaria y para fijar los requerimientos básicos en la gestión de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la eficiencia en la asistencia de los pacientes con dolor osteomuscular de nuestra área asistencial mediante la gestión de los procesos de derivación en estos pacientes.

Evitar las duplicidades de pruebas diagnósticas y mejorar el seguimiento de los pacientes protocolizando las condiciones en las que se deben realizar las derivaciones y qué pruebas diagnósticas deben realizarse en cada nivel asistencial.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con la participación de médicos y fisioterapeutas de Atención Primaria (AP) y médicos de Atención Hospitalaria (AH) de las especialidades de Rehabilitación, Reumatología y Traumatología y Fisioterapia.

Se escogió el proceso de derivación de pacientes con patología osteoarticular desde AP a AH. Los subprocesos seleccionados fueron: hombro doloroso, rodilla dolorosa, cervicobraquialgia, dolor lumbar y radicular. Los subprocesos seleccionados lo han sido en base a criterios de alta prevalencia, factibilidad de abordaje, lista de espera e impacto social.

Este trabajo se encuentra enmarcado dentro de las iniciativas de la Dirección de Continuidad Asistencial de conseguir una atención integrada Primaria-Hospitalaria sin solución de continuidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se efectuó una revisión de las patologías desde un punto de vista de abordaje práctico por cada especialista de AP y de AH. Para ello cada grupo de especialistas ha aportado su valoración profesional fundamentalmente para la realización de la derivación más efectiva desde AP y para fijar los requerimientos básicos en la gestión de los pacientes.

Se realizó la definición funcional: proceso por el que un paciente es derivado a la consulta externa de AH desde AP, una vez diagnosticado u orientado con o sin pruebas complementarias. Se establecieron destinatarios y expectativas de cada destinatario en el proceso, los flujos de salida del proceso y características de esta salida. Los requerimientos de calidad de las actividades y la evaluación del proceso.

Finalmente se elaboró una Guía de Patología Osteoarticular que incluye ejercicios terapéuticos que se facilitan a los pacientes con acceso directo a través de código QR. La Guía se ha difundido a través de sesiones formativas en los Centros de Salud

CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCIÓN INTEGRADA: EXPERIENCIA DE ÉXITO EN CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA-RESIDENCIA GERIÁTRICA

 DOLORS CABRÉ TORRELL ⁽¹⁾; SILVIA MIRETE BARA ⁽²⁾; NOEMI SECH MACIAS ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ CENTRE ASSISTENCIAL MUTUAM LA CREUETA; ⁽²⁾ RESIDENCIA VILASECA; ⁽³⁾ CENTRE ASSISTENCIAL MUTUAM COLLSEROLA

Identificador: 194

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la atención a las personas, especialmente cuando se trata de individuos con necesidades complejas derivadas de situaciones sanitarias y sociales diversas, es fundamental entender que la persona atendida no puede ser fragmentada según los diferentes sistemas de servicios. Aunque tradicionalmente los recursos sociales y sanitarios han sido concebidos como dos áreas diferenciadas, tanto en lo que se refiere a la organización como a los objetivos y servicios que ofrecen, la realidad es que muchas de las personas usuarias presentan un perfil de gran complejidad que exige una respuesta integral y coordinada.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer un modelo de trabajo integrado, que combina la atención residencial con la atención intermedia, y que pone en valor la importancia de la coordinación interprofesional y de la compartición del conocimiento entre disciplinas.
2. Identificar los elementos clave de coordinación interprofesional y compartición del conocimiento para asegurar una atención continua e integrada.

METODOLOGIA

Metodología descriptiva univariada: Encuestas de satisfacción, Quejas y reclamaciones, Protocolos y procedimientos, Grupos de trabajo, Acciones formativas, Inversiones y compras.

RESULTADOS

2024: 1207 personas atendidas (Atención Intermedia 910 /Residencia Geriátrica 297).

Las encuestas de satisfacción revelaron una alta valoración de la atención (Valoración media 7'5 DE= 1,2)

La revisión de quejas y reclamaciones (40 recibidas) reveló oportunidades clave de mejora en algunos aspectos de la atención (asistencia, trato)

Los grupos de trabajo transversales y la formación conjunta fortalecieron la coordinación interdisciplinar, optimizando recursos y facilitando la toma de decisiones compartida.

Algunos de los protocolos unificados: Atención centrada en la persona y respecto a la autonomía, Enfoque integral y multidisciplinario, Prevención y Seguridad Clínica, Atención al Final de Vida y abordaje ético, Coordinación Atención Intermedia y calidad percibida. (2024: 19 protocolos y 4 procedimientos).

La estandarización de protocolos ha facilitado una atención homogénea, segura y basada en buenas prácticas, así como la colaboración entre profesionales de distintas áreas, promoviendo la continuidad del cuidado evitando la duplicidad de intervenciones o evaluaciones innecesarias.

Durant el año 2024 se han unificado 19 protocolos y 4 procedimientos.

La adaptación de infraestructuras generó entornos más acogedores y accesibles. La adquisición de productos sanitarios específicos ha contribuido a la seguridad del paciente y a la mejora de la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

La experiencia presentada demuestra que un modelo de atención integrada que combina servicios de atención intermedia y residencia geriátrica es una estrategia eficaz para garantizar la continuidad asistencial en personas con necesidades complejas.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN OBESIDAD GRAVE: MENOS ESPERA, MÁS VALOR ASISTENCIAL

 Meritxell Davins Riu ⁽¹⁾; Ana Silvia Pellitero Rodriguez ⁽²⁾; Mercè Bonjorn Dalmau ⁽¹⁾; Patricia Valero Valdelvira ⁽¹⁾; Maria Iglesias Gonzalez ⁽³⁾; Ana Maria Monforte Martinez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ICS. . Grupo investigación INEDIT IGTP; ⁽²⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ICS.; ⁽³⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ICS. .

Identificador: 195

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La obesidad grave es una enfermedad crónica, multifactorial y de elevada complejidad clínica. En Europa, más del 20 % de la población adulta presenta obesidad, y un porcentaje creciente desarrolla formas graves que requieren intervención especializada. Además del impacto clínico, la obesidad representa una carga significativa para los sistemas de salud: se estima que hasta un 7 % del gasto sanitario total en países de la OCDE es atribuible al tratamiento de enfermedades relacionadas con esta condición. Esta situación plantea un reto asistencial de gran magnitud, ya que los circuitos tradicionales adolecen de listas de espera prolongadas, fragmentación del seguimiento y escasa coordinación entre niveles asistenciales. Ante esta problemática, se implementó un modelo de atención digital basado en telemedicina, con el objetivo de integrar la atención, mejorar la experiencia del paciente y acelerar los tiempos de acceso a la cirugía bariátrica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el impacto clínico-asistencial, organizativo y experiencial de una intervención digital centrada en la persona con obesidad grave.

Diseño: Estudio cuasiexperimental, pre-post intervención, llevado a cabo entre junio de 2024 y mayo de 2025.

Población: Personas con indicación de cirugía bariátrica incluidas en el nuevo circuito digital en un hospital de tercer nivel.

Intervención: Reingeniería del proceso asistencial mediante design thinking y metodología Lean; elaboración del mapa del viaje del paciente; despliegue de una plataforma digital con módulos de telemonitorización (PROMs y PREMs), herramientas educativa y estrategias de empoderamiento.

Variables:

- Adherencia a la plataforma (uso ≥ 70 % de los recursos durante ≥ 3 meses);
- Tiempo medio desde la primera visita a la intervención quirúrgica
- Identificación de cuellos de botella en el proceso asistencial
- Satisfacción del paciente (uMARS)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 320 pacientes (edad media: 48 años; 74 % mujeres), de los cuales 226 se encontraban en fase prequirúrgica y 94 ya habían sido intervenidos. La adherencia global a la plataforma fue del 80,2 %. El tiempo medio hasta la valoración psicológica se redujo de 92 a 31 días ($p < 0,01$) gracias al cribado digital automatizado. La reasignación de recursos y la activación de la comunicación digital permitieron reducir el tiempo medio desde la primera visita a la cirugía de 14,2 a 8,1 meses. La puntuación media de satisfacción (uMARS) fue de 4,2/5, destacando funcionalidad (4,8/5) y credibilidad (4,7/5).

La transformación digital del recorrido asistencial de las personas con obesidad grave, basada en la telemedicina y el empoderamiento del paciente, es factible y clínicamente efectiva. Mejora la coordinación, ayuda a la gestión de los circuitos y mejora la experiencia global. El modelo ha demostrado escalabilidad y potencial de transferibilidad, posicionándose como una herramienta estratégica para una atención más eficiente y centrada en la persona.

El perfil del paciente influye significativamente en la fiabilidad de los datos autoregistrados sobre el dolor. La intervención de rediseño de preguntas mostró una alta efectividad en UHAD, con reducción sostenida de registros erróneos. Sin embargo, su extrapolación a pacientes con dolor crónico mostró una efectividad limitada, lo que obliga a considerar nuevas estrategias adaptadas a este perfil. La monitorización continua de la calidad de los PROMs es clave para fortalecer la seguridad clínica y optimizar las decisiones basadas en datos.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA

 Laura Comellas Fernandez; Laura Congost Devesa; Oriol Turró Garriga

 Fundació Salut Empordà

Identificador: 197

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El sistema de notificación y gestión de incidentes de seguridad del paciente busca fomentar una cultura de seguridad, identificar riesgos, aprender de los errores e impulsar la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar si una acción formativa dirigida a los profesionales asistenciales de un centro mejora sus conocimientos y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente y notificación de incidentes.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal con medición pre y post intervención. Se realizó una encuesta basal en mayo de 2023 y, posteriormente, ocho sesiones formativas. En mayo de 2024 se repitió la encuesta y se recogieron las notificaciones registradas en el SNISP.Cat de 2023 y 2024. La encuesta, anónima y administrada mediante REDCap, se basó en un cuestionario ad hoc adaptado del “Proyecto de Investigación Segundas Víctimas” e incluía variables sociodemográficas y laborales. El estudio fue aprobado por el comité de investigación del centro.

RESULTADOS

Se recogieron 199 respuestas pre y 134 post intervención, sin diferencias significativas entre las características sociodemográficas. El conocimiento del plan de formación pasó del 68,3% en el momento basal al 80,6% tras la formación ($p=0,045$). El conocimiento del concepto de incidente o evento adverso (EA) ya era alto desde el inicio y sin diferencias (85,4% vs. 90,3%; $p=0,189$). Los profesionales que afirmaban estar formados en cómo notificar un incidente aumentó notablemente, del 35,2% al 64,9% ($p<0,001$); lo mismo ocurrió con el conocimiento del sistema anónimo de notificación (45,2% vs. 67,2%; $p<0,001$). La Comisión de Seguridad del Paciente se identificó como responsable del análisis de incidentes y EA (72,9% vs. 74,6%; $p=0,454$). Aumentaron los casos de incidentes conocidos en los últimos cinco años (46,2% vs. 60,4%; $p=0,030$), aunque persiste margen de mejora en la información al paciente o entorno en caso de error clínico (31,7% vs. 39,6%; $p=0,268$) y en disminuir la idea de que “informar de errores sin repercusión genera alarmas innecesarias” (42,8% vs. 38,8%; $p=0,776$). Las notificaciones al SNISP fueron 35 en 2023 y 60 en 2024 (incremento relativo del 71,43%).

CONCLUSIONES

La acción formativa ha tenido un impacto positivo en el conocimiento del plan de formación, del sistema de notificación y del procedimiento de notificación. Se observaron cambios en la práctica de notificación, aunque otros aspectos, como la identificación de responsables del análisis, la comunicación con los pacientes y la visión de la transparencia ante errores clínicos, se mantuvieron estables. Esta estabilidad podría deberse a factores culturales y profesionales, como creencias sobre responsabilidad y transparencia, valores éticos, la disposición a reconocer errores o la dificultad de afrontar situaciones incómodas, así como a la percepción del riesgo asociado a su revelación. Todo ello señala la necesidad de reforzar acciones específicas que consoliden una cultura de seguridad.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES COMO SEGUNDAS VÍCTIMAS

 Laura Congost Devesa; Laura Comellas Fernandez; Aurora Fontova Almató; Oriol Turró Garriga

 Fundació Salut Empordà

Identificador: 198

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se considera una segunda víctima al profesional implicado en un incidente relacionado con la seguridad del paciente y que, como consecuencia de este, experimenta un trastorno emocional e, incluso en ocasiones, físico. Las reacciones más comunes son sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad, insomnio, cambios de humor y dudas sobre la propia capacidad profesional, entre otras. El reconocimiento de los síntomas es muy variable según estudios realizados en profesionales.

OBJETIVOS

Analizar el grado de conocimiento previo y posterior a la intervención sobre el concepto de segunda víctima y el reconocimiento de las experiencias relacionadas.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal con medición pre y post intervención. Se realizó una encuesta basal en mayo de 2023 y, posteriormente, 8 sesiones formativas. En mayo de 2024 se repitió la encuesta. La encuesta, anónima y administrada con REDCap, se basa en un cuestionario ad hoc adaptado del “Proyecto de Investigación Segundas Víctimas”, con variables sociodemográficas y laborales. El estudio fue aprobado por el comité de investigación del centro.

RESULTADOS

Se recogieron 199 respuestas antes y 134 después de la intervención, sin diferencias significativas entre las características sociodemográficas de ambas muestras. El conocimiento del concepto de segunda víctima incrementó un 18,5% (PRE: 48,7%, POST: 67,2%; $p=0,001$). No aumentó el número de profesionales que conocieran casos de compañeros afectados emocionalmente por un incidente o evento adverso en los últimos 5 años (40,2% vs. 44%; $p=0,470$). Observamos un incremento en el porcentaje de profesionales que, a lo largo de su trayectoria, habían vivido un incidente o evento adverso con sentimientos de: culpa, tristeza, cansancio, ansiedad, insomnio, revivir el evento repetidamente, cambios de humor, dudas constantes sobre qué hacer en cada caso, pérdida de reputación profesional entre compañeros, o cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla (58,3% vs. 71,6%; $p=0,036$). No aumentó el conocimiento sobre el apoyo psicológico disponible (19,6% vs. 26,1%; $p=0,285$).

CONCLUSIONES

El grado de conocimiento sobre el concepto de segunda víctima aumentó tras la formación, así como el número de profesionales que reconocieron haber vivido sentimientos compatibles con ser una segunda víctima. Además, también fue más elevado el conocimiento sobre la disponibilidad de apoyo psicológico. A pesar de ello, no se detectaron más casos de compañeros afectados. La realización de un programa formativo sobre seguridad del paciente puede contribuir a mejorar el conocimiento del término “segunda víctima” y el reconocimiento de las afectaciones emocionales relacionadas.

ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES. RECOMENDACIONES DE NO HACER Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

 Carmelo Tafalla Bordonada; Raquel Fernandez García; José Antonio Molina Ortiz; Marcelino Cucarella Galiana; Juana María Molina Ramos; Manuel Galindo Gallego

 Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 199

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las sociedades científicas han elaborado recomendaciones para promover un uso más eficaz de los recursos en atención a la salud, especialmente en relación con la indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos. Su finalidad es reducir las intervenciones innecesarias, aquellas que no han demostrado eficacia, tienen una efectividad dudosa o no son coste-efectivas

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El Comité de Adecuación de Práctica Clínica (CAPC) tiene como objetivo asegurar que los procedimientos, tratamientos, pruebas diagnósticas y cuidados enfermeros sean los más adecuados, beneficiosos y seguros para los pacientes, basándose en la evidencia científica y los recursos disponibles. Esto implica evitar prácticas innecesarias o poco efectivas.

El CAPC planteó evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales asistenciales sobre las Guías de Práctica Clínica (GPC) y las recomendaciones de “No hacer” de las diferentes sociedades científicas, mediante un breve cuestionario, para identificar oportunidades de mejora y diseñar estrategias más efectivas para la difusión de las prácticas de No hacer

El cuestionario se elaboró por el CAPC y el servicio de Informática lo implementó a través de la plataforma forms. office. Se incluyeron variables de clasificación y cinco preguntas dicotómicas:

¿Conoces las Guías de Práctica Clínica? ¿Sabes la finalidad de las GPC? ¿Sabes cómo acceder a las GPC a través de la web del hospital? ¿Conoces qué es Guía Salud? ¿Conoces las recomendaciones de “No hacer” de tu especialidad? Además, se incluyeron dos preguntas abiertas:

¿Qué nivel de conocimiento tienes sobre las GPC? (solo algunas guías, conocimiento parcial, etc.).

¿Qué actividades formativas sugieres en relación con las GPC y las recomendaciones de “No hacer”?

La difusión del cuestionario se realizó mediante un correo institucional enviado desde la Gerencia a los profesionales del hospital que incluía un enlace y un código QR para acceder a la encuesta. También mediante un “pop-up” en la intranet del centro invitando al personal a participaren la encuesta y con el QR de acceso. La encuesta estuvo activa durante dos semanas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se cumplimentaron un total de 104 cuestionarios, por enfermeras el 48% y el 38% por médicos.

El 52% conocían las GPC.

El 64% conocía su finalidad.

El 51% conocían las recomendaciones de “No hacer” de su especialidad.

El 78% no sabía cómo acceder a las GPC a través de la web del hospital.

El 54% sabían qué es Guía Salud.

El 92% consideró necesaria la formación en esta materia.

La mayoría de los encuestados solo tiene un conocimiento parcial de las recomendaciones y manifestó la necesidad de difundirlas mediante diferentes actividades formativas y su difusión en la web de la Biblioteca de Ciencias de la Salud.

Es fundamental que las Direcciones promuevan activamente el uso eficiente de los recursos en atención a la salud, fomentando la formación y difusión de las GPC y recomendaciones de “No hacer” para mejorar la calidad y seguridad de nuestros pacientes.

BENCHMARKING ENTRE HOSPITALES EN INDICADORES PREANALÍTICOS

 *Francisco Javier Manzano Lista ⁽¹⁾; Leticia Altuna Atellechea ⁽²⁾; DANIEL PARRAGA GARCIA ⁽³⁾; Jesús Cabanes Madrid ⁽⁴⁾; Raquel Victoria Melgares de Aguilar Marco ⁽⁴⁾; Raúl Mateos Pablos ⁽⁴⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁽²⁾ Hospital Universitario Cruces; ⁽³⁾ H.U. 12 DE OCTUBRE; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre

Identificador: 200

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El proceso analítico en el laboratorio clínico se divide en tres fases: preanalítica, analítica y postanalítica. La fase preanalítica es fundamental, pues concentra la mayoría de los errores que afectan la calidad final del resultado. Para garantizar la fiabilidad y seguridad de los informes, es imprescindible un control riguroso en todas las etapas, con especial énfasis en la correcta recogida, manipulación y transporte de las muestras.

Los controles internos de calidad permiten monitorizar el desempeño del laboratorio, pero no siempre ofrecen una comparación objetiva con otros centros. En este contexto, los programas de benchmarking —comparación sistemática de indicadores entre laboratorios— constituyen una herramienta clave para detectar desviaciones, identificar áreas de mejora e implementar buenas prácticas. Además, este tipo de evaluación externa es obligatoria para mantener la acreditación según la norma ISO 15189. Por ello, este estudio se centra en un benchmarking de indicadores preanalíticos entre hospitales de tercer nivel.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue comparar las incidencias preanalíticas entre varios hospitales de tercer nivel para detectar posibles desviaciones respecto a los objetivos internos o valores de referencia, y aplicar medidas correctoras en caso necesario.

Los datos se obtuvieron a través de la plataforma OMNIUM® (Roche) durante el año 2024, con análisis trimestrales. Se evaluaron 20 indicadores vinculados a errores preanalíticos: muestras coaguladas, hemolizadas, insuficientes, contaminadas y mal identificadas. Los indicadores se segmentaron según tipo de muestra (EDTA, heparina de litio y citrato) y se analizaron mediante percentiles estadísticos, considerándose críticos aquellos por encima del percentil 75.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la comparación con 69 hospitales, nuestro laboratorio se ubicó por debajo del percentil 25 en 19 de los 20 indicadores evaluados, reflejando un desempeño favorable y sin necesidad de intervenciones. No obstante, durante el primer trimestre se detectó una desviación significativa en muestras coaguladas en tubos de citrato, con un 1,135% de rechazos, ubicándonos por encima del percentil 90.

Para corregir esta situación, se implementaron tres acciones: cambio de fabricante de los tubos, capacitación al personal de enfermería sobre la correcta mezcla y volumen del tubo, e instrucción al personal técnico para realizar inspección visual de las muestras marcadas como coaguladas. Estas medidas redujeron el rechazo a 0,908%, situando el indicador en el percentil 75 en trimestres posteriores.

El benchmarking preanalítico es una herramienta eficaz para identificar desviaciones y promover mejoras continuas en el laboratorio clínico. Nuestro centro mantiene un alto nivel de calidad en esta fase y ha demostrado capacidad para reaccionar rápidamente ante desviaciones específicas. La comparación externa facilita una evaluación crítica del desempeño, fomenta la estandarización de procedimientos y contribuye a la seguridad del paciente.

EMPODERAR A LOS PACIENTES: UN RETO INEXCUSABLE

 Jose Ramon Tost Valls; Eisabeth González Lao; Beatriz Urrutia Casado; Carmen Varo Albala; Ana Claudia Pereira de Oliveira

 Consorcio Sanitario de Terrassa

Identificador: 201

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El empoderamiento y la experiencia de los pacientes se consideran actualmente un pilar de la calidad asistencial. Según la OMS, empoderar a pacientes y familiares constituye la herramienta más poderosa para mejorar la seguridad de los pacientes. En cerca del 20% de incidentes de seguridad se observan factores del paciente prevenibles. Por todo ello, formar a los pacientes en conceptos básicos de seguridad debe ser una prioridad estratégica de las organizaciones.

OBJETIVOS

El objetivo primario fue conocer el impacto en los usuarios de una formación en conceptos básicos en Seguridad. Los objetivos secundarios fueron conocer las practicas seguras más importantes para los usuarios y su predisposición a compartir su experiencia como paciente.

METODOLOGÍA

De abril del 2023 a mayo del 2025 se realizaron sesiones formativas dirigidas a usuarios de nuestra población de referencia. Las sesiones se desarrollaron en los diferentes niveles asistenciales de la organización: atención primaria, especializada y sociosanitaria. Los ponentes fueron profesionales del departamento de Calidad. La temática de las sesiones se centró en la prevalencia y potencial gravedad de los incidentes de Seguridad, la importancia de la notificación y de las practicas seguras. Las sesiones estaban abiertas al público en general y tenían una duración de 60 minutos. Al final de la sesión se solicitaba a los asistentes rellenar un cuestionario voluntario con datos de filiación (edad y sexo), interés de la sesión, practicas seguras mejor valoradas, predisposición a compartir su experiencia como paciente y la importancia del tema para su salud.

RESULTADOS

Se recogieron 132 encuestas de igual número de asistentes con un rango de asistentes de 0 a 28 en 14 sesiones realizadas. Predominó el sexo femenino (83%) en los asistentes y la edad media fue de 67 años. Las sesiones con menos asistentes se relacionaron con no estar programadas desde las escuelas de salud y/o por un clima adverso. La gran mayoría de asistentes (96%) consideró útil la sesión y sólo 6 (0,05%) tenían conocimientos previos de esta temática. La mejora de la comunicación y la prevención de errores diagnósticos fueron las practicas mejor valoradas por los pacientes. La mayoría de los usuarios (59%) mostró predisposición a compartir su experiencia como paciente. La puntuación media que otorgaron los usuarios a la importancia de la seguridad de pacientes para su salud fue de 89 sobre 100.

CONCLUSIONES

Formar a los pacientes en su propia seguridad es una iniciativa muy bien acogida y valorada por los usuarios. Existe un gran desconocimiento de los usuarios respecto esta temática. La programación de las sesiones desde las escuelas de salud mejora la asistencia, no obstante el alcance de usuarios formados sigue siendo pequeño. La mejora de la comunicación y la prevención de errores diagnósticos son las prácticas seguras mejor valoradas. La mayoría de pacientes muestra predisposición a compartir su experiencia asistencial.

INNOVACION EN CALIDAD ASISTENCIAL: REDISEÑO DE LA RUTA DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS MEDIANTE LEAN HEALTHCARE

😊 Eva SALVO MARCO ⁽¹⁾; BEGOÑA ESCUTIA MUÑOZ ⁽¹⁾; MARIA JOSE LLORIA CREMADES ⁽¹⁾; Lopez Sanchez Victoria ⁽²⁾; JOSE LUIS POVEDA ANDRES ⁽¹⁾; RAFAEL BOTELLA ESTRADA ⁽¹⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital U y P La Fe; ⁽²⁾ IIS La Fe

Identificador: 202

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La HS es una enfermedad inflamatoria, crónica y progresiva de la piel, con un alto impacto en la calidad de vida del paciente y un elevado coste sanitario anual por paciente (alrededor de 3.000 €), debido principalmente a urgencias, hospitalizaciones y cirugías recurrentes. A pesar de su impacto en la calidad de vida sigue siendo una patología infradiagnosticada y mal entendida incluso entre profesionales sanitarios. Además, el diagnóstico suele tardar hasta 10 años, y muchos pacientes se sienten insatisfechos con la atención recibida.

El Departamento Valencia-La Fe con el afán de mejorar la calidad de vida de los pacientes, está trabajando en la optimización de la ruta asistencial de pacientes con Hidradenitis Supurativa (HS) mediante la aplicación de la metodología Lean Healthcare.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del proyecto es rediseñar el proceso asistencial de los pacientes con hidradenitis supurativa desde la detección precoz hasta el seguimiento clínico, buscando una atención más eficiente, integral y centrada en el paciente.

Se realizó una revisión transversal y longitudinal del proceso actual, involucrando un equipo multidisciplinar con especialistas en dermatología (médicos y enfermería), atención primaria, urgencias, cirugía, cirugía plástica, farmacia, laboratorio, sistemas de información, documentación y calidad, entre otros. Se consensuaron los criterios clínicos para derivación. Se ha desarrollado un algoritmo informático que analiza todos los procesos asistenciales realizados en las diferentes especialidades.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los principales resultados del proyecto incluyen:

- Diseño, definición y estandarización de un nuevo flujo asistencial, con líneas de trabajo específicas para cada fase del proceso.-
- Creación de indicadores y objetivos que permitan evaluar y mejorar continuamente la atención.
- Implementación de soluciones digitales, incluyendo mejoras en la historia clínica electrónica, para facilitar la coordinación y seguimiento del paciente.

Las conclusiones apuntan a que la metodología Lean Healthcare permite detectar ineficiencias, optimizar recursos y potenciar la capacidad del personal sanitario, generando así un impacto positivo tanto en la experiencia del paciente como en la sostenibilidad del sistema sanitario.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS EN UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

 Carmen Matoses Chirivella ⁽¹⁾; Nuria Martínez Duce ⁽²⁾; Yaiza García Ramírez ⁽³⁾; Alejandra de Jesus Rodriguez Alvarez ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Departamento de Salud Elche Hospital general; ⁽²⁾ Serv. Calidad - Hosp. General Universitario Elche; ⁽³⁾ Departamento de Salud Elche Hospital General

Identificador: 203

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un pilar importante de la calidad asistencial. Una de las funciones de la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP) es garantizar la mayor seguridad de los pacientes a partir de la identificación y el análisis de los eventos adversos registrados en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SINEA) por el personal sanitario. Por tanto, es fundamental que la información registrada en SINEA permita realizar un correcto análisis del evento adverso y establecer acciones de mejora.

OBJETIVOS

Analizar la calidad de las notificaciones registradas en la plataforma de declaración voluntaria de eventos adversos SINEA.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo del análisis de todas las notificaciones registradas entre 2019 y 2024 en SINEA. Se calcularon porcentajes de notificaciones anuladas frente al total notificadas. Una vez depuradas, en las notificaciones válidas se ponderó la calidad de la cumplimentación según los criterios establecidos: identificación del paciente (0,2), identificación del declarante (0,2), identificación correcta del servicio/unidad (1), fecha correcta de evento (1), resumen descriptivo del suceso (1,6), cumplimiento de las repercusiones (2), cumplimentación de factores que influenciaron el suceso (2) y coherencia entre el impacto sobre el paciente y la atención recibida a consecuencia del evento (2). La máxima puntuación fue de 10 puntos, con el 100% de los criterios cumplimentados correctamente. También se revisó la identificación del declarante diferenciando entre categorías profesionales.

RESULTADOS

Estudio prospectivo del análisis de todas las notificaciones registradas entre 2019 y 2024 en SINEA. Se calcularon porcentajes de notificaciones anuladas frente al total notificadas. Una vez depuradas, en las notificaciones válidas se ponderó la calidad de la cumplimentación según los criterios establecidos: identificación del paciente (0,2), identificación del declarante (0,2), identificación correcta del servicio/unidad (1), fecha correcta de evento (1), resumen descriptivo del suceso (1,6), cumplimiento de las repercusiones (2), cumplimentación de factores que influenciaron el suceso (2) y coherencia entre el impacto sobre el paciente y la atención recibida a consecuencia del evento (2). La máxima puntuación fue de 10 puntos, con el 100% de los criterios cumplimentados correctamente. También se revisó la identificación del declarante diferenciando entre categorías profesionales.

CONCLUSIONES

El número de notificaciones en SINEA en los últimos años se ha incrementado, sin embargo, la calidad de la cumplimentación se ha visto reducida principalmente por el número de notificaciones anuladas y por la falta de registro de todos los criterios establecidos. Esto pone de manifiesto la importancia de realizar sesiones prácticas formativas por parte de la UFCASP a los notificadores.

CIRUGÍA SEGURA Y ...HUMANA

 Nuria Martínez Duce ⁽¹⁾; Eva Vives Sánchez ⁽²⁾; M^a Angeles Saez Valero ⁽²⁾; Alejandra de Jesus Rodriguez Alvarez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Serv. Calidad - Hosp. General Universitario Elche; ⁽²⁾ Departamento de Salud Elche Hospital General

Identificador: 204

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad quirúrgica es conocida sobre todo por la aplicación del “Check List” que se realiza en los quirófanos de cualquier parte del mundo. Una intervención quirúrgica, es uno de los eventos más estresantes en la vida de cualquier paciente ya que se desencadenan diversas emociones, entre las cuales se encuentran la ansiedad y el estrés, aspectos que repercuten en la recuperación. Además del miedo, los pacientes ven mermada su intimidad y se sienten vulnerables. El cuidado del paciente quirúrgico no debería limitarse al quirófano.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico en cualquier planta y humanizar el viaje del paciente

Se realizó el acompañamiento de un paciente quirúrgico desde la habitación hasta el quirófano con el fin de determinar qué aspectos del viaje eran mejorables. Se creó un grupo de trabajo compuesto por la supervisión de una planta quirúrgica, la supervisión del bloque quirúrgico, una enfermera del servicio de atención al paciente, la unidad de calidad y medicina preventiva. Se analizaron qué indicadores debían ser cumplimentados desde hospitalización, diseñando una plantilla de seguridad prequirúrgica. Se realizaron una serie de preguntas a los pacientes que ingresaban para cirugía. Una de las situaciones estresantes que los pacientes referían, era la vergüenza y sensación de vulnerabilidad de realizar el viaje desde planta a quirófano desnudos. El personal del antequirófano lo confirmó, añadiendo además, la sensación de frío. En 2025, se amplió el grupo de trabajo con la enfermera de la antesala y una segunda supervisión. El proyecto ha sido validado por la dirección y la coordinación del quirófano.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2022, se incorpora ropa interior desechable en los pacientes quirúrgicos. En 2025 la implantación de la plantilla de seguridad se ha transformado en un check list similar a los que se utilizan en el quirófano. Este será cumplimentado por la enfermería de hospitalización y posteriormente por la enfermera de la antesala del quirófano que además podrá comprobar el realizado en hospitalización. Se aprueba sustituir la actual bata desechable por una más gruesa y opaca que mejore no solo la intimidad, sino que les preserve del frío hasta su retirada dentro del quirófano. Todos los pacientes manifestaron lo positivo de esta iniciativa, refiriendo mayor tranquilidad y menor sensación de frío. Esta iniciativa ha quedado incorporada al protocolo quirúrgico.

Esta iniciativa no sólo aportaba más de tranquilidad a los pacientes, sino que ayudaba a mejorar la hipotermia perioperatoria que está asociada con mayor morbilidad. Todo ello con un coste económico prácticamente insignificante. El ofrecer una atención humanizada, no solo consiste en prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento de la organización que contemple la escucha activa de todos aquellos aspectos que nos indiquen los pacientes ya que son el centro de nuestra atención.

EVALUACIÓN DEL CLIMA LABORAL EN EL LABORATORIO: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

 Leticia Altuna Tellechea ⁽¹⁾; Francisco Javier Manzano Lista ⁽²⁾; DANIEL PARRAGA GARCIA ⁽³⁾; Raul Mateos Pablos ⁽²⁾; Raquel Victoria Melgares de Aguilar Marco ⁽²⁾; Laura Rayón Larena ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Cruces; ⁽²⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁽³⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre

Identificador: 205

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El clima laboral influye de manera directa en la motivación, el bienestar y el rendimiento del personal sanitario. En entornos como los laboratorios hospitalarios, donde se requiere un alto nivel de coordinación y precisión, contar con un equipo comprometido y satisfecho es fundamental para garantizar la calidad asistencial. Evaluar periódicamente la percepción del personal sobre su entorno de trabajo permite identificar fortalezas y áreas de mejora. En este contexto, se lleva a cabo una encuesta dirigida a todo el personal de nuestro laboratorio, con el objetivo de obtener una visión global sobre su experiencia laboral diaria.

Por otro lado, la realización de esta encuesta es obligatoria para mantener la acreditación por la norma ISO 15189.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar la percepción del personal sobre diversos aspectos de la calidad de vida profesional, para así evaluar puntos fuertes y debilidades y crear acciones de mejora.

Se realizó un cuestionario de calidad de vida profesional al personal del laboratorio empleando la plataforma Google Forms. Para lograr una difusión efectiva se creó un código QR que permitió el acceso desde dispositivos móviles. La encuesta fue respondida por 96 profesionales en el año 2024.

La encuesta cuenta con 29 preguntas de respuesta múltiple con escala de 0 a 5 y dos preguntas abiertas para recoger aspectos positivos y negativos. Las preguntas se agruparon en seis categorías: relaciones interpersonales y ambiente de trabajo, comunicación interna y acceso a la información, liderazgo y supervisión, condiciones laborales y bienestar, formación y desarrollo profesional, y motivación, satisfacción y sentido del trabajo.

Se analizaron las respuestas y se propusieron acciones de mejora para los ítems con puntuaciones $\leq 3,3$.

RESULTADOS

La mayoría de los ítems superaron la puntuación de 3,3 salvo:

- Estrés laboral: 2,9
- Condiciones físicas del entorno: 3,1
- Conocimiento del manual de acogida: 2,9
- Información inicial sobre funciones: 3,3
- Información sobre resultados del trabajo: 3,1
- Comunicación sobre marcha del servicio: 3,2
- Información y formación en cambios de área: 3,3

En las respuestas abiertas positivas, destacó el buen ambiente laboral (21 de 25 respuestas), así como la innovación y el desarrollo de ideas. Entre los aspectos negativos se señalaron falta de formación y comunicación, estrés y condiciones del entorno, en línea con las preguntas con menor puntuación.

Acciones de mejora propuestas: para abordar el estrés se organizaron charlas y reuniones con la dirección. Para mejorar la comunicación se implementaron listas de distribución por correo electrónico corporativo. También se propuso la instalación de paneles acústicos, aunque aún no se ha ejecutado.

CONCLUSIONES

La encuesta permitió identificar aspectos valorados, como el ambiente laboral y la innovación, y detectar áreas de mejora: estrés, comunicación y condiciones físicas. Se han puesto en marcha medidas para abordar estos temas, reforzando un entorno laboral más saludable, colaborativo y motivador.

¿CÓMO MEJORAR UNA INTERVENCIÓN DIGITAL A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)?

 Mercè Bonjorn Dalmau; Eloi Querol Carranza; Beatriz Díaz Sánchez; Gloria Bonet Papell; Ruth Guarch González; Meritxell Davins Riu

 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Identificador: 206

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La atención domiciliaria permite optimizar recursos sanitarios y mejorar la experiencia del paciente. En este marco, la intervención digital eSalut, basada en Patient-Reported Experience Measures (PREMs), ha demostrado su valor en la continuidad asistencial. La evaluación de su uso durante la Fase II de consolidación en pacientes de Hospitalización a Domicilio (HAD) permite identificar áreas de mejora que impactan directamente en su eficacia y aceptación.

OBJETIVOS

Evaluar y mejorar la intervención digital eSalut desde la experiencia de los pacientes y cuidadores en HAD.

METODOLOGÍA

Estudio mixto, observacional y descriptivo. Se combinaron datos cuantitativos (escala uMARS) y cualitativos (dos grupos focales presenciales en la fase II). Participaron 21 personas (16 pacientes, 5 cuidadores).

La valoración cuantitativa de la app se realizó mediante la User Mobile Application Rating Scale (uMARS). La evaluación cualitativa se centró en los dominios de participación, funcionalidad, estética, información, calidad subjetiva e impacto percibido. Se codificaron las respuestas por temáticas.

RESULTADOS

Desde el punto de vista cuantitativo, la intervención digital eSalut obtuvo una puntuación media objetiva de calidad de 3.73 sobre 5, una valoración subjetiva media de 3.26 y un impacto percibido de 3.66. Entre los dominios evaluados, los mejor valorados fueron “información” con una puntuación de 4.04 y “funcionalidad” con 3.99. En contraste, el subdominio con menor puntuación fue “personalización”, que alcanzó únicamente un 2.62.

En cuanto a los resultados cualitativos, los participantes describieron la app como una herramienta útil, tranquilizadora e innovadora. Se destacó de forma muy positiva el soporte telefónico complementario a la app ofrecido por el equipo asistencial, la sensación de acompañamiento tras el alta de la hospitalización domiciliaria y la atención personalizada recibida.

No obstante, se identificaron diversas necesidades no cubiertas. Entre ellas, la falta de confirmación por parte del sistema sobre la recepción y utilidad de los datos enviados, la dificultad para visualizar correctamente la información registrada, así como la necesidad de incorporar síntomas nuevos, registrar el dolor de forma localizada y adaptar los contenidos a pacientes con múltiples patologías.

A partir de estas observaciones, los propios participantes sugirieron recomendaciones como mantener activa la app después del alta hospitalaria, habilitar seguimiento clínico, acceso compartido cuidador-paciente y formularios adaptados.

CONCLUSIONES

La intervención digital eSalut mejora la percepción de seguridad y continuidad asistencial en pacientes HAD. La escucha activa mediante PREMs ha permitido detectar áreas de mejora clave en un constante proceso iterativo. Incorporar estas recomendaciones puede potenciar la utilidad, usabilidad e impacto de la intervención digital, consolidando su integración en la atención domiciliaria.

MEJORANDO LA ATENCIÓN DIGITAL EN DOLOR CRÓNICO A TRAVÉS DE LA VOZ DEL PACIENTE

 *Mercè Bonjorn Dalmau; Pablo Alegre Cabrera; Mireia Feria Soriano; Estela Palahí Navarro; Jordi Taboada Bernal; Meritxell Davins Riu*

 *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

Identificador: 207

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La intervención digital como eSalut, que integra la perspectiva del paciente mediante PREMs (Patient-Reported Experience Measures), se están posicionando como una herramienta estratégica en la atención a personas con enfermedades crónicas, como el dolor crónico. La Fase II de consolidación del proyecto eSalut en este colectivo permite analizar en profundidad su calidad, utilidad percibida e impacto, con el fin de orientar futuras mejoras y reforzar su papel en la continuidad asistencial.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad, la funcionalidad y el impacto de la intervención digital eSalut desde la experiencia de pacientes con dolor crónico, identificando barreras, fortalezas y oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio mixto, descriptivo y observacional. Participaron 16 pacientes y cuidadores en dos grupos focales presenciales y en la evaluación cuantitativa mediante la escala uMARS (User Version of the Mobile Application Rating Scale). Se analizaron dimensiones de calidad objetiva, calidad subjetiva e impacto percibido, y se complementó con análisis temático cualitativo sobre participación, funcionalidad, estética e información.

RESULTADOS

En los resultados cuantitativos, la puntuación media objetiva de la aplicación fue de 3,45/5; la subjetiva de 3,18/5 y el impacto percibido alcanzó los 3,69/5. Las dimensiones mejor valoradas fueron la información (3,73) y la funcionalidad (3,63), mientras que la personalización fue el subdominio más débil (2,77). No se identificaron diferencias significativas según género, nivel de estudios ni situación laboral, aunque sí se observó una diferencia significativa en la percepción del impacto entre algunos grupos de edad. A nivel cualitativo, los pacientes y cuidadores valoraron positivamente la utilidad de la app como complemento a las visitas presenciales, el lenguaje claro y la sensación de seguimiento. No obstante, señalaron algunas carencias: escasa interacción bidireccional, dificultades para acceder a funciones clave (contacto con el equipo asistencial), problemas técnicos con notificaciones, formularios repetitivos, e imposibilidad de registrar información personalizada (ubicación del dolor, contexto emocional o cambios de peso). Los participantes propusieron mantener activa la app tras el alta hospitalaria, incorporar mensajes de seguimiento clínico, permitir el acceso compartido entre paciente y cuidador, y adaptar los formularios a la evolución del proceso de salud.

CONCLUSIONES

La intervención digital eSalut es percibida como una herramienta útil que mejora la comunicación y aporta seguridad en el seguimiento de pacientes con dolor crónico. Sin embargo, persisten retos importantes relacionados con la personalización e la interacción.

La incorporación activa de la voz del paciente ha permitido identificar recomendaciones concretas que pueden optimizar la usabilidad, adherencia e impacto de la intervención digital, consolidando su integración en el modelo asistencial centrado en la persona.

IMPACTO DE LA VOZ DEL PACIENTE EN LA EVALUACIÓN DIGITAL eSALUT PARA ICTUS: APRENDIZAJES DE LA EXPERIENCIA REAL

 *Mercè Bonjorn Dalmau; Patricia Valero Valdelvira; Laura Peñarroja Pérez; Alejandro Bustamente Rangel; Marta Alemany Carro; Meritxell Davins Riu*

 *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

Identificador: 208

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La atención a personas que han sufrido un ictus requiere un seguimiento estrecho y personalizado, dado el alto impacto funcional, emocional y social de esta enfermedad. En este contexto, la intervención digital eSalut, que integra la perspectiva del paciente a través de medidas de experiencia reportada (ePREMs), se consolida como una herramienta estratégica para mejorar la continuidad asistencial y la calidad de vida de los afectados.

La Fase II de consolidación del programa eSalut permite analizar en profundidad la calidad, utilidad percibida e impacto de esta intervención digital, aportando evidencia real sobre su integración en el proceso asistencial y su capacidad para responder a las necesidades de los pacientes y sus cuidadores.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad, funcionalidad e impacto de la intervención digital eSalut desde la experiencia de pacientes con ictus y sus cuidadores, identificando barreras, fortalezas y oportunidades de mejora para orientar el desarrollo futuro de la herramienta digital y su integración en el modelo asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio mixto, descriptivo y observacional, en el que participaron 16 personas (6 pacientes y 10 cuidadores) en la evaluación cuantitativa mediante la escala uMARS (User Version of the Mobile Application Rating Scale) y en dos grupos focales presenciales.

Se analizaron dimensiones de calidad objetiva, calidad subjetiva e impacto percibido de la app, complementadas con un análisis cualitativo temático sobre participación, funcionalidad, estética e información.

RESULTADOS

La app **eSalut** obtuvo una puntuación global de 3,92/5 en calidad objetiva, 3,60/5 en calidad subjetiva y 4,07/5 en impacto percibido. Las dimensiones mejor valoradas fueron la funcionalidad (4,15/5) y la información (4,13/5), destacando especialmente el rendimiento técnico y la calidad de la información proporcionada. Sin embargo, la personalización fue el subdominio más débil (3,25/5), señalando la necesidad de adaptar mejor la app a las preferencias y necesidades individuales de los usuarios.

A nivel cualitativo, los pacientes y cuidadores valoraron positivamente la app como complemento a la atención presencial, el lenguaje claro y la sensación de seguimiento y seguridad que aporta. Se subrayó la importancia del acompañamiento digital en el proceso de recuperación y la utilidad de la información visual y las notificaciones. Además, se señalaron oportunidades de mejora, como la necesidad de mayor personalización, la posibilidad de registrar información relevante (síntomas, emociones, evolución funcional), y la mejora de la interacción bidireccional con el equipo asistencial.

CONCLUSIONES

La incorporación activa de la voz del paciente ha permitido identificar recomendaciones y mejoras concretas para pacientes y cuidadores de ictus para optimizar la usabilidad, adherencia e impacto de la herramienta digital eSalut, consolidando su integración en un modelo asistencial centrado en la persona.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LOS SERVICIOS DE NEFROLOGÍA: UNA METODOLOGÍA “LEAN”

 Esther Romero Ramírez ⁽¹⁾; Aitziber Izarra Navarro ⁽²⁾; Alberto Prado Domínguez ⁽²⁾; Sara Jericó Zapatero ⁽²⁾; Belén Pimentel de Francisco ⁽²⁾; Marian Goicoechea Diezhandino ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Punta de Europa; ⁽²⁾ AstraZeneca; ⁽³⁾ Hospital Gregorio Marañón

Identificador: 209

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) plantea importantes desafíos de salud debido a sus altas tasas de mortalidad y evolución. Se han realizado grandes esfuerzos a nivel nacional para poner en marcha planes y directrices para la detección y manejo adecuado de la ERC, centrándose en la población con alto riesgo de padecer esta afección. El diagnóstico oportuno, el manejo optimizado y el seguimiento de los pacientes con ERC requieren de un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes actores del ecosistema de la salud y a los pacientes como actores clave. Para ayudar a mejorar la gestión del proceso de atención de la enfermedad renal crónica, se diseñó una iniciativa para la transformación de la atención sanitaria, denominada CARABELA, en asociación con las sociedades científicas españolas que fue implementada por los servicios de Nefrología. Utilizando la metodología CARABELA, basada en principios Lean, también se implementó la herramienta OptimizatERC para la automedición en varios servicios de Nefrología. Este estudio tiene como objetivo evaluar la evolución del proceso de atención de la ERC mediante el análisis de los datos recopilados en diversos servicios de Nefrología.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional utilizando datos secundarios recolectados a través de la herramienta OptimizatERC. Se registraron 14 variables clave relacionadas con las consultas de ERC, datos demográficos de los pacientes y descripción de su ERC por servicio, a tiempo 0 y a seis meses después de esa fecha índice. Estas variables generaron 57 indicadores relacionados con el desempeño del manejo del proceso de atención de la ERC. Las variables e indicadores de consulta y las características de las instituciones participantes se analizarán a tiempo 0 y 6 meses después de la fecha del índice. Además, se explorará una estimación de las emisiones de CO2 relacionadas con el manejo asistencial de la ERC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis preliminar muestra que existen 20 servicios de nefrología que mostraron interés en la iniciativa y recopilaron datos a través de la herramienta OptimizatERC. Hay más de 5000 entradas de datos, lo que indica la viabilidad de este estudio multicéntrico. Los análisis mostrarán la evolución de la puntualidad y de la idoneidad de los diagnósticos de ERC y de las derivaciones entre especialidades dentro del período de observación del estudio. Conclusiones. La medición de los indicadores de desempeño muestra una oportunidad hacia la mejora del manejo de la ERC, a través de procesos de atención simplificados y mejores resultados para los pacientes. Este estudio invita a profundizar en el debate sobre la integración de metodologías Lean en la atención sanitaria tanto para la mejora de la calidad como para la sostenibilidad medioambiental. El trabajo futuro debería centrarse en ampliar esta metodología a otros servicios de atención médica y en ofrecer herramientas innovadoras de soporte de la transformación de la atención sanitaria.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN PROCESO DE CERTIFICACIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE NIVEL III

 **SERGIO POLITE DELFA** ⁽¹⁾; **Ana Maria Mora Banderas** ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL QUIRONSALUD MALAGA; ⁽²⁾ UMA

Identificador: 210

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Una certificación debería ser una herramienta para impulsar la mejora continua. Con ella, el centro se compromete con la autoevaluación y la transparencia, fomentando la cultura de excelencia e impulsando la implantación de buenas prácticas

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar el impacto de un proceso de certificación en los resultados de una organización sanitaria.

METODOLOGÍA

Tras conseguir la certificación se realizó un análisis del impacto que esta ha tenido sobre la organización

RESULTADOS

Liderazgo y organización:

- La U. de Calidad dispone de una Cartera de Servicios propia, definida y aprobada por la Dirección del centro que regula sus competencias
- Ha mejorado la Experiencia percibida, aumentando un 8% el NPS y se ha reducido la tasa de reclamaciones un 10,2%
- Se ha implantado un Plan de formación y mentorización para cargos intermedios

Gestión por procesos:

- La estancia media se reduce en un 10%
- La mortalidad se reduce en un 18%
- En prevalencia de pacientes con IRAS se ha reducido la tasa del 4.3% al 3.5%

Derechos del paciente:

- Se acometen mejoras estructurales para garantizar la intimidad
- Se mejora en un 2,26% la experiencia del paciente en información recibida
- Se mejora el % de pacientes con primera consulta antes de 7 días del 72.3% al 73.5%
- Se han publicado los tiempos de respuesta en pruebas diagnósticas y de laboratorio

Calidad científico técnica:

- Aumentaron las actividades de promoción de la salud, pasando de 15 a 23 acciones, alcanzando 350 participantes
- Se iniciaron 25 ensayos clínicos, teniendo 39 ensayos activos, 13 de fases tempranas, además de 11 estudios observacionales.

Seguridad del Paciente:

- Se notificaron 159 incidentes de seguridad, gestionándose el 100% en menos de 26 días.

CONCLUSIONES

El proceso de certificación ha demostrado ser un instrumento eficaz para la mejora continua, generando impactos positivos en todas las líneas estratégicas. Las medidas implementadas han demostrado una mejora del liderazgo institucional. Esta transformación organizacional se ha traducido en una mayor satisfacción de pacientes y una reducción en las reclamaciones. Se han observado mejoras en indicadores clave como la estancia media o la mortalidad. Las reformas estructurales y organizativas, la mejora en los canales de información al paciente y la transparencia en los tiempos de respuesta reflejan una apuesta clara por la humanización. En el ámbito de la calidad científico-técnica, el incremento en actividades de promoción de la salud y en el número de ensayos clínicos activos evidencia un compromiso con la innovación y la investigación. Finalmente, la gestión de las comunicaciones relacionadas con la seguridad del paciente y la mejora en sus indicadores consolidan una cultura organizacional centrada en la seguridad y el aprendizaje continuo.

OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRANSFERENCIA DE AMBULANCIAS EN EL SERVICIO GENERAL DE URGENCIAS

 *Vanessa Pascual Granollés ⁽¹⁾; Antonio Carballo Almeida ⁽²⁾; Francisco Tebar Escribano ⁽²⁾; Pere Sánchez Valero ⁽²⁾; Mariola Méndez Rivas ⁽¹⁾; Silvia Del Río Rodera ⁽¹⁾*

 ⁽¹⁾ *Hospital Universitari Mútua de Terrassa;* ⁽²⁾ *Sistema de emergencias médicas (SEM)*

Identificador: 211

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La coordinación entre el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y los servicios de urgencias (SU) es clave en la atención urgente/emergente para asegurar la calidad de atención de los ciudadanos. Una línea estratégica del Pla nacional d'urgències de Catalunya es asegurar la coordinación entre los diferentes dispositivos hospitalarios para la atención a los pacientes críticos. La optimización de los recursos depende de una adecuada transferencia del transporte sanitario urgente (TSU) entre el SEM y el SU. Se pone énfasis en la eficacia, priorizando la seguridad del paciente, y la rapidez para atender al paciente en el SU y liberar la unidad de TSU. Hay poca bibliografía respecto al tiempo de transferencia (TT) óptimo, pero se sabe que un retraso en el TT conlleva mayor riesgo para el paciente por el tiempo de espera. En Cataluña se tomaron 30 minutos como TT de referencia idóneo, monitorizando tres intervalos: <15minutos, 15-30minutos y >30minutos. A principios de 2023 los responsables del SU y del SEM realizamos un estudio de la situación en nuestro SU objetivando puntos fuertes del SU y del SEM y aquellos que requerían acciones de mejora.

OBJETIVOS

Lograr que un 90% de las ambulancias descargadas en el SU se encuentre en el intervalo TT<30.

METODOLOGÍA

Estudio antes-después prospectivo tras la aplicación de medidas: separación de las zonas de transferencia (ZT) de ambulancias de TSU del TSNU, ZT exclusiva para TSU cerca de la zona de estacionamiento (ZE) de ambulancias, profesional exclusivo en ZT, conocimiento a tiempo real de la situación del SU por parte del profesional responsable de la ubicación del paciente, difusión entre el personal del SU del nuevo circuito de descarga, monitorización de los TT.

RESULTADOS

Las llegadas al SU en los años 2022, 2023, 2024 fueron 19595, 19546 y 18887 respectivamente. En los registros realizados por el SEM los TT el año 2022 fueron: TT<15m 29,2%, TT15-30 54,6% y TT>30 16,2%. Tras aplicar las acciones a mediados de 2023 los TT en 2023 fueron: TT<15 28,2%, TT15-30 57,1%, TT>30 14,7%, leve mejoría dado que se implementaron a. Sin embargo, durante el 2024 los tiempos mejoraron de forma clara: TT<15 38,5%, TT15-30 53,7%, TT>30 7,8%, cumpliendo con el objetivo primario.

CONCLUSIONES

La aplicación de las medidas ha logrado alcanzar el objetivo deseado. La mejoría viene dada por el incremento de descargas en TT<15 y el descenso del TT>30 (descenso superior al 50%). La separación del circuito TSU y TSNU diferenciando las ZE, ha reducido el colapso de ambulancias en dicha zona. La cercanía de la ZT y la ZE, la dedicación exclusiva de un profesional, el conocimiento de la situación real del SU y la difusión y el compromiso del equipo del SU y del SEM han hecho posible la mejora continua y permanente del TT. Esta nueva gestión del proceso ha conllevado prestar un servicio de calidad al paciente, seguro y confortable, evitar desplazamientos innecesarios y minimizar tiempo de paro de la ambulancia.

ALINEACIÓN ESTRATÉGICA EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO DE PSIQUIATRÍA: DEL PLAN DE SALUD A LA PRÁCTICA CLÍNICA.

😊 *Concepcion Caballero Tejero; Marta Lara Culebras; Leticia Martin Fernandez; Raquel Besse Diaz; Ana Urbelz Perez; Pedro Luis Serrano Cuadrado*

📄 *H. Dr R. Lafora*

Identificador: 212

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Nuestro centro sanitario es un centro psiquiátrico polivalente, especializado en la atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG), trastornos por uso de sustancias, trastornos de personalidad y otras patologías mentales, muchas de ellas en fases avanzadas o de difícil manejo.

En este contexto, el centro ha iniciado un proceso de alineación estratégica, adaptando e integrando los grandes planes de salud comunitarios: P. S. Mental y Adicciones, P. Atención a la Fragilidad y P. Atención a Enfermedades Crónicas. Esta iniciativa se concreta en una metodología basada en tres pilares fundamentales: a) Valoración integral biopsicosocial, b) Abordaje multidisciplinar centrado en la persona y c) Atención dinámica y adaptativa a lo largo del tiempo.

OBJETIVOS

Adaptar los planes estratégicos regionales a la realidad asistencial de un centro psiquiátrico monográfico.

Implementar una metodología estructurada para la valoración y estratificación de pacientes complejos.

Fomentar un modelo de atención integral centrado en la persona, desde un enfoque biopsicosocial.

METODOLOGÍA

Diseño: adaptación y puesta en práctica de estrategias asistenciales derivadas de los planes regionales.

Población: Adultos mayores con patología psiquiátrica y personas con TMG de larga evolución ingresados desde octubre de 2024.

Instrumentos: estratificación sistemática, valoración integral (grado de autonomía, riesgo de caídas, fragilidad clínica, comorbilidad médica, riesgo de descompensación orgánica).

Intervención: asignación de niveles de atención adaptados a situación clínica y social de los pacientes. Elaboración de planes de cuidados personalizados.

RESULTADOS preliminares: 318 pacientes en total.

Distribución por nivel de Autonomía: A. Funcional y bajo riesgo de caídas:22%, A. Funcional y alto riesgo de caídas:24%, Dependencia leve/moderada:35%, Dependencia severa:19%

Fragilidad (según estratificación clínica): No frágil:23%, F. leve o sospechada:37%, F.moderada o severa:40%

Comorbilidad: I. Charlson >3:72%, buen control:37%, Paciente Crónico Complejo: 26% Enf. Avanzada:12 %

Niveles de intervención definidos (modelo piramidal): Bajo:19%, Medio: 47%, Alto: 34%

Planes de cuidados implementados: Estándarizados:24 %, Adaptados: 39%, Individualizados Continuos: 37%

La aplicación de un modelo asistencial transversal, integral y personalizado en un hospital psiquiátrico permite responder eficazmente a la complejidad de los pacientes actuales. La adaptación local de los planes estratégicos de salud, combinada con metodologías de estratificación y trabajo en equipo multi e interdisciplinar, favorece una atención centrada en la persona, mejora la eficiencia clínica y promueve la sostenibilidad del sistema. Esta experiencia demuestra el valor de alinear planificación y práctica clínica como palanca de calidad asistencial.

DESIMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE BAJO VALOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

 José Eduardo Calle Urra; Amaya Jimeno Almazán; Joaquín Almela Bernal; Teresa Ramón Esparza; Pilar Nieto Martínez; Carlos Arenas Díaz

 Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

Identificador: 213

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La realización de intervenciones de bajo valor (IBV) puede favorecer la aparición de eventos adversos graves y suponen un sobre-coste importante para el sistema sanitario. El papel de la atención primaria (AP) es clave para la reducción de estas prácticas dado que constituye la puerta de entrada al sistema.

OBJETIVOS

Identificar las IBV con mayor margen de mejora en AP, conocer las barreras que dificultan su desimplementación, y proponer un plan de intervención para su reducción.

METODOLOGÍA

Se elaboraron tres cuestionarios que fueron enviados para su cumplimentación por los profesionales de AP de un Servicio Regional de Salud. Se valoraron nueve intervenciones en medicina de familia (MF), dos en pediatría (PED) y seis en enfermería (ENF). Se calculó el porcentaje de profesionales que manifestaban realizar siempre o casi siempre estas intervenciones, considerando incumplimiento porcentajes del 5% o superiores.

Para conocer las barreras existentes y las acciones a poner en marcha para su desimplementación, se realizó un análisis descriptivo de las observaciones/sugerencias señaladas por los profesionales en la pregunta abierta al final de los cuestionarios y, adicionalmente, una revisión de estos aspectos en la bibliografía sobre recomendaciones de no hacer e IBV en AP.

RESULTADOS

Contestaron a los cuestionarios 188 profesionales de MF, 45 de PED y 160 de ENF. La tasa de respuesta global fue 17,3%.

Cinco de las nueve intervenciones valoradas en MF, las dos de PED y cuatro de las seis de ENF eran realizadas siempre o casi siempre por el 5% o más de los profesionales.

Entre las barreras señaladas en las encuestas aparecían en primer lugar las relacionadas con los profesionales y/o la organización (falta de tiempo y formación sobre todo), seguido de las relacionadas con los pacientes. En la bibliografía se señalaba, además: desconocimiento de las recomendaciones, solicitud de servicios por los pacientes, práctica clínica no basada en la evidencia, pruebas recomendadas por especialistas, sobreestimación de los beneficios de las intervenciones, inercia terapéutica, deferencia a las preferencias percibidas de los pacientes, y que la realización de algunas intervenciones en centros privados puede suponer una fuente adicional de ingresos.

El plan de intervención debe de tener en cuenta que las barreras son muchas y complejas, por lo que una sola solución no será efectiva. El conocimiento de las IBV por sí sólo no es suficiente. Se debe seguir un proceso que tenga en cuenta a todos los agentes implicados y todas las barreras, tanto a nivel de los proveedores, como de los pacientes y organización. Algunas IBV pueden tener además barreras específicas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos han permitido identificar cuáles de las IBV valoradas presentan mayor margen de mejora, así como las principales barreras para su desimplementación. Conocer la percepción de los profesionales sobre su práctica clínica es de gran utilidad para el diseño del plan de intervención.

MEDIDA DEL SESGO DE SELECCIÓN EN UN REGISTRO CÁNCER HOSPITALARIO: GEOLOCALIZACIÓN Y RAZÓN DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA

 SONIA MOSTEIRO MOLINA; ANNA GUIU MEMBRADO; NOEL MACHUCA NEGRETE; MARTI RISPAU PAGES; JOSEP MARIA ESCRIBA JORDANA; JOSEFA RIBES PUIG

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 214

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

A diferencia de los registros de cáncer poblacionales, que identifican todos los casos de cáncer incidentes de los residentes de un área geográfica y un período de tiempo determinados, los registros de cáncer hospitalarios (RCBH) suelen presentar un sesgo de selección en la inclusión de pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar el tipo de cánceres incidentes diagnosticados y tratados en un hospital en relación con los casos de cáncer de la población del área de influencia del centro sanitario.

METODOLOGÍA

Se geolocalizaron los pacientes oncológicos del RCBH a través del domicilio que consta en la tarjeta sanitaria. Los mapas se generaron con los ficheros geopackage del Instituto Cartográfico de la CCAA mediante la librería leaflet (R). Se comparó la incidencia de cáncer invasivo observada (O) de la CCAA del RCBH con los casos incidentes esperados (E) del registro hospitalario del período 2013-2023 según sexo, edad y localización tumoral. Las razones de incidencia estandarizadas (SIR) y los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) se calcularon utilizando la razón O/E.

RESULTADOS

Resultados preliminares, indican mayor afluencia de pacientes oncológicos de fuera del área de cobertura del centro sanitario en los cánceres de cabeza y cuello, hígado y vías biliares, cérvix, próstata, melanoma de úvea y sistema nervioso central. En comparación con la distribución de los cánceres invasivos de la población general, en el RCBH se observan mayores razones O/E en los tumores de cavidad oral y faringe, esófago, estómago, páncreas, pulmón, cérvix, endometrio, ovario, testículo y hematológicos.

CONCLUSIONES

La geolocalización de los pacientes del RCBH permite evaluar la implementación del terciarismo oncológico en la cirugía del cáncer de manejo complejo definida por las políticas sanitarias de la CCAA. Independientemente del lugar de residencia del paciente, la inclusión de cánceres invasivos en un RCBH está altamente influenciada por las técnicas diagnósticas y terapéuticas ofertadas por el centro sanitario. La disponibilidad de equipos multidisciplinares, comités de tumores, cirugía de alta complejidad, técnicas de radioterapia avanzada y, actualmente, de la oncología de precisión, perfila significativamente el tipo de cánceres que atendidos en un centro sanitario. En conclusión, los RCBH y en especial los de los hospitales de referencia, presentan un sesgo significativo en la inclusión de pacientes y, por lo tanto, se debe ser cauto al extrapolar los resultados del centro a la población general.

“PROYECTO AVANZA”: UN MODELO DE PARTICIPACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

 Carolina Ruiz Entrecanales ⁽¹⁾; Dolors Montserrat Capella ⁽¹⁾; Pablo Cazallo Navarro ⁽¹⁾; Fátima Ballesteros Castellano ⁽²⁾; Montserrat Solís Muñoz ⁽¹⁾; Begoña de Andrés Gimeno ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ⁽²⁾ Tu Consultor

Identificador: 215

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo y evolución del propósito de una organización dependen de la percepción de quienes la integran. Comprender cómo los profesionales valoran su avance permite transformar la percepción en acción optimizando procesos y fortaleciendo el compromiso institucional. Escuchar su voz no solo mejora la alineación estratégica, sino que impulsa el crecimiento organizacional y la innovación sostenible

OBJETIVOS

Consolidar la alineación estratégica del hospital con su propósito institucional mediante el fortalecimiento de la cultura organizacional y la participación activa de los profesionales

METODOLOGÍA

Se realizaron focus groups con profesionales del hospital para evaluar el cumplimiento del propósito organizacional. A partir de los hallazgos, se diseñó el “Proyecto Avanza”, una iniciativa de un año estructurada en cuatro retos:

Grupo “Proteger” Promoción de la cultura de seguridad y buenas prácticas
Grupo “Ilusionarte” Fomento del compromiso y excelencia profesional
Grupo “Hospital de Tod@s para Tod@s” Mejora de la experiencia del paciente y el ambiente hospitalario
Grupo “Hospital con Futuro” Fortalecimiento del modelo sostenible del hospital y vertebración de la estructura de innovación

Se realizó una sesión informativa general. La inscripción fue voluntaria a través de la intranet y cartelería con QR. Cada grupo tuvo niveles de participación diferenciados por su grado de implicación en el proyecto: responsable, participante, embajador y colaborador, con dos miembros del equipo directivo como responsables. Se estableció un cronograma con objetivos, hitos e indicadores. Se definió el alcance del proyecto, estableciendo tanto su propósito como sus límites

RESULTADOS

Se inscribieron 145 profesionales en total

Proteger 33 participantes 2 objetivos, 3 hitos, 2 indicadores

Reuniones trimestrales

Creación de 16 decálogos de seguridad (2 publicados, 6 pendientes de consenso, 8 en elaboración), asignando un decálogo por participante

Hospital con Futuro: 19 participantes, 2 objetivos, 5 hitos, 6 indicadores, 2 subgrupos (sostenibilidad e innovación), 2 reuniones del subgrupo de sostenibilidad y 1 plenaria. Creación de una base de datos de proyectos

Hospital de Tod@s para Tod@s: 47 participantes, 1 objetivo, 3 hitos, 2 indicadores. Planificadas 8 reuniones, realizadas sesiones plenarias y subgrupos

Ilusionarte 44 participantes, 3 subgrupos, 1 objetivo, 4 hitos, 4 indicadores, 2 reuniones plenarias y 1 por grupos

CONCLUSIONES

El proyecto Avanza fortaleció la alineación estratégica del hospital con su propósito institucional, impulsando mejoras en seguridad, profesionalidad, humanización y sostenibilidad

La participación activa de los profesionales resultó clave en la evolución organizacional consolidando la cultura institucional y el compromiso con el propósito hospitalario

Reconocido como punto fuerte en la evaluación EFQM.

Actualmente se desarrolla la fase Avanza + para profundizar en los logros y garantizar el despliegue estratégico en los próximos años

“CONSTRUYENDO SENSACIONES: EL AVANCE DE UN PROPÓSITO HOSPITALARIO”

 Carolina Ruiz Entrecanales ⁽¹⁾; Pablo Cazallo Navarro ⁽¹⁾; Dolors Montserrat Capella ⁽¹⁾; Alejandro San Nicolás Medina ⁽²⁾; Margarita Gallego Paz ⁽¹⁾; Miguel Cuchí Alfaro ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ⁽²⁾ Tu Consultor

Identificador: 216

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El propósito de una institución se define como la intención de hacer o no hacer algo y guía sus decisiones estratégicas. Su cumplimiento depende de la percepción de los grupos de interés y su capacidad para responder a sus necesidades. Evaluarlo permite identificar áreas de mejora y ajustar estrategias para maximizar el impacto. La organización, así, reafirma su propósito y evoluciona conforme a las expectativas de sus clientes

OBJETIVOS

Conocer la percepción de los grupos de interés prioritarios sobre el cumplimiento del propósito institucional

METODOLOGÍA

Se identificaron 16 grupos de interés agrupados en cinco categorías (clientes, inversores, partners, personas y sociedad), priorizados según criterios de poder, legitimidad, urgencia y capacidad de actuar. Los principales fueron clientes (35%, pacientes y familiares) y profesionales (25%)

Para medir la percepción de los clientes, se realizó una encuesta heteroadministrada con 5-7 entrevistadores diarios en los accesos principales del hospital durante seis días en tres franjas horarias. Se evaluaron:

- Datos demográficos
- Hospital de referencia
- Experiencia hospitalaria, trato y profesionalidad
- Cumplimiento del propósito
- Nivel de recomendación (NPS)

La percepción de los profesionales se obtuvo mediante grupos focales homogéneos de 10-15 participantes, representando todas las áreas. Se abordaron las 4 dimensiones del propósito: Seguridad, Profesionalidad, Humanización y Sostenibilidad, se evaluaron cuantitativa (grado de avance 0-100 con valores máximos, mínimos y promedio) y cualitativamente (palabras clave agrupadas por frecuencia). Se realizó encuesta de satisfacción al finalizar

RESULTADOS

Clientes

626 respuestas (61% mujeres; pacientes de 56-75 años 48%)

18.5% rechazó la encuesta principalmente por falta de tiempo

22% no es su hospital de referencia, pero 93% seguirían en la institución

Valoraciones (escala 0-10):

Experiencia hospitalaria: 8.9

Confianza en profesionales: 9.2

Trato recibido: 9.2

Cumplimiento del propósito asistencial: 8.5

Nivel de recomendación (NPS): 75

Profesionales (110 participantes en 12 sesiones)

Puntuación promedio de avance:

Seguridad: 42.5 (máx. 60, mín. 30)

Profesionalidad: 42 (máx. 60, mín. 30)

Humanización 65 (máx. 80, mín. 20)

Sostenibilidad 27.5 (máx. 40, mín. 20)

Hallazgos clave:

Avances en las cuatro dimensiones, con percepciones heterogéneas

Alto interés en desarrollo profesional, con percepción de escaso apoyo institucional

Mejoras en sostenibilidad, pero necesidad de mayor formación

Encuesta de satisfacción con 57.2% de respuesta; 66.8% satisfechos, 73% muy satisfechos con la metodología

CONCLUSIONES

Los clientes consideran que el hospital cumple satisfactoriamente su propósito

Los profesionales destacan avances en humanización, seguidos de seguridad, profesionalidad y sostenibilidad, con percepción menor de progreso en seguridad por su alto punto de partida

El hospital continúa evolucionando, transformando sus pilares en sensaciones: bienestar, confianza, futuro y talento

IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE PACIENTES VULNERABLES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

 Marcos Mesías Fernández

 Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Identificador: 217

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los individuos pueden ser vulnerables en cualquier momento de su vida debido a circunstancias personales o la aparición de una enfermedad o evento. Pero, dentro de una población vulnerable no todos los individuos tienen que ser susceptibles de vulnerabilidad. Hay personas con mayor resistencia, resiliencia y capacidad de adaptación a los factores a los que están expuestos. Un paciente vulnerable es una persona que, debido a determinadas características o condiciones, se encuentra en una situación de mayor riesgo frente a problemas de salud, acceso a la atención médica, o resultados desfavorables en su tratamiento. Esta vulnerabilidad puede estar relacionada con factores médicos, sociales, económicos o culturales que limitan su capacidad de enfrentar, comprender o manejar su estado de salud de manera efectiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Identificar las poblaciones vulnerables existentes en el hospital, evaluar sus riesgos y priorizar los más graves para establecer acciones que los mitiguen.

Se parte de un análisis bibliográfico de lo que en la actualidad se consideran poblaciones vulnerables. Se realiza una identificación en el hospital de las poblaciones existentes en función de lo analizado en la bibliografía y las características del hospital.

Una vez identificadas las poblaciones, se procede a realizar un listado de riesgos existentes en el hospital, y posteriormente una asociación de estos riesgos a cada población. Se define una metodología de evaluación de riesgos en función de la gravedad, detectabilidad y probabilidad, estableciéndose una matriz de riesgo. Se evalúan los riesgos definidos para cada población y en función del resultado se priorizan para establecer acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identifican 7 poblaciones vulnerables en el hospital: ancianos / frágiles, desfavorecidos socioeconómicamente, discapacitados / crónicos, final de vida, minoría racial / étnica, minoría sexual y niños / adolescentes. Se evalúan 129 riesgos asociados a estas poblaciones, de los cuales 26 se catalogaron como importantes. Siendo las poblaciones de ancianos / frágiles y discapacitados / crónicos las más frágiles según esta evaluación de riesgos. Además, para mitigar los riesgos se establecen 31 acciones de mejora.

La identificación de poblaciones vulnerables y sus riesgos asociados está suponiendo una mejora en la calidad asistencial del hospital. Solamente la parte de identificación, sensibilización y concienciación de los estamentos del hospital en el hecho de la existencia de estas poblaciones y sus riesgos ya es un éxito para nuestro hospital. No obstante, tenemos que seguir trabajando anualmente en la realización de la evaluación para poder seguir implantando mejoras que ayuden a mitigar aún más los riesgos.

SOSTENIBILIDAD Y USO DE GUANTES: EL PRÓXIMO RETO

 *Alejandra de Jesús Rodríguez Álvarez; Carmen Martínez Castillo; Sonia Castillo Campos; Estrella García Gutiérrez; Yaiza García Ramírez; Nuria Martínez Duce*

 *Hospital General Universitario de Elche*

Identificador: 218

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La sostenibilidad del sistema sanitario es un tema de creciente importancia e impacto, por lo que las medidas para mejorar la gestión de residuos y el uso de recursos son piezas clave para su optimización. En los años posteriores a la pandemia por COVID-19 el uso de guantes en el entorno sanitario ha sufrido un aumento importante, posiblemente porque brindan una sensación de seguridad al trabajador. Sin embargo, el uso excesivo de los mismos tiene como consecuencia el impacto negativo en la generación de residuos hospitalarios y en el correcto cumplimiento de la higiene de manos (HM)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Informar a todo el personal sanitario sobre el correcto uso de guantes para reducir la generación de desechos hospitalarios y optimizar la correcta HM. Basados en los hallazgos de los estudios observacionales de HM que se realizan 2 veces al año desde el servicio de Medicina Preventiva (MP), se identificaron aquellas situaciones cotidianas en las que la mayor parte del personal sanitario usaba de forma errónea los guantes, ya fuera por uso excesivo en situaciones que no lo requieren o por uso incorrecto por falta de cambio de los mismos o de realizar higiene de manos. Se valoraron las actuaciones de todas las categorías profesionales: facultativos, enfermería, auxiliares de enfermería, estudiantes y celadores. Adicionalmente se comprobó, a través del servicio de almacén, el gasto anual de guantes no estériles del hospital

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el 2024 se consumieron un total de 9.2 millones de guantes en el hospital. Se elaboró un cartel informativo con los momentos clave identificados durante los estudios observacionales de HM donde el uso de guantes no fue el correcto. Este cartel fue presentado y explicado a todo el personal sanitario por el equipo de enfermería de MP en los distintos controles de enfermería de las unidades de hospitalización y se mantienen expuestos en dichos controles para que todo el personal pueda consultarlos. También se crearon carteles con recomendaciones de buenas prácticas del uso de guantes y fomentando la correcta higiene de manos. Estos se muestran en la pantalla de inicio del ordenador durante una semana de cada mes, variando el mensaje cada vez. Adicionalmente, se ha elaborado otro cartel con los datos de consumo de guantes y un mensaje invitando a la reflexión acerca del uso excesivo de los mismos. Este mensaje se proyecta una vez por semana antes del inicio de las sesiones clínicas generales, reunión a la que están invitados a asistir todo el personal sanitario. El uso correcto de guantes es un reto actual que requiere un abordaje amplio donde se incluya a todas las categorías profesionales para poder reducir y mejorar el consumo de estos productos sanitarios y también para asegurar un correcto uso de los mismos, sin dejar de lado la higiene de manos que resulta esencial para una atención segura de los pacientes

GESTION CAMPAÑA DE VACUNACIÓN MASIVA EN ATENCION PRIMARIA: GRIPE Y COVID.

😊 Ana Luisa Fernández Allende ⁽¹⁾; Ana Belén Ramírez Puerta ⁽²⁾; Marta Fernández Batalla ⁽³⁾; Sara Villalba López ⁽⁴⁾; Rocío González Gómez ⁽⁵⁾; Eva Hernanz Hernández ⁽⁶⁾

📁 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia de Atención Primaria; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Norte; ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Este; ⁽⁵⁾ Dirección Asistencial Noroeste; ⁽⁶⁾ Dirección Asistencial Centro

Identificador: 219

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Desde el comité asesor de vacunas cada temporada se diseñan y definen las estrategias de vacunación basadas en criterios de eficacia, efectividad, eficiencia y seguridad de todas las vacunas disponibles. Es imprescindible una adecuada coordinación entre los diferentes organismos implicados, Salud Pública (SP) y Gerencia Atención Primaria (GAP) para la gestión e implantación de campañas de vacunación masiva.

OBJETIVOS

Objetivos de una adecuada gestión en vacunas:

- Asegurar unas coberturas vacunales óptimas en la población diana
- Garantizar la implementación de las indicaciones a seguir por los profesionales
- Gestionar las vacunas adquiridas
- Adecuar los recursos disponibles a las necesidades.

METODOLOGÍA

Precampaña:

Tras la compra centralizada de los distintos tipos de vacunas por parte de Salud Pública se asignan y ajustan las dosis para distribuir los envíos programados de vacunas al inicio de la campaña, revisando direcciones de entrega.

Se realizan los trámites en Historia Clínica Electrónica y sistemas de citación: se actualizan códigos de registro de vacunas, gestión agendas centralizadas, se programan mensajes y ajustes de los sistemas alternativos de cita.

Planificación webinar informativo para profesionales sanitarios.

Campaña:

Seguimiento de la recepción de los envíos programados iniciales y resolución de incidencias (no entrega en fecha, dosis incorrectas, dirección errónea o rotura cadena frío).

Cuadro de mando de citas en mesogestión para la vigilancia de agendas y huecos ofertados y estimar necesidades adicionales de los centros.

Cursar pedidos adicionales y control de incidencias.

Control stock de dosis para planificar nuevas compras.

Tramitación de movimientos de vacunas entre centros para cubrir necesidades y vacuna de gripe (VG) para alérgicos ≥60a, con transporte interno.

Poscampaña:

Recopilación de información sobre dosis sobrantes y gestión de la recogida con los diferentes laboratorios implicados.

RESULTADOS

Total dosis distribuidas iniciales de GRIPE: 1.306.770

TetraHuevo (TH): 339.610

Adyuvada (AY): 888.540

Intranasal (IN): 52.200

y dosis de COVID: 402.822

Total dosis distribuidas adicionales de GRIPE: 85.033

TH: 46.855

AY: 27.145

IN: 6.781

y dosis de COVID: 446.136

Dosis para alérgicos VG ≥60a: 154

Total de movimientos vacunas: 1.367 (1.136 con rutas internas de transporte y 231 solicitudes extraordinarios/urgentes).

Nº personas vacunadas: 1.511.696

6-59m: 101.363

5-59a: 420.803

≥60a: 989.565

CONCLUSIONES

La planificación permite identificar a la población diana, estimar recursos necesarios y organizar la logística de manera eficiente.

Se requieren una coordinación intersectorial para que las campañas sean exitosas.

Seguimiento y uso de datos epidemiológicos actualizados es fundamental para la toma de decisiones en la implementación de las campañas.

La vigilancia activa permite ajustar estrategias en tiempo real.

Es fundamental realizar evaluaciones post-campaña para identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora para futuras intervenciones.

GESTION CAMPAÑA DE VACUNACIÓN GRIPE Y COVID 2024/25 EN RESIDENCIAS

 Ana Luisa Fernández Allende ⁽¹⁾; Ana Belén Ramírez Puerta ⁽²⁾; María José del Olmo Rubio ⁽²⁾; Elena Onecha González ⁽³⁾; Cristina Nieto Muñoz ⁽⁴⁾; Carolina Seoane Noya ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia de Atención Primaria; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Sureste; ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Oeste; ⁽⁵⁾ Dirección Asistencial Sur

Identificador: 220

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La estrategia de la campaña vacunación (CV) frente a gripe-covid 2024/25 prioriza a personas de mayor edad (≥ 60 años), niños/as de 6 a 59 meses de edad, población institucionalizada (PI) en centros sociosanitarios (SS), personal sanitario y SS, además de personas incluidas en los grupos de riesgo definidos por Salud Pública (SP).

En nuestra Comunidad hay 2.588 centros SS, de los cuales 603 son residencias de personas mayores (RRPPMM) o residencias personas dependientes (RRPPDD).

La CV en centros SS requiere coordinación entre SP y Gerencia Atención Primaria (GAP).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos de gestionar la CV en centros SS:

Asegurar unas coberturas vacunales óptimas en la PI

Organizar y adecuar los equipos de las Unidades Atención Residencias (UAR) y Centros de Salud (CS)

Gestionar las vacunas destinadas para PI

Implementar las instrucciones de SP para la inmunización de PI

METODOLOGÍA

Precampaña:

SP asigna centros SS de grandes grupos (GG) a UAR y CS, dado que algunos se vacunarán con recursos propios.

GAP dispone de 25 equipos (23 UAR y 2 CS).

Distribución de centros: 109 GG, 480 UAR y 14 CS. PI de referencia para GAP: 36.956.

La compra centralizada por parte de SP para centros SS incluye 2 tipos de vacuna gripe (VG): alta carga (AC) en $\geq 60a$ y TetraHuevo (TH) $\leq 60a$ y uno de vacuna COVID (VC).

Se adjudican las dosis a distribuir en los envíos programados al inicio de la campaña.

Se realizan los trámites en Historia Clínica Electrónica: se crea nuevo código de registro gripe AC, gestión agendas UAR.

Planificación webinar informativo específico para profesionales centros SS y UAR/CS.

Campaña:

Recepción envíos programados iniciales: seguimiento/resolución incidencias (fecha, dosis, dirección o rotura cadena frío).

Monitorización dosis administradas gripe-covid por centros SS (AP y SP) y su registro.

Cursar pedidos adicionales o tramitación de movimientos entre centros con transporte interno.

Control stock de dosis para planificar nuevas compras.

Poscampaña:

Recopilación dosis sobrantes y gestión de la recogida por laboratorios implicados.

RESULTADOS

Dosis distribuidas iniciales VG: 28.290

TetraHuevo (TH): 3.110

Alta Carga (AC): 25.180

y dosis VC: 26.420

Dosis distribuidas adicionales de VG: 5.107

TH: 855

AC: 4.252

y dosis VC: 12.474

Movimientos vacunas (MV): 6 (2 con rutas internas y 4 extras)

Vacunación por UAR/CS:

PI:

VG: 29.676 (80,3%)

VC: 27.695 (74,9%)

Centros:

RRPPMM: 351

RRPPDD:128

CONCLUSIONES

Tenemos buenas coberturas en VG y VC para PI siendo menor VC.

Se requiere coordinación intersectorial para identificar PI, estimar recursos necesarios, planificar de manera eficiente y conseguir >;PI vacunada en <;tiempo.

Como consecuencia de una adecuada planificación el número de MV es mínimo.

Es imprescindible hacer un seguimiento durante la campaña para asegurar que se cumplen las instrucciones de SP en la inmunización de la PI y ajustar estrategias en tiempo real.

Es fundamental realizar evaluaciones post-campaña para identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora para futuras intervenciones.

DISMINUCIÓN LEAD TIME DEL PROCESO QUIRÚRGICO AMBULATORIO (LEAN SIX SIGMA)

 Cristina Berbel Bertolo; Esther Martínez García; Marc Corredor Romeralo; Marina Pastor Quintana; Ángela Tarongi Alarcón

 Hospital Quironsalud Barcelona

Identificador: 223

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La percepción del tiempo de espera es un factor determinante en la satisfacción del paciente. El hospital utiliza la metodología Net Promoter Score (NPS) para evaluar la experiencia del paciente. Se ha identificado un número significativo de detractores, cuya principal causa de insatisfacción son los prolongados tiempos de espera para ingresar al quirófano en cirugías ambulatorias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es reducir el lead time del proceso quirúrgico ambulatorio (tiempo total desde el ingreso hasta el alta del paciente) un 15%. Se utiliza la metodología Lean Six Sigma (ciclo DMAIC: Definir, Medir, Analizar, Mejorar y Controlar) para su análisis. Las cirugías ambulatorias se clasifican en: ambulatoria pura (AMB), menor (CMA) y mayor (UCE). Se miden tres momentos clave: tiempo desde que ingresa hasta entrar en quirófano, tiempo en sala de reanimación y tiempo desde que sale de quirófano hasta el alta.

RESULTADOS

Inicialmente se analizan retrospectivamente 1.144 historias clínicas durante un mes, y observación directa de 79 pacientes al mes siguiente. Se identifican cuellos de botella en áreas clave como admisión, hospital de día y reanimación, así como problemas en la clasificación del tipo de cirugía. Los resultados muestran que los martes son los días con menor tiempo total de proceso y, al mismo tiempo, con mayor actividad quirúrgica. La mediana del tiempo total es de 104 minutos para ambulatoria pura, 219,5 min para CMA y 426 min para UCE. Tras implementar medidas correctivas, se logra una reducción promedio de 39 minutos por paciente, lo que permite realizar aproximadamente 7,52 intervenciones adicionales diarias.

CONCLUSIONES

Reducir el lead time en cirugía ambulatoria es factible mediante acciones focalizadas en tiempos de espera evitables. Se requieren mejoras organizativas, estandarización de procesos y una correcta tipificación de pacientes. El impacto es significativo tanto en la satisfacción del paciente como en la eficiencia del hospital.

AMFE (ANÁLISIS MODAL FALLOS Y ERRORES) DE LA GESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN BLOQUE QUIRÚRGICO

 *Cristina Berbel Bertolo; Marc Corredor Romeralo; Bárbara García Navarro; Rocío Gil Partal; Kenneth Planas Real; Esther Martínez García*

 *Hospital Quironsalud Barcelona*

Identificador: 224

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La correcta gestión de estupefacientes en el Bloque Quirúrgico es esencial por el alto riesgo asociado a su uso indebido. Estos fármacos pueden generar dependencia, por lo que se precisa de protocolos estrictos y circuitos controlados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este AMFE es garantizar la seguridad y trazabilidad de los estupefacientes en el bloque quirúrgico. Se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y septiembre de 2023, reevaluándose en enero 2024. Se estudiaron todas las etapas del proceso: dispensación en farmacia, almacenamiento, prescripción, administración y desecho. El equipo multidisciplinar identificó posibles fallos, sus causas, y puntuó la gravedad, probabilidad y capacidad de detección obteniendo un Índice de Priorización de Riesgo (IPR) para priorizar mejoras.

RESULTADOS

Los fallos identificados con mayor riesgo fueron: pérdida del documento de registro de control (IPR 40/75), errores en la dilución del fármaco (25/75), y pérdida de estupefacientes dentro de quirófano (24/75). Las mejoras implantadas incluyeron: uso de documentos de registro más visibles con bolsa de autocierre, ubicación fija para su almacenamiento, cajas con llave para la medicación y estandarización de las diluciones. La reevaluación de los IPR en enero de 2024 mostró una reducción importante de los riesgos tras implementar las acciones.

CONCLUSIONES

El análisis permitió detectar puntos críticos en la gestión de estupefacientes y aplicar mejoras efectivas. La reevaluación evidenció una disminución de los niveles de riesgo, demostrando la eficacia del AMFE como herramienta de mejora continua. El trabajo conjunto entre farmacia, enfermería, anestesia y calidad fue clave para reforzar la seguridad del proceso y asegurar la trazabilidad y control de estos fármacos de alto riesgo.

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA

 *Laia Farrán Pich; Sandra Ureña Fernández; Mónica Sañé Figueras*

 *Hospital Quironsalud Barcelona*

Identificador: 225

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La creación de entornos terapéuticos en los hospitales, como espacios al aire libre, puede proporcionar beneficios demostrados en la recuperación emocional y física. El aumento en la duración de las estancias de pacientes oncológicos resalta la necesidad de implementar medidas que humanicen el entorno hospitalario y mejoren su calidad de vida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del estudio es analizar el impacto emocional de la hospitalización en pacientes oncológicos tras la creación de un espacio al aire libre en la quinta planta del hospital.

Se propone un estudio cuasi-experimental, prospectivo y longitudinal, que se llevará a cabo en el hospital durante un periodo de seis meses. Participarán 30 pacientes oncológicos con estancias hospitalarias mayores a cinco días y sus respectivos familiares. Se recogerán datos mediante cuestionarios y entrevistas antes y después del uso del nuevo espacio. Las variables analizadas incluirán indicadores emocionales (ansiedad, depresión, satisfacción), físicos (fatiga, presión arterial, calidad del sueño) y sociales (interacción y percepción del entorno).

RESULTADOS

Se prevé que la implementación del espacio al aire libre genere una mejora significativa en el bienestar emocional, reduciendo niveles de ansiedad y depresión, y contribuya a una recuperación física más rápida. Además, se espera un impacto positivo en la percepción del entorno hospitalario tanto por parte de pacientes como de sus familiares, así como una mejora en la interacción social y la satisfacción global con el proceso de hospitalización.

CONCLUSIONES

Este proyecto pone de relieve la necesidad de humanizar los entornos hospitalarios, especialmente en unidades oncológicas. La creación de espacios al aire libre accesibles y diseñados terapéuticamente puede representar una intervención eficaz y replicable que mejorará de forma significativa la experiencia hospitalaria, reducir el malestar emocional y físico, y fortalecer el acompañamiento familiar. Los resultados obtenidos podrán servir de referencia para futuras iniciativas de diseño hospitalario centrado en el bienestar integral del paciente.

FORMACIÓN EN GESTIÓN DE RIESGOS COMO OPORTUNIDAD DE COHESIÓN Y MEJORA EN EL CONTEXTO DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS

 ISABEL DE JESUS MARIA LOPEZ; LAURA LORENTE FERNANDEZ; MIGUEL MENDOZA PEREZ; M. ISABEL RODRIGUEZ FLORO; MERCEDES SAN FELIX MICO; CRISTINA MARIA NEBOT MARZAL

 HOSPITAL PARE JOFRE

Identificador: 226

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el marco del cumplimiento del Plan de Calidad Asistencial de la Conselleria de Sanitat, se identificó la necesidad de implementar un programa formativo que incluyera contenidos sobre gestión de riesgos sanitarios. Esta iniciativa coincidió con una fase de cambio organizativo en el hospital, marcada por la ampliación de capacidad asistencial y la incorporación de nuevos profesionales, creando un contexto idóneo para promover una formación que, además de su enfoque técnico, fortaleciera la implicación de los equipos, el análisis compartido del contexto y el diseño colaborativo de mejoras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue desarrollar una formación en calidad asistencial centrada en gestión de riesgos, alineada con el plan institucional. El curso, de 20 horas y enfoque teórico-práctico, fue impartido por la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP) del centro. Aunque sin experiencia previa en este tipo de formación, se basó en la norma UNE 179003:2013 y el curso oficial del Ministerio de Sanidad, adaptándolo al contexto local. Esta primera edición sentó las bases para su futura periodicidad como actividad formativa consolidada.

Los contenidos se abordaron de forma flexible, combinando teoría y práctica. Se aplicaron herramientas como DAFO, lluvia de ideas, AMFE y metodologías para evaluar riesgos y planificar acciones. El grupo de trabajo, multidisciplinar, facilitó la integración de distintas perspectivas y fomentó un entorno de escucha activa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participaron 30 profesionales de perfiles diversos —enfermería, medicina, farmacia, fisioterapia, trabajo social, informática, técnicos y personal administrativo— procedentes del área médica integral, el área de salud mental y servicios centrales. La formación generó un ambiente muy positivo, tanto por su enfoque práctico como por la posibilidad de compartir percepciones y necesidades en un entorno seguro y horizontal. Aunque el centro y los formadores no contaban con experiencia previa en algunas herramientas, la actividad fue valorada como enriquecedora. Durante el proceso se identificaron áreas de mejora no previstas, que ofrecieron nuevas perspectivas sobre la seguridad asistencial y la organización del trabajo. Los profesionales se sintieron escuchados y partícipes, lo que reforzó su implicación con la mejora continua. Se elaboraron propuestas realistas y planes de acción cuyo seguimiento está previsto en futuras ediciones.

Esta experiencia evidenció el potencial transformador de una formación técnica cuando se articula desde un enfoque participativo y adaptado al contexto real. A partir de un requisito institucional, se generó un proceso formativo con valor añadido que contribuyó a mejorar tanto el conocimiento sobre gestión de riesgos como la cohesión y el análisis colectivo. La previsión de mantener esta formación y grupo de trabajo de forma anual permitirá consolidar competencias, evaluar el despliegue de los planes trazados y reforzar una cultura de seguridad orientada al aprendizaje.

EL RETO DE LA CERTIFICACIÓN UNE 179006: UNA OPORTUNIDAD PARA EL APRENDIZAJE Y LA SISTEMATIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

 ISABEL DE JESUS MARIA LOPEZ; LAURA LORENTE FERNANDEZ; MIGUEL MENDOZA PEREZ; M. ISABEL RODRIGUEZ FLORO; MERCEDES SAN FELIX MICO; CRISTINA MARIA NEBOT MARZAL

 HOSPITAL PARE JOFRE

Identificador: 227

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La obtención de la certificación UNE 179006:2013: “Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en los hospitales”, supuso un reto significativo para un centro con una trayectoria consolidada en la prevención de infecciones. Aunque las prácticas clínicas estaban bien asentadas, la estructura formal de un sistema de gestión era poco conocida por el equipo responsable del proceso, reflejando una realidad habitual en muchos entornos asistenciales donde se trabaja con calidad, pero sin una cultura explícita de documentación sistemática.

Este proceso fue liderado por la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP). La experiencia previa del equipo en gestión de calidad era limitada, pero su compromiso con la mejora asistencial permitió convertir esta certificación en una oportunidad de aprendizaje colectivo y de toma de conciencia sobre la importancia de evidenciar las buenas prácticas habituales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue lograr la certificación como parte del plan estratégico del centro, reforzando el compromiso institucional con la seguridad del paciente. Se desarrolló un trabajo colaborativo centrado en la comprensión del marco normativo, la identificación de requisitos clave y la revisión crítica de los procesos existentes. El equipo organizó sesiones de trabajo para analizar los criterios de la norma, revisar protocolos y procedimientos, redactar documentación técnica y preparar la auditoría. No se contó con apoyo externo, por lo que el proceso se basó en el autoaprendizaje, la interpretación interna de la norma y el diálogo continuo entre los miembros de la UFCASP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La auditoría externa se planificó en dos fases. En ambas, la auditora desempeñó un papel clave al orientar al equipo sobre la necesidad de documentar y estructurar actividades que ya se realizaban con eficacia, pero que no se registraban formalmente por considerarse “cotidianas”. Este acompañamiento fue especialmente valioso, ya que permitió identificar lagunas en el sistema de gestión y redirigir esfuerzos hacia la generación de evidencias objetivas. Durante el proceso, el equipo desarrolló competencias en trazabilidad documental, análisis de riesgos, mejora continua y elaboración de planes de acción realistas, alineados con la práctica asistencial. Finalmente, se obtuvo la certificación con éxito, reconociendo tanto la calidad previa como el esfuerzo de sistematización. Esta experiencia supuso una transformación organizativa significativa. Partiendo de un conocimiento limitado del lenguaje normativo, el equipo logró estructurar un sistema de gestión coherente y útil, que visibiliza el trabajo realizado en el día a día. Más allá de la obtención del certificado, el proceso consolidó una cultura de seguridad basada en la mejora continua, la colaboración interdisciplinar y el reconocimiento del valor de lo que ya se hace bien, pero que a menudo no se pone en evidencia.

EL OTRO LADO DE LA CAMA EN EL PROCESO DE AYUDA A MORIR

 SONIA BERENGUER CERDA; NURIA MARTINEZ DUCE; NURIA BERENGUER POVEDA; ASUNCIÓN CORTES BARRERA; CRISTINA CAMPILLO VICENTE; EVA VIVES SANCHEZ

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Identificador: 228

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El 25 de marzo de 2021 se publicó la Ley de Eutanasia en España. Ésta pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia, y regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. En la Comunidad Valenciana, se incluyó la posibilidad de solicitar la Eutanasia a través del Documento de Voluntades Anticipadas. Esto ocasionó un aumento de modificaciones de dicho documento, incluyendo la solicitud de Eutanasia. La Ley garantizaba el derecho del paciente a solicitar la eutanasia y establece los criterios legales, pero ¿Y los profesionales? ¿Se les había formado en este proceso?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La ley de Eutanasia tiene tres pilares fundamentales; el paciente, fortalecido con el reconocimiento al derecho; El legislativo, con la elaboración de una ley garantista y el del profesional que debe acompañar a su paciente durante el proceso asistencial. Nuestro objetivo fue capacitar a nuestros profesionales para dar respuesta efectiva a las solicitudes de Ayuda Morir que se les plantearan. Se realizó una primera reunión con profesionales de distintos ámbitos. Conclusiones de la reunión: Falta de información de todo el proceso Falta de formación sobre el proceso deliberativo, la valoración de la capacidad y uso de fármacos Miedo a la sobrecarga de trabajo y administrativa Sospecha de pseudo-objeciones Tras dicha reunión, establecimos distintas estrategias para fortalecer el tercer pilar, el del profesional: Sesión General Departamental Sesiones de formación específicas Creación de un grupo de soporte en formación y apoyo en el proceso deliberativo y en la valoración de la capacidad Apoyo administrativo Creación de un equipo asistencial experto en el manejo de la medicación Elaboración de una guía de apoyo al profesional en el Proceso de Ayuda a Morir Creación de la figura del Referente para consulta de profesionales y pacientes

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han llevado a cabo 6 Procesos de Ayuda Morir. Todos ellos han tenido como Médico o Médica responsable al elegido por el paciente. El grupo de apoyo y el referente han acompañado durante todo el proceso al profesional. Las familias de 5 de los 6 pacientes atendidos han manifestado su reconocimiento a la labor realizada por todo el equipo tanto a nivel técnico y de cuidado como humano y de acogimiento. La información, formación, apoyo y planificación para el profesional son esenciales para garantizar este proceso como una continuidad de la actividad asistencial. La falta de estructura y de apoyo puede dar lugar a pseudo-objeciones de conciencia y rechazo de solicitudes, sin poder prestar la ayuda que nuestros pacientes nos solicitan. Tras la asistencia al paciente se ha objetivado, por parte del personal participante, la necesidad de hablar del proceso, expresar sentimientos y apoyarse mutuamente.

MANEJO ENFERMERO DE LA MUCOSITIS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN RADIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO

 SILVIA LAGO MARTINEZ; JUAN CAMILO URREA FRANCO; CARMEN CIFUENTES MORILLAS; ALVARO MARTÍN ZAPATA; VIOLETA MIRE-LA CIAPA; Lourdes Hurtado Leal

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 229

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La mucositis es una lesión inflamatoria de la mucosa del tracto digestiva, comúnmente inducida por tratamientos oncológicos como la radioterapia y la quimioterapia.

En pacientes con cáncer de cabeza y cuello su incidencia puede alcanzar entre el 75% y el 100% durante la radioterapia.

Esta condición no solo causa dolor e inflamación, sino que interfiere directamente con la alimentación, la hidratación y la higiene bucal, deteriorando la calidad de vida y pudiendo llevar la suspensión temporal del tratamiento.

El abordaje enfermero, centrado en la prevención, detección precoz y cuidado sintomático, resulta fundamental para mejorar la tolerancia al tratamiento y la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Identificar las manifestaciones clínicas de la mucositis oral en pacientes oncológicos en tratamiento con radioterapia en región de cabeza y cuello
- Describir las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia para la prevención y el manejo de la mucositis
- Promover el autocuidado y la educación del paciente para minimizar el impacto de la mucositis en su calidad de vida
- Evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras en la reducción de la severidad y duración de la mucositis
- Fomentar un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la mucositis para mejorar los resultados clínicos del paciente

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mucositis es una complicación frecuente y significativa en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia, y un manejo enfermero proactivo y basado en protocolos es esencial para mitigar sus efectos adversos, mejorar la calidad de vida y asegurar la continuidad de tratamiento oncológico.

En este estudio, el 81,25% de los pacientes no progresó a mucositis severas (GIII o superior), lo que evidencia la eficacia del abordaje enfermero en la prevención y seguimiento continuo de esta complicación. Estos resultados refuerzan la necesidad de integrar consultas de enfermería especializadas y protocolos estandarizados en el manejo de efectos secundarios del tratamiento radioterápico, contribuyendo así a una atención más segura, humana y eficaz

ESTRATEGIA PROA EN INFECCIONES URINARIAS NO COMPLICADAS: MENOS FLUOROQUINOLONAS, MEJOR CALIDAD ASISTENCIAL

 *Laura Beatriz Noblia Gigena; M. Esperanza Gil Mañez; Rebeca Recha Sancho; Claudia Miralles Adell; Joan Galbany Padrós*

 Hospital Comarcal de Móra d'Ebre

Identificador: 231

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En las infecciones del tracto urinario, cuyo principal agente etiológico son las Enterobacterias habitualmente se prescribe un tratamiento antimicrobiano con fluoroquinolona (FQ).

En los últimos años, como consecuencia de los eventos adversos asociados al uso de FQ en infecciones de baja complejidad y del desarrollo de resistencias antimicrobianas a este grupo terapéutico, se han generado múltiples recomendaciones tanto a nivel europeo (Agencia Europea del Medicamento), nacional (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y autonómico (Recomendaciones Essencial de la Generalitat de Catalunya).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- - Reducir la utilización de FQ en cistitis y en infección del tracto urinario (ITU) no complicada en mujeres adultas, no hospitalizadas.
- - Valorar el impacto de las intervenciones del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) para alcanzar el objetivo propuesto.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo realizado en un hospital comarcal desde diciembre de 2022 hasta diciembre de 2024.

Se realiza un análisis por parte del Equipo PROA del centro, en diciembre de 2022 del uso de FQ en cistitis e ITU no complicadas en mujeres adultas evidenciando un elevado consumo. Por este motivo se planifican una serie de intervenciones:

- Revisión y actualización del protocolo de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones del tracto urinario
- Sesión general en el centro para difusión de los indicadores de uso de FQ en estos síndromes infecciosos, presentación del protocolo actualizado y plan de medidas a implementar.
- Acciones formativas en aquellos servicios con mayor prescripción.

Se realiza un seguimiento mensual de las prescripciones en la receta electrónica de FQ asociadas al diagnóstico de cistitis y de ITU en mujeres mayores de 15 años no hospitalizadas.

RESULTADOS

En 2022 se realizaron 318 prescripciones electrónicas ambulatorias con diagnóstico de cistitis y/o ITU de las cuales el 16,35% (52 casos) recibieron tratamiento con FO.

Durante los años 2023 – 2024 se implementaron las medidas mencionadas por el Equipo PROA, con un descenso progresivo de las prescripciones de FQ por infecciones no complicadas del tracto urinario.

En el año 2023 a prescripción ambulatoria con diagnóstico de cistitis y/o ITU fue de 276, con un 6,16% (17 casos) de uso de FQ, mientras que en el año 2024 la prescripción ambulatoria con dichos diagnósticos fue de 248 con un 3,23% (8 casos) de uso de FQ.

CONCLUSIONES

Las medidas implementadas por el Equipo PROA, especialmente las actividades formativas «in situ» en aquellos servicios con elevado nivel de prescripción, fueron de gran impacto en la reducción del uso de FQ para infecciones urinarias no complicadas.

Esta reducción colabora a la disminución en el desarrollo de resistencias antimicrobianas y mejora la seguridad del paciente reduciendo el uso de antimicrobianos con elevado número de eventos adversos.

¿LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PUEDE FACILITAR EL TRABAJO DE LA COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS?

 Laura Beatriz Noblia Gigena; M. Lluïsa Saez Pujol; Montserrat Martori Hostau; Lindsay Maylin Rivero Moreno; Javier Alejandro Sanchez Castro; Nayip Rodriguez Ortega

 Hospital Comarcal de Móra d'Ebre

Identificador: 232

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La comisión de historias clínicas es pilar fundamental en los hospitales, desempeñando un papel clave en la mejora de la calidad asistencial, la gestión de la información y el cumplimiento de la normativa.

La auditoría de historias clínicas, incluye la revisión de la documentación, introducción de los datos y análisis de los resultados, para finalmente generar propuestas de mejora.

El desarrollo de tecnologías de información y comunicación (TIC) en el ámbito sanitario ha demostrado facilitar los procesos asistenciales. ¿Podrían también ser de utilidad en las comisiones clínicas?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se realiza un análisis de los resultados de la Comisión de Historias Clínicas de un Hospital Comarcal, luego de aplicar herramientas informáticas.

En setiembre de 2023 el retraso en la auditoría de la comisión era de 3 años. El proceso era principalmente manual, con distribución de las historias y su evaluación en papel para finalmente hacer un análisis estadístico de los resultados.

En dicho momento, se produce la renovación parcial de los miembros de la comisión y se introducen herramientas informáticas en el proceso de auditoría.

Las principales innovaciones son:

- Modificación del formulario de auditoría: generando una plantilla informática, dinámica a través de una hoja de Excel que permite la introducción de los datos por el auditor en tiempo real (mientras realiza la auditoría), permite bloquear preguntas lo cual agiliza el proceso) y genera resultados en tiempo real.
- Introducción de la herramienta SharePoint para el trabajo en equipo de la gestión documental. Esta herramienta permite almacenar, organizar y compartir la información desde cualquier dispositivo, en forma segura y simultánea.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La aplicación de TIC en la nueva metodología de trabajo de la comisión permitió que a marzo de 2024 se haya realizado la auditoría retrospectiva de 2020 a 2023.

Se ha ampliado la capacidad de trabajo de la comisión, planificando auditar en forma semestral el año 2024 (lo cual duplica la muestra y por tanto la validez de los resultados).

El nuevo sistema de evaluación ha supuesto un aumento significativo del número de historias auditadas, siendo en 2021 del 7,47% y en 2024 a ser el 35%.

El análisis de resultados ha permitido introducir acciones de mejora en la documentación clínica, principalmente en el informe de alta hospitalaria y en la nota de ingreso del paciente quirúrgico programado.

CONCLUSIONES

El uso de la TIC en la Comisión de Historias Clínica facilita el trabajo permitiendo aumentar el número de historias a auditar, disminuyendo la posibilidad de errores de transcripción ya que se automatiza el proceso.

El análisis automático de datos permite identificar puntos y propuestas de mejora de la calidad de la historia.

Creemos que es una metodología útil y extrapolable a otras comisiones clínicas.

INTEGRACIÓN DE PROMS EN UN CUADRO DE MANDO CLÍNICO PARA MEJORAR UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN APNEA DEL SUEÑO

 Patricia Valero Valdelvira; Meritxell Davins Riu; Laura Aguilar Polo; Ignacio Alejandro Vicente; Rebeca Díaz García; Estela Palahi Navarro

 Hospital Universitario Germans Trias y Pujol

Identificador: 233

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El cuadro de mando clínico es una herramienta estratégica que apoya la toma de decisiones asistenciales mediante la monitorización continua de indicadores clave. Facilita la detección de desviaciones respecto a objetivos y promueve la mejora continua. La integración de la voz del paciente, a través de los Patient Reported Outcome Measures (PROMs), complementa la información clínica y favorece una atención centrada en la persona. En el contexto de la telemedicina, esta combinación mejora la calidad asistencial al ofrecer una visión longitudinal y personalizada del estado de salud percibido. En nuestro centro, se ha desarrollado un cuadro de mando específico dentro de un programa de telemedicina para pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) tratados con presión positiva continua (CPAP). Actualmente, 200 pacientes completan trimestralmente el cuestionario EuroQol-5D-5L mediante una app móvil. Este instrumento evalúa cinco dimensiones de calidad de vida y una escala visual analógica (EVA) de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Los datos se integran en la historia clínica electrónica y se visualizan en tiempo real.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad del cuadro de mando para detectar precozmente valores anómalos en la EVA del EuroQol-5D-5L y analizar el contexto clínico asociado y valorar intervenciones posibles.

METODOLOGÍA

Se diseñó un cuadro de mando interactivo para visualizar longitudinalmente los PROMs, con análisis agregado e individualizado. Se integró en el circuito asistencial del programa de telemedicina como herramienta de mejora continua y orientación clínica. Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los datos del EuroQol-5D-5L (2023-mayo 2025). Mediante filtros, se identificó puntuaciones EVA bajas, lo que activó revisiones individualizadas. Se contactó telefónicamente con los pacientes para valorar su estado y proponer ajustes necesarios.

RESULTADOS

La puntuación EVA media fue de 67/100. Los valores más altos se observaron al inicio y tras el primer año: 80. Durante el primer año, coincidiendo con la adaptación al CPAP, las medias bajaron a 60. El sistema identificó 4 casos con descensos bruscos de EVA (≤ 24) frente a registros previos > 60 . Se contactó por teléfono, identificándose: 1 error de interpretación, 1 caso con efectos adversos gastrointestinales, 1 episodio agudo no vinculado a AOS y 1 caso sin contacto posible. En 2 casos, el deterioro fue transitorio. Un paciente propuso incluir una pregunta para detectar procesos agudos, permitiendo reprogramar el cuestionario.

CONCLUSIONES

El cuadro de mando ha sido eficaz para monitorizar el estado de salud percibido y detectar desviaciones relevantes. La integración de PROMs adapta el seguimiento a la realidad del paciente y mejora la calidad de los datos. Gracias a la colaboración activa de los pacientes, se ha incorporado una pregunta filtro para detectar procesos agudos, permitiendo posponer la cumplimentación del cuestionario y aumentar la validez de los datos en práctica clínica.

ESTRATEGIA FORMATIVA “SEGURIDAD EN LA INMUNIZACIÓN” PARA RESPONSABLES DE VACUNAS 2025

 ANA BELEN RAMIREZ PUERTA; Aurora Barberá Martín; Maria Luisa Alcázar González; Mónica Vicente del Hoyo; Jesus Ramón Castro Herranz; Juan Antonio Sarrión Bravo

 Gerencia Asistencial Atención Primaria

Identificador: 235

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Tras realizar un análisis de errores de medicación relacionados con el proceso de vacunación, revisión del informe de roturas de cadena del frío (RCF) de las vacunas producidos durante el año previo y sus causas, los datos sobre vacunas caducadas recogidas de los centros (tanto de campaña como de calendario), y con nuevas incorporaciones de responsables de vacunas (RV) en los centros por jubilaciones, oposiciones o movilidad interna, se identifica la necesidad de realizar una formación específica a profesionales que ejercen las funciones de responsable de vacunas, en centros de salud (CS), consultorios locales (CL) y Unidades Atención Residencias (UAR) para profundizar en los conocimientos y las habilidades necesarias en el ejercicio de las funciones atribuibles a la figura del responsable de vacunas de CS/CL/UAR.

OBJETIVOS

Minimizar el impacto que conlleva los errores de medicación relacionados con vacunas, así como el impacto económico que suponen las RCF, pérdidas de dosis por caducidad o por almacenamiento inadecuado.

METODOLOGIA

Se programan 14 sesiones formativas online de 3 horas de duración, 2 en cada Dirección Asistencial (DA): 1 mañana/1 tarde. Son sesiones que se realizan en horario laboral y de asistencia obligatoria. La difusión se realiza a través de directivos de la DA. Cada sesión consta de 3 módulos:

- Seguridad del paciente en el proceso de inmunización.
- Subprocesos gestión pedidos, recepción y almacenamiento vacunas.
- Gestión Almacén Vacunas virtual y repaso de cambios en módulo de vacunas en la herramienta informática.

Las sesiones serán revertidas por los responsables al resto de profesionales de los centros a fin de implantar las recomendaciones durante el proceso de inmunización.

RESULTADOS

Asisten 526 profesionales: 484 RV.

Control de asistencia por directivos DA con formulario adhoc (acceso durante cada sesión). Se difunde un cuestionario de evaluación (cumplimentación voluntaria).

Evaluación:

Cumplimentación cuestionario evaluación: 65,02% de asistentes.

Evaluación del curso (sobre 10):

Contenidos teórico-prácticos:

módulo 1=8,69

módulo 2=8,89

módulo 3=8,78.

Utilidad para el trabajo=9,30

Grado aprendizaje conseguido en la sesión=8,37

Respuesta a las expectativas previas=8,37

Duración de la sesión=7,69

Evaluación general de la sesión=8,58

Comentarios relacionados con la necesidad de estas sesiones y de ampliar su duración.

Evaluación de las 4 docentes: nota media 9,11 sobre 10.

CONCLUSIONES

Durante las sesiones se identifica carencias formativas en RV en centros sanitarios: funciones y registro, protocolos.

La labor de RV es importante para la vigilancia y control de incidentes relacionados con la vacunación.

Se precisa actualización de conocimientos continua, así como planificar formación periódica desde la organización.

La reversión de conocimientos al resto de profesionales de los centros contribuye a minimizar las incidencias.

Se detecta necesidad de revisión de protocolos internos para control de temperaturas.

PROCESO ASISTENCIAL EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN UN ÁREA SANITARIA INTEGRADA DE EXTREMADURA

😊 Ana Teresa Domínguez Martín ⁽¹⁾; María Celia Sánchez Martín ⁽¹⁾; Mario Medina Miguelañez ⁽²⁾; María Félix Amarilla Pérez ⁽²⁾; Ángela García Aparicio ⁽²⁾; Antonio Barrera Martín-Meras ⁽¹⁾

🏥 ⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres; ⁽²⁾ Hospital Universitario de Cáceres

Identificador: 236

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Hidradenitis Supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente y de compleja evolución que requiere un manejo multidisciplinar por su impacto físico, psicológico y social y por sus frecuentes comorbilidades. Se identificaron áreas de mejora en el proceso asistencial que dio lugar al diseño de un proyecto innovador orientado a mejorar la calidad y continuidad asistencial, optimizando la atención integral de los pacientes con HS.

OBJETIVOS

1. Diseñar un modelo integral y multidisciplinar que garantice la coordinación entre dermatología, cirugía general, cirugía plástica y otros servicios implicados.
2. Optimizar la eficiencia, calidad y continuidad asistencial reduciendo los tiempos en diagnóstico y tratamiento, y mejorar el manejo de las comorbilidades asociadas.

METODOLOGÍA

Se aplicó la herramienta de Value Stream Mapping para analizar el proceso asistencial existente. Participaron en el análisis profesionales de dermatología, cirugía general, cirugía plástica, enfermería, farmacia hospitalaria y calidad asistencial, permitiendo identificar problemas críticos, como la falta de coordinación entre servicios, la alta recurrencia postquirúrgica, manejo inadecuado de pacientes en urgencias, y la falta de criterios claros para la derivación desde atención primaria.

RESULTADOS

Las principales acciones implementadas incluyeron:

- Creación de consulta multidisciplinar: Iniciada en junio de 2024 y con periodicidad mensual, liderada por dermatología y cirugía. Incluye valoración ecográfica y consulta de enfermería mejorando el estadiaje, reduciendo recaídas, optimizando las indicaciones quirúrgicas y reforzando la educación sanitaria.
- Protocolización del manejo y derivación: Se diseñaron protocolos específicos para urgencias, cirugía general, cirugía plástica y atención primaria, optimizando la derivación a la consulta multidisciplinar. Se crearon perfiles analíticos específicos para facilitar consultas de acto único. Se eliminaron pruebas complementarias sin validez clínica, optimizando tiempo y recursos.
- Abordaje de comorbilidades: Se estableció un “fast-track” con endocrinología para tratamiento de enfermedades asociadas como diabetes, síndrome metabólico y sobrepeso, en paralelo al tratamiento sistémico y las intervenciones quirúrgicas.
- Constitución de un comité quirúrgico multidisciplinar (dermatología, cirugía general, cirugía plástica, digestivo, ginecología, urología), con acceso compartido a la información clínica, coordinación en tiempo real y toma de decisiones colaborativa en casos complejos.

CONCLUSIONES

El abordaje multidisciplinar ha transformado significativamente el proceso asistencial de pacientes con HS, logrando una atención integral, coordinada y eficiente reduciendo tiempos de espera y mejorando los resultados percibidos por los pacientes. Este proyecto puede servir como referencia para otras áreas sanitarias o patologías con similar necesidad de gestión integral y multidisciplinar.

GESTIÓN DE PRIVILEGIOS CLÍNICOS EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

 *Kenneth Planas Real; Cristina Berbel Bertolo; Judit Tebe Morera; Rosana Martínez Fernández; Esther Martínez García*

 *Hospital Quirónsalud Barcelona*

Identificador: 237

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La acreditación de la Joint Commission International (JCI) representa un estándar de calidad y seguridad para las instituciones sanitarias. Uno de los requisitos clave es garantizar que los profesionales sanitarios desarrollen funciones ligadas a su formación y competencias. Este proceso asegura que las actividades asistenciales atribuidas a cada profesional estén debidamente validadas y sean revisadas de forma periódica. Además, contribuye a la seguridad del paciente, reduce riesgos clínicos y refuerza la confianza en el sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es diseñar, implementar y monitorizar un sistema de gestión de privilegios clínicos que cumpla con los estándares JCI y se adapte a las necesidades reales de la organización. Los objetivos específicos incluyen: definir las competencias y procedimientos que cada categoría profesional puede realizar; establecer un circuito formal de solicitud, evaluación y aprobación de privilegios; y garantizar la revisión periódica y la trazabilidad documental del proceso.

METODOLOGÍA

La metodología empleada contempla la creación de una comisión multidisciplinar encargada de definir los criterios de concesión de privilegios según especialidad. Esta comisión integra responsables clínicos, de calidad, formación y recursos humanos. Se desarrollan fichas para cada perfil profesional donde se detallan los privilegios solicitables, los requisitos mínimos para obtenerlos (formación, experiencia previa, certificaciones) y su vigencia. El sistema incorpora un registro electrónico integrado con la información de recursos humanos e historiales clínicos, facilitando el acceso controlado y su actualización constante.

RESULTADOS

La implantación del sistema de control de privilegios ha permitido mejorar la transparencia y la seguridad asistencial. Se han definido y validado perfiles profesionales para cada especialidad. Los responsables asistenciales disponen ahora de una herramienta estructurada para revisar competencias y planificar futuras formaciones de sus equipos. Además, el sistema ha sido valorado positivamente en auditorías internas y externas, facilitando el cumplimiento de los requisitos para la acreditación JCI.

CONCLUSIONES

El control de privilegios clínicos es una herramienta esencial para garantizar la práctica segura adaptada a la formación y competencia de cada profesional. Su implantación aporta un valor añadido a la organización, promoviendo una cultura de seguridad, responsabilidad y mejora continua. La clave del éxito radica en la implicación de los equipos, la revisión periódica de los criterios y el uso de sistemas digitales.

DE LA RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTERNA PARA IMPULSAR LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

 *Pablo Alegre Cabrera; Mercè Bonjorn Dalmau; Patricia Valero Valdelvira; Estela Palahí Navarro; Enric Murillo Gili; Meritxell Davins Riu*

 *Hospital Germans Trias*

Identificador: 238

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La transformación digital está redefiniendo los modelos de atención sanitaria, impulsando la adopción de tecnologías que mejoran la eficiencia, la seguridad y la experiencia del paciente. El sector salud, tradicionalmente reticente a cambios estructurales profundos, es hoy uno de los ámbitos donde más se está invirtiendo en innovación tecnológica, especialmente en herramientas que promuevan una interacción más directa y ágil entre pacientes y profesionales.

No obstante, tal como evidencian numerosos estudios de psicología organizacional, el cambio genera resistencias, y sin el compromiso activo de los profesionales sanitarios, la implementación de soluciones digitales corre el riesgo de fracasar. En este sentido, los primeros profesionales que se sumarán al cambio son los más motivados con el tema, pero luego hay que conseguir atraer e implicar a personas reacias al cambio.

OBJETIVOS

Favorecer la implicación activa de los profesionales que aún no han participado en procesos de transformación digital.

Consolidar la cultura del cambio entre aquellos profesionales que ya han adoptado herramientas digitales.

Comunicar de forma clara y continua los beneficios tangibles del programa de transformación.

METODOLOGÍA

Se desarrolla una campaña de comunicación interna estructurada en torno a las siguientes acciones:

Testimonios de éxito profesional: se recogen experiencias reales de equipos clínicos que ya utilizan la nueva herramienta digital, destacando cómo ha mejorado su trabajo diario y su relación con los pacientes.

Visualización de datos de impacto: se generan gráficos que recogen la evolución del uso del programa (número de pacientes activos, altas mensuales, funcionalidades más utilizadas), publicados en la Intranet del hospital y se actualizan mensualmente.

Asistencia permanente: se promueve un canal de contacto directo entre los equipos interesados y la Dirección de Transformación y Salud Digital, facilitando apoyo técnico, formación y resolución de dudas.

RESULTADOS

Aumento progresivo del número de equipos clínicos que solicitan integrarse en el proyecto de transformación digital.

Refuerzo del compromiso y continuidad de uso entre los profesionales ya involucrados, evidenciando una consolidación del cambio.

Mejora en la percepción interna del programa, identificado como una herramienta útil y no como una carga adicional.

CONCLUSIONES

La transformación digital no puede entenderse solo como una innovación tecnológica, sino como un proceso de cambio cultural. Para que dicho cambio sea sostenible, debe estar acompañado por una estrategia de comunicación interna sólida, constante y empática. Iniciativas como la descrita permiten derribar resistencias, alinear equipos y generar un entorno favorable para la adopción de herramientas digitales, con un impacto directo en la calidad asistencial y en la eficiencia del sistema sanitario.

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE INDICADORES DE SEGURIDAD MEDIANTE SU MONITORIZACIÓN EN TIEMPO REAL

 Ana Diéguez Vila; Gerard Castells Tortosa; Marta Molins Vigata; Faust Feu Caballe ⁽²⁾; Laura Heredia Aguilar ⁽²⁾

 Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 240

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Para impulsar acciones de seguimiento y mejora en seguridad y calidad asistencial hospitalaria, así como aumentar las medidas preventivas frente a incidentes, es imprescindible disponer de métricas e indicadores objetivos. Conocer los valores, tasas de cumplimiento y evolución de los indicadores permite coordinar y focalizar esfuerzos para avanzar hacia un mayor control del entorno asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde la Dirección de Sistemas de Información se desarrolló un registro digital integrado en el HIS para notificar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y realizar verificaciones previas a la cirugía. Este sistema estructurado permite recopilar toda la actividad vinculada a la seguridad y calidad asistencial, facilitando la identificación de áreas de mejora y el análisis y seguimiento posterior de las problemáticas detectadas. A partir de estos datos, la Dirección de Calidad y Seguridad del Paciente diseñó paneles interactivos en la herramienta de visualización Power BI, los cuales muestran los indicadores en tiempo real, con opciones de segmentación y visualización práctica. Cada indicador se presenta junto a su umbral de cumplimiento recomendado. Para impulsar acciones de mejora, se constituyeron núcleos de seguridad —espacios de trabajo conformados por un representante de la dirección de calidad y 10 profesionales de distintas especialidades del hospital— que se reúnen mensualmente para compartir incidentes y promover intervenciones específicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implementación del sistema, el cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica ha mostrado una evolución positiva: 46 % en 2022, 57 % en 2023, 73 % en 2024 y 82 % en 2025 (enero - mayo). En las reuniones de los núcleos de seguridad llevadas a cabo, los usuarios que utilizan las herramientas desarrolladas para el seguimiento de los indicadores de seguridad destacan los siguientes beneficios:

El sistema implementado actúa como una herramienta transversal y estructurada, evita la duplicidad de información y automatiza la recopilación de datos clínicos.

Mejora del acceso a la información sin necesidad de gestionar bases de datos propias, facilitando el desarrollo profesional.

Disponibilidad de consultas en tiempo real de los indicadores de calidad y seguridad desde cualquier estación de trabajo, favoreciendo el análisis y la mejora continua.

Fácil comparación entre periodos, equipos y con el global del hospital, promoviendo la transparencia y la corresponsabilidad.

Refuerzo de una cultura basada en resultados objetivos y accesibles.

Contribución a la alineación con los objetivos estratégicos de la Dirección, especialmente en relación con los objetivos individuales (DPO), mejorando su seguimiento y grado de cumplimiento.

CASO DE ÉXITO. ADOPCIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN VALOR EN EL PROCESO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

 Marta Molins Vigatà; Yolanda Blanco Morgado; Ana Hernando Andres; Gerard Castells Tortosa; Ana Diéguez Vila; Laura Here-dia Aguilar

 Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 241

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica y compleja que requiere un abordaje integral y centrado en el paciente. Por ello, se plantea rediseñar el proceso asistencial incorporando principios de la medicina basada en el valor, con el fin de mejorar la calidad de la atención, optimizar recursos y facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en datos. Esto permite ofrecer una atención más personalizada y centrada en lo que realmente importa para el paciente: su calidad de vida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este proyecto, se trabajó con un equipo multidisciplinar formado por profesionales médicos y de enfermería del proceso de esclerosis múltiple, junto con la dirección de calidad y sistemas de información. En primer lugar, se trabajó en el rediseño del itinerario asistencial del proceso, para determinar el flujo de los pacientes e identificar disfunciones y oportunidades de mejora. Posteriormente, se definió el conjunto mínimo de datos estructurados, tanto clínicos como de resultados reportados por los pacientes (CROM y PROMS). Este conjunto de datos dio lugar a siete formularios de recogida de datos para ser utilizado durante las visitas del paciente, los cuales se adaptan a distintos momentos asistenciales (primera visita, seguimiento, administración de tratamiento...) y a los diferentes perfiles profesionales. Para recoger de los resultados reportados por el paciente, se incluyeron cuatro cuestionarios (MFIS, MSWS-12, EQ-5D-5L y HADS) en la aplicación de salud digital del hospital, que permite que se respondan desde los dispositivos de los pacientes. Esta estructuración permitió desarrollar un cuadro de mando en Power BI para el seguimiento individual y poblacional de los pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde mayo de 2024, se han registrado datos de 823 pacientes y más de 2.600 formularios clínicos, junto con más de 300 cuestionarios respondidos por los pacientes, con una tasa de cumplimiento del 60%. Los formularios han demostrado ser una herramienta útil para estructurar las visitas, sirviendo de guía para asegurar una atención completa y homogénea y facilitando la continuidad asistencial entre profesionales. El uso de cuestionarios ha permitido anticipar necesidades clínicas no siempre detectables en consulta, como ansiedad, disfunción sexual o deterioro cognitivo. Además, ha mejorado los conocimientos sobre los pacientes atendidos y la capacidad de adaptar la atención a sus necesidades reales. La estructuración de los datos ha facilitado la lectura, análisis y seguimiento de la información clínica, permitiendo obtener indicadores sobre la calidad asistencial de forma ágil y precisa, sin análisis manuales. En conclusión, el nuevo modelo ha permitido una atención más ordenada, estandarizada y centrada en el paciente, con datos fácilmente explotables para la mejora continua de la práctica asistencial.

AUTOMATIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LOS COMITÉS DE TUMORES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Gerard Castells Tortosa; Ana Diéguez Vila; Marta Molins Vigatà; Faust Feu Caballé; Laura Heredia Aguilar

 Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 242

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La atención oncológica se organiza mediante comités de tumores multidisciplinares que se reúnen semanalmente para consensuar decisiones clínicas. Hasta ahora, el registro de pacientes revisados y las actas de las sesiones se realizaban manualmente, lo que suponía una elevada carga administrativa, dificultades de coordinación y pérdida de información clínica relevante. Estas limitaciones evidenciaron la necesidad de una solución automatizada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló conjuntamente entre los 18 comités de tumores del hospital, la dirección de calidad y la dirección de sistemas de información. Se diseñó una funcionalidad que permite visualizar por comité y fecha los pacientes oncológicos, con datos clínicos relevantes. Dicha funcionalidad está vinculada a dos formularios: uno de inclusión, que permite añadir pacientes a una sesión de comité; y otro de revisión, que se completa durante la sesión para recoger las decisiones adoptadas, permitiendo cerrar el caso o programar su revisión futura en caso de falta de información. El registro de ambos formularios queda automáticamente incorporado en el curso clínico del paciente. Al finalizar la sesión, se genera automáticamente un acta en donde constan las decisiones clínicas tomadas para los pacientes. Los datos se almacenan de forma estructurada permitiendo su análisis en la herramienta de visualización Power BI, facilitando de esta manera el seguimiento de la actividad oncológica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El cuadro de mando desarrollado muestra indicadores relativos a la actividad oncológica realizada y los datos clínicos de las decisiones tomadas para cada paciente. Desde la implementación de la herramienta en octubre de 2024, se han registrado 432 sesiones de comité (media de 3,8 mensuales por comité), revisando un total de 3.543 pacientes. De estos, 696 ya contaban con una decisión asistencial en el momento de registro, y se completaron 4.166 formularios de revisión. El 61% de los pacientes pertenecía al área integral de salud del hospital, el 18% a una red hospitalaria de mayor extensión territorial, y el 21% restante provenía de otros centros externos. El 75% de los pacientes recibió tratamiento en el hospital; el resto continuó en su centro de origen. Las decisiones terapéuticas se distribuyeron en: tratamiento sistémico (32%), cirugía (26%), radioterapia (13%), soporte (4%) y otros tratamientos (24%). La automatización de la gestión de los comités de tumores ha optimizado la coordinación y el control de la actividad oncológica, asegurando un registro estructurado y accesible de las decisiones clínicas tomadas para cada paciente, lo que refuerza la calidad asistencial y la trazabilidad de la atención oncológica. No obstante, cabe destacar que la adopción plena del sistema requiere de un esfuerzo de adaptación por parte de los profesionales, así como también de una mejora constante en la herramienta de soporte para facilitar su integración en la práctica diaria.

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA VALIDACIÓN DOCUMENTAL DENTRO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN POR LA SALUD

 ELBA BEAS ALBA; ANA RODRÍGUEZ ORTEGA; ESTHER ASENSIO BLASCO; ELISA PIÑÓN HERMIDA; EDGAR HANS CANO; TÁRSILA FERRO GARCÍA

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 244

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La educación para la salud (EpS) se entiende como un proceso de aprendizaje determinante para promover la corresponsabilidad y el autocuidado del paciente. Engloba la transmisión de información, comunicación, fomento de la motivación, habilidades personales y autoestima necesarias para reforzar la calidad de vida con medidas adecuadas. Disponer de un programa con documentos de educación sanitaria únicamente elaborados desde la perspectiva profesional no garantiza la correcta transferencia de la información a transmitir. Por ello, incluir la mirada del paciente permite responder más adecuadamente a sus necesidades y resulta imprescindible para proporcionar una atención centrada en el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar un programa de EpS enfocado a cubrir las necesidades percibidas por los pacientes que incorpore su visión sobre la utilidad, interés y comprensión de los contenidos e incluya una evaluación sistemática que facilite la identificación de carencias y áreas de mejora. La metodología implicó la creación de grupos de trabajo interdisciplinarios; revisión documental (actualización de contenidos, simplificación de volumen, duplicidad, obsolescencia y diversidad de tipología); definición de un circuito para la elaboración y publicación interna de documentos de Eps; elaboración de una identidad visual y plantilla estandarizada para la elaboración de contenidos (homogénea y atemporal); diseño de formulario on-line (incrustado con código QR en cada documento de EpS) para la inclusión de la perspectiva y validación del paciente.

RESULTADOS

Hasta mayo de 2025 se dispone de los siguientes resultados: 3 grupos de trabajo (nutrición, síntomas y tratamiento sistémico); participación de 34 profesionales; 11 categorías documentales clasificadas (cirugía, fisioterapia, nutrición, medicamento, medicina preventiva, procedimientos, pruebas, radioterapia, seguridad de paciente, síntomas y tratamiento sistémico); reducción documental de 800 en 2024 a 153; implementación de un circuito validado para la elaboración y publicación de documentos EpS; 1 matriz de plantilla adaptable según categoría; elaboración de un formulario como herramienta de valoración de la perspectiva de paciente.

CONCLUSIONES

Conocer si los documentos de educación para la salud elaborados son comprensibles, útiles y adaptados a las necesidades de los pacientes es de total relevancia para la consecución de los objetivos de la propia educación sanitaria. Disponer de documentos que incluyan en su diseño herramientas capaces de recoger la perspectiva del paciente facilita a los profesionales sanitarios la coordinación, actualización e integración de los contenidos para adaptarlos a las necesidades reales de las personas atendidas, asegurando de este modo una transferencia de la información inequívoca y por consecuencia una continuidad en los cuidados, mejora de la calidad de la atención recibida e integración activa de los usuarios en los procesos de mejora continua.

URGENCIAS Y SEGURIDAD DE PACIENTES: UNA NECESIDAD Y UN DESAFÍO

 Jose Ramon Tost Valls; Elisabeth González Lao; Marta Berenguer Almudaina; Andrea Valdes Castiello; Dolores Valverde Sanchez; Sara Graell Solé

 Consorcio Sanitario de Terrassa

Identificador: 245

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los incidentes de seguridad son especialmente frecuentes en los servicios de urgencias. Los informes anuales de seguridad muestran de forma recurrente que urgencias es el servicio hospitalario con mayor número de incidentes (en Catalunya en 2024, un 12% del total de incidentes corresponden a urgencias). Las causas son múltiples, destacando factores del profesional (experiencia, fatiga, errores cognitivos, en las transiciones,) del paciente (complejidad clínica, edades extremas, síntomas atípicos...) y del propio servicio (problemas de comunicación y de trabajo en equipo, masificación...).

OBJETIVOS

Conocer las características de los incidentes de los incidentes de seguridad en urgencias. Como objetivo secundario conocer el impacto de las formaciones realizadas en urgencias a los profesionales en la notificación a lo largo del tiempo.

METODOLOGÍA

Desde el departamento de Calidad se realizó un análisis retrospectivo de las notificaciones de seguridad del servicio de urgencias de nuestro centro recogidas en el notificador autonómico desde enero de 2017 hasta mayo de 2025. Se analizó el área de adultos y de pediatría. Se analizaron datos de filiación de los pacientes (edad, sexo...) y del incidente (temporalidad, tipo, gravedad, personal implicado, factores contribuyentes).

RESULTADOS

Se analizaron 443 notificaciones de seguridad en el periodo estudiado (un 14% del total de notificaciones de la organización). Los incidentes predominaron en los meses de diciembre a marzo y de forma destacada los miércoles, disminuyendo en los meses de verano y fines de semana. El personal relacionado con el incidente era de enfermería (30%), médico (27%) y en un 22% por factores del propio paciente. Predominaron los incidentes en el sexo femenino (53%) y en los mayores de 70 años (40%). La mayoría eran de riesgo bajo o muy bajo (68%), siendo de riesgo extremo un 1,1%. La mayoría de los incidentes fueron de medicación (38%), errores de procedimiento (30%) y de comportamiento del paciente (10%). Los fármacos relacionados con más incidentes fueron la quetiapina, insulina, salbutamol y risperidona. Destacaron en los errores de procedimiento los errores diagnósticos (34%) y de identificación de pacientes (18%). Las causas fueron sobretudo errores del profesional (61%) debido a distracciones (52%). La notificación siguió una tendencia ascendente a lo largo de los años.

CONCLUSIONES

Urgencias es el servicio hospitalario que registra mayor número de incidentes de seguridad con una tendencia al alza. Los errores de medicación por insulina y neurolépticos son los incidentes más frecuentes, seguidos de los errores diagnósticos y de identificación. En 1 de cada 5 incidentes se describen factores contribuyentes del propio paciente. La mayoría de los incidentes son de bajo riesgo con un 1% de incidentes de riesgo extremo. A falta de estudios más extensos, las estrategias de mejora de seguridad en las organizaciones deberían priorizar los servicios de urgencias.

INDICADORES DE CALIDAD ADECUADOS, ESENCIALES PARA A MEJORA CONTINUA DEL PROCESO “TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA”

 Ana Castaño Cantos; Nidia Peinado Adán; Sara Estébanez Aldonza; Rosa Maria Morera López

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 246

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento de radioterapia (RT) es un proceso complejo, compuesto por diferentes subetapas que precisan una evaluación continua. Para ello ponemos en marcha indicadores de calidad de tiempo de cada una de ellas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Optimización continua del tratamiento con RT al detectar mediante indicadores de calidad desviaciones de forma precisa e implementar medidas correctivas adecuadas

M: Con la red departamental Mosaiq se mide el tiempo promedio desde la realización de la TC de planificación hasta el inicio del tratamiento de RT y se automatizan las diferentes subetapas del proceso de planificación del tratamiento de RT:

1. Realizar la planificación por TC y delimitación de volúmenes de tratamiento y órganos sanos
2. Elaboración y aprobación del plan dosimétrico
3. Control de calidad del tratamiento de RT planificado
4. Documentación del tratamiento RT a la cita de inicio del tratamiento

Se establece el tiempo óptimo, en días naturales, para cada una en base a la prioridad del paciente:

- Preferente paciente NO operado
- Normal: paciente SI operado

Paciente prioridad preferente: subetapa 1: 5, subetapa 2: 5, subetapa 3: 2 y subetapa 4: 2 días

Paciente prioridad normal: subetapa 1: 7, subetapa 2: 7, subetapas 3: 3, subetapa 4: 2 días

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con la experiencia de 12 meses evaluando el resultado del indicador de cada subetapa, hemos conseguido detectar donde se encuentra nuestro “cuello de botella” averiguando que el recurso humano funciona de modo óptimo pero existiendo déficit en recurso técnico. Es decir, las subetapas 1,2 dependientes de radiofísicos, técnicos y oncólogos y 3 están optimizadas. Se realizan en el tiempo establecido e incluso en alguna de ellas nos podríamos plantear como reto, en un futuro, reducir el tiempo. Estos resultados se han conseguido con diferentes medidas entre ellas: reuniones periódicas con Radiofísica clínica, gestión de tiempos en la unidad de tratamiento acorde a la complejidad del mismo, optimización de la subetapa 1 tras un análisis con metodología LEAN, análisis de incidencias con periodicidad quincenal, píldoras de Calidad a todos los estamentos para crear cultura en seguridad del paciente y calidad asistencial...

La subetapa 3 y 4 está fuera de rango, debido al aumento de pacientes tratados en los últimos años, a la complejidad de algunos tratamientos y a la falta de dotación tecnológica, a pesar de estar solicitada a dirección.

C: Establecer indicadores de calidad que nos permitan medir cada subetapa de nuestro complejo proceso nos ha permitido detectar de modo preciso las medidas más idóneas a tomar para solucionar nuestros cuellos de botella, aprendiendo que estos cuellos de botella pueden cambiar pero los indicadores nos permitirán detectarlos de modo rápido y preciso..

Reducir el tiempo de inicio del tratamiento con RT reduce el estrés psicológico que genera la espera a nuestros pacientes, facilita la coordinación con otros Servicios que también participan en el tratamiento oncológico y garantiza al máximo el éxito terapéutico propuesto.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: PUESTA EN MARCHA DEL CONSEJO ASESOR DE PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD

 Manuel Gómez Bautista; Fernando Arnau Carda

 Hospital de Mérida

Identificador: 248

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La participación de pacientes y familiares es esencial para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. Extremadura marcó un precedente nacional al constituir en 2014 el Consejo Regional de Pacientes, que ha servido como referencia para otras comunidades autónomas.

El Consejo Asesor de Pacientes del Área de Salud nace para consolidar esta perspectiva, promoviendo un sistema centrado en las personas y aprovechando las experiencias y opiniones de los ciudadanos como un recurso clave para la toma de decisiones en el ámbito sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

¿Es el paciente realmente el centro del sistema sanitario? Con esta pregunta como premisa, el objetivo es integrar las opiniones y experiencias de los usuarios en la organización. Los objetivos específicos incluyen:

Promover la participación activa de pacientes y familiares en las iniciativas del Área de Salud. Incorporar sus criterios y preferencias para aportar valor a la asistencia. Crear un espacio representativo para pacientes y familiares. Mejorar la experiencia del paciente y sus cuidadores. Implementar metodologías de evaluación de resultados en salud. Integrar la visión de pacientes, familias y cuidadores en todos los aspectos de la atención sanitaria.

El Consejo se constituyó en febrero de 2024 como un proyecto abierto, integrado por representantes de asociaciones de pacientes, pacientes individuales, familiares y profesionales sanitarios: el Gerente del Área, el Coordinador de Calidad y el Coordinador de Seguridad del Paciente. Se realizó un proceso de captación de participantes en colaboración con asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios y el Centro Universitario de Mérida. En su primera reunión se definieron objetivos, funciones y normativa, recogidos en la “Guía de funcionamiento”. Además, se identificaron problemas relevantes, se priorizaron líneas de trabajo y se organizaron dos grupos para abordar problemas concretos según las preferencias y aportaciones de los integrantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su creación, el Consejo ha celebrado nueve reuniones en las que se han priorizado líneas de trabajo y generado iniciativas concretas para mejorar la asistencia sanitaria. Se ha creado un espacio participativo y colaborativo donde pacientes, familiares y profesionales han aportado un enfoque crítico y constructivo. La incorporación activa de la perspectiva de los pacientes en la asistencia ha marcado un primer paso hacia un modelo más centrado en sus necesidades.

La puesta en marcha del Consejo Asesor de Pacientes del Área de Salud es un avance hacia un modelo sanitario más centrado en las personas. Su enfoque participativo y estructurado ha permitido integrar eficazmente las voces de los pacientes y cuidadores en decisiones clave para la mejora de la calidad y seguridad asistencial. Este proyecto, pionero en España, evidencia el valor de la participación activa y su potencial replicabilidad en otras áreas, contribuyendo a sistemas más inclusivos y sostenibles.

CALIDAD QUE ACOMPAÑA: GESTIÓN EN DIÁLISIS PERITONEAL

 Elisabet González Lao; Fatima Moreno Guzmán; Carme Varo Albalà; Vicent Esteve Simó; Sandra Rubio Paez; Manel Ramírez de Arellano Serna

 Consorci Sanitari de Terrassa

Identificador: 249

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La diálisis peritoneal (DP) es un tipo de tratamiento para personas con insuficiencia renal en el que se utiliza el peritoneo (membrana que recubre la cavidad abdominal y los órganos internos), como filtro natural para eliminar desechos, exceso de líquidos y electrolitos del cuerpo. Es una modalidad de tratamiento renal sustitutivo que permite al paciente mantener una mayor autonomía.

OBJETIVOS

El objetivo es analizar el sistema de gestión de la calidad en relación al paciente en diálisis peritoneal, identificando áreas de mejora para la mejora de su atención sanitaria.

METODOLOGÍA

Se ha realizado la revisión en nuestra Unidad de Diálisis, en el subproceso de Diálisis Peritoneal, de nuestra zona de referencia durante el 2024. La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante observación directa, grupos focales de gestión de riesgos, el Informático del Hospital y Nefrosoft®, y encuestas al paciente de DP.

RESULTADOS

Se realizó una revisión de los aspectos documentales, riesgos, buenas prácticas e indicadores de calidad definidos.

Respecto a la parte documental se disponen de procedimientos estandarizados del paciente en tratamiento de diálisis peritoneal. No obstante se ha observado la necesidad de documentar el seguimiento del paciente en DP.

En la gestión de riesgos, se ha identificado durante el 2024 como crítico, la modificación de la técnica y cambio del material de catéter peritoneal.

Se observaron buenas prácticas en el ámbito de la educación sanitaria, con una tasa de adherencia superior al 90% en los pacientes. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora en el lenguaje utilizado en la información facilitada.

Los indicadores de calidad de DP se revisan trimestralmente. Se analiza el número de DP ambulatorias mensuales cumpliendo el objetivo establecido de >700 , el % pacientes de DP ambulatorias que aportan las muestras correctamente para la realización de la adecuación está dentro del objetivo definido. La tasa de peritonitis se mantiene dentro de los límites recomendados por las guías internacionales ($<0,5$ episodios por paciente/año) y no se han observado complicaciones del paciente hospitalizado con DP.

A nivel de satisfacción de pacientes en DP, se pasó una encuesta estructurada donde respondieron un 92% con una valoración global de satisfacción de 10/10. Solo se ha observado como oportunidad de mejora que el 13% de los pacientes indicaban que se podría mejorar su intimidad.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados observados se han establecido las siguientes acciones:

- Se ha elaborado el protocolo de seguimiento del paciente en DP
- Se ha realizado una formación a los profesionales respecto a la modificación de la técnica de DP
- Se ha iniciado con el grupo de lectura fácil, la revisión de la documentación informada implicando al paciente en su atención

Se considera un punto fuerte mantener la monitorización del sistema de gestión de calidad y la implicación de los profesionales en su mejora continua.

¿ESTAMOS APLICANDO ADECUADAMENTE LAS MEDIDAS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES DE LUGAR QUIRÚRGICO?: COBERTURA E IMPACTO

 Cynthia Nathaly Figueroa Farfán ⁽¹⁾; ESTHER ARRIETA CERDÁN ⁽²⁾; Monserrat Alcalde Martín ⁽³⁾; Rocío Villa Pizarro ⁽³⁾; Alberto Vegas Miguel ⁽³⁾; Tomás Maté Enríquez ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Río Hortega - Valladolid; ⁽²⁾ GERENCIA REGIONAL DE SALUD - JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN; ⁽³⁾ Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Identificador: 250

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones del lugar quirúrgico (ILQ) representan el 23,8% de las infecciones relacionadas a la atención sanitaria (IRAS) adquiridas en el propio centro según el EPINE 2024, siendo las complicaciones más frecuentes y prevenibles en el entorno hospitalario y asociándose con un aumento de morbilidad, estancias y costes. El proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) se diseñó como una estrategia nacional para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico mediante la implementación sistemática de medidas basadas en la evidencia científica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la relación entre la correcta implementación de las medidas IQZ y la presencia de ILQ en hospitales de distintos niveles de nuestra comunidad autónoma.

Estudio observacional retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas incluidas en nuestro sistema de vigilancia corporativo durante 2023 y 2024. El análisis estadístico se realizó en Rstudio mediante tablas de contingencia y pruebas de asociación (Chi-cuadrado y Fisher), estratificando por nivel hospitalario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 12337 intervenciones quirúrgicas (nivel 3: 5394 (43,7%); nivel 2: 4956 (40,2%) y nivel 1: 1987 (16,1%)), con edad media de los pacientes: 70,5 (DE=14,7) años y 52% (6418) varones. La incidencia de ILQ global fue de 1,84% (227). En relación con las medidas IQZ: profilaxis antibiótica (PA) correcta: 93,9% (11583), con una incidencia de ILQ del 2% frente al 3% en el grupo en que no se realizó correctamente ($p=0,29$); antisepsia (AS) correcta: 56,7% (6991), presentando un 50% de reducción de ILQ comparado con el grupo en que no se realizó correctamente ($p=0,08$); eliminación del vello (EV) correcta: 65,1% (8026), con mayor incidencia de ILQ en este grupo, no estadísticamente significativa; y controles adecuados de temperatura: 44,2% (5454) y glucosa: 51,6% (6368), sin relación estadísticamente significativa con la incidencia de ILQ.

Al analizar las 5 medidas juntas, se aplicaron correctamente en el 38,7% (4775), sin asociación estadística con reducción de la ILQ ($p=0,66$). Considerando las 3 medidas principales juntas (PA, EV y AS) se aplicaron correctamente en el 53,4% (6531), con una reducción de la incidencia de ILQ de 1 punto porcentual. Se observó que en todos los niveles hospitalarios la proporción de ILQ fue menor cuando se realizaron correctamente estas 3 medidas. El mayor impacto se observó en el nivel 2, donde la diferencia entre correcta y no correcta implementación fue de más del doble de incidencia de infección ($p=0,003$); esto sugiere una asociación protectora del cumplimiento de estas tres medidas.

La presencia de ILQ fue significativamente menor en hospitales con mayor adherencia a las medidas IQZ, especialmente en los de nivel 2. Estos resultados refuerzan la importancia de aplicar las medidas IQZ como herramienta eficaz en la prevención de ILQ. La adherencia a las 3 medidas principales obtiene mejor resultado que a las cinco medidas, posiblemente debido a una mayor variabilidad en el registro de las dos restantes.

EXPERIENCIA DE APOYO A PROFESIONALES IMPLICADOS EN EVENTOS ADVERSOS

 VICTORIA SABATE CINTAS ⁽¹⁾; ESTHER BADIA PERICH ⁽²⁾; NURIA EMILIANO GRIELL ⁽³⁾; MONICA PIÑA RODRIGUEZ ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA ATENCIO PRIMARIA I A LA COMUNITAT VALLÈS OCCIDENTAL I VALLÈS ORIENTAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT; ⁽²⁾ INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT; ⁽³⁾ GERENCIA ATENCIO PRIMARIA I A LA COMUNITAT VALLÈS OCCIDENTAL I VALLÈS ORIENTAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT; ⁽⁴⁾ UNITAT DE SALUT I PREVENCIO. ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Identificador: 251

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún evento adverso (EA) relacionado con la seguridad del paciente. Estos profesionales son las denominadas segundas víctimas (SV) de los EA y pueden presentar consecuencias emocionales, profesionales y familiares. La forma en que la organización, los directivos y los compañeros reaccionan condiciona el impacto emocional sobre el profesional afectado.

OBJETIVOS

Ofrecer apoyo institucional a todos los profesionales identificados como segunda víctima debido a su implicación en un evento adverso.

METODOLOGIA

Ámbito actuación: Atención Primaria (5500 profesionales)

- **2018:** Creación comisión apoyo segundas víctimas formada por Calidad, Unidad de Prevención, asesoría jurídica, salud mental, dirección, medicina, enfermería y atención ciudadana. Formación específica a todos los miembros de la comisión.
- **2019:** Definición de documentos: Procedimiento de atención a la SV, algoritmo de actuación, sistema de registro y listado de verificación de las actuaciones. Difusión del proyecto y formación a direcciones y responsables de calidad (RQ) para posterior sensibilización de los profesionales.
- **2020:** Implantación del proyecto, inicio identificación SV y apoyo. Formación a direcciones y RQ.
- **2020-2023:** Reuniones periódicas comisión SV para seguimiento y evaluación. Formación a direcciones y RQ. Presentación de resultados a Comité directivo.
- **2024:** Actualización documentación y campaña informativa a los profesionales (díptico y pósteres). Formación a direcciones y RQ.

RESULTADOS

2020-2024: Identificación 87 SV (2020:15, 2021:25, 2022:17, 2023:20, 2024: 10). El 100% de las SV han recibido ofrecimiento de apoyo por la Unidad de Salud y Prevención (USP): 14% (2020:2, 2021:1, 2022:3, 2023:4, 2024: 2) han sido derivados a la USP; 86% suficiente apoyo del equipo y no han necesitado más intervenciones. Un 0,2% (2 profesionales) necesitaron baja laboral.

CONCLUSIONES

El proyecto de apoyo a las SV de nuestro territorio se ha implantado correctamente con una buena acogida por parte de los profesionales. Actualmente se ha logrado el objetivo de ofrecimiento de apoyo a todas las SV identificadas. En todos los casos han recibido el apoyo más adecuado en función de su afectación y gravedad. La implementación del proyecto ha mejorado el bienestar de los profesionales y ha fomentado la cultura de seguridad reduciendo a la vez que ha disminuido el riesgo de burn-out

ESCUELA DE ABUELAS Y ABUELOS

 NIEVES GONZALEZ ACUÑA ⁽¹⁾; ROSA MARÍA ROMERO DEL POZO ⁽²⁾; ELSA PEREZ CABELLO ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ CENTRO SANITARIO; ⁽²⁾ CENTRO MUNICIPAL

Identificador: 252

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El Equipo de Atención Temprana de Móstoles detectó del importante papel de l@s abuel@s en el desarrollo y bienestar de la familia, en la transmisión de valores, el derecho a la educación, respeto a la diversidad etaria y la necesidad de construir redes comunitarias de apoyo mutuo.

Hoy existen nuevos retos en la crianza, modelos familiares y avances tecnológicos. Este proyecto facilita espacios de encuentro y formación, diálogo intergeneracional y contribuye activamente a la vida familiar y escolar y un envejecimiento activo.

OBJETIVOS

Reconocer y valorar del rol de las personas mayores en la familia como agentes dinámicos de educación y transmisión cultural, fortalece su autoestima y sentido de pertenencia. Facilita un espacio y compartir experiencias sobre los desafíos actuales de la crianza. Brindar herramientas teórico-prácticas, pedagógicas, emocionales, relacionales. Fomentar la integración desde el respeto mutuo, reforzando los vínculos familiares y sociales.

METODOLOGÍA

Metodología activa y participativa, con enfoque vivencial y participación interdisciplinar, intersectorial e interinstitucional. Se planifica una dinámica de rotación por espacios del municipio para acercar la escuela a la población mayor, en sesiones semanales, con dinámicas grupales, reflexivas y formativas.

Se elabora la guía de lectura desde la Biblioteca Municipal facilitando el préstamo de libros y cuentos ofrecidos para todas las sesiones.

RESULTADOS

Se utilizan instrumentos cualitativos y cuantitativos para evaluar el impacto del programa con un cuestionario específico y observación participativa. Se obtiene la máxima puntuación en los contenidos tratados, la organización, las profesionales y la puntuación global (5 sobre 5).

La coordinación interinstitucional y multidisciplinar ha sido muy positiva con implicación profesional que han facilitado alcanzar los objetivos programados. Los contenidos planificados son: alimentación saludable, prevención de accidentes, higiene, sueño, auto-cuidado, comunicación intergeneracional, salud emocional, educación en valores y en igualdad, tradiciones, juegos y narrativas y temas actuales como uso de redes sociales, recursos sociales.

Destaca un elevado grado de participación (25 personas) y riqueza en las aportaciones realizadas. Valoran el proyecto como oportunidad de encuentro y aprendizaje.

CONCLUSIONES

El proyecto se mantiene desde hace 25 años. Se revela como estrategia eficaz para reforzar lazos familiares desde una perspectiva educativa y afectiva contribuyendo al bienestar familiar, ofrece la oportunidad de aprender, valorar y disfrutar esta etapa vital, fortaleciendo redes de apoyo entre pares, fomentando un diálogo abierto intergeneracional y percibiendo esta etapa más activa y productiva.

Reconoce el papel de l@s abuel@s como transmisores de valores, fundamental para una sociedad más inclusiva y cohesionada.

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL REGISTRO DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN PACIENTES CON INGRESO HOSPITALARIO

 José Domingo Abril Rodríguez; Diego Alberto Martínez Moreno; Juan Antonio López García; Taida María Rodríguez Martínez; Juan Sánchez Lucas; Teodoro José Martínez Arán

 Hospital Comarcal del Noroeste

Identificador: 254

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El registro de las medidas antropométricas actualizadas es esencial en el entorno hospitalario, ya que permite una dosificación precisa de medicamentos, una adecuada valoración nutricional y la toma de decisiones clínicas. La evaluación de este proceso, junto con el diseño de una intervención orientada a optimizarlo, se alinea con los principios de mejora continua de la calidad y de la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue mejorar el registro de las medidas antropométricas en pacientes ingresados mediante la consecución de objetivos específicos como la cuantificación del registro, la identificación de las causas de su mejorabilidad, la ejecución de una intervención y la evaluación de su impacto.

Se realizó un estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo control, enmarcado en un ciclo completo de mejora, evaluando seis criterios: el registro de peso, talla e índice de masa corporal (IMC) en la historia clínica electrónica (HCE) y de peso, talla y superficie corporal (SC) en el sistema de gestión del medicamento (SGM). El registro se consideró correcto si el dato correspondiente estaba documentado en los 90 días anteriores al ingreso. La intervención consistió en suma en la elaboración e implantación de un procedimiento en el que se proporciona a los profesionales indicaciones claras resumidas en un flujograma sobre cómo actuar cuando no se puede pesar o tallar al paciente, registrando entonces medidas referidas o, si son desconocidas por el paciente o sus familiares, calculadas. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba z para la comparación de proporciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados se expresan con un intervalo de confianza del 95 %.

Evaluación inicial:

- Peso en HCE: $38,3 \pm 12$ %
- Talla en HCE: $8,3 \pm 7$ %
- Peso en SGM: $40,0 \pm 12$ %
- Talla en SGM: $11,7 \pm 8$ %
- IMC en HCE: $8,3 \pm 7$ %
- SC en SGM: $11,7 \pm 8$ %

Reevaluación:

- Peso en HCE: $60,0 \pm 12$ %
- Talla en HCE: $18,3 \pm 9$ %
- Peso en SGM: $60,0 \pm 12$ %
- Talla en SGM: $18,3 \pm 9$ %
- IMC en HCE: $18,3 \pm 9$ %
- SC en SGM: $20,0 \pm 10$ %

En global se logró una reducción del 16,2 % de los defectos de calidad, aunque la mejora fue estadísticamente significativa solo en los 2 criterios relacionados con el peso. Por tanto, se puede concluir que la intervención fue efectiva para mejorar el registro del peso.

En el futuro, se podría valorar la extensión progresiva de este procedimiento, dada su aplicabilidad y su bajo coste, a otros hospitales o contextos clínicos, como cirugía ambulatoria, urgencias u hospital de día, así como considerar estudios de seguimiento que permitan valorar no solo los niveles de cumplimiento de los criterios de calidad evaluados, sino también su impacto real en resultados como los eventos adversos por dosificación inadecuada. Además, investigaciones posteriores podrían centrarse en analizar barreras y facilitadores para los profesionales, como elemento clave para afianzar una cultura de registro riguroso de las medidas antropométricas que redunde en una asistencia más segura para el paciente.

IMPACTO ECONÓMICO DE LA PROLONGACIÓN HOSPITALARIA POR CAÍDAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 Josep Maria Ibáñez Romaguera; Laura Ricou Ríos; Angélica Pocino Campayo; Mònica Castellà Creus; Isabel Andrés Martínez

 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Identificador: 255

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Las caídas hospitalarias representan el 32% de todos los incidentes de seguridad del paciente. La tasa de caídas oscila entre 2,63 y 8,9 por cada 1.000 días-paciente hospitalizado. Entre el 1,8% y el 6,3% de los pacientes ingresados sufren una caída con consecuencias de leves a graves o incluso la muerte. El porcentaje de caídas con daño oscila entre el 34% y 51%. La evitabilidad de las caídas es del 37 %. Las caídas pueden necesitar de procedimientos diagnósticos y terapéuticos adicionales suponiendo una carga para el sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar el impacto de las caídas sobre la prolongación hospitalaria y su coste en un Hospital Universitario de tercer nivel. Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes, con pacientes con una caída registrada (cohorte expuesta) durante su estancia en el Hospital entre 2019 y 2022, y una cohorte de pacientes ingresados en el mismo centro y periodo con características demográficas (edad, sexo) y clínicas (categoría diagnóstica), similares, pero sin caídas registradas (cohorte no expuesta). Se describieron las características basales de ambas cohortes y se calculó sus diferencias medias estandarizadas (DME). Para analizar el impacto económico de la prolongación hospitalaria por caídas, se utilizó únicamente el coste de la prestación hospitalaria, y se comparó los días de hospitalización entre ambas cohortes aplicando el método de inverse probability treatment-weighting (IPTW). Para estimar el efecto de la caída en la duración de la estancia hospitalaria, se realizó una regresión usando un modelo lineal generalizado (GLM) ponderado por los pesos estabilizados obtenidos mediante el método IPTW.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La muestra está formada por 381 pacientes en el grupo expuesto y 1.495 en el grupo no expuesto. No existieron diferencias significativas en la edad (72,3 vs 72,6 años de media), sexo (39,3% vs 40,1% mujeres), o las categorías diagnósticas mayores. Las enfermedades con prevalencia mayor al 5% en cada cohorte fueron 23,6% vs 22,9% sistema nervioso; 17,3% vs 20,2% sistema respiratorio; 14,7% vs 19% sistema circulatorio; 11% vs 10,2% sistema músculo-esquelético y conectivo; y 5,8% vs 7% riñón y tracto urinario. Tampoco existieron diferencias por tipo de estancia (29,1% vs 34,2% quirúrgica). Sí existieron diferencias en el índice de Elixhauser (8,6 vs 7,2 puntos de media. $P < 0.05$) y en tipo de ingreso (15,5% vs 33,8% programado. $P < 0.05$).

Ajustando las diferencias por los pesos del IPTW, el grupo expuesto tuvo una estancia hospitalaria media de 15,67 días y el grupo no expuesto 8,57 días, con una diferencia de 7,10 días. Esta diferencia representó un coste incremental de € 3.489 (€ 7.701 vs € 4.212), un incremento del 83% en el coste por paciente.

Las caídas intrahospitalarias aumentan los días de hospitalización y los costes asociados. Los datos indican la importancia de revisar estrategias de prevención de caídas intrahospitalarias y fortalecer las medidas preventivas.

IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DETECCIÓN DE LA GAMMAPATÍA CLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

 Gemma Osca Gelis ⁽¹⁾; Martí Rispuu Pagès ⁽¹⁾; Jordi Gálvez Escañuela ⁽²⁾; Laura Roca Vielba ⁽²⁾; Mònica Ramón Bru ⁽²⁾; Yolanda González Montes ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ ICO-Girona; ⁽²⁾ ICO-Hospitalet

Identificador: 256

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia hematológica causada por la proliferación maligna de células plasmáticas. En España se diagnostican 3000 casos/año, más frecuente en hombres y edad avanzada. Aunque el pronóstico es muy variable, todavía se considera una enfermedad incurable. El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) mejora la supervivencia libre de progresión y supervivencia global. La gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) es una condición pre-maligna que precede al MM. El 14% evolucionaron a MM en 10 años. Identificar y monitorizar pacientes con GMSI es clave para detectar progresión a MM, administrar un tratamiento precoz y reducir complicaciones clínicas asociadas a la enfermedad, mejorando el pronóstico y calidad de vida.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de pacientes con MM durante el período 2018-2023 en el registro multicéntrico del Institut Català d'Oncologia/Insitut Català de la Salut (RTH ICO-ICS); b) evaluar los antecedentes de GMSI; c) analizar la supervivencia observada (SO) según variables pronóstico, TPH y antecedente de GMSI.

Metodología

Se analizaron pacientes con MM diagnosticados y tratados entre 2018-2023. Los datos se extrajeron del RTH ICO-ICS, que cubre 3 centros ICS (Germans Trias-Pujol, Dr Josep Trueta, Bellvitge) y 3 centros ICO (Badalona, Girona y Hospitalet). La del RTH ICO-ICS proviene de: altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos antineoplásicos (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y ensayos clínicos hasta 1 año post-diagnóstico), comités y resultados de citogenética y biología molecular. La comorbilidad (Charlson) se calculó con la información de ingresos hospitalarios previos y simultáneos al diagnóstico del MM. El estado vital se obtuvo del Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y del Registro Central de Asegurados (Departament Salut). Se evaluaron SO y factores pronósticos mediante los métodos Kaplan-Meier y Hazard Ratios.

RESULTADOS

Entre 2018-2023 se diagnosticaron 1877 MM (844 mujeres y 1033 hombres), con una edad mediana de 68,4 años, mayor en mujeres ($p=0,0112$). Un 7,7% de los casos tenían una GMSI previa, con una progresión mediana a MM de 7 años (7,7 en mujeres vs 6,3 en hombres; $p=0,004$). El 34% de los pacientes con MM presentó alguna comorbilidad, más en hombres ($p<0,001$) y el 18,8% de los MM recibió un TPH. La SO mediana fue de 6,26 años, mayor en mujeres ($p=0,051$). Estadío avanzado y comorbilidades se asociaron a menor SO (3,79 años y 1,87; $p<0,001$). Sin TPH la SO fue menor ($p<0,001$). Detectar una GMSI mejoró la SO mediana (7,71 años vs 6,1 años; $p=0,015$). En el análisis multivariante, edad, comorbilidad, ISS y TPH fueron factores determinantes en la supervivencia.

CONCLUSIONES

El MM es una patología de mal pronóstico, influido por la edad, comorbilidad, estadio y opciones terapéuticas de los pacientes. Detectar y monitorizar GMSI permite un diagnóstico temprano de MM, mejorando la SO y la calidad de vida.

ANÁLISIS DEL ECOSISTEMA DEL HOSPITAL DENTRO DEL MODELO EFQM

😊 *María José Pita López ⁽¹⁾; Javier Cabrerizo Fernández ⁽¹⁾; Raquel Gonzalez Herrero ⁽¹⁾; Fátima Ballesteros Castellano ⁽²⁾; Alejandro San Nicolás Medina ⁽²⁾; Ignacio Martínez Jover ⁽¹⁾*

🏢 ⁽¹⁾ Hospital Universitario del Henares; ⁽²⁾ Tu Consultor

Identificador: 257

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Es necesario el conocimiento de ecosistema de nuestro Hospital para:

- Comprender el entorno que nos rodea, cómo impacta en nosotros y nosotros en él y las relaciones que existen dentro y fuera de nuestra organización
- Conocer los aspectos que tenemos que tener en cuenta y que obstaculizan o facilitan la consecución de nuestros objetivos.
- Saber dónde tenemos que mirar para ser más eficaces y estar preparados y orientados al cambio y a la transformación

OBJETIVOS

Comprender el contexto (ecosistema) del Hospital para abordar un proceso de transformación que nos ayude a identificar:

1. El porqué de nuestro Hospital
2. El futuro (visión común) de nuestro Hospital
3. Que liderazgo ejercemos en nuestro entorno
4. Qué tenemos que priorizar

METODOLOGÍA

Talleres de formación en el nuevo modelo EFQM

Grupos de trabajo interdisciplinares con perfiles claves en la organización

Dinámica de grupo

RESULTADOS

Definición de las megatendencias generales: Diversidad geográfica y cultural, disrupción digital y aumento del uso de la tecnología, Incremento de las crisis medioambientales, Escasez de recursos e incertidumbre geopolítica y situación de la economía global

Definición de las megatendencias sanitarias: Digitalización y tecnología médica, medicina personalizada, prevención y humanización, telemedicina y problemas de sucesión

Priorización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible implicados en el ecosistema: ODS 16, ODS 3, ODS 4, ODS 10, ODS 13 y ODS 17

Segmentación y priorización de nuestros competidores en la fuga de talento:

Hospitales de mayor complejidad: 48%

Otros hospitales: 24%

Hospitales privados: 16%

Hospitales de igual complejidad pero mejor comunicados: 12%

Segmentación y priorización de nuestros competidores en la relación con el paciente:

Hospitales de mayor complejidad: 32%

Hospitales privados: 32%

Otros hospitales: 23%

Hospitales de igual complejidad pero mejor comunicados: 13%

Segmentación y priorización de los ámbitos de gestión:

- Excelencia y eficiencia
- Innovación e investigación
- Agilidad
- Gestión ambiental
- Talento
- Personalización de la atención al paciente y tratamientos
- Tecnología
- Infraestructuras
- Sostenibilidad
- Gestión de la información

Segmentación y priorización de los grupos de interés:

Clientes: Paciente potencial, paciente adulto, paciente pediátrico, familiares: 30%

Personas: Profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios, residentes y alumnos: 25%

Inversores y reguladores: SERMAS, Reguladores normativos 20%

Partners y proveedores: Laboratorios, Fundaciones para la investigación, Universidades, Atención primaria, Concesionaria, Otros Hospitales: 15%

Sociedad: Asociaciones, Colegios e institutos, Medios de comunicación, Ayuntamiento: 10%

CONCLUSIONES

Comprender nuestro ecosistema, incluidas las megatendencias, y las consecuencias en él de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, conocer y priorizar nuestros competidores, nuestros ámbitos de gestión y nuestros grupos de interés, son claves para la identificación de las transformaciones y para el éxito de la organización.

EL ROL DE LA GESTIÓN AMBIENTAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CONSTRUYENDO UN FUTURO SALUDABLE, SEGURO Y SOSTENIBLE.

 Raquel Blasco Moreno ⁽¹⁾; Esther Moreno Mate ⁽²⁾; Rosa Salazar de la Guerra ⁽¹⁾; Sonia Hidalgo Ramos ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Asociado Universitario Guadarrama; ⁽²⁾ Subdirección de Calidad

Identificador: 258

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente y la gestión ambiental deben ser entendidas como dos disciplinas fundamentales y complementarias en el ámbito de la salud y el bienestar.

La OMS define la seguridad del paciente como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria. La gestión ambiental, se refiere a la gestión de los recursos naturales y la protección del medio ambiente para minimizar el impacto de las actividades humanas. Aunque, aparentemente diferentes, la seguridad del paciente y la gestión ambiental están interrelacionadas y se pueden abordar de manera conjunta.

OBJETIVOS

Objetivo general: “Concienciar sobre la importancia de la gestión ambiental en la protección y seguridad de los pacientes en los centros sanitarios”.

Objetivos específicos:

- Identificar riesgos asociados a prácticas ambientales no deseables y riesgos asociados a instalaciones que pueden afectar a la seguridad del paciente.
- Describir las prácticas que contribuyen a un entorno hospitalario más seguro, a fin de promover una cultura de responsabilidad ambiental, alineada con la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

OBSERVACIÓN DIRECTA:

Realizar visitas a las áreas clínicas y de instalaciones.

Observar las prácticas ambientales del personal en diferentes turnos.

Identificación de prácticas ambientales no correctas. Control operacional.

Registrar comportamientos, uso de equipos, cumplimiento de protocolos, condiciones del entorno, señalización, etc.

Resultados del control y mantenimiento de instalaciones (requisitos legales).

RECOLECCIÓN DE DATOS CUALI Y CUANTITATIVOS

Entrevistas y/o encuestas al personal sanitario y no sanitario.

Revisión de registros de incidentes, informes de seguridad y auditorías previas relativas a sistemas de gestión ambiental, emergencias e instalaciones.

Análisis de documentos relacionados con protocolos y mantenimiento de instalaciones.

Realizar las observaciones y registrar los hallazgos. Identificar patrones, puntos críticos y posibles causas de riesgos. Análisis y reporte.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han identificado casi una veintena de prácticas ambientales asociadas a la seguridad del paciente, relacionadas con: Incorrectas prácticas ambientales en el ámbito de residuos, calidad del aire, sustancias químicas, o inadecuado mantenimiento de las instalaciones de los centros e incumplimientos legales. Estos datos nos llevan a proponer prácticas ambientales que mejoren la seguridad del paciente, fomenten la responsabilidad ambiental y promuevan la sostenibilidad en los hospitales.

Implementar buenas prácticas ambientales en los hospitales no solo contribuye a la protección del medio ambiente, sino que también mejora la seguridad y bienestar de los pacientes y el personal. Ello requiere compromiso, capacitación y una cultura de responsabilidad compartida. Cada pequeño esfuerzo suma y puede generar un impacto positivo significativo en la sostenibilidad creando entornos hospitalarios más seguros.

ELABORACIÓN DE CLINICAL PATHWAYS DEL PROCESO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO: UNA OPORTUNIDAD DE ESTANDARIZACIÓN

 M. Antònia Serra Barril; Juan Miguel Gil Gil; Sara Ela Aguilar; Tàrsila Ferro García; Ana Jiménez Zárate; Joan Brunet Vidal

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 259

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del paciente oncológico han incrementado la complejidad del proceso asistencial. Las mejoras en las técnicas diagnósticas y la capacidad de identificar factores pronósticos han permitido una mejor estadificación tumoral, así como una toma de decisiones sobre las estrategias terapéuticas de manera más específica y especializada, a nivel quirúrgico, del tratamiento sistémico o de la radioterapia. Esta creciente complejidad y dar respuesta a las necesidades de los pacientes oncológicos en las diferentes etapas del proceso asistencial, requiere de un enfoque multidisciplinario coordinado que garantice la integración de diferentes especialidades y servicios.

Los clínicos pathways constituyen herramientas basadas en directrices diseñadas para planificar, coordinar y estandarizar la atención clínica con la mejor evidencia, reducir la variabilidad de la práctica y asegurar la eficiencia y la seguridad del proceso.

OBJETIVOS

- Definir los itinerarios
- Estandarizar el proceso y disminuir la variabilidad
- Mejorar y agilizar los flujos de los pacientes
- Práctica basada en la evidencia
- Optimizar la atención y hacerla más eficiente
- Reducir errores
- Reducir costes

METODOLOGÍA

Se constituyeron grupos de trabajo multidisciplinarios por patología para la elaboración de los gráficos de los pathways. Se llevaron a cabo total de 48 reuniones en las que se analizó por cada patología, el proceso diagnóstico, el de tratamiento y seguimiento de la enfermedad, así como los profesionales y servicios implicados, pruebas diagnósticas, las modalidades terapéuticas y se definieron los períodos de tiempo entre las transiciones. La elaboración de los itinerarios se realizó en función de la evidencia científica disponible, la experiencia clínica y los resultados en los pacientes, considerando aspectos como la coherencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha elaborado 16 pathways que abarcan desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, la supervivencia o el final de vida, en las siguientes patologías oncológicas: cáncer de mama, colon, recto, pulmón, cabeza y cuello, endometrio, ovario, cérvix, gástrico, páncreas y esófago, tumores cutáneos y cerebrales, sarcomas, mielomas, linfomas.

La elaboración de itinerarios asistenciales requiere una comprensión integral de los procesos desde una perspectiva multidisciplinaria, permitiendo diseñar una atención más específica, coherente y adaptada al paciente.

La definición de clínicos pathways permitirá analizar los flujos de los pacientes y la intervención de los profesionales, establecer indicadores y sistemas de monitorización que faciliten la evaluación y mejora continua del proceso asistencial. Esto contribuiría a mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales, optimizar los recursos y promover la sostenibilidad económica, lo que redundará en una mejora en la calidad y seguridad asistencial, y en los resultados clínicos de los pacientes.

HACIENDO CAMINO EN SALUD COMUNITARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

😊 ROCIO GONZÁLEZ GÓMEZ ⁽¹⁾; MILAGROS GEMA ALCALDE URDANGARÍN ⁽²⁾; ANA MARÍA LLAMAZARES MARJALIZA ⁽²⁾; AIDA MONTALVO CASTELLVI ⁽²⁾; MARIA SOLEDAD OCHANDORENA JUANENA ⁽³⁾; MARIA JESUS IGLESIAS IGLESIAS ⁽²⁾

🏠 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIA NOROESTE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽²⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE DE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽³⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 260

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Desde una zona de salud en una autonomía que cuenta con casi 7 millones de habitantes, se plantea priorizar dos de los ejes de la estrategia de salud comunitaria 22-26 (ESC) a implantar en la región ya que los resultados de los procesos asistenciales con enfoque comunitario de Atención Primaria del año 2022 presentan unos resultados muy bajos en nuestra zona básica de salud en cultura del enfoque comunitario a nivel poblacional (eje4) y de los profesionales de los centros de salud (eje1)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implantar la ESC. Objetivos específicos: -Dar a conocer la ESC y generar cultura de Salud Comunitaria- Implementar los indicadores de Cartera de Servicios relativos a la Actividad Comunitaria

METODOLOGÍA

Centrado en los ejes 1 y 4 de la ESC:

Eje 1: Difusión y Comunicación: Garantizar que el mayor número de personas tengan la información de las metas y el conocimiento de los resultados obtenidos:

- Aumento del número de reuniones (telemáticas, presenciales o mixtas)
- Uso de las TIC para apoyo herramienta Ep Salud
- Trasladar la Estrategia de Salud Comunitaria en los Consejos de Gestión
- Píldoras informativas sobre la ESC en las Comisiones de la Calidad de los Cuidados.
- Evaluación continua de indicadores de Salud Comunitaria de la Cartera de servicios.

Eje 4: Centros de Salud con enfoque Comunitario: “marca la ruta para potenciar y garantizar que se implanten las acciones marcadas en las recomendaciones, guías y programas comunitarios de salud y establecer las líneas de actuación para la activación de la prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario de los 3 niveles de atención

1. Biopsicosocial desde las consultas individuales.
 2. En la atención educativa grupal
 3. La participación comunitaria”:
- Facilitar y proporcionar encuentros con organizaciones externas (nivel 3 ESC)
 - Promover la realización de educación para la salud e intervenciones comunitarias puntuales (Nivel 2 ESC)
 - Facilitar a los centros información fiable y segura, tanto para los profesionales como para los ciudadanos, recomendando además fuentes fiables de asesoramiento. (Nivel 1 ESC)

RESULTADOS

Comparando resultados del 2022 de Cartera de Servicio de nuestra zona de salud con los del 2024 se observa: - Las Intervenciones Comunitarias Puntuales aumentan un 9% - Las Intervenciones Comunitarias de reorientación de servicios un 48% - La educación para Salud con grupos un 16%

CONCLUSIONES

El incremento durante el año 2024 en más de 78 reuniones con los equipos de atención primaria de nuestra zona (Eje 1), ha potenciado la implantación de la ESC. Se ha aprovechado para difundirla cualquier reunión o evento celebrado con los profesionales, transmitiéndoles la necesidad de orientar la atención primaria hacia un enfoque comunitario. Se ha implementado en los centros el uso de programas y proyectos validados en Salud Comunitaria (Eje 4). Todo ello se ha reflejado en la mejora de los indicadores de Salud Comunitaria de nuestra zona de salud.

La principal oportunidad y palanca para impulsar el cambio en las coberturas de vacunación reside en los propios profesionales sanitarios, quienes serán el objeto de nuestro plan de mejora integral.

ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CRIBADO DE CÁNCER

 Sara Ela Aguilar; Ester González Muñoz; Elba Beas Alba; Gemma Binefa Rodriguez; Tarsila Ferro Garcia; Montse Garcia Marti-nez

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 262

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Como estrategia clave para optimizar los procesos asistenciales y organizativos de una Unidad de Cribado de Cáncer (UCC), se plantea la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), con la gestión por procesos (GPP) como uno de sus ejes fundamentales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para fomentar la cultura de calidad y concienciar al personal de la UCC sobre los beneficios de la mejora continua se desplegaron diversas acciones estructuradas. En primer lugar, se ofreció formación centrada en conceptos elementales de la calidad asistencial, metodología de la mejora continua, evaluación de riesgos y seguridad del paciente. Ésta se adaptó a las necesidades específicas del colectivo profesional y se reforzó mediante sesiones de seguimiento y acompañamiento en la práctica. Paralelamente, se diseñó una evaluación de la percepción y expectativas del personal respecto a la implementación de la GPP y del SGC en la UCC. La valoración se realizó a través de un cuestionario ad hoc y se aplicó en tres momentos temporales clave: antes de la implementación del sistema (2020), dos años después de iniciar el proceso (2022), y dos años después del establecimiento de la GPP y la obtención oficial de certificación del SGC (2025). Este enfoque longitudinal ha permitido analizar la evolución de la percepción profesional y detectar elementos facilitadores y barreras a lo largo del proceso de implantación y consolidación del SGC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período 2020-2025 se llevaron a cabo 4 acciones formativas con una media de participación del 77,3%. La tasa de respuesta a la encuesta de valoración fue del 73% en 2020; el 68% en 2022 y 69% en 2025 (hasta la fecha). Se observó un aumento notable en las respuestas que consideran que la GPP ha contribuido a la mejora en la comunicación entre profesionales del servicio y el trabajo en equipo. Paralelamente, disminuyó la percepción de que la GPP implica un mayor control sobre el trabajo diario o el incremento de la burocratización de los circuitos y protocolos del servicio. En noviembre de 2022, la UCC constituyó un comité calidad interdisciplinario, de carácter mensual. Además, varios profesionales (8,36%) participan activamente en estructuras institucionales de calidad, como las auditorías internas, desde mayo de 2022. La UCC también propone objetivos de calidad en sus contratos de gestión anuales desde el año 2020: 4 para el periodo 2020-2022 y 6 para los años 2023-2025, con un 78% de cumplimiento hasta mayo de 2025.

Las estrategias destinadas a la sensibilización y cultura de los profesionales de la UCC sobre la mejora continua y la aplicación de SGC apuntan al fomento del enfoque integral y de la visión transversal en el servicio, al alinearse los objetivos de los programas de cribado con los globales de la institución. Las acciones desplegadas también parecen haber favorecido la estandarización del proceso de cribado y contribuido a maximizar el valor de la actividad del servicio.

ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA MEJORA CONTINUA DE UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA A TRAVÉS DE UNA ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

 Sara Ela Aguilar; Elba Beas Alba; Noemí Duran Garcia; M. Antònia Serra Barril; Ana Jiménez Zárate; Tarsila Ferro Garcia

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 263

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las instituciones sanitarias están sujetas a determinadas evaluaciones periódicas para llevar a término su actividad. La metodología de la Acreditación Hospitalaria (AH) a la que está sujeta nuestro centro sanitario se basa en el modelo European Foundation of Quality Management (EFQM) de Calidad y Excelencia, mediante una autoevaluación y posterior evaluación externa sobre un total de 1317 estándares (832 esenciales) que engloban todos los procesos de la organización. El año 2020 se propone una revisión del modelo de AH que comporta un incremento de 254 estándares y nuevos criterios de medición con un enfoque más exigente en resultados asistenciales, de gestión y de seguridad de los pacientes, respecto a la anterior evaluación. Afrontar este nuevo escenario en una institución multicéntrica propició, en 2021, la necesidad de promover mecanismos enfocados a obtener la acreditación con resultados destacables.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mantener la excelencia de la calidad asistencial de la institución mediante el cumplimiento de la AH. Se crea un grupo coordinador interdisciplinario con profesionales referentes de cada criterio. Mediante la revisión sistemática y periódica del modelo de evaluación, se impulsan diversas estrategias y herramientas de trabajo concretadas en:

- Identificar los aspectos principales a priorizar e implementar estrategias de gestión;
- Revisar los planes, procesos asistenciales y procedimientos disponibles;
- Definir objetivos corporativos de calidad para analizar tendencias de los indicadores;
- Determinar objetivos de calidad asociados a los requisitos de la AH en los compromisos anuales de la dirección;
- Aplicar acciones específicas para la gestión y armonización de la documentación relacionada con la AH, generando un sistema de codificación y etiquetado y garantizando la trazabilidad de las versiones.

RESULTADOS

se conformó un grupo promotor de trabajo de 9 profesionales; se definieron un total de 20 objetivos asociados a la AH en el periodo 2021-2024, de los que se lograron 17; se realizaron 2 autoevaluaciones previas a la auditoría externa (una en 2022 y otra en 2023) con un 95,3% y un 94,4% de cumplimiento, respectivamente. En la valoración final (2024) se obtuvo un resultado de 93,9%, de media.

CONCLUSIONES

Los resultados de la evaluación externa muestran equivalencia con las medidas internas previas, lo que nos lleva a concluir que las estrategias desplegadas por el grupo de trabajo, al actuar como motor activador de la implicación del resto de profesionales, han contribuido a alcanzar los objetivos marcados, así como a fomentar la optimización de los procesos asistenciales. Disponer de un grupo de trabajo estable para garantizar el seguimiento del plan de mejora elaborado a partir de los resultados obtenidos en la AH puede favorecer la evaluación sistemática y afianzar la integración de la calidad en la operativa de la organización en todos los niveles de la institución.

MAS ALLÁ DEL CATÉTER: ESTRATEGIAS INTELIGENTES PARA PREVENIR LA FLEBITIS.

 Nuria Rodríguez Ballesteros; M^a del Carmen González Saborido; Laura Clavero López; Maria Villares Ojea; Alicia Albalat Rodríguez; Violeta Hernández Arribas

 Hospital Universitario Ramón y Cajal

Identificador: 264

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La terapia intravenosa es esencial en la práctica sanitaria puesto que la mayor parte de los pacientes ingresados reciben algún tipo de terapia intravenosa. Entre los dispositivos para llevar a cabo esta terapia encontramos los catéteres venosos periféricos (CVP). Según los datos del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España, se observa un incremento progresivo en el número de pacientes hospitalizados portadores de un CVP. Además, este dispositivo constituye el factor de riesgo extrínseco más prevalente asociado a las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

La flebitis asociada a estos dispositivos es la tercera causa de complicaciones intrahospitalarias, siendo su prevalencia de un 23-54,5% de los pacientes portadores de algún tipo de acceso vascular.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal ha sido evaluar la prevalencia de flebitis antes de la implantación del protocolo y después.

Para ello se ha realizado un estudio observacional pre-post retrospectivo.

La variable a estudio ha sido la prevalencia de flebitis.

El procedimiento para realizar el estudio fue:

En base a las recomendaciones de los proyectos Zero como intervención se elaboró una estrategia para la implantación de estos artículos dividida en tres fases:

Fase I: solicitud inclusión en almacén de la toallita de desinfección, para extender su uso en todo el hospital.

Fase II: implementación de la alargadera con válvula de bioseguridad en el hospital en sustitución de la alargadera simple.

Fase III: solicitud de inclusión del artículo nuevo, tapón desinfectante.

Durante el año 2023 se estandarizó el uso de la toallita de desinfección facilitando su acceso mediante su inclusión en los pactos de almacén de las unidades en colaboración con la supervisión de enfermería. En el año 2024 se inició la implementación de la alargadera con válvula de bioseguridad en alguna unidad del hospital en sustitución de la alargadera venosa. Por último, en el primer trimestre del año 2025 se elaboró una memoria justificativa para solicitar la inclusión del tapón desinfectante en el hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos han sido: la prevalencia de flebitis ha disminuido, pasando de 3,12% en el primer semestre del año 2023 a 2,12% en el primer semestre del año 2024. La discusión de nuestro estudio es que la Unidad de Recursos Materiales desempeña un papel fundamental en la difusión del conocimiento sobre los productos sanitarios y en la optimización de su disponibilidad, facilitando así el aprovisionamiento eficiente. Esta labor contribuye a que los supervisores y profesionales de enfermería puedan seleccionar y utilizar los productos más adecuados, conforme a las recomendaciones más recientes basadas en la evidencia científica. Las conclusiones son que la inversión en la prevención de IRAS, reduce la prevalencia de flebitis, favorece el incremento de la calidad asistencial y disminuye los costes asociados al tratamiento de las mismas.

DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS: UNA ESTRATEGIA PROACTIVA PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES

 Ana Jiménez Zárate; Tàrsila Ferro García; Jordi Fonoll Lluís; Raquel Azor Portoles; Grupo uso seguro del medicamento; Sandra Fontanals Martínez

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 265

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso de medicamentos constituye una intervención habitual en la atención sanitaria, pero también representa una de las principales fuentes de eventos adversos. En nuestra institución, el 55,25% de los incidentes notificados están relacionados con medicamentos, destacando factores contribuyentes como lapsus, falta de atención, desconocimiento o carencia de competencias. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una gestión del riesgo eficaz mediante estrategias que incluyan formación específica. Además, la acreditación hospitalaria y los indicadores del servicio de salud requieren la formación de los profesionales en el uso seguro de medicamentos y la detección de errores y eventos adversos.

OBJETIVOS

- Promover prácticas seguras en prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los riesgos asociados al uso de medicamentos.
- Prevenir eventos adversos relacionados con la medicación

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un análisis de los estándares de acreditación hospitalaria y de los indicadores de seguridad del paciente establecidos por el del servicio de salud. Asimismo, se revisaron los incidentes notificados entre 2023 y 2024 para identificar factores contribuyentes clave. Con base en estos datos, se diseñó un plan formativo dirigido a los profesionales implicados en el circuito del medicamento (prescripción, validación y administración), que incluye a médicos, farmacéuticos y enfermeros. Un equipo multidisciplinar participó activamente en la elaboración del contenido formativo, asegurando un enfoque integral y alineado con la práctica clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El programa formativo ofrece contenidos especializados centrados en la seguridad del uso de medicamentos, incluyendo la prescripción y administración a través de los sistemas electrónicos institucionales, validación farmacéutica, gestión de medicamentos de alto riesgo y situaciones especiales, así como el uso racional de antibióticos y medicamentos controlados. También aborda la detección y notificación de incidentes, integrando casos prácticos para favorecer la transferencia del conocimiento. La formación tiene una duración de 6 horas y se estructura en cápsulas formativas independientes, accesibles en modalidad online asincrónica. Cada profesional dispone de un itinerario formativo personalizado, adaptado a su perfil profesional.

El desarrollo e implementación de un programa formativo específico sobre el uso seguro de medicamentos es esencial para reducir errores y eventos adversos en el entorno hospitalario. La capacitación continua de los profesionales sanitarios, basada en estándares de calidad y en el análisis de incidentes reales, fortalece la cultura de seguridad y mejora las prácticas clínicas. Asimismo, permite cumplir con los requisitos normativos y promueve una atención sanitaria más segura, eficaz y alineada con los objetivos estratégicos en seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.

MODELO INTEGRAL DE AUDITORÍAS INTERNAS EN UNA INSTITUCIÓN MONOGRÁFICA Y MULTICÉNTRICA: EVOLUCIÓN DE RESULTADOS

 Ester González Muñoz; Sara Ela Aguilar; Ana Jiménez Zarate; Noemí Durán García; Elba Beas Alba; Társila Ferro García

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 266

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las auditorías internas de los sistemas de gestión de la calidad evidencian la situación en la que se encuentran los procesos en una institución, facilitan la gestión identificando oportunidades de mejora y favorecen la cultura de la calidad entre los profesionales.

OBJETIVOS

Con la motivación principal de alcanzar los objetivos de mejora de la calidad en todos los ámbitos institucionales, así como dar respuesta y cobertura a todas las certificaciones y acreditaciones de calidad a las que la institución está adherida, se propone implementar un modelo integral y eficiente de auditorías internas del sistema de gestión de calidad y de seguridad de paciente, que permita el análisis sistemático y el trabajo colaborativo entre servicios y profesionales.

METODOLOGÍA

Los métodos empleados han incluido:

1. Creación de equipos interdisciplinarios de auditores internos formados por 3 profesionales,
2. Generación de listados de verificación armonizados que incorporan los estándares y requisitos de los diversos sistemas de gestión de calidad aplicables en la institución (ISO 9001, ISO 15189, Acreditación de Hospitalización de Agudos de Cataluña, SGE-21 y Acreditación Institutos Europeos de Cáncer - OECI),
3. Establecimiento de mecanismos y herramientas de trabajo ágiles que favorezcan la resolución de los hallazgos de las auditorías y que permiten el seguimiento, trazabilidad y benchmarking de los planes de acción,
4. Valoración de las auditorías por parte de los profesionales de los servicios auditados mediante encuesta de satisfacción online desde 2020.

RESULTADOS

Actualmente, el modelo de auditorías internas abarca a toda la institución, incluyendo 28 servicios, y engloba procesos estratégicos, procesos clave (de prevención, asistenciales y de investigación) y los servicios técnico-estructurales.

Con la progresiva incorporación de nuevas áreas a auditar, el número de auditorías internas ha incrementado, pasando de 11 a 25 en el período 2020-2025.

Se ha favorecido la participación de los profesionales en las auditorías, alcanzándose anualmente los 29, 42, 81, 103, 156 profesionales en el período 2020-2024. El grado de satisfacción global manifestado -en este período- respecto al desarrollo de las auditorías fue de 8.35/10.

Los datos para 2025 están en análisis actualmente.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten concluir que el modelo implementado contribuye al logro de los objetivos fijados, facilitando la gestión de los procesos y fomentando e impulsando la integración de la cultura de la calidad como parte intrínseca en el desarrollo del trabajo diario en todas las áreas de la institución.

Disponer de un modelo estable de auditorías internas, enfocado a la visión transversal y la eficiencia, favorece el seguimiento y evaluación sistemáticos que garantizan la mejora continua.

IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS AUDITORES INTERNOS COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD

 Ester González Muñoz; Sara Ela Aguilar; Noemí Durán García; Elba Beas Alba; Ana Jiménez Zárate; M Antonia Serra Barril

 Institut català d'oncologia (ICO)

Identificador: 267

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las auditorías internas representan un elemento crucial para el mantenimiento de los estándares de calidad en cualquier institución. Son además elementos que pueden permitir generar sinergias favorables a la mejora continua y la cohesión de equipos. Por todo ello, se propuso la creación de un equipo de profesionales, firmemente implicados, formados y comprometidos con su realización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Crear un equipo de auditores internos, con una visión alineada a los objetivos de la institución que persiguen impulsar la toma de decisiones para la mejora continua, garantizando la transformación de los procesos y la integración de la calidad como parte intrínseca de la práctica habitual de los profesionales.

Se establecieron diferentes acciones para alcanzar este objetivo:

1. Generación de un modelo de “equipo auditor”, formado por tres profesionales, de carácter multicéntrico y pluridisciplinar (1 conocedor del proceso, 1 interrelacionado con el mismo y 1 técnico de calidad para velar por la aplicación metodológica).
2. Diseño de actividades formativas adaptadas a las necesidades propias de la institución (curso de auditores internos): Actualmente, 427 profesionales (el 23.7% de la plantilla) están formados/as como auditores/as internos/as.
3. Se ha establecido un sistema de clasificación competencial para garantizar la solvencia de los resultados obtenidos en las auditorías, asegurando el nivel de los equipos auditores.
4. Planificación de la auditoría según criterios ISO 19001.
5. Valoración de la participación en el sistema de auditorías internas por parte de los auditores para mejorar tanto la realización de las formaciones necesarias como la planificación de las auditorías.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde 2021 se han formado 204 auditores internos con una satisfacción global de la formación de 8,63/10. El equipo de auditores internos ha pasado de 27 profesionales (2021) hasta los 56 auditores de 2025. 85 profesionales han sido auditores en alguna ocasión durante el período 2020-2025. La percepción y valoraciones de las auditorías en el período 2020-2024 son globalmente positivos, con un resultado de 8.27 sobre 10 (37.4% de recogida).

CONCLUSIONES

La participación de los profesionales de la institución en el desarrollo de las auditorías internas se ha demostrado tremendamente positivo en diferentes aspectos: ha permitido generar cohesión de equipos al favorecer el intercambio de ideas entre profesionales, ha generado un conocimiento global al establecer equipos multicéntricos y multidisciplinarios, ha aflorado hallazgos gracias a la participación de un mayor número de profesionales y ha generado un clima de confianza entre los profesionales de la institución.

ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN UNA INSTITUCIÓN MULTICÉNTRICA

😊 Ester González Muñoz ⁽¹⁾; Ariadna Iserte Ruiz ⁽²⁾; Mireia Ramón Guirao ⁽³⁾; Tania Villaécija García ⁽⁴⁾; Grupo Impulsor Proceso Investigación Clínica ⁽³⁾; Társila Ferro García ⁽³⁾

📄 ⁽¹⁾ Institut català d'oncologia (ICO); ⁽²⁾ Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; ⁽³⁾ Institut Català d'Oncologia; ⁽⁴⁾ Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta

Identificador: 268

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El proceso de investigación clínica es complejo y requiere de la participación de múltiples actores internos de la organización (personal de gestión económica, investigadores, coordinadores...) y externos a la misma (institutos de investigación, promotores...). En el caso de una organización multicéntrica como la nuestra se añade otro factor de dificultad: la dispersión geográfica. Para mejorar la organización, garantizando la relación entre asistencia e investigación se propone la estandarización del proceso de investigación clínica implementando un sistema de gestión de la calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estandarizar el proceso de investigación clínica en la Institución. Consensuar el establecimiento de circuitos comunes, aunando aquellos procedimientos e instrucciones técnicas compartidos, analizando las particularidades, extendiendo las mejores prácticas y unificando elementos de control e indicadores que permitan el benchmarking interno y la toma de decisiones basadas en evidencias.

Se constituyó un grupo impulsor del proceso, formado por personal de los tres centros y de todas las categorías profesionales implicadas.

Cronograma de trabajo, iniciado en 2021:

- Conocimiento de la situación real en cada centro: recopilación documental, participación de los profesionales de cada centro para consulta de circuitos de trabajo (cuarto trimestre de 2021).
- Análisis de los circuitos y las actividades que se desarrollan en investigación clínica: desde la solicitud de participación a la finalización y cierre del ensayo clínico. Diagramación de proceso. Habilitación de espacios para el depósito de la información y publicidad de la documentación (primer semestre 2022).
- Implementación de circuitos, análisis de riesgos y generación de indicadores para monitorizar los procedimientos (segundo semestre 2022).
- Seguimiento del proceso con la creación de un comité de calidad en cada centro (reuniones mensuales) y uno multicéntrico (trimestral) con ficha de composición, objetivo y funciones (2023).
- Vigilancia del sistema: generación de indicadores, auditorías (internas y externas) y notificación de incidentes (2024).

RESULTADOS

Se diseñaron circuitos incorporando las mejores prácticas conocidas en la organización (1 mapa de proceso, 21 procedimientos y 4 instrucciones). Se estableció la vigilancia mensual del sistema revisando indicadores (7 indicadores corporativos), realizando auditorías documentales mensuales y 6 internas de proceso, analizando las notificaciones de incidentes (241 notificaciones desde mayo de 2024) y estableciendo planes de acción (137) para corregir desviaciones o mejorar el proceso.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido unificar el proceso de investigación clínica gracias a la participación de todos los profesionales, salvando las diferencias de gestión derivadas de un entorno geográfico y de gestión diverso.

Tras la implementación del sistema de gestión de la calidad se obtiene la certificación según norma ISO 9001:2015 en 2024.

PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS, UN EQUIPO: IMPLEMENTANDO DECISIONES COMPARTIDAS EN ONCOLOGÍA

 EVA COMA SALVANS; RAQUEL AZOR PORTOLES; MAICA GALAN GUZMAN; JAVIER GRAU CAT; JORDI RUBIÓ CASADEVALL; TARSÍ FERRO GARCIA

 Instituto Catalán de Oncología

Identificador: 269

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La toma de decisiones compartidas (TDC) es un pilar esencial en la atención sanitaria actual. Para garantizar la calidad y utilidad de este proceso, la Colaboración Internacional para los Estándares de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (IPDAS) establece criterios que aseguran que las herramientas sean claras, comprensibles y útiles tanto para pacientes como para profesionales, lo que aporta garantías de evidencia científica y consenso en la información proporcionada desde los centros sanitarios.

OBJETIVOS

Promover la cultura de la TDC, fomentar la participación activa de los pacientes e integrar sus valores en la atención, y asegurar que reciban información según los estándares IPDAS.

METODOLOGÍA

Diseño del programa: El proceso inicia con un análisis de necesidades, seguido de la elaboración y presentación de una propuesta al Comité de Dirección. Tras su aprobación, se crea una comisión multidisciplinar liderada por la Dirección de Estrategia y Calidad para implementar el modelo. Participación: Los pacientes son el eje central del proyecto y participan activamente en diferentes fases: desde la detección de necesidades hasta la validación de contenidos y herramientas. Para garantizar una participación significativa, se contactará tanto con los referentes de cada patología como con las asociaciones de pacientes. Desarrollo: El trabajo se orienta al desarrollo e implementación de herramientas de apoyo a la decisión, adaptadas a las necesidades específicas de los pacientes oncológicos. Evaluación del impacto: Cada acción implementada contará con indicadores específicos que permitirán medir el impacto del programa, en términos de satisfacción, en la mejora de los procesos y resultados asistenciales.

RESULTADOS

Aunque el programa aún está en fase de desarrollo e implementación, se han definido los siguientes resultados esperados: • Participación de pacientes: Se fomentará la implicación activa de los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento, monitorizando las actividades de co-creación e incorporando un indicador específico en la historia clínica. • Información clara: Se proporcionará información más clara, actualizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, facilitando decisiones informadas y monitorizando anualmente las acciones realizadas. • Desarrollo de herramientas de apoyo: Se crearán herramientas de apoyo a la decisión para mejorar la comprensión y satisfacción del paciente, evaluando su impacto a través de un sistema interactivo en línea.

CONCLUSIONES

1. El programa de TDC en oncología promueve una atención más personalizada y centrada en el paciente.
2. La participación activa de pacientes y profesionales, junto con un enfoque multidisciplinar, es clave para su éxito.
3. La implementación de indicadores permitirá evaluar su impacto y favorecer la mejora continua en la calidad asistencial.

ACREDITACIÓN EUROPEA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ONCOLÓGICA Y LA MEJORA DE LOS RESULTADOS EN CÁNCER

 Tarsila Ferro García; Sara Ela Aguilar; M. Antonia Serra Barril; J Miguel Gil Gil; Noemí Duran García; Joan M Brunet Vidal

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 270

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Plan europeo contra el cáncer determina la necesidad de asegurar altos estándares de calidad en la atención oncológica para mejorar los resultados en cáncer y disminuir las disparidades en la supervivencia de los pacientes oncológicos entre los países europeos. Para ello establece como insignia que los Estados Miembros de la Unión Europea deben contar con una red de Centros Integrales de Cáncer (CCC por sus siglas en inglés) y a su vez, formar la Red europea de CCC. Este tipo de organización debe permitir para el 2030 el acceso a este tipo de centros al 90% de pacientes tributarios. La Joint Action EUnetCCC define CCC como una entidad organizacional con una clara gobernanza y un alto nivel de infraestructura y conocimiento experto que incluye capacidad organizativa interinstitucional; alianzas con otras entidades o redes en su área de referencia; colaboración y coordinación transdisciplinaria; compromiso institucional con la evidencia científica, las buenas prácticas, la formación y la red europea de CCC. Para asegurar este nivel de cumplimiento se cuenta con organismos y sistemas de ámbito europeo que pueden certificar y/o acreditar los CCC.

OBJETIVOS

Mejorar de forma sistemática la organización de la atención oncológica, la prevención, la investigación y la formación. Obtener la acreditación como un centro integral de cáncer (CCC).

METODOLOGÍA

Las instituciones hospitalarias que actúan como un único centro para la provisión de servicios oncológicos, el instituto de investigación y la universidad se establecieron como un único organismo funcional, siendo el CCC del área de referencia. El sistema utilizado de acreditación fue el de la OEI (Organización europea de Institutos de cáncer). Consta de 2 agrupaciones de estándares: 1) Cualitativo (345 estándares) en 9 dimensiones: Gobernanza, Organización sistema de calidad, Participación y empoderamiento del paciente, Multidisciplinariedad, Prevención y Detección precoz, Diagnóstico, Tratamiento, Investigación, Formación. 2) Cuantitativo, referente a casos nuevos tratados, actividad asistencial e investigación, equipamientos y profesionales. La auditoría externa fue presencial y se realizó con revisión por pares.

RESULTADOS

La puntuación global fue de 89,9%. Destaca un discreto aumento en todas las dimensiones respecto a la autoevaluación, excepto en gobernanza, donde se requiere un Plan estratégico y de inversiones único. Con estos resultados se elaboró un Plan de mejora.

CONCLUSIONES

El proceso ha reforzado la visión compartida del CCC a nivel interno, así como identificado las buenas prácticas que promueven la calidad y seguridad asistencial.

Es un sistema específico para la atención oncológica, lo que supone mayor adecuación de los estándares para el ámbito de aplicación.

El proceso de acreditación del CCC facilita la transformación organizacional de forma coherente y sistemática orientada a la eficiencia y la efectividad para la mejora de resultados en cáncer.

ESTUDIO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 Elena Ramírez García; Yuri Fabiola Villán Villán; Fiorela Dueñas López; Paola Parra Ramírez; Alberto Martín Vega; Grupo ESI-NEA HULP

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 271

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP) son eventos que pueden causar daño a los pacientes. Se dividen en incidentes sin daño e incidentes con daño (Eventos Adversos o EA).

En los países de la OCDE, los EA constituyen el 15% de la actividad y gasto hospitalario. Según una revisión sistemática de 2008, la incidencia media de EA en hospitales era del 9,2%, con un 43,5% de estos considerados prevenibles.

Dado que los métodos actuales para detectar EAs son limitados, se desarrolló una nueva herramienta de cribado para mejorar la identificación y comprensión de estos eventos. El estudio plantea la hipótesis de que al menos el 10% de los pacientes atendidos sufrirán EA (40% prevenibles).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general mejorar la cultura de seguridad del paciente en el hospital e identificar áreas problemáticas. Objetivos específicos incluyeron determinar la prevalencia de EA e incidentes, caracterizarlos, definir la evitabilidad, analizar su distribución por servicio y su asociación con las características del paciente y factores de riesgo, y evaluar el rendimiento de la ficha de cribado para la detección de IRSP.

Se diseñó un estudio transversal que analizó 870 episodios de hospitalización entre el 23 de abril de 2023 y el alta del paciente. La investigación se dividió en dos fases:

Fase I: Cribado inicial de historias clínicas utilizando una herramienta novedosa desarrollada para el estudio.

Fase II: Revisión detallada de los casos con cribado positivo para confirmar la existencia de ISPs y EAs.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Población con distribución homogénea por sexo (51% hombres, 49% mujeres), predominio de pacientes mayores, grupo de 75 a 85 años (19,5%). Un 79% ingresos urgentes, y duración más frecuente de la estancia de 11 a 30 días (33,45%).

Fase I: 504 pacientes (58%) presentaron al menos un cribado positivo. Fase II: 92,35% de estos casos correspondían a ISPs reales.

Prevalencia total de ISPs: 47,9% (IC95%: 45,16–50,72), y dentro de estos, el 27% (IC95%: 24,17–30,06) fueron EA.

Las fases más frecuentes de aparición de ISPs fueron el proceso asistencial y el seguimiento (29,95%) y las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (17,21%). Se identificó que los pacientes de mayor edad, con estancias prolongadas y múltiples comorbilidades, eran más vulnerables a estos incidentes.

Un 34,17% de los ISPs se consideraron prevenibles, aunque este porcentaje fue menor al 40% esperado. El análisis permitió identificar 88 acciones de mejora.

El estudio ESINEA reveló una prevalencia de EAs del 27% en pacientes hospitalizados. Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de reforzar la coordinación asistencial, implementar estrategias más eficaces de prevención de infecciones y asegurar una mayor adherencia a los protocolos clínicos. Estas medidas son especialmente necesarias en poblaciones vulnerables, como pacientes de edad avanzada o con comorbilidades, para reducir la incidencia de incidentes prevenibles y mejorar la seguridad del paciente.

HACIA UN ESPACIO DE DATOS SANITARIOS PARA USO SECUNDARIO EN INVESTIGACIÓN ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

😊 *Diego Tranco Pérez* ⁽¹⁾; *Elsa María Moreda Sánchez* ⁽²⁾; *Laila García Aldars* ⁽²⁾; *Juan Cárdenas Valladolid* ⁽²⁾; *Ana Isabel González González* ⁽²⁾; *Grupo de Trabajo HealthData@MAD-R&I* - - ⁽³⁾

📄 ⁽¹⁾ *Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria*; ⁽²⁾ *Dirección General de Investigación y Docencia, Viceconsejería de Sanidad*; ⁽³⁾ -

Identificador: 272

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El uso secundario de datos sanitarios se ha consolidado como un elemento clave para la mejora de la calidad asistencial, el avance en investigación biomédica y el desarrollo de soluciones innovadoras. No obstante, su potencial sigue infrautilizado debido a barreras estructurales, como la fragmentación de sistemas, la escasa interoperabilidad, la ausencia de modelos claros de gobernanza y las incertidumbres legales y éticas en el tratamiento de datos sensibles. El Espacio Europeo de Datos de Salud (EEDS) pretende afrontar estos retos, mediante el desarrollo de una red federada de plataformas seguras, interoperables y gobernadas éticamente de intercambio de datos sanitarios en la Unión Europea, que garantice su uso secundario y el cumplimiento normativo en materia de protección de datos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general de este proyecto es crear un espacio regional de datos sanitarios seguro, interoperable, escalable y útil para la investigación e innovación. El proyecto se organiza en torno a tres ejes: (i) diseño de un modelo de gobernanza ético, legal, eficiente y transparente; (ii) desarrollo de una infraestructura tecnológica interoperable alineada con el EEDS; y (iii) validación mediante cuatro casos de uso vinculados a necesidades asistenciales relevantes. El proyecto emplea una metodología ágil e iterativa, y cuenta con la participación activa de instituciones públicas, fundaciones de investigación e innovación y entidades tecnológicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre los principales logros obtenidos hasta la fecha destacan:

Definición de un modelo de gobernanza del dato que articula principios de calidad, transparencia y cumplimiento normativo.

Desarrollo de una arquitectura tecnológica segura e interoperable con capacidad de federación de datos, basada en estándares internacionales (DAMA y OMOP) y que integra tecnologías como inteligencia artificial, machine learning y procesamiento del lenguaje natural.

Diseño y puesta en marcha de cuatro casos de uso orientados a la mejora de la calidad asistencial: optimización de las derivaciones en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas; seguimiento de las trayectorias asistenciales de mujeres largas supervivientes de cáncer de mama; predicción de hospitalizaciones no programadas; y evaluación de la eficacia de las estatinas en pacientes de 75 años o más para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares.

Este proyecto constituye una apuesta estratégica por la transformación del sistema sanitario mediante el uso ético, eficiente y seguro de los datos. Más allá de su dimensión tecnológica, el proyecto promueve una cultura de calidad asistencial fundamentada en la evidencia, la ética y la colaboración intersectorial. Su diseño modular y su enfoque replicable lo posicionan como una referencia para otras regiones que busquen avanzar hacia un modelo de salud digital centrado en el valor y orientado a la ciudadanía.

CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA: GESTIÓN INTEGRAL COMPARTIDA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA CON PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

 **SILVIA PARRAS DOMINGUEZ;** M^a Cristina Blazquez Talabán; Maria Villares Ojea; Laura Clavero López; Miguel Angel Palacios Blanco; Ruth Eulalia Rico Zamorano

 Hospital Universitario Ramón y Cajal

Identificador: 274

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid establece que los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) con un Nivel de Intervención Alto (NIA) requieren un enfoque de gestión integral, coordinado e interdisciplinario. Este modelo coloca a la persona en el centro del proceso, considerando sus creencias, actitudes y prioridades, y promoviendo una toma de decisiones compartida que respete su autonomía y contexto social. El cuidado centrado en la persona, aunque a menudo no visible, es fundamental para ofrecer una atención humanizada y efectiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Adaptar la asistencia sanitaria y la valoración de recursos sociales para asegurar la continuidad del cuidado y el mantenimiento de la salud en PCC NIA, mediante un circuito normalizado que fomente la participación activa del paciente y su familia.

Desde enero de 2023, se llevan a cabo reuniones semanales entre el equipo de Continuidad Asistencial (CA) y Trabajo Social (TS) para abordar los casos de PCC NIA, seleccionados por la enfermera de CA tras una valoración integral que incluye las preferencias y circunstancias del paciente. En estas reuniones, se analiza el manejo del régimen terapéutico, considerando las creencias del paciente. TS informa sobre los recursos sociales disponibles y se elabora un plan de intervención individualizado, consensuado con el equipo asistencial, el paciente y su cuidador principal, promoviendo su participación activa. TS también coordina con Atención Primaria (AP) para garantizar la continuidad del cuidado tras el alta, y se evalúan los casos para su inclusión en el programa de PCC NIA, respetando siempre la voluntad del paciente.

RESULTADOS

Se ha conseguido adaptar la asistencia sanitaria para PCC NIA, con reuniones semanales conjuntas entre CA y TS. Desde 2023, se han valorado 255 pacientes, priorizando sus necesidades. De ellos, 208 eran NIA, y se propuso la inclusión del resto. Se coordinó la atención con recursos sociales municipales (126 pacientes) y centros de salud (255 pacientes), además de realizar 31 derivaciones a unidades de media estancia y 192 intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica. También se creó un Procedimiento de Acompañamiento en Situación de Soledad No Deseada, promoviendo la inclusión social y el apoyo emocional.

Conclusiones Todo ello sugiere la necesidad de un cambio de paradigma que sitúe a la persona y su entorno en el centro del proceso. Es esencial valorar no solo la condición clínica, sino también los factores sociales y emocionales que afectan su bienestar. La participación activa del paciente y su familia en la toma de decisiones compartidas asegura que las intervenciones sean más humanas y adaptadas a sus circunstancias, fortaleciendo la confianza en la atención sanitaria. El cuidado intangible, esa confianza que transmiten los profesionales, es la base para una atención centrada en la persona, donde cada intervención añade valor a nuestros cuidados.

ACOMPañAR SIN QUEBRARSE: EFECTO DE UNA FORMACIÓN EN FINAL DE VIDA SOBRE EL BIENESTAR EMOCIONAL DEL PERSONAL ENFERMERO.

 *David Pérez de Gracia; Montserrat Roldan Torralbo; Silvia Luz Jordán; Margarita Fornieles Moreira*

 Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 275

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El proceso de morir representa un desafío emocional profundo para los profesionales de la salud. La falta de formación específica puede generar evitación, distanciamiento afectivo y sobrecarga emocional, afectando la calidad asistencial. Esta intervención formativa surge de la necesidad detectada en profesionales de hospitalización del Hospital Clínic de Barcelona para afrontar el final de la vida desde una perspectiva humana, ética y culturalmente sensible.

OBJETIVOS

Valorar el impacto de una formación específica en cuidados al final de la vida sobre la percepción, el afrontamiento emocional y las competencias comunicativas y espirituales de profesionales de enfermería y TCAE.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo pre-post intervención. Participan 28 profesionales que completan encuestas antes y después de la formación. Estas incluyen ítems en escala Likert sobre autopercepción competencial, actitud frente a la muerte, conciencia espiritual y desgaste emocional. La intervención consiste en un curso presencial de 7 horas, con contenidos teóricos, dinámicas participativas, análisis de casos y simulación clínica.

RESULTADOS (preliminares): Actualmente en análisis. Se prevé explorar la evolución de variables como preparación emocional, percepción del rol profesional en el final de vida y utilidad percibida de la formación. También se recogerán sugerencias cualitativas sobre necesidades formativas no cubiertas.

CONCLUSIONES

Se espera que esta formación contribuya a mejorar la calidad del acompañamiento en el final de la vida, reforzando el bienestar emocional del profesional y favoreciendo una atención más empática, ética y culturalmente respetuosa. La incorporación de este tipo de formaciones en los planes docentes institucionales podría convertirse en una estrategia preventiva frente al desgaste emocional en entornos de alta carga asistencial.

EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN DE AUDITORÍAS DE SOSTENIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

 Noemí Durán García; Ester González Muñoz; Sara Ela Aguilar; Elba Beas Alba; Silvia Girona Martín; M. Antònia Serra Barril

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 276

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La mejora continua de la calidad requiere incorporar nuevas dimensiones que refuercen el compromiso de las organizaciones sanitarias con la sostenibilidad y la responsabilidad social. Estas dimensiones deben considerarse componentes auditables del sistema de gestión de calidad. En este marco, la institución sanitaria planteó la integración de auditorías internas conforme a la Norma SGE 21 de gestión ética y socialmente responsable, dentro del sistema de gestión de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue implantar un modelo de auditoría interna para evaluar sistemáticamente aspectos de sostenibilidad y responsabilidad social según la Norma SGE 21.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló en 2024 utilizando como base la estructura consolidada de las auditorías internas de calidad, y se ejecutó en fases:

- Formación en auditorías internas de SGE 21, dirigida a profesionales previamente formados en auditorías del sistema de gestión de la calidad.
- Adaptación de listas de verificación de auditorías del sistema de gestión de la calidad por áreas, incluyendo los requisitos de la Norma SGE 21: gobernanza (11 ítems), recursos humanos (9), relación con clientes (6), proveedores (4), comunidad (2), medioambiente (4) y relaciones externas (8).
- Configuración de equipos de auditoría que integran criterios de sostenibilidad en las auditorías del sistema de calidad. Cada equipo cuenta con al menos una persona formada en SGE 21.
- Realización de auditorías internas aplicando criterios de sostenibilidad en Calidad, Asesoría Jurídica, Personas, Infraestructuras, Compras y Atención a la Ciudadanía.

RESULTADOS Los principales resultados fueron la formación de 14 auditores internos en SGE 21, en dos sesiones con una valoración de satisfacción global de 9,33, y la realización de 7 auditorías internas integradas, con una duración de 28 horas de duración en total. Estas auditorías permitieron evaluar transversalmente los requisitos éticos, sociales y ambientales en distintas áreas, generando informes individuales y un informe global. Se identificaron 16 acciones correctivas específicas en sostenibilidad, registradas en la herramienta corporativa de calidad, con sus respectivos planes de mejora.

Los hallazgos y avances se presentaron al grupo de trabajo SGE 21, la comisión de sostenibilidad ASG y en la revisión por la dirección. Entre las principales mejoras derivadas destacan la revisión del código ético, la aprobación del plan de sostenibilidad y el desarrollo de un plan de gestión de la diversidad.

CONCLUSIONES

Como conclusión destacar que la integración de auditorías internas de sostenibilidad conforme a la Norma SGE 21, en el sistema de gestión de calidad, ha demostrado ser eficaz para reforzar la mejora continua y alinear los procesos con los compromisos éticos y sostenibles de la organización. Esta experiencia se ha consolidado en 2025 en la institución y constituye un modelo replicable para organizaciones sanitarias que deseen avanzar hacia un sistema de calidad con enfoque integral y comprometido con la responsabilidad social.

VALORACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA

 Dolors Segura Bisbal; Cristina Vilella Mestres; Anna Fernández Lumbreras; Manel Rabanal Tornero; Clara Pareja Rossell

 *Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya*

Identificador: 278

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La acreditación de la calidad en los centros sanitarios es importante para que los centros la incorporen y así avancen hacia unos objetivos de mejora. Es preciso medir la calidad continuamente para conocer las fortalezas y puntos de mejora de la organización. Es fundamental documentar e intercambiar las experiencias relacionadas con las iniciativas en materia de calidad de la atención para conocer de primera mano el sistema de salud y saber qué aspectos funcionan y cuáles no (OMS, 19 mayo 2025). En esta línea, para mejorar qué se exige y que esté alineado con la realidad, se requiere un análisis de todos los participantes del proceso. A tal efecto, se necesitan opiniones y datos que sean relevantes para reajustar y así mejorar los procesos de acreditación.

Por tanto, la realización de un proceso de acreditación es tan importante como la valoración de las diferentes perspectivas que han tenido lugar en su desarrollo para interiorizar y mejorar los puntos susceptibles de mejora.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio ha sido evaluar el proceso de acreditación en el ámbito hospitalario, considerando la perspectiva de los tres actores clave: la entidad evaluadora, los centros de atención hospitalaria aguda y la administración sanitaria.

La evaluación se centró en los siguientes aspectos:

- el desarrollo general del proceso.
- la utilidad y claridad del manual de acreditación.
- la funcionalidad de la plataforma utilizada.
- la calidad de la información y el soporte proporcionados durante el proceso.

METODOLOGÍA

La metodología empleada incluyó definir los criterios de supervisión de las auditorías y los auditores involucrados, así como el análisis detallado de la documentación generada en dichas auditorías. Además, se aplicaron encuestas a todos los hospitales participantes. La administración sanitaria desempeñó un rol activo en la supervisión integral del proceso, asegurando su correcta implementación y el cumplimiento de los requisitos establecidos.

RESULTADOS

En relación con las entidades evaluadoras, se llevaron a cabo 13 visitas de supervisión que permitieron evaluar el desempeño de los 8 auditores involucrados y detectar la falta de justificación en las discrepancias observadas en las notas de auditoría (reducción del 60 % de discrepancias no justificadas a un 0 % en seis meses).

Respecto a los hospitales, se aplicó una encuesta de satisfacción que obtuvo 94 respuestas, incluyendo más de 50 comentarios cualitativos.

CONCLUSIONES

En conclusión, la valoración global del procedimiento de acreditación ha sido muy positiva. El seguimiento exhaustivo del proceso y la participación activa de los actores implicados permitieron identificar áreas de mejora concretas, aplicables en próximos procesos, como simplificar el modelo de acreditación, dar un mayor enfoque a los procesos, orientar los resultados a la mejora continua, y continuar avanzando en la integración de herramientas.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: SCREENING DE FRAGILIDAD EN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGIA

 Ruth Eulalia Rico Zamorano; Patricia Valverde Martín; Miguel Ángel Palacios Blanco; M^a Cristina Blázquez Talabán; María Villares Ojea; Laura Clavero López

 Hospital Ramón y Cajal

Identificador: 279

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los programas de Rehabilitación Multimodal, introducidos en España en 2007 por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal en colaboración con el Ministerio de Sanidad, se basan en estrategias multidisciplinarias para mejorar la recuperación de pacientes tras cirugía. Estas estrategias incluyen cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios, con un enfoque en la optimización del estado del paciente antes de la cirugía para reducir complicaciones y mejorar la estancia hospitalaria. La enfermería desempeña un papel clave en la coordinación de estos equipos, asegurando una atención integral y centrada en el paciente. La optimización preoperatoria se ha asociado con menos complicaciones postquirúrgicas y un mejor pronóstico, especialmente en pacientes con un estado físico adecuado. La evaluación de la fragilidad y dependencia antes de la cirugía es crucial para personalizar el tratamiento y planificar el postoperatorio, especialmente en un contexto de creciente esperanza de vida y comorbilidades.

OBJETIVOS

Este estudio busca analizar la relación entre la valoración preoperatoria de fragilidad (escala FRail) y dependencia (escala Barthel) con la aparición de complicaciones en los primeros 30 días tras una cirugía colorrectal oncológica. También se evalúa si los pacientes en un programa de rehabilitación quirúrgica recuperan su estado basal en dependencia y fragilidad al mes del alta, así como la influencia de la anemia preoperatoria en las complicaciones postquirúrgicas.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio unicéntrico observacional descriptivo en un hospital de tercer nivel, con pacientes mayores de 18 años programados para cirugía colorrectal oncológica. Se excluyeron pacientes con ciertas condiciones y se analizaron variables como las valoraciones preoperatorias de fragilidad y dependencia, así como la hemoglobina.

RESULTADOS

Se incluyeron 142 pacientes. No se encontró relación significativa entre las escalas de fragilidad y dependencia con complicaciones durante el ingreso, a las 48 horas ni a los 30 días. La mediana de la escala FRail fue de 1 y la de Barthel de 100 en ambas valoraciones. La hemoglobina preoperatoria mostró una relación con complicaciones durante el ingreso ($p=0.01$), pero no a las 48 horas ni a los 30 días.

CONCLUSIONES

Los hallazgos resaltan la importancia de los programas de rehabilitación multimodal y el seguimiento proactivo en la identificación de fragilidad y dependencia. Se concluye que estas condiciones no se relacionan con complicaciones postquirúrgicas, lo que mejora la seguridad del paciente. Además, la anemia preoperatoria es un factor relevante a considerar para evitar complicaciones quirúrgicas, sugiriendo la necesidad de optimización en este aspecto.

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL CONTROL DEL DOLOR BASADAS EN RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES

 Mercè Comas Serrano ⁽¹⁾; Clara Amat Fernández ⁽²⁾; Lucía Lacambra Montanuy ⁽³⁾; Cristina Siles Cuesta ⁽³⁾; Xavier Castells Oliveres ⁽¹⁾; Maria Sala Serra ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Hospital del Mar Research Institute; Hospital del Mar; Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS); ⁽²⁾ Hospital del Mar Research Institute; ⁽³⁾ Hospital del Mar; ⁽⁴⁾ Hospital del Mar Research Institute; Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS)

Identificador: 280

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria basada en el valor está intrínsecamente ligada a los resultados y las experiencias reportados por los pacientes (PROMs y PREMs, de las siglas en inglés). El dolor tiene un impacto relevante en el estado de salud por sí mismo y relacionado con otras dimensiones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar si la información reportada por los pacientes sobre dolor una semana después del alta puede orientar oportunidades de mejora del control del dolor durante el ingreso. Los pacientes ingresados en un hospital de agudos entre junio de 2023 y marzo de 2025 recibieron una semana después del alta un SMS con un enlace para contestar a un cuestionario que incluía: un PROM (EQ-5D-5L) y un PREM (Picker Patient Experience, PPE-15). Se incluyeron pacientes agudos mayores de 16 años excepto ex-tus, derivación a paliativos o a residencia. Del EQ-5D-5L se obtuvo si el paciente declaraba tener dolor o malestar extremo o fuerte. Del PPE-15 se obtuvo si el paciente declaraba problemas en el control del dolor durante el ingreso (si no respondió 'Sí, totalmente' a la pregunta sobre si se había hecho todo lo posible por controlarle el dolor). De las evaluaciones sistemáticas del dolor registradas durante el ingreso se obtuvo si el paciente había reportado intensidad de dolor excesiva (escala visual analógica superior a 3 dos veces seguidas) al menos una vez.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De 7.030 respuestas recibidas (tasa de respuesta 25,15%), un 9% declararon dolor fuerte o extremo (EQ-5D-5L), 12,7% declararon problemas con el control del dolor (PPE-15), mientras que un 9.5% habían presentado intensidad del dolor excesivo. Los pacientes con peor dolor declarado después del alta presentaban mayor intensidad excesiva de dolor durante el ingreso, desde el 4,2% de los que no declaraban dolor, hasta el 19,6% de los que declararon dolor extremo en el EQ-5D-5L. Un 21,6% de los pacientes que declararon que no se había hecho todo lo posible por controlar el dolor (PPE-15) habían presentado intensidad excesiva de dolor durante el ingreso. Sin embargo, este porcentaje fue del 8,7% entre los pacientes que contestaron que sí se había hecho todo lo posible por controlar el dolor. Aunque las valoraciones sobre el dolor son buenas en general, todavía existe un volumen de pacientes excesivo con un mal control del dolor durante el ingreso que se asocia con peor experiencia durante el ingreso y peor estado de salud relacionado con el dolor siete días después del alta. De cara a tener en cuenta la opinión de los pacientes para mejorar la atención que reciben, la utilización de PREMS y PROMS es una oportunidad de mejora del control del dolor durante el ingreso y las pautas de analgesia al alta.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON UN ESTADO DE SALUD EXTREMADAMENTE DETERIORADO 7 DÍAS DESPUÉS DEL ALTA

😊 *Mercè Comas Serrano ⁽¹⁾; Marina García Suárez ⁽²⁾; Clara Amat Fernández ⁽³⁾; Cristina Siles Cuesta ⁽⁴⁾; Maria Sala Serra ⁽¹⁾; Laia Domingo Torrell ⁽¹⁾*

📄 ⁽¹⁾ *Hospital del Mar Research Institute; Hospital del Mar; Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS);* ⁽²⁾ *Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública HMAR-UPF-ASPB; Hospital del Mar;* ⁽³⁾ *Hospital del Mar Research Institute;* ⁽⁴⁾ *Hospital del Mar*

Identificador: 281

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de resultados de salud es una herramienta esencial de la calidad asistencial y la gestión clínica. En los últimos años se ha implementado la evaluación de resultados reportados por los pacientes (PROM, de las siglas en inglés) después del alta hospitalaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue analizar el perfil de pacientes que presentó un estado de salud extremadamente deteriorado a los 7 días tras el alta hospitalaria.

Los pacientes ingresados en un hospital de agudos entre junio de 2023 y marzo de 2025 recibieron una semana después del alta un SMS con un enlace para contestar a un cuestionario que incluía un PROM (EQ-5D-5L). Se incluyeron pacientes agudos mayores de 16 años excepto exitus, derivación a paliativos o a residencia. Se consideró mal estado de salud una puntuación en el EQ-5D-5L menor o igual a 0,2 (la puntuación de mejor estado de salud en este cuestionario es de 1). Se analizaron los perfiles de pacientes con peores estados de salud reportados considerando el Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) y el servicio clínico que realizó el alta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 7.375 respuestas correspondientes a 29.371 altas a domicilio (tasa de respuesta del 25,1%). La muestra global se caracterizaba por un 50% de mujeres y una edad media de 60,5 años. La puntuación media global del EQ-5D-5L fue de 0,73. Las 133 personas (2% de la muestra) que reportaron peor estado de salud (≤ 0 , percepción de mala salud extrema, peor que la muerte) tenían una puntuación media en el EQ-5D-5L de $-0,14$ y se correspondían con un 60% de mujeres con una edad media de 70,4 años. Los GRDs más representados en este grupo de pacientes se relacionan con cirugías de la columna vertebral, cirugías de extremidad inferior y rehabilitación (23,3%), altas por neumonías e insuficiencia cardiaca (14,3%). Si consideramos el grupo con valores del EQ-5D-5L $\leq 0,2$ ($n = 346$ pacientes, 5% de la muestra), los resultados son semejantes, encontrando además GRDs de altas derivadas de ingresos por EPOC, trastornos neurológicos e infecciones. La implementación de PROMs en los servicios sanitarios es una herramienta de calidad asistencial y de gestión clínica que puede aportar información relevante y tener impacto en la efectividad clínica y en la mejora del estado de salud de los pacientes. El 5% de pacientes refieren un estado de salud excesivamente deteriorado después del alta hospitalaria, especialmente en procedimientos que comprometen la movilidad y se asocian a dolor. La monitorización de PROMs y la identificación de perfiles asociados a peores estados de salud percibida permite dirigir acciones de mejora que puedan responder a las necesidades específicas de esta población.

GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE RESPONSABLES DE CENTRO

 VICTORIA SABATE CINTAS ⁽¹⁾; ESTHER BADIA PERICH ⁽²⁾; NURIA EMILIANO GRIELL ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA ATENCIO PRIMARIA I A LA COMUNITAT VALLÈS OCCIDENTAL I VALLÈS ORIENTAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT; ⁽²⁾ INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT; ⁽³⁾ GERENCIA ATENCIO PRIMARIA I A LA COMUNITAT VALLÈS OCCIDENTAL I VALLÈS ORIENTAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Identificador: 282

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Para implantar un sistema de gestión de calidad en un ámbito territorial tan grande como el nuestro (80 equipos de Atención Primaria) es necesario desarrollar una metodología de trabajo que garantice los resultados en salud, la seguridad del paciente y la satisfacción del cliente interno y externo.

OBJETIVOS

Principal: Implantación del sistema de gestión de Calidad Asistencial mediante los responsables de calidad (RQ) de los centros.
Secundario: Proporcionar apoyo, a los responsables de calidad (RQ), en el desarrollo de sus funciones.

METODOLOGIA

Definición de un plan de trabajo, implantación y seguimiento liderado por la Unidad de Calidad territorial.

Metodología empleada: Definición Manual de Calidad que facilite el sistema de gestión e integre las herramientas de soporte. Procedimiento de acogida a nuevos RQ y tutorización con visitas presenciales de apoyo y seguimiento al equipo. Formación continuada individualizada y en grupo sobre metodología, seguridad del paciente, análisis de incidentes de seguridad, segundas víctimas y sistemas de evaluación. Formación en el Modelo de Acreditación. Consultorías virtuales con calidad.

Herramientas de soporte: Portal documental, catálogo de objetivos, cuadro de mando, carpetas compartidas de trabajo conjunto, plantillas de documentos y sistema de codificación, plan de calidad, ficha objetivo de mejora, ficha acción de mejora, informes cualitativos, programa proactivo de seguridad del paciente, gestor de incidentes de seguridad del paciente y acontecimientos adversos. Sistema identificación y ayuda a segundas víctimas

RESULTADOS

2024:

- Manual de calidad y procedimiento de gestión por procesos actualizados
- 100% RQ acogida, tutorización y visita seguimiento presencial realizada
- 100% RQ formados en metodología y conceptos de seguridad del paciente
- 100% RQ formados en herramientas de soporte
- 95% RQ y directivos formados en el modelo de Acreditación y gestión de incidentes de seguridad
- 100% Equipos con Plan de Calidad y Objetivos de mejora
- 90% Consultorías virtuales operativas
- 100% Equipos con visita presencial por la Unidad de Calidad realizada
- 80% Equipos con informe cualitativo de cierre anual
- 95% Incidentes de seguridad del paciente analizados y con acciones de mejora implantadas
- Encuesta de satisfacción sobre el soporte recibido por la Unidad de Calidad: 9 sobre 10

CONCLUSIONES

El Sistema de gestión de Calidad se ha implantado con excelentes resultados. La Unidad de Calidad territorial ofrece una excelente acogida a los RQ y una buena formación continuada que facilita el desarrollo de sus funciones. Los seguimientos presenciales a los equipos se viven como una visita de soporte y una oportunidad de mejora. Todos los equipos conocen y han implantado las diferentes herramientas de soporte con bonos resultados. El número de Notificaciones de incidentes de seguridad ha ido aumentando progresivamente, así como el porcentaje de incidentes analizados. La satisfacción global del cliente interno se excelente.

ACTUALIZANDO NUESTROS CONOCIMIENTOS

 *Gema María del Pozo Pereira; Arantxa Rubio Pardo; Miren Letamendia Beloso*

 *Mutualia*

Identificador: 283

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La formación continua es clave y necesaria para garantizar una atención de calidad y segura en los Servicios Sanitarios. Con el compromiso de querer hacer mejor las cosas y saber por qué se hacen, ser creativos y pensar en un plan de formación unificado para el Servicio de Enfermería en donde pudiéramos juntar actualización de conocimientos, docencia, liderazgo, cooperación interterritorial, diversidad, empatía, dinamismo y que además pudiéramos cultivar los valores que nos unen, en un mismo entorno, surgió la idea de realizar las Primeras Sesiones de Actualización de Conocimientos para Enfermería. Sesiones en donde estuvieran presentes los valores de equipo necesarios para ser un centro seguro con una cultura de calidad y con el objetivo de ofrecer lo mejor a cada paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de estas jornadas es generar un entorno de aprendizaje colaborativo que potencie la calidad asistencial y el trabajo en equipo. La metodología utilizada ha sido:

Sesiones lideradas por la directora de enfermería y las responsables de servicios, dedicadas al aprendizaje de nuevos conocimientos y a la actualización de los protocolos vigentes en donde hemos trabajado de forma integrada y conjunta entre diferentes categorías profesionales.

- Implicación de un equipo multidisciplinar en donde han participado como docentes el Servicio de Enfermería, Desarrollo de Personas, Contingencia Común, Prestaciones Económicas, Comité de Personalización de la Asistencia Sanitaria, Comité de Seguridad de Pacientes, Comité de Formación, Docencia e Investigación, Comité de Urgencias, Comité de Innovación, Área de Gestión cliente y Servicio de Prevención Propio y en donde hemos sumado conocimientos para apoyarnos mutuamente.
- Participación activa de los y las profesionales en actividades formativas y dinámicas de equipo.
- Evaluación de conocimientos y valoración de las jornadas con el objetivo de cerrar la trazabilidad de la formación además de dar la posibilidad de aportar nuevas sugerencias y opciones de mejora para la realización de futuras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estos dos años de realización de las jornadas, se ha consolidado y reforzado un formato de aprendizaje donde los docentes y participantes han compartido conocimientos, competencias clave y valores fundamentales para el liderazgo en enfermería.

Con el objetivo de homogeneizar la asistencia sanitaria y visibilizar el trabajo de las personas de las diferentes áreas, hemos puesto el talento al servicio de los demás, y lo hemos utilizado como motor de aprendizaje.

Las Sesiones de Actualización de Conocimientos, han demostrado la importancia del valor que tiene el trabajo en equipo unida a la formación continua con el fin de ofrecer una atención segura e integral a los y las pacientes.

La excelencia en el cuidado es el fruto del valor en equipo y la unidad, lo que hace realidad la eficacia y lo que nos ayuda a progresar.

IMPLEMENTACIÓN DE UN DASHBOARD CON POWER BI PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

 *Susana Barbera Ruiz; Cristóbal Montilla Rivas; Marta Molins Vigata; Gerard Castells Tortosa; Ana Diéguez Vila; Laura Heredia Aguilar*

 *Hospital Clínic de Barcelona*

Identificador: 284

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del paciente es un indicador clave de la calidad asistencial y tiene un impacto directo en la seguridad, en la continuidad de los cuidados y en la humanización de la atención sanitaria. Su análisis permite detectar áreas de mejora y fortalecer la calidad y la seguridad clínica. No obstante, las encuestas de satisfacción suelen analizarse de forma fragmentada y a menudo con retraso, lo que dificulta su integración con los procesos de mejora.

En este contexto, las herramientas de Business Intelligence (BI) ofrecen una oportunidad para analizar los datos de forma ágil y dinámica, facilitando la toma de decisiones y la planificación de acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo fue desarrollar e implementar un dashboard mediante Business Intelligence (BI) para conocer y analizar de forma dinámica los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Al alta todos los pacientes reciben mediante diferentes campañas y a través de correo electrónico, una encuesta que mide su experiencia en base a la métrica Net Promoter Score (NPS).

El dashboard permite identificar el número total de encuestas realizadas, el porcentaje de NPS, la tasa de participación, así como la distribución de pacientes promotores, neutrales y detractores y sus motivos específicos. Por otro lado, facilita la segmentación por servicios, salas, tiempos de estancia, motivos de ingreso, destino de salida, y variables clínicas y demográficas.

Para su elaboración se seleccionaron los indicadores más relevantes para el análisis y la toma de decisiones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período comprendido entre el 3 de abril de 2024 y el 28 de abril de 2025 se han contestado 7.818 encuestas. Se ha identificado un NPS del 74%, con 6.076 promotores, 1.246 neutrales y 307 detractores. La tasa de participación ha sido de un 31%. El principal motivo de satisfacción ha sido la atención recibida por parte del personal de enfermería, la principal causa de insatisfacción la falta de confort y la mejora más frecuente identificada está relacionada también con el confort con descripciones como habitación individual, reducción del ruido o mejora en las instalaciones.

La integración de herramientas de BI para analizar la satisfacción del paciente representa una oportunidad para identificar áreas de mejora, reforzar la cultura de la calidad, fomentar la participación y mejorar la experiencia del paciente.

ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA COMUNIDAD

 MALLY FRANCESCA VERAS BASORA ⁽¹⁾; SARA AYA RODRIGUEZ ⁽¹⁾; MARIA DEL PILAR DELGADO SANCHEZ ⁽¹⁾; CRISTINA DIEZ MORENO ⁽²⁾; OLGA ROMO BARTOLOME ⁽¹⁾; OLGA RUIZ MUÑOZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON; ⁽²⁾ CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Identificador: 285

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida y enfermedades crónicas ha condicionado un aumento de fragilidad, discapacidad y/o dependencia. Uno de los retos de los sistemas sanitarios es mantener la autonomía y la independencia durante el envejecimiento.

El Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid (CM) 2022-2025 (PAIFPLS) persigue este propósito con 6 líneas estratégicas.

En este contexto, en colaboración con la concejalía de Salud Pública del municipio y una organización humanitaria internacional se desarrollaron intervenciones comunitarias enmarcadas en estas líneas.

OBJETIVOS

Describir las intervenciones comunitarias para promover el envejecimiento activo en un municipio de la CM.

METODOLOGÍA

Desarrollo de intervenciones comunitarias dirigidas a mayores de la comunidad, dentro de las líneas estratégicas del PAIFPLS:

1. Sesiones de educación para la salud: duración 1 hora y realizadas en centro de mayores del municipio.

- “Claves para una vida activa y saludable”: con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores. Contenidos: envejecimiento saludable, estimulación funcional y cognitiva, alimentación saludable, bienestar emocional y participación social. Elaboración y difusión de infografía.
- “Taller VIVIFRAIL. Rueda de ejercicio físico”: realizado junto a fisioterapeutas del hospital e incluido dentro del ciclo de charlas y talleres “Cultivando bienestar” del Ayuntamiento. Contenidos: beneficios del ejercicio físico, uso de la herramienta de ejercicio físico multicomponente VIVIFRAIL.

2. Intervención de la Enfermera Especialista en Geriátrica (EEG) en radio local: participación en el espacio “Ganando Salud” de Cadena Ser Madrid Oeste. Información de salud sobre actividades e intervenciones de estimulación funcional/cognitiva en el domicilio y las recomendaciones para favorecer el bienestar del cuidador.

3. Taller “Envejecimiento activo”: promovido por una organización humanitaria de la localidad. Contenidos: nutrición, movimiento, estimulación cognitiva y relaciones sociales.

RESULTADOS

2 sesiones de educación para la salud; 41 participantes. 1 infografía. 2 intervenciones en radio local. 1 taller en sede de organización humanitaria; 20 asistentes.

CONCLUSIONES

Las intervenciones educativas han contribuido a la sensibilización y promoción sobre el envejecimiento activo y la longevidad saludable.

Se ha propiciado y concienciado en el uso de las herramientas de ejercicio físico multicomponente siguiendo el PAIFPLS y la evidencia científica.

La participación en radio local promueve la alfabetización de la salud de la población y ofrece información fiable a los cuidadores, para potenciar y/o mantener la funcionalidad y las funciones cognitivas en personas con demencia.

Por último, el desarrollo de estas intervenciones comunitarias ha permitido visibilizar la figura de la EEG como referente de los cuidados durante el envejecimiento.

SIMULACIÓN CLÍNICA: HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO Y DEMENCIA

 MALLY FRANCESCA VERAS BASORA; MARIA DEL PILAR DELGADO SANCHEZ; SARA AYA RODRIGUEZ; GREGORIO BONILLA ZAFRA; ELENA ROMERO MARI; AURORA FABERO JIMENEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

Identificador: 286

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La demencia afecta al desempeño cognitivo, genera discapacidad y dependencia con altas demandas de cuidados. El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es una alteración orgánica cerebral que genera complicaciones de salud, deterioro de la cognición, aumenta la dependencia y la mortalidad. Afecta al 40% de los ancianos hospitalizados siendo evitable y reversible.

De acuerdo a la bibliografía, los profesionales de la salud que atienden a las personas afectadas presentan un déficit de conocimiento y habilidades.

Los profesionales expertos en demencia, como es la enfermera especialista en geriatría (EEG), deben ser los encargados de diseñar e implantar las acciones formativas.

La simulación como estrategia de enseñanza clínica, permite adquirir habilidades técnicas y no técnicas en un entorno controlado, corregir errores y consolidar los conocimientos aplicados a la práctica diaria.

Por este motivo, se implantó un programa formativo elaborado por EEG y continuidad asistencial, para abordar la atención y los cuidados que requieren los pacientes con estos síndromes geriátricos en el ámbito hospitalario.

OBJETIVOS

Describir y analizar el grado de conocimientos y satisfacción del equipo de enfermería, tras asistir a un taller formativo de sensibilización y cuidados del paciente mayor con demencia y/o SCA en un entorno de simulación.

METODOLOGÍA

Diseño del programa formativo dirigido a profesionales de enfermería del hospital.

Contenido metodológico: clases teóricas interactivas con sensibilización por medio de vídeos testimoniales, escenario de role-play, 2 casos de simulación clínica con debriefing posterior y ejercicios prácticos

Periodo de estudio: 2022 al 2025.

La evaluación se realizó mediante:

- Cuestionario de conocimientos pre-post al taller (elaboración propia).
- Encuesta de satisfacción de la acción formativa y de la simulación.

RESULTADOS

10 talleres; 113 asistentes (54,9% Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería; 41,7% enfermeros; 0,9% técnicos de neurofisiología).

Incremento del porcentaje de aciertos: 19,63% (DE: 16,51, $p < 0.001$).

Grado satisfacción general: 4/4. Calificación de los escenarios: 9,75/10.

CONCLUSIONES

Cuidar de personas con demencia o que sufren un SCA en el ámbito hospitalario, supone un reto para los profesionales de enfermería. La falta de conocimiento y habilidades precisa del desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de los cuidados que se prestan a los ancianos.

Los profesionales expertos en demencia, como es la EEG, deben ser los encargados de diseñar y llevar a cabo estas formaciones.

El uso de la simulación como estrategia de enseñanza clínica hace posible la adquisición de habilidades y conocimientos en un entorno seguro que permite corregir los errores inmediatamente y contribuye a aumentar el porcentaje de información y conocimientos retenidos por el discente.

La evaluación de la acción formativa ha demostrado un aumento de conocimientos sobre el abordaje, detección y cuidados de la demencia y el SCA en los asistentes.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA

 MALLY FRANCESCA VERAS BASORA; SARA AYA RODRIGUEZ; MARIA DEL PILAR DELGADO SANCHEZ; ELENA ROMERO MARI; AURORA FABERO JIMENEZ; GREGORIO BONILLA ZAFRA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

Identificador: 287

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La demencia afecta a más de 55,2 millones de personas mundialmente. Es la séptima causa de defunción, un problema de salud pública generando discapacidad y dependencia.

Deteriora progresivamente la función cognitiva y merma la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Las familias tienen un papel fundamental durante la enfermedad, al asumir los cuidados, por lo que se considera una patología del núcleo familiar. Los cuidadores informales no disponen de información y formación suficiente.

Se requieren estrategias de intervención para garantizar la información de los cuidadores sobre los cuidados específicos.

OBJETIVOS

Describir la implantación y desarrollo de un taller informativo dirigido a los cuidadores de personas con demencia.

METODOLOGÍA

Periodo: 2022-2025.

Taller informativo titulado “Cuidando en la demencia”, dirigido a los cuidadores de personas con demencia. Duración: 2h. Impartido mensualmente por enfermeras especialistas en geriatría (EEG).

Contenidos: qué es la demencia y su evolución, abordaje de trastornos conductuales mediante casos prácticos, actividades de estimulación cognitiva y funcional, cuidados básicos, rutinas diarias y la sobrecarga del cuidador.

Durante el taller se facilitan recursos con información fiable sobre la enfermedad, sus cuidados, temas legales, asociaciones de familiares y personas con demencia. Así como plataformas donde ampliar su formación para el cuidado de personas con demencia y recursos online de estimulación cognitiva. “Cuidando en la demencia” es un taller dinámico que permite consultar dudas, compartir experiencias de cuidado y las dificultades que encuentran los cuidadores en su día a día.

La difusión del taller se ha realizado a las unidades del hospital donde se diagnostica y trabaja con personas con demencia (consultas de neurología, trabajo social, personal de información, plantas de hospitalización...), en Atención Primaria, residencias, asociaciones de pacientes con demencia y medios de comunicación. Además, se impartieron 16 sesiones para profesionales sanitarios que tienen contacto en su actividad diaria con cuidadores y pueden recomendar la asistencia al taller.

Los talleres son evaluados mediante encuesta de satisfacción. Se han ido incorporando las sugerencias como medidas de mejora tanto en relación con la duración del taller como con los contenidos impartidos.

RESULTADOS

41 sesiones; 308 cuidadores informales.

El Taller “Cuidando en la demencia” obtuvo una valoración global 9,4/10, destacando las valoraciones relativas a utilidad (99,2%), adecuación de los contenidos (98,4%) y aumento en los conocimientos sobre cuidados (98,4%).

CONCLUSIONES

El taller “Cuidando en la demencia” contribuye a la formación de los cuidadores informales mejorando los cuidados en domicilio. Ha contado con gran aceptación por parte de profesionales y cuidadores quienes han mostrado una elevada satisfacción con la información recibida.

ALFABETIZACION DIGITAL EN MI COMUNIDAD

 M Jose Hernández Yela

 Centro de salud Sanchinarro

Identificador: 288

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El proceso de digitalización cada vez más presente en todos los aspectos de nuestra vida está presente también en nuestra salud

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este proyecto intenta disminuir la brecha digital existente, Fomentar su autocuidado y ofrecer herramientas para su aprendizaje es esencial. Todo este proceso se realiza en el centro de trabajo. La población de esta zona básica se ha modificado a lo largo del estudio. Dentro de la zona básica los usuarios que han participado son los residentes del centro. Se emplea un método expositivo y práctico con la ayuda de una presentación en la que la unidad administrativa explica paso a paso cómo utilizar la herramienta. Podemos referirnos también al uso de un método con una intervención cualitativa de carácter longitudinal en que prestamos atención especial al contenido de las intervenciones y a la comprensión de los participantes. El personal que ha realizado las sesiones ha sido la UA del centro de salud de Sanchinarro variando sesiones y ponentes dependiendo del año. En el primer año se realizaron 3 sesiones de unas 2 horas de duración cada una con 7 ponentes. En el segundo año se realizaron 2 sesiones con otros 7 ponentes de otras dos horas. Actualmente se ha ampliado a una sesión ya realizada en el centro de salud dirigida a otro grupo de población distinta, (mayores de 65) con una muy buena acogida, están previstas dos sesiones más en la residencia en este año, que serán 4 sesiones más debido al carácter migratorio de esta población. Se han captado actualmente unos 120 pacientes. Los ponentes son los profesionales de la unidad administrativa del Centro de Salud, de los dos turnos participación de prácticamente toda

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se consigue una mejora en el autocuidado de los pacientes. Se reduce la brecha digital y barreras tecnológicas. Aumento de la relación entre los pacientes y sus servicios de salud, mejorando la utilización de la Atención Primaria y facilitando al paciente el acceso a la misma, siendo mucho más dinámica y pronta la atención aumentando por tanto su calidad. Así mismo se ha comprobado que con la asistencia a estas intervenciones se ha conseguido una mejora importante en las relaciones interpersonales, de los residentes, aumentándoles a ellos su autoestima. También los ponentes han experimentado una mejora importante en las relaciones con estos usuarios, siendo mucha más la confianza que demuestran en ellos y facilitando el trabajo de esta unidad al acudir al centro además de la gratificación personal de la ayuda y enseñanza prestada. Este proceso 508 Intervención Comunitaria, es fundamental para mejorar la calidad en los procesos asistenciales. Comprobándose después que ha habido una mejora sustancial en la caja de resultados en todo lo relativo al proceso de calidad que se oferta. Así mismo se fomenta su autocuidado. Se comprueba que sería necesario la extensión a otros grupos sociales para mejorar la utilización de la tarjeta sanitaria virtual.

RADAR DEL PATIENT JOURNEY: UNA HERRAMIENTA QUE DEMOCRATIZA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y ACELERA LA MEJORA ASISTENCIAL

😊 Meritxell Davins Riu ⁽¹⁾; Patricia Valero Valdelvira ⁽¹⁾; Pablo Alegre Cabrera ⁽¹⁾; Mercè Bonjorn Dalmau ⁽¹⁾; Belen Flores Pina ⁽²⁾; Angélica Pocino Campayo ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ICS. . Grupo investigación INEDIT IGTP; ⁽²⁾ Hospital Universitari. Germans Trias i Pujol.; ⁽³⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ICS.

Identificador: 289

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La literatura científica demuestra que integrar de forma sistemática la experiencia del paciente (PX) mejora la seguridad, la eficacia y el valor asistencial: los centros que la monitorizan de manera continua elevan la satisfacción y mejoran los procesos. Sin embargo, capturar y procesar la PX de forma habitual exige tiempo y competencias analíticas que la mayoría de hospitales no pueden dedicar.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Crear un bot con IA generativa. Implementar un bot basado en ChatGPT que automatice la captura, el análisis y la visualización de la PX en migraña. Demostrar que la misma arquitectura es escalable y adaptable a otras patologías con un esfuerzo mínimo de configuración. Metodología Fase 1. Definición del journey Se realizaron 8 entrevistas individuales a pacientes con migraña; sus narrativas se estructuraron en etapas y pain points. Estos hallazgos se presentaron en un grupo de expertos, que—mediante una sesión de brainstorming—definió un mapa preliminar de seis fases: diagnóstico hospitalario, crisis en casa, educación/plan, tratamiento de profilaxis, seguimiento con app y seguimiento sin app. Fase 2. Elaboración del cuestionario A partir del mapa se diseñó un formulario autoadministrado que combina preguntas cerradas (KPIs) y abiertas (pain points y “momentos wow”). Fase 3. Construcción del bot con IA generativa (ChatGPT Plus) se configuró un system message que, mediante Advanced Data Analysis, a) lee el Excel exportado, b) clasifica emociones y calcula frecuencias, c) genera un patient journey map con código de color (positivo, neutro, negativo), d) extrae los tres pain points y dos oportunidades por fase, e) propone tres acciones de mejora priorizadas. Fase 4. Pilotaje Se procesaron 25 cuestionarios reales y se midieron tiempo de generación y utilidad percibida (escala 1-5) por el equipo clínico. Fase 5. Escalabilidad El flujo está siendo adaptado a otras patologías

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tiempo de procesamiento: el Migraña-Journey GPT generó el mapa completo en 47 ± 6 s; manualmente se necesita 45 min/paciente para recoger la información más 3 días para hacer el análisis. Aceptación clínica de los profesionales. Coste incremental: nulo (dentro de la cuota ChatGPT Plus). Escalabilidad: la adaptación a dos patologías adicionales llevó < 30 min y mantuvo tiempos < 60 s. Conclusiones El diseño de un formulario autoadministrado, accesible desde cualquier dispositivo, elimina la necesidad de personal dedicado a la recogida de datos y garantiza una participación masiva y constante de los pacientes. La combinación de este formulario con herramientas de telemedicina (app integrada, canales de mensajería seguros) y con un bot personalizado en ChatGPT permite: reducir la carga de trabajo, democratizar la información de experiencia de usuario, mantener un ciclo de mejora continua. En conjunto, el proyecto demuestra que automatizar PX con un bot conversacional, un formulario autoadministrado y telemedicina es una vía asequible, rápida y replicable para impulsar la calidad centrada en el paciente.

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS EN VACUNACIÓN DE HERPES ZOSTER EN ATENCIÓN PRIMARIA E IMPACTO EN PACIENTES CON COMORBILIDADES

 Rebeca Carral Gómez ⁽¹⁾; Yolanda Fernandez Castro ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Salud Vicente Soldevilla; ⁽²⁾ Centro de Salud Angela Uriarte

Identificador: 291

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las campañas de vacunación son lideradas por equipos de enfermería de Atención Primaria. La Comunidad de Madrid cuenta con el calendario de vacunación para toda la vida, documento técnico dirigido a sanitarios con competencias en el ámbito de la vacunación.

En 2022 se incluyó la vacuna del Herpes zoster (HZ). Presenta una baja mortalidad, pero sus complicaciones constituyen un importante problema de salud pública en España.

En España, la incidencia global de HZ se estimó en 351,6 por cada 100.000 habitantes y en 625,5 por cada 100.000 habitantes en personas de 50 años o más.

En nuestro estudio se plantearon las siguientes medidas para mejorar la vacunación:

Cartelería detallada con indicación por cohortes

Captación oportunista dentro de la estrategia del cribado de fragilidad, en campaña de gripe 2022-2024 y en procesos agudos o crónicos atendidos en consulta de enfermería

Sesiones sobre calendario de vacunación para profesionales

OBJETIVOS

Describir las coberturas vacunales para el VHZ en la población de estudio tras implantar medidas en consultas de enfermería e impacto en pacientes con comorbilidades.

MÉTODOLOGÍA

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal

ÁMBITO GEOGRÁFICO: 17 CS de la DA Sureste

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes de los CIAS de enfermeras participantes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Nacidos del 1942 al 1948 y del 1957 al 1958

MUESTRA: 12.573 pacientes

VARIABLES: Año nacimiento/Vacunados de VHZ/HTA y DM

*Dictamen favorable del CEIM del HGU Gregorio Marañón.

RESULTADOS

El 48,6% de los pacientes del estudio han recibido pauta completa de vacunación y el 53,8% pauta de 1 dosis.

Tras la comparativa con la Comunidad de Madrid (CM), la cobertura de los centros pertenecientes al estudio es un 2,8% superior con pauta completa de vacunación y 1,8% superior con una dosis.

Los pacientes con HTA tienen una mayor proporción de vacunación completa (52.1%) frente a los no hipertensos (43.6%). De igual manera, en los pacientes diabéticos se observa una mayor proporción de vacunación completa (51.6%) frente a los no diabéticos (47,6%)

CONCLUSIONES

Los resultados de cobertura vacunal de nuestro estudio obtienen tasas superiores con relación a la CM. La cobertura con pauta completa de vacunación es un 2,8% superior y con una sola dosis es del 1,8% superior.

Los pacientes hipertensos y diabéticos incrementan su vacunación en relación con la población sin estas comorbilidades. Esta asociación puede deberse a que los pacientes con HTA y DM tienen más contacto con el sistema de salud y mayor confianza con su enfermera, lo que podría aumentar la probabilidad de ser vacunados.

El estudio muestra un aumento de la cobertura vacunal relacionado con la implantación de medidas en las consultas. La implicación de los profesionales, formación continuada y sistemática de trabajo estandarizada es fundamental para conseguir mejores coberturas vacunales según las directrices de Salud Pública, mejorando además la calidad de los cuidados en la atención a los pacientes crónicos.

DESARROLLO DE SISTEMA DE ALERTAS PARA NOTIFICAR HALLAZGOS INESPERADOS ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA.

 *Judith Martínez González; Ángel Arias Cosín; Julián González Huertas; Miguel Mínguez Molina; María Urbasos Pascual; Carmen Carreira Gómez*

 *Hospital Universitario de Fuenlabrada*

Identificador: 292

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Necesidad de establecer un sistema automatizado de notificación de hallazgos no esperados a los profesionales para minimizar los retrasos en la transmisión de la información médica y mejorar la seguridad de los pacientes.

Optimizar el tiempo de los radiólogos y médicos nucleares en la gestión de este tipo de avisos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es conseguir una notificación automática y segura de hallazgos no esperados, efectiva, apoyada en un sistema electrónico, gestionada y controlada por los diferentes equipos humanos.

El procedimiento excluye los hallazgos críticos, que son de notificación inmediata.

Las patologías que son objeto de notificación están especificadas en la guía de la “Academy of Medical Royal Collegues” 2022. La alerta se realiza ante un nuevo cáncer detectado esperado o no esperado o una recurrencia de reciente aparición. No se incluye notificación por progresión de un proceso neoplásico o la aparición de nuevas lesiones de un cáncer conocido.

El método desarrollado se basa en una notificación incorporada en el sistema de informes habitual (elegir opción en desplegable), automáticamente se envía correo electrónico automático al facultativo solicitante que adjunta enlace al informe y un sistema de validación incorporado para que pulse un icono de “leído” al leer la alerta (validación). Si excede plazo acordado de respuesta, entonces recibe notificación el jefe de servicio de radiología que es quien controla todo el sistema desde un archivo que incluye todas las alertas, detecta tiempos de respuesta y no validaciones que se siguen sistemáticamente.

La puesta en marcha del sistema es responsabilidad de la organización, e implica a los los servicios de diagnóstico por imagen y sistemas de la información. Debe auditarse periódicamente y es monitorizado mediante un indicador.

El desarrollo técnico fue furealizado en 2023, y la puesta en marcha en el segundo trimestre de 2023 (durante primer año se realizaron 700 notificaciones)

En 2024 se emitieron 1.219 notificaciones, sin incidencias relevantes (6 no validadas). Este dato es un indicador de calidad del servicio.

En general, las notificaciones se ajustan al protocolo con muy pocas excepciones.

Los problemas se derivan de la no validación por parte de los profesionales, que se resuelve desde la secretaría del servicio mediante: nueva notificación al jefe de servicio responsable y al profesional. Correo recordatorio al responsable de atención primaria.

Revisión de la historia clínica confirmando la recogida del hallazgo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Es un sistema automático, que alerta de forma rápida y segura sobre hallazgos no esperados obtenidos en pruebas radiológicas, con trazabilidad completa hasta la validación de la alerta que permite al médico peticionario conocer antes los resultados y poder con ello tomar decisiones para el beneficio del paciente. Se precisa monitorización y control evolutivo del sistema.

2 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN PACIENTES INICIALMENTE DESCARTADOS PARA PODER REALIZARSE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA.

 Judith Martínez González; María Urbasos Pascual; Patricia Maurelos Castell; Carmen Carreira Gómez

 Hospital Universitario de Fuenlabrada

Identificador: 293

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Resonancia Magnética (RM) representa uno de los entornos más complejos y tecnificado del ámbito del diagnóstico por imagen. Su elevada exigencia técnica, la presencia del campo magnético y la supervisión de la seguridad del paciente pueden desplazar la dimensión humana del propio acto asistencial.

Los pacientes con necesidades especiales: claustrofobia, dispositivos o condiciones físicas limitantes, requieren algo más que una exploración de imagen y un informe radiológico, necesitan una experiencia centrada en su persona y sus necesidades individuales. Este trabajo se basa en que la calidad asistencial no se mide únicamente en parámetros técnicos y competencias instrumentales, sino también en cómo se siente y qué necesita la persona que debe realizarse un estudio con RM para lograr realizarla con éxito y seguridad.

Implantar protocolos centrados en el paciente dentro de servicios con tecnología compleja, es un punto clave hacia la atención humanizada.

OBJETIVOS

Mejorar la experiencia del paciente en estudios con Resonancia Magnética mediante la implementación de estrategias de atención centrada en las personas, integrando un circuito de rescate, sin comprometer la seguridad ni la calidad técnica del procedimiento.

METODOLOGÍA

La iniciativa surge tras detectar un patrón repetido de pacientes que, por diversos motivos, eran descartados para estudio con RM sin una alternativa ni circuito adaptado. Situaciones como claustrofobia, obesidad o la presencia de dispositivos condicionales o marcados directamente como incompatibles, dejaban a los pacientes sin poderse realizar la prueba diagnóstica indicada, comprometiendo la calidad asistencial de nuestro servicio.

A partir del análisis de la situación, se elaboraron e implantaron dos protocolos específicos con enfoque centrado en el paciente:

1. Entrevista de seguridad. Establece un procedimiento estructurado de acogida y filtro previo, realizado por los Técnicos Superiores de Imagen para el Diagnóstico (TSID), que permite anticipar riesgos y valorar adecuadamente la compatibilidad y garantías de seguridad y confort para el paciente.
2. Protocolo de resolución de incidencias. Se define un circuito de recuperación de exploraciones no realizadas o interrumpidas, en coordinación con radiólogo responsable de calidad y coordinación de calidad técnica del servicio, garantizando la trazabilidad del caso, y se estudian diferencias opciones individualizadas para poder realizarla o la propuesta de alternativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implantación de ambos protocolos ha permitido transformar la situación de imposibilidad inicial de realizarse la RM al paciente, a poder realizarse con seguridad.

La gestión centralizada de incidencias ha permitido detectar y acortar las demoras en la realización de la RM y asegurar su realización en condiciones óptimas.

La coordinación entre TSID, radiólogos, administrativos y médicos prescriptores, ha facilitado una respuesta personalizada, sin recurrir automáticamente a la sedación innecesaria.

SE PUEDE CONSEGUIR, PERO CUESTA. CREACIÓN DE UNA ASOCIACIÓN AUTONÓMICA DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE PACIENTES

 FERNANDO ARNAU CARDA; MANUEL GÓMEZ BAUTISTA

 ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA

Identificador: 294

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Nuestra Comunidad Autónoma cuenta con ocho Áreas de Salud de tamaños y dotaciones asistenciales diferentes. Con independencia del tamaño de las Áreas, la asignación de recursos humanos destinados específicamente a la calidad asistencial y a la seguridad de pacientes se reduce a un facultativo y un enfermero en el mejor de los casos. Su actividad se circunscribe a lo referente a su Área de Salud, por lo que la comunicación entre todos ellos es limitada.

La carencia de una Asociación autonómica englobada en la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) no es una necesidad sentida ni por las instituciones ni por los profesionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto pretendía conseguir dos objetivos a corto plazo, mejorar la comunicación entre los coordinadores y establecer un foro técnico común en el que poder debatir y consultar temas específicos de nuestra tarea profesional.

La favorable evolución del grupo de coordinadores nos permitió plantear un objetivo adicional, que pasó a ser nuestro objetivo principal, la creación de una asociación autonómica de calidad asistencial y seguridad de pacientes de carácter técnico e independiente.

Como objetivo a medio plazo se estableció la incorporación como Asociación autonómica a la SECA.

La realización de convocatorias mediante videoconferencia fue la primera propuesta a desarrollar, constituyéndose un foro técnico en el que plantear y proponer soluciones a problemas comunes.

El siguiente paso fue la comunicación de esta iniciativa a los Servicios Centrales de nuestro Servicio de Salud y Consejería, solicitando su apoyo y participación.

La constitución de una Asociación científica sin ánimo de lucro conlleva una serie de pasos de carácter administrativo que suponen dedicación y, sobre todo, implicación personal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La Asociación de Calidad Asistencial y Seguridad de Pacientes es una realidad en nuestra Comunidad Autónoma, contando con 329 socios, de inscripción gratuita, a finales de 2024.

Se ha incrementado el número de socios de SECA a título individual, pasando de 3 en junio de 2024 a más de 20 a fecha de hoy.

La Asociación convocó en octubre de 2024 la I Jornada técnica y en noviembre de 2025 está convocada la segunda edición.

Como Asociación somos jóvenes y nos falta de todo, pero hemos llegado hasta aquí y nuestra intención es permanecer, mejorar y tener presencia en el ámbito de la Calidad Asistencial y Seguridad de Pacientes.

Es necesario que nuestra Comunidad Autónoma esté representada en la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Con todo y a pesar de que cueste, cuando pides ayuda a personas relevantes no dudan en aportar lo que saben, por lo que les agradecemos su apoyo a este proyecto.

RECONOCER EL MÉRITO Y PONERLO A TRABAJAR. LA ACADEMIA DE DOCTORES Y LAS JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

 FERNANDO ARNAU CARDA; MANUEL GÓMEZ BAUTISTA

 ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA

Identificador: 295

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En nuestro Área de Salud la investigación no ha sido una prioridad, lo que ha provocado que no sea una actividad relevante para los equipos directivos y, en consecuencia, para los profesionales.

La comunicación de la investigación que se realiza es muy limitada, por lo que se desconocen los proyectos desarrollados por los distintos servicios asistenciales.

En la Unidad de Calidad Asistencial y Seguridad de Pacientes sabemos que la investigación mejora la asistencia sanitaria y queremos fomentarla generando una cultura de publicación de la actividad investigadora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Incrementar el número de tesis doctorales realizadas y publicadas por los profesionales de nuestra Área de Salud.

Planteamos tres objetivos secundarios, promover la visibilidad intrahospitalaria de la investigación que ya se realiza, facilitar las tareas de investigación entre nuestros profesionales y reconocer el mérito y esfuerzo de la investigación.

Desarrollamos dos propuestas: 1) la programación de una Jornada de Investigación, en la que se expone la actividad investigadora propia en varios apartados: exposición de tesis doctoral, investigación en enfermería, investigación clínica y ensayos clínicos; se complementa con la perspectiva de un paciente y con la presentación de la actividad investigadora de una empresa no sanitaria pero vinculada al mundo de la salud. 2) la creación de la Academia de Doctores del Área de Salud, en la que están representadas todas las categorías profesionales con acceso al título académico de doctor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2024 organizamos la I Jornada de Investigación del Área de Salud, con una participación presencial de 113 profesionales, y en junio de 2025 se celebra la segunda edición.

La Academia de Doctores se constituyó en junio de 2024 con 27 profesionales que ostentan el título académico de doctor. Se han celebrado cinco reuniones, con asistencia presencial o telemática. La primera propuesta de la Academia de Doctores ha sido la creación de un Comité de Ética de la Investigación de carácter local, ya aceptada por la Gerencia del Área y comunicada a la Consejería de Salud para su autorización.

A pesar de tener presencia en muchos foros, reuniones y congresos, la investigación no es una actividad especialmente relevante para los profesionales de nuestro Área de Salud.

La comunicación de la investigación que se realiza no es prioritaria para los profesionales y servicios, perdiéndose así la capacidad de ser conocida por el resto de servicios clínicos.

Se deben desarrollar estrategias para dar relevancia a la investigación que se realiza en los centros asistenciales de tamaño medio y sostenemos que la organización de Jornadas de Investigación y la creación de la Academia de Doctores deben ser los primeros pasos.

“MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE A TRAVÉS DE LA OPTIMIZACIÓN DE LA RESONANCIA

 Miguel Angel Hernandez Perez; Vicente Martin Garcia; Rossana Abreu Rodriguez

 Hospital Univ . Ntra. de Candelariaa

Identificador: 296

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central que requiere estrategias de seguimiento precisas para evaluar la evolución de las lesiones y determinar la respuesta al tratamiento. La resonancia magnética (RM) cerebral es la herramienta de elección en la práctica clínica para el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo, en muchos centros se identifica la necesidad de optimizar tanto los protocolos como la organización en el acceso a este recurso. Este trabajo busca abordar estas limitaciones con el objetivo de mejorar el diagnóstico y facilitar la toma de decisiones clínicas en pacientes con EM.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los principales objetivos incluyen: (1) establecer un protocolo corto de RM cerebral para el seguimiento de pacientes con EM, (2) optimizar el tiempo promedio de realización de la RM cerebral, y (3) crear una agenda específica para atender a estos pacientes de manera organizada. Adicionalmente, como objetivos secundarios, se busca: (1) identificar qué parámetros de la RM son de mayor utilidad en la práctica clínica habitual, (2) proponer un modelo estándar de informe de RM específico para EM, y (3) desarrollar un protocolo de RM adecuado para su uso en el contexto post-recaída.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implementación del protocolo corto en RM cerebral permitió reducir significativamente los tiempos medios en todas las fases del proceso. El nuevo protocolo tiene una duración 10 minutos, tuvo un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, al disminuir el tiempo medio de espera para la realización de la prueba a 29 días, facilitando un acceso más ágil al servicio. Además, el tiempo que el paciente permanece en la unidad de radiología, se redujo a 26 minutos, minimizando su tiempo de espera en el hospital. Por otro lado, los tiempos asociados a la visualización de las imágenes y la redacción de informes por el equipo de radiología se redujeron a 1 semana, acelerando la disponibilidad de resultados relevantes favoreciendo la toma de decisiones terapéuticas oportunas

Conclusión:

Este proyecto demuestra que es posible optimizar el seguimiento con RM cerebral en pacientes con EM mediante un protocolo breve y una gestión específica de citas. Estas estrategias reducen los tiempos de exploración, mejoran la calidad de los informes, limitan la carga administrativa y ofrecen una experiencia de atención más ágil y eficiente a los pacientes. Los resultados obtenidos constituyen un modelo replicable en otros centros especializados, orientado tanto a la práctica clínica habitual como a contextos de manejo post-recaída.

ALIANZA HOSPITAL-AYUNTAMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN ANUAL DE JORNADAS ABIERTAS PARA PREVENCIÓN 1ª Y 2ª DEL CÁNCER DE MAMA

 Judith Martínez González; José Miguel Blanc Molina; Andrés López Casañas; Patricia Maurelos Castell; Rocío Díaz Fuentes; Carmen Carreira Gómez

 Hospital Universitario de Fuenlabrada

Identificador: 297

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud importante, siendo el tumor más diagnosticado en el mundo, y el más común en mujeres en España donde la tasa de incidencia se estima en 132 casos por cada 100.000 habitantes.

Existen factores de riesgo modificables que interesa dar a conocer para disminuirlos (tener sobrepeso u obesidad después de la menopausia, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo), y simultáneamente se promueven de hábitos saludables. Se considera lo anterior prevención primaria del cáncer de mama, enfocado en evitar que la enfermedad aparezca.

Por otro lado, existen programas de cribado mamográfico poblacional cada dos años (50-69años), cuyo objetivo es la detección precoz de la enfermedad en fase preclínica para reducir la mortalidad por cáncer de mama, aplicar tratamientos más efectivos y menos agresivos, lo que aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye la morbilidad. El porcentaje ideal de participación en el programa de cribado de cáncer de mama es del 80% o más, para ello es necesaria la máxima difusión entre las mujeres, se considera prevención secundaria.

OBJETIVOS

promocionar hábitos de vida saludable en la población y conseguir máxima difusión del programa de cribado mamográfico que se hacen coincidir celebración de 19 de octubre, día de la lucha contra el cáncer de mama

METODOLOGÍA

el ayuntamiento de nuestro municipio junto con el servicio de Diagnóstico por Imagen organizamos anualmente jornadas multidisciplinarias abiertas al todo el público junto con difusión en redes sociales, a través de asociaciones locales, cartelería, asistencia a entrevistas en programas de radio local para difusión y promoción de las actividades realizadas. Los programas de los eventos son completos y variados (talleres, recitales, testimonio de pacientes, rondas de preguntas) junto con las ponencias de divulgación científica adaptada, realizadas por facultativos y TSID, que realizamos desde el servicio de Diagnóstico por Imagen.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Establecer esta vía de interacción directa y periódica fuera del entorno hospitalario, es beneficioso tanto para sanitarios como para los ciudadanos, no permite conocer las inquietudes y demandas de la ciudadanía, y la dedicación de tiempo en muchas ocasiones escaso en la práctica clínica habitual.

Consigue divulgar prevención primaria y secundaria de diversas enfermedades, pero enfocado en el cáncer de mama en nuestro caso y aumentar la cultura sanitaria de nuestro entorno.

Año tras año la asistencia es masiva con excelente acogida por parte de los y las ciudadanos, y ha contribuido a que nuestro municipio sea el que más mujeres fidelizadas aporta al programa de cribado mamográfico (cumpliendo los porcentajes deseables de asistencia al cribado)

SEGURIDAD CLÍNICA EN ESTUDIO MULTICÉNTRICO: UNIFICAR CUIDADOS, PREVENIR LESIONES EN PACIENTES CRÍTICOS EN DECÚBITO PRONO

😊 Leire Maculet García ⁽¹⁾; María Jesús Rodríguez Alonso ⁽²⁾; Aránzazu Alonso Rodríguez ⁽³⁾; Paloma Gasco Gasco ⁽⁴⁾; María Acevedo Nuevo ⁽⁵⁾; Montserrat Solís Muñoz ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ⁽²⁾ Hospital Universitario La Princesa; ⁽³⁾ Hospital Universitario Central de Asturias; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario de Torrejón; ⁽⁵⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda; ⁽⁶⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro

Identificador: 298

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La implantación de protocolos de cuidados basados en la evidencia y la formación de los profesionales implicados reduce el riesgo de lesiones y úlceras por presión (UPP) relacionadas con el decúbito prono (DP) en pacientes críticos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general: unificar cuidados basados en la evidencia para reducir el riesgo de lesiones y UPP en pacientes críticos sometidos a DP, en el contexto de un ensayo clínico multicéntrico nacional. Objetivos específicos: (1) Elaborar un protocolo de cuidados de preparación, manejo y ejecución de cuidados antes, durante y después de colocar a pacientes críticos en DP. (2) Unificar los productos sanitarios a usar para prevenir UPP y evitar sesgos de variabilidad en la práctica clínica. Métodos: [SM1] Estrategia multietapa: (1) Constitución equipo multidisciplinar experto en cuidados críticos, UPP, calidad e investigación. (2) Búsqueda bibliográfica-Revisión evidencia: Pubmed, CINAHL, Cochrane, UpToDate, Sociedades Científicas. (3) Revisión protocolos prevención UPP y manejo DP de las UCI participantes (Hospital Universitario Puerta de Hierro, Hospital Universitario de Torrejón, Hospital Universitario La Princesa, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital Universitario de Navarra). (4) Elaboración protocolos en base a evidencia científica: prevenir UPP y manejo DP en paciente crítico. (5) Aprobación protocolos por Dirección y Unidad Calidad de Hospitales. (6) Implementación en UCI de estudio multicéntrico.

RESULTADOS

Se ha contado con un equipo multidisciplinar formado por 21 profesionales de 7 Hospitales españoles.

Se seleccionaron 88 referencias bibliográficas para encontrar la mejor evidencia que respalde los cuidados previos, durante y posteriores a la maniobra de DP: profesionales implicados, recursos materiales, preparación, briefing, técnicas, cuidados post-prono, postura; con especial atención a aquellas recomendaciones enfocadas al cuidado de la piel y la prevención de UPP: valoración del riesgo, higiene, hidratación, cuidados piel general, cuidados específicos, manejo de humedad, movilización, cuidados enfermería, SEMP, necesidades nutricionales, productos. Todo ello con un exhaustivo registro y el apoyo de infografías. Este trabajo ha permitido iniciar un estudio de investigación multicéntrico financiado que pretende aportar nuevas evidencias sobre el tema y profundizar en la investigación de cuidados de excelencia en el paciente crítico.

CONCLUSIONES

La estandarización de la práctica clínica es crucial para la seguridad del paciente. La unificación de protocolos de cuidados de las UCI participantes en el ensayo clínico multicéntrico nacional ha permitido corregir la variabilidad en la práctica clínica, evitar los sesgos derivados de la misma, y se presenta como una base sólida para garantizar una mayor seguridad y calidad asistencial en la atención de los pacientes críticos que requieren DP.

USO DE SUJECCIONES FÍSICAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y UCI: AVANZANDO HACIA LA SUJECCIÓN CERO

 María Acevedo Nuevo; Pablo Cazallo Navarro; Montserrat Solís Muñoz; Carolina Ruiz Entrecanales; Dolors Montserrat i Cape-lla; Begoña de Andrés Gimeno

 Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Identificador: 299

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso sistemático de Sujeciones Físicas (SF) es cada vez más cuestionado desde la Seguridad, la Atención centrada en el Paciente,... planteándose un uso excepcional, reflexivo y ajustado a los estándares ético-legales actuales. Así, se vienen desplegando medidas encaminadas a la sujeción cero que empiezan por analizar la situación real de uso en cada centro.

OBJETIVOS

Describir y caracterizar el uso de SF en áreas de hospitalización de adultos, general y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en términos de frecuencia y adherencia a las recomendaciones.

Método

Estudio observacional llevado a cabo en áreas de hospitalización y UCI de adultos (se excluyeron Urgencias y Salud Mental) de un hospital de 3º nivel entre Febrero y Abril de 2025. Recogida de datos: observación directa, entrevista con los profesionales asistenciales y revisión de historias clínicas en 3 auditorías con periodicidad de 3-4 semanas. Tiempo de observación por paciente: 12 horas (desde las 22 horas hasta 10 horas del día siguiente). Principales variables: prevalencia de sujeciones y/o barandillas, tipo de sujeción, prescripción e información/consentimiento de la medida, medidas alternativas previas al uso de SF, complicaciones derivadas de su uso y registro.

RESULTADOS

Se incluyeron 474 pacientes pertenecientes a 20 unidades en la 1ª auditoría, 459 pacientes de 19 unidades en la 2ª y 469 pacientes de 19 unidades en la 3ª (N=1402 pacientes). No se detectaron sujeciones en las UCI. La mediana de prevalencia en áreas de hospitalización general fue del 0% (RIC=4%), 0% (RIC=0%) y 0% (RIC=2%) en cada una de las auditorías realizadas. En las distintas observaciones se observaron prevalencias especialmente elevadas, hasta el 15,44%, en determinadas unidades de hospitalización. La media agrupada de SF en las 3 observaciones fue del 1,66% (N=23). En el caso de las barandillas de la cama, se alcanzó una prevalencia del 59.96%.

Se analizaron variables relacionadas con la caracterización y calidad de la SF en 23 casos. El 82,61% (N=19) fueron SF de 5 puntos y existía prescripción médica escrita en el 91,30% (N=21). El formulario de registro y seguimiento sólo se encontraba cumplimentado en el 8,70% de los casos. Dadas las deficiencias en el registro, no se pudo realizar análisis de las medidas descartadas con anterioridad al uso de sujeciones, de la información/consentimiento por parte del paciente/familia o de las complicaciones derivadas de su uso.

CONCLUSIONES

La escasa bibliografía referente a SF en el ámbito sanitario dificulta la comparación de resultados; sin embargo, la ausencia de sujeciones en UCI y la baja prevalencia en hospitalización, pueden interpretarse de manera positiva y en relación con las políticas desplegadas hacia sujeciones cero. Sin embargo, se detectaron casos excepcionales de uso de SF sin prescripción y una ausencia sistemática de registro. Estos datos deberán tenerse en cuenta para seguir avanzando en la desimplantación de esta práctica de bajo valor.

TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN: UN ESPACIO DE MEJORA PARA UNA EXPERIENCIA MÁS HUMANA Y CENTRADA EN EL PACIENTE

 Gemma Flores Mateo; Marta Peña García; Edgar Canal Figueras; Sílvia Ferrer Francès; Joan Adserà Quesada

 Xarxa Santa Tecla Sanitària, Social i Docent

Identificador: 300

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El proyecto Espacio para la Mejora de la Experiencia (EME) muestra cómo la cocreación entre pacientes y profesionales permite impulsar acciones concretas que transforman la atención en términos de accesibilidad, comunicación, humanización y calidad percibida. Esta iniciativa representa un modelo replicable de cambio organizativo alineado con los valores de la calidad asistencial y orientado a una atención más empática, participativa y centrada en las personas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es el de integrar de forma transversal la cultura de la experiencia del paciente en la organización, promoviendo una atención sanitaria más humana, participativa y comprensible. Para ello, se busca sensibilizar a los profesionales, facilitar servicios accesibles y desarrollar una gestión orientada a la mejora continua, dando respuesta a las expectativas y necesidades reales de pacientes y ciudadanía.

METODOLOGÍA

Se adoptó un enfoque centrado en el paciente basado en la cocreación. A través de espacios participativos, pacientes y profesionales colaboraron en el diseño, implementación y evaluación de acciones de mejora. Las intervenciones se estructuraron en torno a diez ámbitos clave: gestión del tiempo, calidad de la visita, información, comunicación, participación, accesibilidad, continuidad asistencial, prescripción y adherencia, entornos físicos, apoyo emocional y valores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2024 se celebraron 13 reuniones del grupo EME y se impulsaron 8 proyectos estratégicos, entre ellos: desarrollo de materiales informativos y visuales, incorporación de la voz del paciente mediante un panel asesor, rediseño del portal de salud, creación de nuevos canales de comunicación y encuestas de experiencia, mejora en los sistemas de citación por SMS, elaboración de un manual de gestión de reclamaciones y formación en resolución de conflictos.

CONCLUSIONES

El Espacio para la Mejora de la Experiencia ha demostrado ser una herramienta eficaz para impulsar cambios organizativos orientados a una atención más centrada en las personas. La participación activa de pacientes y profesionales ha permitido avanzar hacia una cultura institucional más empática, sensible y alineada con los valores de la atención humanizada

INFORMES DE ALTA MÁS CLAROS: SUMANDO OTRAS VOCES

 Gemma Flores Mateo; Carme López Alcoverro; Sílvia Carmona Garias; Milagros Pérez Moreno; Marta Peña García

 Xarxa Santa Tecla Sanitària, Social i Docent

Identificador: 301

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los informes médicos son documentos esenciales para la continuidad asistencial, pero con frecuencia presentan dificultades de comprensión por parte de los pacientes. La incorporación de perfiles no sanitarios, como una lingüista, una abogada y una documentalista, puede aportar miradas complementarias que contribuyan a mejorar la calidad comunicativa de estos textos.

OBJETIVOS

Analizar la calidad lingüística y comunicativa de los informes de alta e impulsar acciones de mejora mediante la participación de perfiles no sanitarios en la comisión de historias clínicas.

METODOLOGÍA

Se analizó un corpus de 57 informes de alta hospitalaria y de urgencias, centrando la revisión en tres ámbitos: estructura del informe, contenido y uso adecuado de la lengua. El análisis lingüístico se realizó en cuatro dimensiones: aspectos pragmaticosemánticos, léxicos, sintácticos y ortográficos.

RESULTADOS

En cuanto a la estructura, se observó un alto grado de cumplimiento de los datos mínimos requeridos. En el contenido, se detectó una práctica extendida del “copiar y pegar”. Los principales problemas lingüísticos identificados fueron: uso de siglas, símbolos y abreviaturas no explicadas; empleo de términos poco transparentes para los pacientes; abuso de construcciones impersonales; y mezcla de lenguas (catalán y castellano). A partir de estos resultados se desarrollaron diversas acciones de mejora que incluyeron la elaboración de un decálogo sobre el uso del “copiar y pegar” en la historia clínica y la vinculación de la DPO del personal médico a la calidad del informe de alta en urgencias, mediante la evaluación de cinco ítems clave.

CONCLUSIONES

La incorporación de perfiles no sanitarios a la comisión de historias clínicas ha permitido identificar barreras comunicativas relevantes en los informes de alta y diseñar intervenciones concretas para mejorar su claridad y utilidad. Esta experiencia pone en valor el enfoque multidisciplinar como herramienta clave para avanzar hacia una documentación clínica más comprensible, segura y centrada en el paciente.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN ÁREA ASISTENCIAL DE AP

 *Luisa Ramallo Díaz; Esther Díaz Fernández; Mercedes Pérez Ramírez*

 *Dirección Asistencial Sureste. Sermas*

Identificador: 302

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Tras finalizar 2024 se detecta un fallo importante en el adecuado desarrollo del circuito de cribado poblacional para el cáncer de colon en un área de atención primaria (AP) de una Comunidad Autónoma.

Se trata del área de AP con un mayor nº de casos sin seguimiento de cribado de cáncer de colon mediante el test de SOH, existiendo una variabilidad importante entre los centros de salud de la misma pero con factores comunes en cuanto a la revisión de los resultados de estos pacientes incluidos en el circuito.

- Ausencias de profesionales de MF
- Falta de revisión de los resultados del test de SOH
- Ausencia circuito actuación para revisión de pruebas ante ausencia de un profesional.

Esto conlleva un posible retraso diagnóstico, debido a que no se solicitan las colonoscopias de cribado ante resultados positivos.

En diciembre de 2024 el porcentaje de pacientes con sangre oculta en heces positiva incluida en el programa y sin seguimiento era del 8,38%.

Estimando que alrededor de un 14,18% de estos pacientes pueda presentar un informe de cribado de cáncer, un 15% de los mismos un riesgo medio, el 19,70% riesgo bajo y el 21.06% riesgo alto, según los datos del aplicativo utilizado en nuestra Comunidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Reducir el nº de pacientes con SOH + incluido en programa de cribado de cáncer de colon sin seguimiento en un área de AP.
- Promover la cultura de seguridad del paciente en este ámbito.

Se llevan a cabo las siguientes acciones de mejora: Revisión de los datos de corte a nivel de área, comparativa entre áreas y por cada centro de salud, informando a los equipos directivos mensualmente. Envío de los listados de pacientes sin seguimiento a cada centro desde la dirección. Implicación de a los responsables de seguridad del paciente en la revisión de este indicador que forma parte de un objetivo a conseguir. Se pacta acción de mejora este indicador con los equipos en gran parte de los centros de salud del área (28/39). Se revisan los circuitos de actuación para revisión de órdenes clínicas y otros informes ante ausencia de profesional. Se realizan 4 sesiones formativas para repasar conceptos del programa de cribado: cómo obtener los listados de pacientes, dónde obtener la información del programa, cómo registrar correctamente los casos de SOH+, dudas frecuentes. Se envía tras sesión formativa un documento guía. Se revisan de forma trimestral estos datos en los consejos de gestión con los equipos directivos de los centros recordando la importancia de seguir la tendencia a 0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha logrado reducir el porcentaje de pacientes sin seguimiento, del 8,43% al 5,59%, disminuyendo el posible riesgo de retraso diagnóstico y tratamiento y mejorando la seguridad de los pacientes.

Aunque aún queda margen de mejora, seguiremos reforzando la estrategia planteada, siendo fundamental la inclusión de los responsables de seguridad del paciente, con un enfoque que permita implementar prácticas más seguras en los diferentes procesos asistenciales.

TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE INCIDENTES: HACIA UNA CULTURA DE APRENDIZAJE Y DESCENTRALIZACIÓN

 Rosa Sagrista Vidal ⁽¹⁾; Olivia Hernández Villen ⁽²⁾; Montse Gens Barberà ⁽³⁾; Jesus Galvez Mora ⁽²⁾; Xavier Teixidó Huertas ⁽²⁾; Juan José de Haro Amaro ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Joan XXIII; ⁽²⁾ Hospital Joan XXIII; ⁽³⁾ Gerencia Territorial Camp de Tarragona

Identificador: 303

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La mejora de la seguridad del paciente requiere estructuras organizativas que promuevan la participación activa de los profesionales y una gestión eficaz de los incidentes. En este contexto, nuestro centro ha implantado un nuevo modelo organizativo descentralizado, con el objetivo de reforzar la cultura de seguridad y acercar la gestión de los incidentes a las unidades asistenciales. Coordinado por la Unidad de Calidad Asistencial (UCA), este modelo integra comisiones y grupos de trabajo que favorecen el análisis compartido, la toma de decisiones transversal y la implementación efectiva de acciones de mejora. Esta transformación responde a la necesidad de evolucionar hacia sistemas más ágiles, colaborativos y orientados a la mejora continua, con el compromiso y la participación activa de la Dirección como motor clave del cambio.

OBJETIVOS

Analizar los datos de notificación de incidentes del año 2024 y describir el impacto del nuevo modelo de gestión implantado.

METODOLOGIA

Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de las 829 notificaciones recogidas, incluyendo tipología, riesgo, gravedad, perfil del notificador, factores contribuyentes y acciones de mejora, así como la descripción del nuevo marco organizativo basado en comisiones transversales y referentes de seguridad con la implicación activa de la Dirección en todo el proceso.

RESULTADOS

En 2024, en nuestro centro se notificaron 829 incidentes a través del SNISP Cat, con una participación destacada del personal de enfermería (64%). Predominaron los incidentes de gestión clínica, productos sanguíneos y caídas. El 70% fueron de riesgo bajo o muy bajo, y el 35% fueron cuasi incidentes, lo que refleja una detección precoz eficaz. Un 17% de los incidentes implicaron daño al paciente, incluyendo 11 fallecimientos, lo que representa situaciones de riesgo extremo que requieren un abordaje prioritario y la implementación de medidas correctoras. Los factores más comunes estuvieron ligados a fallos organizativos y en la aplicación de protocolos. Se generaron 233 acciones de mejora, de las cuales un 21% se implementaron completamente. El aumento de notificaciones de riesgo extremo se interpreta como un indicador de cultura de seguridad más consolidada.

CONCLUSIONES

La implantación del modelo descentralizado ha supuesto un avance significativo en la gestión de la seguridad del paciente. La alta participación profesional, el incremento de notificaciones —incluidas las de mayor riesgo— y la capacidad de detección precoz evidencian una cultura de seguridad más madura y activa. La descentralización, el análisis compartido de incidentes y la implicación de la dirección han permitido integrar el conocimiento generado en la práctica clínica. Los principales retos futuros son evaluar el impacto real de las acciones implementadas, reforzar la formación continua y garantizar la sostenibilidad del modelo, alineado con la Plataforma de Seguridad del Paciente de nuestra comunidad autónoma.

VIGILANCIA ACTIVA DE EPC EN PACIENTE DE RIESGO: UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

😊 *María Fontana Campos; Greta Amat Baeza; María Alejandra Ávila de Cuellar; Inmaculada López Carrillo; Carmen Saa Requejo; Cristina García Fernández*

🏥 *Hospital Infanta Sofía*

Identificador: 304

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la prevalencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en Europa es un tema de creciente preocupación en Salud Pública. Esto se debe, en parte, a la limitación terapéutica y a la alta mortalidad, así como al impacto económico que lleva asociado. La búsqueda activa de EPC en pacientes de riesgo es una de las medidas que puede reducir significativamente el impacto de las infecciones en relación a la asistencia sanitaria (IRAS) evitando la transmisión de casos y posibles brotes hospitalarios.

OBJETIVOS

Describir los resultados de la vigilancia activa de EPC en pacientes de riesgo y analizar su tendencia temporal durante el periodo 2014-2024.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de los casos positivos para EPC de los pacientes de riesgo que ingresan y un análisis de la evolución temporal desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2024. Para el análisis de tendencia temporal del porcentaje de positivos se realizó una regresión lineal con el programa Joinpoint y se calculó el porcentaje cambio anual (PCA).

RESULTADOS

Se han solicitado 14.632 frotis de búsqueda precoz de EPC al ingreso de pacientes de riesgo entre los años 2014 y 2024. En el screening de pacientes trasladados desde otros hospitales (n=1071) resultaron positivos el 4.1% (n=44). En pacientes procedentes de centros sociosanitarios (n=13.561) resultaron positivos el 2.9% (n=395). Las EPC más frecuentes fueron *Klebsiella pneumoniae* (63.8%) y *E. coli* (25.3%). Los tipos de carbapenemasas caracterizadas más frecuentes fueron: OXA-48 (41.0%) y KPC (7.9%). Especialmente llamativo ha sido el aumento de casos de tipo KPC en 2024 (n=26) respecto a 2023 (n=6). Se observa un alto porcentaje de muestras no tipadas o sin registro con un total de 206 (46.0%). El mayor porcentaje de positivos se ha observado en 2015 (5.2%) y el menor en 2021 (1.1%). Al realizar una regresión de Joinpoint se observa un cambio de tendencia en 2022 con un periodo descendente significativo entre los años 2014-2022 (PCA: -14.2) y un periodo ascendente no significativo entre los años 2022-2024 (PCA: 59.1).

CONCLUSIONES

La vigilancia activa de EPC en pacientes de riesgo procedentes de residencias socio-sanitarias y traslados hospitalarios permite un aislamiento precoz y es una medida que evita transmisibilidad y futuros brotes hospitalarios contribuyendo a la seguridad del paciente. En concordancia con los datos regionales, el microorganismo más frecuentemente aislado ha sido *Klebsiella pneumoniae* y el tipo de carbapenemasa más habitual fue la OXA-48 con un importante aumento en el último año de KPC. Tras los 2 años de mayor incidencia de la pandemia COVID-19 (2020 y 2021) se observó una tendencia ascendente del porcentaje de positivos que habrá que vigilar y analizar en próximos años.

CUIDADOS PALIATIVOS TEMPRANOS PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

 MARTA CALLEJAS CHARAVÍA

 H. U.PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 307

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes sometidos a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) se enfrentan a desafíos importantes debido a la quimioterapia intensiva, que provoca síntomas severos. Además, la neutropenia resultante requiere aislamiento inverso, lo que conlleva un sufrimiento psicológico que con frecuencia es subestimado por los clínicos.

OBJETIVOS

Comparar la calidad de vida medida con la escala FACT-BMT en pacientes sometidos a TAPH que son manejados conjuntamente por Hematología y el equipo hospitalario de cuidados paliativos y de soporte (HSPC), frente a un grupo sin intervención del HSPC; y comparar el control sintomático en ambos grupos utilizando la escala ESAS.

METODOLOGÍA

Este estudio compara dos grupos: el grupo experimental (GE), que recibe seguimiento tanto de Hematología como de Cuidados Paliativos, y el grupo control (GC) sin seguimiento por parte del servicio de Cuidados Paliativos. Se utilizaron herramientas de evaluación validadas, incluyendo el Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT) y el Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) en tres momentos clave: día 0 (infusión de progenitores hematopoyéticos), día +7 (aplasia medular y pico de síntomas) y día +21 (fase de recuperación).

RESULTADOS

Se analizaron 92 pacientes, 46 en cada centro. En el día 7, los resultados de FACT-BMT fueron mejores en el GE (mediana: 88.5; IQR: 15.75) comparado con el GC (mediana: 101; IQR: 24.5), y esta diferencia persistió hasta el día 21. Notablemente, en el día 0, el resultado promedio de FACT-BMT fue mayor en el GC (107.6) que en el GE (90.5). Esto puede atribuirse a un mayor número de pacientes con discrasias de células plasmáticas en el GE, quienes habían sido seguidos por Cuidados Paliativos desde el diagnóstico y, como resultado, llegaron al trasplante con una menor carga sintomática.

En la evaluación ESAS, el manejo del dolor fue más efectivo en el GE (35% recibían analgésicos de tercer escalón frente al 8.7% en el GC). Además, una mejor gestión del dolor, especialmente dirigida a la mucositis y a la tolerancia a la ingesta oral, condujo a una menor necesidad de soporte nutricional: el 10% de los pacientes en el GE requirieron nutrición parenteral, comparado con el 26% en el GC. Todo esto se reflejó en los días de hospitalización (desde el día de la infusión): el grupo control tuvo una estancia más prolongada (mediana: 18 días; IQR: 4) en comparación con el grupo experimental (mediana: 12 días; IQR: 6).

CONCLUSIONES

Con base en los datos analizados, la colaboración entre la Unidad de Cuidados Paliativos y el Servicio de Hematología en el tratamiento de pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos mejora significativamente la carga sintomática, y por tanto, la calidad de vida durante la fase aguda del proceso.

SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA PARA REDUCIR REINGRESOS

 Ruth Maria Gonzalez Ferrer ⁽¹⁾; ALBERTO FORERO DE LA SOTILLA ⁽²⁾; VIRGINIA MARIA GRACIA LORENZO ⁽³⁾; MARIA PILAR ARCOS PEREDA ⁽⁴⁾; ALEJANDRO GARCIA AZORÍN ⁽²⁾; DOLORES CASTILLO MUÑOZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL DEL TAJO; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO; ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES; ⁽⁴⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Identificador: 308

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardiaca es una de las principales causas de ingreso hospitalario en pacientes mayores. La implementación de estrategias de seguimiento precoz tras el alta puede reducir significativamente los reingresos y mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS

1. Reducir los reingresos en los primeros 30 días tras el alta por insuficiencia cardiaca.
2. Aplicar una vía clínica estructurada para la adecuación del tratamiento.
3. Incorporar la ecografía clínica como herramienta habitual en la valoración del paciente.
4. Monitorizar la evolución del grado de congestión para optimizar el tratamiento y detectar precozmente la descompensación.

METODOLOGÍA

En 2022 se diseñó una vía clínica que establecía el proceso asistencial tras el alta hospitalaria, incluyendo dos evaluaciones: una entre los días 7 y 15 del alta, y otra entre los días 21 y 30 del alta. La primera se realizaba en hospital de día, y la segunda, según evolución, en hospital de día o consultas externas. Las valoraciones incluían ecografía clínica, revisión de medicación, analítica y administración de furosemida intravenosa si se detectaban signos de descompensación. Se asignaron dos facultativos de Medicina Interna, en función de si la atención era en hospital de día o consulta, para realizar las valoraciones y se incluyeron aspectos como conciliación terapéutica, manejo de comorbilidades, situación basal y educación del paciente y cuidador.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante 2023-2024, el 85% de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en Medicina Interna fueron incluidos en el seguimiento estructurado. La mortalidad durante el ingreso fue del 11%. En el periodo 2021-2022, la tasa de reingresos por insuficiencia cardiaca era del 11%. Tras la implementación del programa, los reingresos se redujeron al 5,49% en 2023 y al 3,9% en 2024, con una media del 4,70% en el bienio, lo que representa una reducción superior al 50%.

Estos resultados reflejan el impacto positivo del seguimiento estructurado en la evolución clínica de los pacientes, permitiendo una intervención precoz ante signos de descompensación, una mejor adherencia terapéutica y un control más estrecho de las comorbilidades. La ecografía clínica se consolidó como herramienta clave en la toma de decisiones, y el modelo de atención permitió una mayor continuidad asistencial y personalización del tratamiento.

El seguimiento estructurado tras el alta hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardiaca ha demostrado ser eficaz para reducir los reingresos, mejorar la calidad de vida y optimizar el tratamiento. La implementación de una vía clínica clara, el uso sistemático de la ecografía clínica y la atención coordinada en hospital de día y consultas externas han sido elementos clave del éxito del programa. Este modelo es replicable y puede contribuir a mejorar los resultados en salud en una patología de alta prevalencia y gran impacto asistencial.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN TIEMPO REAL: MAPA DE SITUACIÓN DE URGENCIAS INFANTIL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

😊 M^a Dolores Melgares de Aguilar Ferreira; Ana Patricia Navarro Egea; Dolores Beteta Fernández; Juana M^a Matínez Guirao; Rosa Belén Martínez Egea; M^a Reyes Campillo Palomera

🏥 HCU Virgen de la Arrixaca

Identificador: 309

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención en urgencias pediátricas requiere una gestión ágil, segura y coordinada. La ausencia de herramientas visuales y actualizadas en tiempo real puede dar lugar a demoras, errores en la priorización y dificultades en la coordinación del equipo asistencial. Ante esta necesidad, se plantea la implantación de un listado de situación digital que centralice la información clínica y operativa de los pacientes, con el objetivo de mejorar la eficiencia asistencial y la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar un listado digital de situación en tiempo real para urgencias pediátricas.

Mejorar la visibilidad del estado y ubicación de los pacientes.

Optimizar la coordinación del equipo asistencial.

Contribuir a la seguridad del paciente mediante un seguimiento continuo y actualizado.

METODOLOGÍA

Tras identificar una oportunidad de mejora a través de la metodología LEAN, montamos un grupo de trabajo multidisciplinar para realizar una herramienta digital, visual, accesible y rápida.

Se diseñó e implementó un listado digital accesible desde cualquier punto del hospital, que muestra, en tiempo real la dos bloques de información diferenciados.

En una primera página, muestra el número de total de pacientes y, por espacio físico, junto al color que se le ha asignado en el triaje, según su gravedad. En una segunda página, aparece la información clave de los pacientes que han sido clasificados con 'inestables' o con 'necesidad de observación'. Entre los datos que aparecen están el nivel de triaje, la edad, la gravedad y el motivo por el que acude.

En el desarrollo del proyecto, dentro del ciclo PDCA, nos encontramos en la fase Action. Se ha iniciado una fase piloto con formación al personal y recogida de observaciones cualitativas para ajustes funcionales. Se prevé una evaluación posterior mediante indicadores de eficiencia y seguridad.

RESULTADOS

El proyecto se encuentra en fase de implantación, se espera que contribuya a:

Creación de un listado digital de situación en tiempo real para urgencias pediátricas.

Disminuir errores relacionados con la ubicación o duplicación de actuaciones.

Mejorar la comunicación entre profesionales y la trazabilidad de la atención.

Aumentar la percepción de control y seguridad por parte del equipo asistencial.

CONCLUSIONES

La implantación de un listado de situación en tiempo real supone una intervención organizativa de alto impacto en la calidad asistencial de urgencias pediátricas. Su desarrollo e integración progresiva permitirán evaluar su efectividad en términos de eficiencia, seguridad y satisfacción. Las herramientas digitales son clave para avanzar hacia una atención más segura, coordinada y centrada en el paciente.

No requiere la introducción de nueva información, sino que se nutre con la que ya cuenta el sistema. Es un diseño replicable en otros servicios, finalizado nuestro proyecto se propondrá como mejora para desarrollo del sistema de calidad y seguridad de nuestro hospital.

REGISTRO DIGITAL DE ACTIVIDAD FORMATIVA Y CIENTÍFICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA

 *Marta Sáenz de Tejada López; Cristina González Pérez; Susana Sánchez Suárez; Maria Teresa Benítez Giménez*

 *Hospital Clínico San Carlos*

Identificador: 310

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La actividad formativa e investigadora de los profesionales sanitarios es un aspecto esencial de la calidad asistencial en los servicios hospitalarios, englobado en el punto “7.2 Competencias” en la norma ISO 9001. La recopilación de la evidencia documental de las actividades formativas suele ser fragmentada, poco sistematizada y acusa sesgo de recuerdo, lo que dificulta la evaluación objetiva del desempeño global. En nuestro Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH), obtener datos actualizados y completos sobre la participación de facultativos y residentes en actividades científicas y formativas suponía una carga administrativa considerable y comprometía la capacidad del SFH para monitorizar sus indicadores de calidad académica y científica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar e implementar una base de datos centralizada y autogestionada para el registro de la actividad formativa e investigadora de los farmacéuticos del SFH, para facilitar la extracción de indicadores, mejorar la trazabilidad y transparencia como parte del sistema de gestión de la calidad y contribuir a la sostenibilidad ambiental mediante la digitalización de los registros.

En mayo de 2023, un equipo formado por las responsables de investigación y calidad del SFH, jefa de servicio y asesoramiento de la responsable de calidad de un hospital de tercer nivel, diseñó una base de datos según las necesidades identificadas. La base de datos se desarrolló en el software institucional REDCap®, con acceso seguro. Se categorizó por personal, área de conocimiento y categorías de actividad: formación recibida (cursos, congresos, jornadas), ponencias/formación impartida, publicaciones, comunicaciones y participación en proyectos de investigación. Las actividades formativas incluyen el cuestionario de evaluación de formación continuada. Es posible adjuntar justificantes o certificados de cada actividad.

RESULTADOS

Durante el año 2024, 17 de los 31 profesionales de plantilla registraron 84 actividades formativas y 57 actividades científicas. Destacan 40 registros de participación en posters a congresos científicos. La formación se realizó mayoritariamente en áreas como oncohematología (20,1%), pacientes externos (17,3%), infecciosas (14,4%), investigación e innovación (12,2 %), transversal (10,8%) y formulación magistral (10,8%), con una valoración global media de 8,42 ($\pm 1,02$).

Se han generado un informe anual de actividad investigadora y formativa, lo que facilita la evaluación de objetivos y la planificación estratégica del servicio. La percepción de utilidad por parte de los usuarios ha sido positiva, destacando su autonomía y facilidad de registro.

CONCLUSIONES

La digitalización de las actividades formativas e investigadoras mediante una base de datos autogestionada ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la gestión de la calidad en un SFH. Esta iniciativa promueve la responsabilidad individual, optimiza los procesos y fomenta una cultura de sostenibilidad ambiental y mejora continua basada en datos objetivos.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA IA GENERATIVA EN LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN CONSULTAS Y URGENCIAS

 Kenneth Planas Real; Lourdes Canes Moreno; Elisa Marin Ruiz; Mónica Sañé Figueras; Cristina Berbel Bertolo; Esther Martínez García

 Hospital Quirónsalud Barcelona

Identificador: 311

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito asistencial, el ordenador ha pasado de ser una herramienta de apoyo a convertirse en una barrera física y simbólica que interfiere en la relación médico-paciente. Esto empeora tanto la calidad asistencial percibida y la experiencia del paciente en la atención médica, así como la eficiencia del proceso, ya que el médico dedica una parte significativa del tiempo a introducir datos en la historia clínica electrónica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es analizar los beneficios asociados a la utilización de la herramienta de la inteligencia artificial (IA) generativa (Scribe) en los primeros meses desde su implantación. Se pretende evaluar la evolución del tiempo medio de consulta y del Net Promoter Score (NPS) en los servicios médicos que han adoptado la herramienta en el ámbito de Consultas Externas (paciente ambulatorio) y en Urgencias (paciente con gravedad nivel 4-5). Se ha realizado un estudio prospectivo observacional para valorar la satisfacción, el tiempo de atención en urgencias y consultas externas comparando la utilización de Scribe vs. el registro sin el apoyo de la IA. El periodo de observación fue entre enero y mayo de 2025, y las variables estudiadas fueron: tiempo medio de consulta, NPS mensual y grado de uso de Scribe.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron resultados de la implantación de la herramienta de IA generativa en 29 servicios, con una utilización global en enero de 4,9% y 22,05% en mayo en consultas externas. Los servicios con mayor utilización han sido: Cardiología (enero: 0,64%, mayo: 62,11%), Nefrología (marzo: 10,59%, mayo: 61,68%) y Neumología (enero: 0%, mayo: 48,48%). Los Servicios con menor utilización han sido: Neurocirugía (marzo: 0,1%, mayo: 1,01%), Pediatría (febrero: 0%, mayo 11,16%) y Ginecología (febrero: 3,9%, mayo: 13,82%). La reducción de tiempo por consulta ha sido de -4,52%, con mayor reducción en Cirugía General (-20,67%), Endocrinología (-16,08%) y Alergología (-5,27%). El NPS global de Consultas Externas ha aumentado (enero: 69,52 vs. mayo 70,81), observando una mejora global asociada al uso de la IA en los Servicios de Pediatría (+24,16), Neumología (+20,3) y Reumatología (+20,07). En el Servicio de Urgencias no observamos diferencias significativas en el tiempo de atención (54,98 vs 57,03 min), aunque sí una importante mejora en la percepción de la atención recibida (NPS 37,5 vs 60,19).

Conclusión. La implantación del uso de una herramienta de IA generativa (Scribe) ha sido progresiva en esta fase inicial y con buena implantación, sobretudo en servicios médicos con un elevado número de pacientes. Hemos observado una tendencia a la reducción del tiempo en la consulta externa, así como una mejora del NPS global en dicha área. En Urgencias, un servicio con dificultades para obtener un buen NPS por las características del mismo, hemos observado un aumento del 80% de la satisfacción percibida por el paciente. Estudios con mayor número de pacientes y mayor tiempo de seguimiento son necesarios para confirmar nuestros resultados.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA POR SERVICIO DE REHABILITACIÓN

 Beatriz Yusá Cubes; Adrián Cascales Martínez; María Eladia Hernandez Sánchez; Josefa Francisca López Martínez; Sergio Domínguez Sanz; Manuela García Alcaraz

 Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

Identificador: 312

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención al paciente con sustitución total de rodilla (PTR) en nuestro servicio de Rehabilitación es muy heterogénea. Además, no tenemos la certeza de atender a todos los pacientes intervenidos de PTR de nuestro hospital.

La última guía RICA (Recuperación intensificada en cirugía del adulto) del año 2021, en su apartado para la PTR, recomienda la movilización postoperatoria precoz y con respecto al tipo de rehabilitación ninguna es superior a otra.

Queremos revisar la asistencia que estamos dando a los pacientes con PTR. Consideramos que los pacientes deben ser valorados y tratados en el postoperatorio inmediato (durante su ingreso). Queremos consensuar el tipo de tratamiento rehabilitador durante el ingreso y ambulatorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Conocer la actuación del servicio de Rehabilitación sobre los pacientes intervenidos de PTR en nuestro centro sanitario.
2. Realizar un ciclo de mejora abordando los déficits detectados y en base a la evidencia científica encontrada.

Se proponen 5 criterios de progreso y 1 criterio de resultado:

1. Criterio 1: Todo paciente intervenido de PTR debe tener hoja de interconsulta al servicio de Rehabilitación.
2. Criterio 2: Todo paciente intervenido de PTR será valorado por servicio de Rehabilitación.
3. Criterio 3: Todo paciente intervenido de PTR recibirá fisioterapia durante el ingreso.
4. Criterio 4: Todo paciente intervenido de PTR recibirá un tríptico con recomendaciones y ejercicios.
5. Criterio 5: Todo paciente intervenido de PTR se incluirá en tratamiento fisioterapéutico ambulatorio
6. Criterio 6: Todo paciente intervenido de PTR debe ser funcional a los tres meses posteriores a la intervención.

Fuente de datos será Historia informática , sirve para la identificación de los casos y para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios

Marco muestral: Todos los pacientes intervenidos de PTR en nuestro centro sanitario durante el año 2023. El marco temporal para la segunda evaluación sería del 1 de octubre de 2024 al 31 de marzo de 2025. Nº de casos a evaluar (muestra): 60. Método de muestreo: aleatorio simple (previo a la intervención); todo el universo tras la intervención. Mecanismo de sustitución de casos: siguiente caso aleatorio

Tipos de evaluación: Según la iniciativa para evaluar: Interna; según la acción temporal con la acción evaluada: retrospectiva; En relación a las personas responsables de extraer los datos: mixta (autoevaluación y cruzada)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Todos los criterios han presentado mejoría significativa tras la aplicación del ciclo de mejora.

El cumplimiento de los criterios 1 y 2 supone que todos los pacientes PTR son evaluados por el Servicio de Rehabilitación.

El criterio 3 era conseguir que el paciente reciba fisioterapia durante el ingreso (indicador de RICA)

El criterio 4 era la entrega del tríptico durante el ingreso, no se hacía previamente.

El criterio 5 y 6 eran de alto cumplimiento en la primera evaluación, y se han seguido incrementado en la reevaluación.

PLANES DE TRATAMIENTO DE RIESGO PARA LA REDUCCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DE VIOLENCIA: DE LA PLANIFICACIÓN AL ÉXITO

 *Eva Vilchez Estevez; Isabel Del Amo Fernandez; Blas Blanquez Gómez; Isabel Feria Raposo; Javier Muñoz Fernández; Oscar Pino López*

 *Fundació Hospitalàries Sant Boi*

Identificador: 313

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

XXXXX ha implantado una política de gestión de riesgos orientada a la seguridad del paciente, conforme a los requisitos establecidos en la Norma UNE 179003:2013. Esta política está integrada en el plan estratégico de la organización y alineada con su propósito de humanizar la atención a la salud mental.

Uno de los principales retos en este contexto es la prevención y gestión del riesgo de la fenomenología violenta, aspecto crítico en la seguridad del paciente. Para afrontar este desafío, hay conformada una Comisión de Riesgo de Violencia. Ésta desarrolla planes de tratamiento del riesgo (PTR) específicos, fundamentados en la evaluación sistemática de probabilidad y gravedad de los eventos de violencia para la detección de riesgos críticos. Entre estos se incluyen autolesiones, heteroagresiones, consumo de tóxicos, conducta suicida y las contenciones mecánicas realizadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el impacto de la implantación de PTRs, centrados en la prevención de fenómenos violentos, y en la reducción de eventos adversos y medidas restrictivas.

A través del análisis de criticidad, se desarrollaron dos planes de riesgo principales: la reducción de contenciones mecánicas y el abordaje de la conducta suicida.

En el primero, el 2022 se diseñó una estrategia centrada en el modelo Safewards, basado en la reducción de medidas de contención y eventos de conflicto.

Respecto al segundo, el año 2023 se rediseñó el proceso de su valoración y seguimiento según los criterios establecidos por el Plan de Prevención del Suicidio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha detectado una disminución progresiva y global de los episodios de heteroagresión en las unidades de salud mental, oscilando entre el 21 y 67%.

Las autolesiones se han reducido un 51%. Las dos unidades de adolescentes, donde destacaba una mayor criticidad, se han reducido un 20% y 35%. No se han producido suicidios consumados en unidades de hospitalización el último año. En servicios comunitarios se han reducido un 47%.

El consumo de tóxicos, mediante la aplicación de acciones preventivas, se ha reducido un 76%

El uso de contenciones mecánicas se ha reducido sustancialmente en muchos servicios. Concretamente en la unidad de media estancia, se ha reducido una media del 83% en los últimos 3 años. Además, se han establecido alianzas con colaboradores para optimizar el proceso del sistema de sujeción.

Planificar, diseñar y aplicar estrategias para la gestión de riesgos de seguridad del paciente mediante PTRs ha resultado una herramienta valiosa que ha permitido redefinir procesos y con impacto en resultados. Referente a los riesgos relacionados con fenómenos violentos, una planificación exhaustiva y una metodología de implantación de estrategias que han mostrado evidencias favorables en otros contextos, ha permitido una disminución de sus eventos vinculados y de las prácticas coercitivas. Así también se ha dado respuesta a nuestro propósito, ofreciendo una atención más humana, digna, ética y basada en derechos.

PROYECTO CORPORATIVO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

 Carlos Cárdena Pérez; Laura Rubio Ruiz; Laura Isusi Lomas; Lucía Fuster Sanjurjo; María Nieves Martín Sobrino

 Gerencia Regional de Salud Castilla y León

Identificador: 314

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los procesos de atención al paciente oncohematológico (prescripción, validación, elaboración, dispensación y administración de tratamientos) son complejos, presentan riesgos inherentes y difieren entre hospitales. La implantación de una herramienta digital centralizada en una Comunidad Autónoma (CA) facilita la atención integral de calidad, homogénea y equitativa al paciente oncohematológico así como la gestión técnica de la aplicación.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad, seguridad y eficiencia en la atención al paciente oncohematológico.
- Homogeneizar la atención relacionada con la terapéutica del paciente facilitando continuidad asistencial intracentro e inter-centros de la misma CA.
- Facilitar la explotación de datos con valor (clínicos, de actividad, económicos).
- Unificar la contratación, funcionamiento y mantenimiento del programa.

Etapas:

1. Consulta preliminar al mercado para identificar opciones tecnológicas adecuadas.
2. Elaboración del pliego de prescripciones técnicas de procedimiento abierto.
3. Adjudicación del proyecto a la empresa.
4. Formación de equipos multidisciplinares (oncólogos, hematólogos, farmacéuticos, enfermeros e informáticos) que participan en decisiones relacionadas con configuración del aplicativo, en la revisión por pares y la carga de principios activos (PA) y protocolos estandarizados de la base de datos (BD) común. Farmacéuticos e informáticos de Servicios Centrales coordinan los equipos, planifican y realizan seguimiento de la implantación.
5. Implementación progresiva en cada hospital de los diferentes módulos (médico, farmacéutico, elaboración, administración, agendas, explotación de datos) enfocados a la atención y al seguimiento del paciente oncohematológico con tratamiento intravenoso y/o por vía oral. Cada centro parametrizó la BD común según necesidades.
6. Mantenimiento y mejora continua del sistema, asegurando actualizaciones regulares e integración con otros sistemas corporativos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implantación del proyecto se inició en junio-2022, una vez adjudicado. En mayo-2025, el aplicativo con sus diferentes módulos ha sido implementado en seis hospitales de la CA: BD común con 1900 PA y 860 protocolos activos. Más de 12.000 pacientes incluidos en el programa con seguimiento continuo de sus tratamientos oncológicos. La solución apoya a los profesionales en el proceso de atención al paciente oncohematológico: 360 prescriptores, 117 farmacéuticos y 386 enfermeros.

Al tratarse de un proyecto centralizado los principales esfuerzos de coordinación son el consenso en bases de datos y procedimientos y el desarrollo de integraciones técnicas con otros aplicativos clínicos y de gestión.

La implantación de proyectos de transformación digital en la atención integral al paciente oncohematológico dentro del marco de estrategias centralizadas del Servicio Regional de Salud: garantiza la equidad y mejora la calidad asistencial, incrementa la seguridad y fomenta un uso eficiente de los recursos.

PERSPECTIVA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y LESIONES UNGUEALES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

 *Mónica Rodríguez Valiente* ⁽¹⁾; *Miriam De Finis Pallares* ⁽²⁾; *Javier Sánchez Galvez* ⁽³⁾; *Paula Ruiz Carreño* ⁽²⁾; *Patricia Palacio Gaviña* ⁽²⁾; *Jose Luis Alonso Romero* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*; ⁽²⁾ *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*; ⁽³⁾ *Universidad Católica de San Antonio*

Identificador: 315

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la incidencia del cáncer de mama se encuentra en aumento en las últimas décadas. A pesar de que la investigación y las nuevas tecnologías avanzan con fármacos específicos que actúan de forma dirigida frente a tumores, estos tratamientos no están exentos de efectos adversos que merman la calidad de vida de los pacientes. Determinados fármacos pueden producir en los pacientes toxicidades ungueales y lesiones dermatológicas que condicionan el día a día del paciente. En 2023 se solicitó un proyecto para la implantación de una unidad de tratamiento y prevención de lesiones derivadas del tratamiento oncológico que diese respuesta a una necesidad no cubierta. En esta unidad se llevó a cabo un estudio mixto para valorar la perspectiva y calidad de vida de estas pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General:

Evaluar la calidad de vida relacionada con las lesiones ungueales en pacientes con cáncer de mama en tratamiento derivadas a la consulta de lesiones oncológicas.

Objetivos Específicos:

Analizar el estado de salud de las pacientes utilizando el cuestionario EuroQol-5D.

Explorar las percepciones de las pacientes sobre la atención recibida en la consulta mediante la Escala Picker Patient Experience PPE-30.

Diseño del estudio: Estudio descriptivo, transversal, mixto.

Población: Pacientes oncológicas en tratamiento mayores de 18 años atendidas en la consulta con afectación ungueal o dérmica relacionadas con su tratamiento.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de cáncer de mama
- Tratamiento actual o reciente con quimioterapia o inmunoterapia
- Consentimiento informado firmado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con condiciones cognitivas o físicas que limiten la participación
- Rechazo a participar en el estudio

Instrumentos: EuroQol-5D y Escala Picker Patient Experience PPE-30.

El tratamiento de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Los resultados fueron procesados con el programa informático Excel versión 21 y presentados en porcentajes y frecuencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el plazo de 8 meses fueron vistas un total de 65 pacientes, 24 cumplieron criterios por afectación ungueal y tras recibir la información y firmar el consentimiento realizaron los cuestionarios.

Respuestas EuroQol-5D; Movilidad:12/12/0 Cuidado Personal:17/7/0 Actividades cotidianas:9/13/2 Dolor/Malestar:7/14/3 Ansiedad/Depresión:12/11/1 El promedio de la escala de dolor fue de 6.70.

Respuestas PPE-30: Pregunta1 96% Si 4% a veces 0% No Pregunta2 96% Si 4% a veces 0% No Pregunta3 100% Si 0% a veces 0% No Pregunta4 29% Si 71% No Pregunta5 100% Si 0% No Pregunta6 96% Si 4% No.

Las pacientes que sufren lesiones ungueales derivadas del tratamiento oncológico consideran importante y necesaria la creación de unidades que den respuesta a estas lesiones que disminuyen su calidad de vida. Valoran como positivo el trato recibido por los profesionales en la consulta y proponen mejoras como la implantación de más servicios que traten las complicaciones surgidas derivadas del tratamiento.

ADECUACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE HOMBRO EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y ACCIONES DE MEJORA

 *Dolores Álamo Junquera; Josep Maria Bonet Simó; Irene García Sánchez; Anna Albi Arabia; Lidia Palau Morales*

 Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad del Vallés Occidental y del Vallés Oriental

Identificador: 316

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La revisión de la adecuación de la indicación de la ecografía de hombro en atención primaria es fundamental para garantizar un uso racional y eficiente de los recursos sanitarios, mejorar la calidad asistencial y evitar pruebas innecesarias que no aporten valor clínico.

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la indicación de la ecografía de hombro en la atención primaria del territorio e implementar acciones de mejora

METODOLOGIA

1. Revisión de las recomendaciones existentes sobre la indicación adecuada de la ecografía de hombro.
2. Revisión retrospectiva de historias clínicas seleccionadas aleatoriamente de pacientes a quienes se había solicitado una ecografía de hombro desde atención primaria en el último año.
3. Diseño e implementación de acciones de mejora dirigidas a optimizar la adecuación de esta prueba diagnóstica en el ámbito de atención primaria.

RESULTADOS

Se revisaron 253 historias de pacientes a quienes se había solicitado una ecografía de hombro desde atención primaria. El 56,9% eran mujeres y el 36,8% tenían entre 60 y 90 años. Entre las características clínicas destacaron: primer episodio dolor en el 54% de los casos, limitaciones de la movilidad en el 47%, dolor no traumático en el 59%, dolor unilateral en el 85% y realización de exploración física en el 76,7%, aunque incompleta en la mayoría de casos. La derivación a fisioterapia fue del 7,1%.

A partir de estos hallazgos, se implementaron acciones de mejora a nivel territorial en atención primaria: 1) formación en cascada (sesión teórica-vía webinar dirigida a todos los profesionales, formación de formadores centrada en el abordaje práctico de casos clínicos y formación directa a los equipos) y 2) píldoras informativas sobre adecuación de ecografía de hombro difundidas a través de distintos canales (intranet, estación clínica de trabajo, entre otros).

CONCLUSIONES

Los resultados del análisis evidencian áreas de mejora relevantes en el manejo de la omalgia en atención primaria. Se observa una baja derivación a los profesionales de fisioterapia, a pesar de estar integrados en los equipos asistenciales. Asimismo, la exploración física registrada en la historia fue incompleta en un número importante de casos, lo que compromete la calidad del diagnóstico clínico inicial. Finalmente, se identificó un uso prematuro de la ecografía en primeros episodios de omalgia no traumática, en contradicción con las recomendaciones clínicas actuales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover la formación continuada, reforzar el trabajo multidisciplinar y fomentar el uso racional de pruebas complementarias con el fin de mejorar la calidad de la atención al paciente con dolor de hombro.

PROCESO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA: ETAPAS, HERRAMIENTAS Y TRAZABILIDAD

 Anna Fernández Lumbreras; Cristina Vilella Mestres; Dolors Segura Bisbal; Manel Rabanal Tornero; Clara Pareja Rossell

 Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

Identificador: 317

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mejora de la calidad en la asistencia requiere de un enfoque integrado y la colaboración de las distintas partes tanto dentro del sistema de salud como en otros ámbitos, entre ellas las personas y las comunidades. El éxito y la sostenibilidad de los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención dependen de que se integre la prestación de servicios de salud en las medidas y los programas de primera línea en los distintos niveles del sistema de salud (OMS, 19 mayo 2025).

Para mejorar la calidad de los centros sanitarios, además de un entorno normativo propicio, hace falta proporcionar herramientas para facilitar la integración de los modelos de calidad en el día a día de los centros sanitarios y así potenciar la mejora continua.

Los centros de atención hospitalaria aguda han superado una acreditación de calidad en el 2024. Las herramientas proporcionadas han sido eficaces para conseguir el objetivo previsto y han reflejado también las posibilidades de mejora que todavía pueden ofrecer.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es ofrecer un modelo de acreditación a los centros sanitarios, para facilitar la integración de la calidad y la promoción de la mejora continua, y facilitar herramientas para el proceso de evaluación de los centros.

Para llevar a cabo el proceso de una manera ordenada y trazable se ha puesto a disposición de los centros una plataforma web en la que se han podido evaluar los estándares de calidad en cada etapa y englobar a todos los participantes (responsables de calidad y gerentes, evaluadores, comité de acreditación, entre otros).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La utilización de una herramienta en el proceso de acreditación ha garantizado la trazabilidad del proceso, y disponer de resultados del proceso de acreditación. Esto ha permitido realizar un análisis exhaustivo de todas las etapas y así potenciar su mejora. Los resultados obtenidos muestran que los centros han podido realizar todas las fases del proceso en el período correspondiente con la herramienta utilizada. En general, el proceso de acreditación realizado en 2024 y las herramientas disponibles, ha sido útil no solo para superar el proceso de acreditación sino que pretende servir para la integración de la calidad en los centros de atención hospitalaria aguda.

MODELO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE ATENCIÓN AGUDA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ACREDITACIÓN 2024

 *Cristina Vilella Mestres; Anna Fernández Lumbreras; Dolors Segura Bisbal; Manel Rabanal Tornero; Clara Pareja Rossell*

 *Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya*

Identificador: 318

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El modelo de acreditación de hospitales de atención aguda es esencial para asegurar que los centros hospitalarios cumplan con estándares de calidad asistencial, seguridad del paciente y eficiencia organizativa.

En resumen, este modelo no solo certifica el cumplimiento de estándares de calidad, sino que también contribuye a consolidar una atención sanitaria más segura, eficiente y centrada en las personas.

OBJETIVOS

El modelo de acreditación tiene como objetivos fundamentales:

- Evaluar de forma objetiva el cumplimiento de criterios clínicos, estructurales y de gestión. - promover la mejora continua, incentivando a los hospitales a revisar y optimizar sus procesos.
- Reforzar la transparencia y la rendición de cuentas, generando confianza en la ciudadanía.
- Fomentar la equidad y la accesibilidad, asegurando que todos los pacientes reciban atención de calidad, independientemente de su ubicación o condición.

MEGODOLOGÍA

La metodología empleada consistió en la realización de auditorías externas a todos los centros hospitalarios de atención aguda conforme al modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda del 2023. Es un modelo propio inspirado en el marco de excelencia EFQM 2013, con una evaluación estructurada, objetiva y alineada con estándares internacionales de calidad. La aplicación de este enfoque permitió valorar de manera integral el desempeño organizativo y asistencial de los hospitales, identificando tanto sus fortalezas como las oportunidades de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se llevaron a cabo auditorías en un total de 79 hospitales, de los cuales 66 eran de titularidad pública y 13 de carácter privado. El proceso completo, desde la solicitud hasta la resolución, se desarrolló en un plazo de nueve meses, lo que evidencia una notable eficiencia organizativa. Los resultados obtenidos reflejan un alto nivel de calidad asistencial: el 80 % de los hospitales alcanzaron puntuaciones superiores al 90 %, lo que pone de manifiesto el compromiso institucional con la excelencia en la atención sanitaria. El análisis por criterios revela que el área con menor puntuación fue la correspondiente a los resultados en las personas (Criterio 7), con una media de 6,30, mientras que el liderazgo (Criterio 1) obtuvo la valoración más alta, con una media de 9,48. Estos hallazgos permiten identificar fortalezas y áreas de mejora clave para orientar futuras estrategias de calidad en el ámbito hospitalario.

CICLO DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA CON INGRESO HOSPITALARIO

 Amaya Jimeno Almazán ⁽¹⁾; José Eduardo Calle Urrea ⁽²⁾; Cristina Tomás Jiménez ⁽³⁾; Joaquín Almela Bernal ⁽²⁾; Pilar Nieto Martínez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud; ⁽²⁾ Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación; ⁽³⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Identificador: 319

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La neumonía de adquisición comunitaria (NAC) es uno de los procesos infecciosos más prevalentes en nuestro medio, causa habitual de ingreso hospitalario. El manejo diagnóstico y terapéutico de esta entidad se suele realizar de forma incompleta e inadecuada.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC no complicada con ingreso, así como analizar la efectividad de un conjunto de acciones de carácter multidisciplinar implementadas para conseguir su mejora.

METODOLOGÍA

Se realizó un ciclo de evaluación y mejora de la calidad en un hospital regional entre noviembre de 2023 y julio de 2024. Se evaluaron los pacientes que habían precisado ingreso por NAC no complicada y sin factores de riesgo etiológico de *P. aeruginosa* y *S. aureus* resistente a metilicina. Se elaboraron ocho criterios explícitos de calidad que hacían referencia a la obtención de muestras para el diagnóstico y al tratamiento empírico y secuencial. Se evaluaron 75 pacientes antes y 40 después de la intervención. Las medidas de mejora incluyeron, entre otras, formación a profesionales y refuerzo del uso de protocolos en prescripción electrónica (MIRA). Se compararon los niveles de cumplimiento pre y post intervención, y se aplicaron análisis estadísticos de significación.

RESULTADOS

En la primera evaluación, el mayor grado de cumplimiento lo alcanzó el criterio sobre la determinación de SARS-CoV2 (C2; (73/75; 97,3%)), seguido por la solicitud de antigenuria de *Legionella* spp. y neumococo (C1; (64/75; 85,3%)). Los criterios con menor adherencia fueron la duración total de la terapia (C7; 24%) y el tratamiento secuencial a vía oral intrahospitalario (21,3%). Cuatro de los ocho criterios valorados (C8, C7, C3 (obtención de hemocultivos)) y C4 (obtención de cultivo de esputo) acumulaban el 71% del total de incumplimientos.

Tras la implantación de las medidas correctoras, los incumplimientos totales se redujeron de 286 a 219 (mejora global del 23,4%). Los criterios C3 y C5 (mantenimiento del tratamiento según protocolo) experimentaron una mejora estadísticamente significativa, y los criterios C4 ($p=0.051$), C8 ($p=0.061$) y C6 (uso de azitromicina 3 días, $p=0.066$), mostraron una clara tendencia a la mejora. A pesar de las medidas adoptadas, los criterios sobre duración del tratamiento y el cambio a vía oral siguieron mostrando importantes márgenes de mejora.

CONCLUSIONES

La adherencia a la mayoría de las recomendaciones sobre diagnóstico etiológico y tratamiento de la NAC que precisa ingreso eran deficientes. Tras la intervención multidisciplinar, se obtuvo un incremento global del 23,4% en la calidad asistencial. Esto permitió la mejora en la atención de los pacientes, especialmente en lo relativo a las decisiones de tratamiento durante el ingreso. El estudio confirma la necesidad de mantener acciones formativas continuadas, reforzar el uso de protocolos asistenciales y promover estrategias de adecuación del tratamiento antibiótico como elemento clave PROA.

INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA LA MEJORA CONTINUA

 Ana Teresa Domínguez Martín ⁽¹⁾; María Celia Sánchez Martín ⁽¹⁾; María Florencia Neila Pérez ⁽²⁾; Antonio Barrera Martín-Meras ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres; ⁽²⁾ Gerencia del Área de Salud

Identificador: 320

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial constituye un eje estratégico en la transformación del sistema sanitario. En este contexto, los indicadores de calidad de enfermería permiten evaluar de manera objetiva los aspectos críticos de la atención, como la seguridad del paciente, la adecuación de los cuidados y la adherencia a buenas prácticas clínicas. Su análisis sistemático favorece la identificación de áreas de mejora, impulsa la estandarización de procesos y refuerza la cultura de calidad y seguridad entre las/os enfermeras/os, promoviendo la excelencia en los cuidados.

OBJETIVOS

- Analizar la evolución de los principales indicadores de calidad de enfermería en unidades de hospitalización.
- Evaluar el impacto de la sistematización en la recogida y análisis de datos como estrategia de mejora continua.
- Detectar fortalezas y oportunidades de mejora en la práctica enfermera.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional basado en el análisis de datos recogidos mensualmente a través de un cuadro de mandos en Excel. El análisis estadístico empleado fue descriptivo, utilizando medias, frecuencias absolutas y porcentajes para representar la distribución y evolución de los indicadores. Los indicadores incluyen: identificación inequívoca, caídas y valoración de riesgo, úlceras por presión y valoración de riesgo, higiene de manos, flebitis, informe de continuidad de cuidados, revisión carro parada, reclamaciones y acogida de profesionales y pacientes. Los datos se agrupan por unidad asistencial y se consolidan en informes anuales.

RESULTADOS

Durante el 2024 se observaron mejoras progresivas en la mayoría de los indicadores monitorizados. La identificación del paciente y las valoraciones de riesgo (caídas y UPP) presentaron medias elevadas, con unidades que superaron el 97% de cumplimiento. Se evidenció una disminución en la incidencia de eventos adversos, como caídas y úlceras por presión, en comparación con años anteriores. Servicios como Geriátrica y Psiquiátrica destacaron por alcanzar niveles cercanos al 100% en determinados ítems, reflejando una alta adherencia a los protocolos establecidos. La implicación activa de los profesionales de enfermería, junto con la sistematización del proceso de medición, han sido factores clave para estos resultados.

CONCLUSIONES

La implementación estructurada de un sistema de recogida y análisis de indicadores ha mejorado tanto la medición como la interpretación de los datos, permitiendo una evaluación continua y precisa del desempeño enfermero. Esta herramienta ha potenciado la reflexión profesional, la toma de decisiones basadas en evidencias y la mejora continua de los cuidados. La integración de la calidad como elemento transversal en la práctica asistencial se confirma como una estrategia efectiva para ofrecer una atención más segura, homogénea y orientada a la excelencia.

En definitiva, la consolidación de una cultura de seguridad se alza como fundamento imprescindible para garantizar cuidados de calidad y sostenibles en el tiempo.

CUANDO INNOVAR ES SOSTENER: EL DESAFÍO DE MANTENER LA EXCELENCIA EN CUIDADOS.

 *Belén Fernández López-Infantes; Lourdes Sainz de los Terreros Soler; Cristina Gil Hernández; Anabel García Fernández; Raúl Bravo Infantes; Débora Gómez Da Veiga*

 *Hospital Universitario del Sureste*

Identificador: 321

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Como muestra del compromiso con la calidad asistencial, entre 2022-2024, en nuestro centro sanitario se impulsó la implantación y evaluación de buenas prácticas basadas en evidencia científica, utilizando para ello algunas recomendaciones propuestas por Guías de Buenas Prácticas (GBP). Es por ello, en 2025, que nuestro centro ha sido nombrado Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Tras este nombramiento surge un nuevo desafío: consolidar una cultura organizativa centrada en la excelencia y la práctica basada en la evidencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Durante la fase de Sostenibilidad 2025-2026, se plantea como objetivo principal mantener la implantación desarrollada reforzando el compromiso con la excelencia y calidad de los cuidados. Para el siguiente periodo, el propósito es consolidar la transversalidad, dando expansión a las GBP con nuevas recomendaciones para las guías ya implantadas como: Valoración y Manejo del Dolor, Accesos Vasculares, Profesionalidad y Cuidados Centrados en la Persona y la Familia; buscando reforzar el impacto positivo de estas y garantizando la alineación con los objetivos estratégicos de la institución. Además, se implantará una nueva GBP, Fomento de la Seguridad: Alternativa al Uso de Contenciones; buscando humanizar la asistencia sanitaria, promoviendo soluciones seguras para el paciente. Para ello, siguiendo una metodología específica que permitió: el análisis del contexto, de facilitadores y barreras, y de partes interesadas; el equipo coordinador (formado por profesionales expertos en gestión, formación y calidad, con capacidad de liderazgo) diseñó un plan estratégico de sostenibilidad, con acciones específicas para cada guía. Este plan incluye cronogramas por semestre para actividades como: revisión evidencia científica, formación continua, y revisión y actualización de indicadores. Esta metodología, no solo fomenta el trabajo colaborativo y refuerza el rol de los impulsores, también consolida grupos de trabajo interdisciplinarios y facilita la evaluación continua. Asimismo, favorece la identificación de objetivos comunes entre distintas guías, facilitando alineación de estrategias, y fomentando complementariedad entre ellas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En conclusión, para mantener la excelencia en cuidados es necesario diseñar una estrategia estructurada que integre multidisciplinariedad, innovación y liderazgo profesional en la cultura organizativa. En este plan se incluyen un total de 22 recomendaciones propuestas por las Guías de Buenas Prácticas y plantea un total de 48 actividades para confirmar el compromiso por el uso de buenas prácticas basadas en evidencia científica, asegurar su permanencia, además de reforzar el trabajo en equipo, la mejora continua y el compromiso institucional con la calidad asistencial.

INCIDENCIA DE PBO SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, FINANCIACIÓN Y UNIDAD NEONATAL EN ESPAÑA (2021-2023)

😊 *Mónica García Bergón*⁽¹⁾; *Katherina M. Faundez Inostroza*⁽²⁾; *Oscar Martínez Pérez*⁽³⁾; *Alberto Puertas Prieto*⁽⁴⁾; *Rita Salvador López*⁽⁵⁾; *María Luisa de la Cruz Conty*⁽⁶⁾

🏢 ⁽¹⁾ RELYENS MUTUAL INSURANCE Suc. en España; ⁽²⁾ Universidad de Vic- UCC Campus Manresa.; ⁽³⁾ HM Madrid Río; ⁽⁴⁾ Hospital Virgen de las Nieves; ⁽⁵⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ⁽⁶⁾ Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Identificador: 323

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una complicación rara pero de gran impacto. Cuando aparece, marca a familias y profesionales, y señala posibles fallos en el proceso del parto, convirtiéndose en un indicador clave de la calidad asistencial. Vigilar su incidencia es fundamental para identificar áreas de mejora y fortalecer la seguridad obstétrica.

OBJETIVOS

Analizar la incidencia de PBO según tipo de hospital (público/privado) y el nivel de complejidad de las unidades neonatales, explorando cómo estos factores influyen en los resultados clínicos y en las estrategias de prevención.

METODOLOGÍA

Se utilizó el Registro Español de Morbimortalidad Materna y Perinatal, que recoge más del 40% de los nacimientos en España. Los datos son anónimos y provienen de hospitales públicos, privados y de gestión mixta. La clasificación de hospitales y unidades neonatales sigue los criterios oficiales del Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Neonatología.

RESULTADOS

Incidencia nacional y tendencias:

La incidencia de PBO al alta hospitalaria es baja y estable: 0,9 casos por cada 1.000 partos vaginales ≥ 22 semanas en 2023 (IC95%: 0,5-1,2). No hay variaciones relevantes respecto a años anteriores.

Comparativa por tipo de hospital y nivel asistencial:

En hospitales de menor complejidad (nivel 1), la incidencia es 0,0 casos por 1.000 partos. En niveles superiores, la incidencia es de 1,2 (nivel 2), 0,9 (nivel 3) y 1,0 (nivel 4) casos por 1.000 partos. No hay diferencias relevantes entre hospitales grandes y pequeños.

Incidencia según financiación:

Más del 85% de los hospitales del registro son públicos. No se observan diferencias en la incidencia entre hospitales públicos, privados o de gestión mixta, aunque la muestra de estos últimos es limitada.

Incidencia según tipo de unidad neonatal:

Los centros con unidades neonatales avanzadas no presentan más casos de PBO que hospitales más modestos. En hospitales sin unidades especializadas, no se detectan casos, probablemente porque los partos complejos se derivan.

CONCLUSIONES

La baja incidencia de PBO en España refleja el esfuerzo y la formación continua de los equipos obstétricos y neonatales. No se observan diferencias significativas entre hospitales de distinto tamaño, financiación o nivel de complejidad. La vigilancia sistemática y el análisis detallado siguen siendo esenciales para mejorar la seguridad del paciente. Cada caso de PBO es una oportunidad de aprendizaje y mejora. La excelencia asistencial depende más de la actitud y compromiso de los profesionales que de la infraestructura o el presupuesto.

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

 Raquel Romero Porras; JAVIER RUIZ MORENO; RAMÓN SOTO PEREZ

 HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

Identificador: 324

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El centro sanitario identificó la necesidad de mejorar la gestión de sus dispositivos médicos (DM) para reforzar la seguridad clínica del paciente (SCP), optimizar la electromedicina y mantenimiento, y responder a exigencias legales y de auditoría. Ante la diversidad de clasificaciones internacionales, se propuso adoptar el sistema ECRI, basado en las recomendaciones del MDCG de la Unión Europea. Se decidió ajustar esta clasificación a las necesidades específicas del hospital con el fin de establecer un control más eficaz sobre los DM, priorizando los de mayor riesgo y fortaleciendo la trazabilidad y la responsabilidad institucional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general fue obtener una clasificación funcional y adaptada de los DM del centro. Los objetivos específicos incluyeron mejorar la SCP, fomentar la colaboración entre áreas, registrar adecuadamente la propiedad de los DM, reducir riesgos legales y facilitar auditorías. Se constituyó el Comité Técnico de Infraestructuras y Equipamiento (CTEI), un equipo interdisciplinar con participación de un compliance officer. La metodología se basó en clasificar los DM según la guía MDCG 2022-4 Rev.1 (Clases I, IIa, IIb y III), utilizando un sistema de 23 reglas y un inventario detallado en Excel®. Cada DM fue evaluado según su clase de riesgo, modalidad, tipo, asignación ECRI, ubicación, estado, propiedad y datos técnicos relevantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se clasificaron 222 DM: 78 en Clase I, 96 en IIa, 38 en IIb y 10 en III. Los mantenimientos preventivos fueron reclasificados priorizando las Clases IIb y III. Además, se identificaron 2.371 DM según su propiedad: 69,8% del centro, 25,4% cedidos, 4% de sociedades mercantiles y porcentajes menores en alquiler, prestación o donación. Se detectaron 4 DM sin ECRI y otros 26 con errores de asignación. La clasificación mejoró la capacidad del hospital para priorizar mantenimientos, preparar auditorías, optimizar recursos y reducir riesgos legales.

La correcta clasificación de los DM ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la SCP y la eficiencia operativa. La implicación del CTEI y la aplicación de una metodología adaptada a normas europeas permitieron un control más riguroso y sostenible del inventario. La iniciativa facilitó sinergias interdepartamentales, mejoró el registro y la contabilidad de los DM, y aumentó la preparación ante auditorías. La experiencia pone de relieve la necesidad de procesos continuos de revisión, especialmente en los DM de propiedad temporal, y sienta las bases para replicar esta práctica en otros centros.

ORALMED: FLEBITIS ZERO-MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

 Almudena Carrasco Becedillas; Gema Casamayor Gallego; Pilar De Gustín Hernández; Cristina San José García Mochales

 Hospital Universitario Infanta Elena

Identificador: 325

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los equipos de enfermería del HUIE formados y en continua actualización tienen como premisa seguir trabajando para mejorar la experiencia del paciente en todos los ámbitos, así nace esta iniciativa enfocada en optimizar la administración intravenosa de medicamentos. Buscamos mejorar la comodidad del paciente y reducir complicaciones asociadas.

OBJETIVOS

Con este nuevo proyecto tenemos como objetivos principales mejorar el confort del paciente respecto a movilidad e independencia durante el ingreso, reducir el dato de flebitis significativamente y evitar complicaciones derivadas de la administración de fármacos intravenosos.

METODOLOGÍA

Tras un período inicial de formación para la implementación de este proyecto en una unidad de enfermería, valorando la identificación de pacientes candidatos a ser beneficiarios de estas medidas, modificando aquellos horarios que puedan ser menos respetuosos con los momentos de aseo, pruebas, descanso... y consensuando con los médicos responsables para modificar la pauta de intravenosa a oral, trasladamos de manera progresiva al resto de unidades de hospitalización, siguiendo la misma metodología y seguimiento.

RESULTADOS

Los resultados que obtenemos en las unidades de enfermería de hospitalización donde se ha implementado el proyecto, siempre apoyados por la Dirección de enfermería y el continuo seguimiento de los mandos intermedios, nos muestran un aumento de satisfacción de los pacientes, de los profesionales y una mejora significativa en la reducción de flebitis.

CONCLUSIONES

Contar con un equipo de enfermería motivado, implicado y formado, permite al área de hospitalización del HUIE seguir mejorando la experiencia de nuestros pacientes, minimizar complicaciones y efectos adversos, mediante la reducción administración de medicación intravenosa, siempre que sea posible y ajustando los horarios a las necesidades de nuestros pacientes.

INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA: EL ROL DEL ADMINISTRATIVO COMO REFERENTE PARA LOS USUARIOS EN CENTROS DE SALUD

 *Jordi Gascón Ferret; Alicia Tello Perez; Natalia Hurtado Colmenero*

 CASAP

Identificador: 326

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los administrativos sanitarios de nuestro centro han adquirido competencias para ayudar en el proceso asistencial. Desde 2024 vienen teniendo un papel cada vez más importante como colaboradores de los profesionales clínicos de cara a desburocratizar la consulta.

A partir de febrero del 2024 se asignó un contingente a cada una de las administrativas sanitarias. (5200 usuarios). Desde entonces gestionan:

1. El seguimiento de los pacientes crónicos.
2. Priorización y simplificación de la atención de pacientes multipatológicos y frágiles.
3. Comunicación de resultados de pruebas diagnósticas.
4. Gestión de recetas crónicas cercanas a la fecha de caducidad.
5. Resolución de incidencias de pruebas y citas a otros especialistas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Descripción de la actividad de las administrativas sanitarias como gestoras de salud en el proceso asistencial.

El estudio se basa en una investigación cuantitativa de carácter descriptivo. Se analizan las gestiones programadas en las agendas de las administrativas sanitarias desde febrero del 2024 hasta junio del 2025.

RESULTADOS

Durante el 2024 hubo un total de 3394 intervenciones de las administrativas sanitarias, 416 sobre pacientes frágiles. Este año 2025 llevamos 2027, 209 frágiles.

Toda esta actividad queda distribuida en las siguientes categorías: Control de crónicos 53,44%, comunicación de resultados 12,41%, priorización de citas 14,80%, vacunación 3,74%, gestión de derivaciones y pruebas especialmente delicadas 3,44%, incidencias relacionadas con la medicación 1,72% y otras gestiones administrativas 8,45%.

CONCLUSIONES

Durante el 2024 y primeros meses del 2025 las administrativas sanitarias han tenido un rol importante durante el proceso asistencial liberando a los profesionales asistenciales de gran parte de las tareas más burocráticas.

ENTREVISTA PRESENCIAL COMO RESPUESTA ANTE RECLAMACIONES DE TRATO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (CATALUÑA, 2024-2025)

 Jordi Gascón Ferret; Vanessa Mendo Serrano; Laura Romero Sagredo



Identificador: 327

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las reclamaciones relacionadas con el trato a los usuarios deberían tender a 0 en cualquier organización pública, pero con más razón en el ámbito sanitario. Nuestros usuarios acuden a nosotros en situaciones de vulnerabilidad y requieren de un especial cuidado por parte de los profesionales asistenciales.

Por otro lado algunos profesionales sospechan la presencia de otros motivos (no prescripción de medicación inducida, no demanda de pruebas deseadas, etc.) detrás de este tipo de reclamaciones.

Por esta razón en el Centro de Salud de Can Bou decidimos tratar las reclamaciones de trato de una forma especial. Incluimos una entrevista presencial con la persona afectada y nuestras referentes en la gestión de reclamaciones.

Elaboramos el siguiente protocolo:

1. Registrar la reclamación escrita.
2. Pedir la versión de la profesional afectada.
3. Citar al usuario para una entrevista individualizada a fin de conocer con mayor amplitud los detalles de lo sucedido.
4. Aprovechar la entrevista para poner de manifiesto la intención del centro en esclarecer los hechos.
5. Informar de protocolos y gestión interna del centro y realizar la encuesta de satisfacción.
6. Redactar una respuesta escrita y enviarla a la usuaria.

Las reclamaciones deberían verse como oportunidades de mejora, pero en la práctica los pacientes encuentran pocos canales eficaces para expresarse y a menudo se perciben más como amenazas que como aportaciones constructivas. La satisfacción del usuario, es clave para optimizar la calidad asistencial. En este contexto, analizamos cómo el tipo de gestión de cada reclamación –especialmente la citación presencial del paciente– influye en la resolución del conflicto y en la satisfacción del usuario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar la utilidad de las entrevistas presenciales y el grado de satisfacción de los usuarios.

Se contactó con todas las personas que presentaron reclamaciones relacionadas con el trato durante todo el 2024 y primeros cinco meses del 2025. Total 34. Acudieron a la entrevista 30.

A cada una de las personas se les entregó una encuesta de satisfacción. Con preguntas sobre tres temáticas principales:

1. Valorar la atención recibida en la entrevista.
2. Valorar la iniciativa.
3. Su satisfacción tras la entrevista.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 98 % valoraron la atención recibida durante la entrevista como muy positiva, el 97, 2 % consideraron la iniciativa muy adecuada y demostraron una mayor satisfacción tras la entrevista, valorándola con un 10 en un 80%.

Nuestros resultados muestran que la gestión activa de quejas con cita presencial mejora significativamente la resolución de conflictos y la satisfacción del paciente. La comunicación con el usuario permite escuchar directamente su punto de vista. Mostrar empatía y aclarar dudas en el momento. Desde una perspectiva administrativa sanitaria, estos hallazgos apoyan la implementación de protocolos que ofrezcan una entrevista presencial como parte de la gestión de reclamaciones.

MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN

 Raquel Romero Porras; JAVIER RUIZ MORENO; RAMÓN SOTO PEREZ

 HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

Identificador: 328

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El centro sanitario detectó carencias en la documentación clínica (DC), como falta de homogeneidad, imprecisión en el juicio clínico y escasa coordinación entre profesionales. Estas deficiencias comprometían la continuidad asistencial y la seguridad del paciente, al dificultar el seguimiento, la prevención de errores y la correcta interpretación de la información clínica. Por ello, se desarrolló un Plan de Formación en Documentación Clínica (PFDC) centrado en estandarizar los registros, promover la interdisciplinariedad y garantizar que los documentos reflejen de forma clara y completa la atención prestada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue mejorar la calidad y utilidad de la DC como herramienta para una atención segura. Se plantearon objetivos específicos como establecer mínimos consensuados para cada documento, adaptar los formatos al contenido asistencial, y lograr mayor coherencia narrativa entre profesionales. La formación, presencial y adaptada a cada servicio, incluyó ejemplos prácticos, como cómo registrar una limitación de soporte vital, documentar de forma clara la evolución clínica o evitar expresiones ambiguas del tipo “sigue igual” o “ídem”. La metodología fue participativa y horizontal: los médicos adjuntos, no los jefes, presentaban los contenidos, generando consenso real. La Comisión de Documentación Clínica coordinó el proceso con apoyo de la Dirección Médica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El impacto se evaluó en servicios como Cirugía General y Medicina Interna. En el primero, la puntuación del informe de alta pasó de 9,33 a 10,58 ($p = 0,001$); en el segundo, de 11,64 a 12,17 ($p = 0,053$). Estas mejoras reflejan una mayor precisión y relevancia clínica en los registros. El uso de plantillas consensuadas permitió incorporar elementos clave, como conciliación farmacológica, planificación del alta, seguimiento posthospitalario y participación del paciente o familia en decisiones asistenciales. La formación también favoreció la socialización del conocimiento y la sensibilización del equipo médico sobre su papel en la seguridad del paciente. La implantación del PFDC ha mejorado significativamente la calidad de los registros clínicos y, con ello, la seguridad del paciente. Al ofrecer herramientas claras y aplicables, se reducen los errores derivados de la omisión o ambigüedad documental, se favorece la continuidad asistencial y se fortalece el compromiso profesional con una atención segura. Esta experiencia demuestra que la mejora de la documentación clínica, cuando parte del consenso y se integra en la práctica cotidiana, se traduce directamente en una asistencia más eficaz, humana y segura.

PACIENTE EXPERTO EN BIENESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. TALLER GRUPAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

😊 Patricia Fragoso Jiménez ⁽¹⁾; María Conde Pedromingo ⁽²⁾; Santiago Moraleda Aldea ⁽¹⁾; María Galán Luna ⁽¹⁾; Purificación Cañas Salvador ⁽¹⁾

🏢 ⁽¹⁾ CS MANZANARES EL REAL; ⁽²⁾ Dirección Asistencial Norte Gerencia Atención Primaria SERMAS

Identificador: 329

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cada vez más nos encontramos en consultas de Atención Primaria (AP) con personas que se sienten profundamente cansadas y angustiadas por las dificultades en sus vidas e incapaces de encontrar alternativas a su malestar. Los trastornos adaptativos (TA) se manifiestan con un cortejo de síntomas muy exagerado en forma de ansiedad, tristeza, irritabilidad, insomnio, preocupación, enfado...

La práctica habitual en AP suele ser la escucha activa, el tratamiento farmacológico y si el problema no se resuelve, los pacientes son derivados a Salud Mental.

OBJETIVOS

Fomentar el autoliderazgo para capacitar a las personas en comportamientos y estrategias de afrontamiento de las situaciones que limitan su bienestar.

Diseñar un tiempo y un espacio que genere confianza y confidencialidad en nuestros pacientes, para que se manifiesten sus recursos ante las situaciones que están viviendo.

Prevenir el síndrome de desgaste ocupacional en los profesionales que atienden este tipo de patología en AP.

METODOLOGÍA

Taller de educación para la salud al que los pacientes son derivados por su médico/enfermero como parte de su tratamiento en AP. Siguiendo los criterios de inclusión, se identifica personas con episodio de TA activo en historia informatizada en los 6 meses previos y con dificultades que les impiden gestionar adecuadamente su bienestar (ansiedad severa y ansiedad extrema) a través del cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

La intervención se desarrolla cronológicamente en 3 partes:

Fase I: 4 sesiones presenciales semanales de 3 horas eminentemente prácticas, concebidas como un espacio de co-creación que les permitirá identificar lo que realmente es significativo y relevante para ellos. El resultado es el diseño de un plan de acción con actividades concretas basadas en sus recursos y competencias.

Fase II: Durante 2 meses se acompaña a los pacientes de forma telefónica/correo/presencial en la implementación del plan de acción.

Fase III: Sesión de autoevaluación a través de grupo de discusión para compartir impresiones, dificultades...y rediseñar el plan de acción si es necesario.

RESULTADOS

Desde la primera edición del taller en 2015 más de 300 pacientes han participado y muchos transmiten su satisfacción por el espacio brindado de forma complementaria a la consulta. Al reevaluar ansiedad a través de STAI a los 2 meses, se detecta disminución, así como menor autopercepción de dificultad.

CONCLUSIONES

Este tipo de intervenciones convierte al paciente en protagonista y responsable de su bienestar.

Se contextualiza el sufrimiento dentro de la historia de salud, protegiendo a los pacientes de los efectos por sobretratamiento y ayuda a prevenir el síndrome por desgaste ocupacional, al dotar de un recurso valioso a los profesionales de referencia de los pacientes con TA.

El centro de salud como escenario sirve de punto de encuentro entre miembros de la comunidad y profesionales comprometidos de distintos ámbitos y disciplinas, colaborando coordinadamente.

ADECUACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

 *Carmen Matoses Chirivella; Nuria Martinez Duce; Alejandra de Jesus Rodriguez Alvarez; Yaiza García Ramírez*

 *Departamento de Salud Elche Hospital general*

Identificador: 330

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Una de las estrategias de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud para promover el uso seguro de medicamentos es fomentar la prescripción electrónica asistida (PEA) con sistemas de ayuda a la decisión clínica. Las características de la población pediátrica, constante desarrollo, particularidades farmacocinéticas/farmacodinámicas, y el déficit de medicamentos disponibles que requieren cálculos de dosis y reajustes de dosis según peso y superficie corporal, convierten a la población pediátrica, especialmente la neonatal, en un colectivo con alto riesgo de sufrir errores de medicación. La implantación en los hospitales de softwares de PEA diseñados para la población adulta dificulta su utilización en los neonatos debido principalmente a la falta de adecuación de las bases de datos de los medicamentos para poder dosificar correctamente según peso, edad gestacional, días de vida del neonato, así como la falta de presentaciones comerciales de medicamentos adaptadas, que requieren diluciones específicas. Todo ello debería estar configurado en los sistemas PEA y ayudar al médico en el momento de la prescripción y a la enfermera en la preparación y administración.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Adecuación de un sistema PEA diseñado para la población adulta en un sistema PEA para la población neonatal.

Un equipo multidisciplinar formado por neonatólogos y farmacéuticos de un hospital de referencia de tercer nivel, durante tres meses, llevó a cabo una revisión de todos los medicamentos utilizados mayoritariamente en la población neonatal. Las actividades realizadas en el software de PEA de adultos fueron: 1. Parametrizar nemónicos para cada fármaco (forma farmacéutica, dosis, posología según edad gestacional/edad cronológica). 2. Estandarizar diluciones de todos los medicamentos de administración parenteral. 3. Protocolizar el uso de medicamentos de alto riesgo (posología, tiempo de administración). Tras la configuración del sistema, se llevó a cabo la formación y adiestramiento de todo el personal sanitario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se parametrizaron un total de 101 nemónicos, siguiendo la descripción “neonato+principio activo+dosis/concentración+vía de administración+edad gestacional/edad cronológica (si procede)” tanto en las presentaciones orales como en las intravenosas. Ejemplo: “neonatos AMPICILINA 50MG/ML PERF IV ($\leq$ 29 SEM. EPN>;28 DÍAS)”. Se protocolizaron 30 esquemas, ejemplo: “AMIODARONA carga + mantenimiento”. La implantación de la PEA en la neonatología requirió la formación de 5 neonatólogos adjuntos, 12 médicos internos residentes en formación y 27 enfermeras.

La adecuación e implantación de un sistema de PEA en neonatología ayudará al pediatra en la toma de decisiones farmacoterapéuticas, así como al personal de enfermería en la preparación y administración de los medicamentos.

DESAFÍO DEL CICLO DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN POSITIVA

😊 MARÍA CELIA SÁNCHEZ MARTÍN ⁽¹⁾; NAZARET KALY GARCÍA MONTERO ⁽¹⁾; ANA TERESA DOMÍNGUEZ MARTÍN ⁽¹⁾; CRISTINA CABA HERNÁNDEZ ⁽¹⁾; FLORENCIA NEILA PÉREZ ⁽²⁾; ANTONIO BARRERA MARTÍN-MERAS ⁽²⁾

🏥 ⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO CÁCERES; ⁽²⁾ ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

Identificador: 331

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente la define la OMS, como un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.

Para la mejora del uso seguro del medicamento implementamos el módulo digital de administración positiva de enfermería. Se realizó un piloto en 2024 en la unidad de neurología-neurocirugía-ICTUS. Posteriormente la implementación se desarrolló en dos fases, finalizando en marzo del 2025.

Aplicando el ciclo de mejora de Deming, la fase de evaluación es necesaria para conocer el cumplimiento de los objetivos propuestos e identificar áreas de mejoras.

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos planificados
- Identificar debilidades y fortalezas de la implementación.
- Conocer las experiencias y propuestas de enfermería.

METODOLOGÍA

Para evaluar la implementación del módulo, se realizó estudio descriptivo observacional a través de encuesta en Google Forms compuesta por 15 preguntas, con respuesta cerradas con dos alternativas, respuestas tipo Likert y una pregunta abierta. Los datos fueron procesados en Excel 2010 para su análisis, y las variables categóricas se describieron mediante porcentajes

RESULTADOS

El 80% de las enfermeras desconocían la aplicación, el 97% consideran que es fácil de usar, el 91% proporciona información clara del paciente, 93% refieren que proporciona información de los fármacos; el 44.59% conoce el plan de contingencia y el 55.4% no y el 86.48% recomendaría el programa. Las respuestas likert definimos como adecuado la puntuación 4-5 e inadecuado 1-2 y los resultados son: 59.45% consideran que mejora la coordinación farmacoterapéutica y el 14.86% en desacuerdo, la formación previa el 68.9% están de acuerdo y el 8.1% no; el 62.16% el seguimiento es adecuado y 10.8% insuficiente; el 62.15% adecuado la resoluciones técnicas y el 4.05% inadecuado; el 60.8% cumple expectativas y el 12.15% no; el 63.5% la aplicación mejora la eficiencia y el 14.85% no; el 72.96 % ha impactado en el uso seguro del medicamento y el 11% no; y globalmente el 63.51% están conforme con la implementación y el 8.1% no. Las respuestas abiertas son sugerencias que las englobamos en 3 categorías: mejora de prescripciones, modificación pautas por enfermería y mejora de algunos protocolos.

CONCLUSIONES

La evaluación del módulo digital en las distintas fases de implementación ha demostrado que ha sido útil para la seguridad del paciente, ha permitido conocer el grado de consecución de los objetivos y áreas de oportunidad de mejora.

La evaluación se confirma como una herramienta esencial para la mejora continua permitiendo ajustar y optimizar los procesos y garantizar los mejores resultados en seguridad del paciente.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS Y USO DE GUANTES, EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA UCI.

 *María Alejandra Avila de Cuéllar; María Fontana Campos; Celia Calderón Casasola; Carmen Alejandra López Vilela; Inmaculada Concepción López Carrillo; Cristina García Fernández*

 *Hospital Universitario Infanta Sofía*

Identificador: 332

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS) es una estrategia de gran importancia para la seguridad del paciente, especialmente en entornos de pacientes críticos, como las unidades de cuidados intensivos (UCI). Para reducir estas infecciones es fundamental que el personal sanitario realice adecuadamente la higiene de manos, una de las medidas más efectivas para prevenir la transmisión de microorganismos patógenos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir los resultados de la observación de higiene de manos en la UCI de un hospital de tercer nivel, antes y después del reforzamiento en higiene de manos, que se realizó como respuesta ante un brote de infección/colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas en noviembre y diciembre de 2024.

Se realizó un estudio descriptivo transversal de la observación de higiene de manos en el personal sanitario de la planta de UCI, específicamente personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería y otros, donde se incluyó especialidades como cirugía, anestesia, ginecología, pediatría, MIR, matrona, estudiantes de enfermería, celador y limpieza. Se observó el cumplimiento de higiene de manos en los 5 momentos claves recomendados por la OMS, utilizando el formulario estándar de observación de higiene de manos (OMS), la observación fue realizada por enfermeras de la Unidad de Medicina Preventiva del mismo hospital; antes y después de desarrollar 2 sesiones de refuerzo sobre higiene de manos al personal sanitario antes mencionado, llevadas a cabo entre las fechas del 19 de noviembre y 2 de diciembre de 2024. Estas sesiones fueron impartidas por personal médico y de enfermería de la misma Unidad de Medicina Preventiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se observaron un total de 225 oportunidades para la higiene de manos, según las indicaciones de los 5 momentos claves de la OMS; de las cuales 138 se realizaron en noviembre de 2024 y 87 en diciembre de 2024. En las semanas previas a las sesiones, se observa un porcentaje de cumplimiento de higiene de mano, entre el personal médico del 63,63%, enfermería 36,11%, auxiliares de enfermería del 35,56% y otros del 40%. Posterior a las sesiones, se observa un porcentaje de cumplimiento de higiene de manos del 100% en personal médico, 78,13% en enfermería, 67,57% en auxiliares de enfermería y 64,29% en otros. Con relación al uso de guantes, antes de la sesión, se observa en el personal médico un 27,27%, en enfermería y auxiliar de enfermería un 63,89% y 60,0% respectivamente.

Al observarse un mayor porcentaje de cumplimiento de higiene de manos y menor porcentaje de uso de guantes, después de la realización de la sesión de reforzamiento de higiene de manos en el personal de la planta de UCI, se puede concluir que las acciones de sensibilización como formación continua y la observación de HM no solo mejoran la adherencia del personal sanitario a esta práctica, sino que también promueve un ambiente más seguro para los pacientes, sus familiares y el resto del personal sanitario.

ESTUDIO PILOTO DE HEMATOGERIATRÍA. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA

 *Gemma Osca Gelis* ⁽¹⁾; *Gema Riera Torres* ⁽¹⁾; *Laura Roca Vielba* ⁽²⁾; *Mònica Ramón Bru* ⁽²⁾; *Laura Pareja Fernández* ⁽²⁾; *Josep Majo Llopert* ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ ICO-Girona; ⁽²⁾ ICO-Hospitalet

Identificador: 333

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La edad es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un cáncer. La valoración geriátrica integral (VGI) se posiciona como una herramienta para el trabajo en equipo, objetividad en los planes de trabajo individuales y los tratamientos sistémicos hematológicos.

OBJETIVOS

Estudio piloto para evaluar la intervención geriátrica en el paciente hematológico y su relación con la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud.

METODOLOGÍA

Pacientes: visitados consulta de hematogeriatria des del 05/04/2024 al 9/05/2025.

Criterios de inclusión:

- Edad ≥ 65 años, candidatos a trasplante de progenitores hematopoiéticos (TPH).
- Enfermos en tratamiento de uso compasivo (refractoriedad a tratamientos).
- Patología Mieloide/Linfoide, cribaje fragilidad geriátrica: (VES +), ≥ 70 , candidatos a tratamiento neoplásico sistémico.

Análisis: fragilidad, funcionalidad/dependencia (Índice Barthel), calidad de vida (Euroquol).

Análisis estadístico: descriptivas variables de interés, situación basal, 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Comparación resultados, test t-Student para medidas aparejadas (variables cuantitativas) y test chi-cuadrado para proporciones (variables cualitativas), con niveles de significación correspondientes ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

97 pacientes iniciales seguidos durante 1 año, 25 (25.8%) fueron exitus durante el seguimiento.

Basal: buena funcionalidad: I.Barthel (85.6, sd = 17.6), con algunas dificultades percibidas: Euroquol (movilidad 51.5%; cuidado personal 31%; actividad cotidiana 58.8%; dolor o malestar 36.1%; ansiedad/depresión 18.6%).

Reducción progresiva y estadísticamente significativa, de los problemas de movilidad, en los cuidados personales, en la actividad física, reducción del dolor y de la ansiedad y depresión ($p < .001$ en todos los casos comparando a los 12 meses).

CONCLUSIONES

La intervención hemato-geriátrica a los 6 meses de seguimiento mejora el estado de salud del paciente con enfermedad hematológica avanzada: disminuye significativamente las variables o categorías de riesgo y aumentan aquellas relacionadas con el bienestar. Este estudio piloto evidencia el impacto de la atención precoz en pacientes frágiles, la necesidad de coordinación con el Servicio de hematología, la ampliación y evaluación del programa a largo término.

CUMPLIMIENTO DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN CERVICALGIA Y SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL EN TRABAJADORES EN BAJA LABORAL

 *Raquel Talens Alberola; Mónica Rodríguez Bago; Jose Miguel Martínez Martínez; Diego Moya Alcocer; Pedro Angel Lara Alpuente; Bárbara Anastasia Perez Segura*

 *MC Mutual*

Identificador: 334

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La cervicalgia (CG) y el síndrome de latigazo cervical (SLC) son patologías altamente prevalentes que constituyen causas relevantes de discapacidad, absentismo laboral y elevados costes sanitarios. Las guías de práctica clínica actuales recomiendan para ambos cuadros el inicio temprano de fisioterapia, priorizando el ejercicio terapéutico, la terapia manual y la educación para la salud. En el marco de mejora continua de la calidad asistencial, nuestra organización se propone implementar un protocolo para el abordaje del dolor cervical. Este protocolo establece la prescripción de ejercicio terapéutico personalizado desde la primera sesión de fisioterapia para pacientes con CG y SLC. Para valorar la implementación efectiva de dicha medida, es necesario evaluar el grado de cumplimiento actual de dicha indicación en nuestra red asistencial.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento de indicación de ejercicio terapéutico desde la primera sesión de fisioterapia en cervicalgia (CG) y síndrome de latigazo cervical (SLC) en trabajadores en baja por contingencia profesional.

METODOLOGÍA

Diseño. Estudio descriptivo.

Población, lugar y tiempo. Trabajadores de 18 a 65 años de edad atendidos en una mutua colaboradora con la seguridad social en el territorio español en el periodo 2023-2024. Se incluyeron pacientes diagnosticados con SLC (CIE-10: S13.4XXA) o CG (CIE-10: M54.2), en situación de baja laboral y con tratamiento de fisioterapia iniciado y finalizado. Se excluyeron pacientes intervenidos quirúrgicamente o sin baja laboral.

Tamaño de la muestra. Se seleccionaron 28 centros con servicio de fisioterapia, cada uno con al menos 10 casos tratados de CG y 10 de SLC. En cada centro se revisaron 10 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente (5 por cada diagnóstico), resultando en una muestra total de 280 pacientes.

Variable principal: Inclusión de ejercicio terapéutico en la primera sesión de fisioterapia.

Fuentes de datos: Historias clínicas de los pacientes en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

RESULTADOS

Del total de 280 historias clínicas revisadas:

- La prevalencia global de prescripción de ejercicio terapéutico en la primera sesión de fisioterapia fue del 43,03% (IC 95%: 31,8% a 54,2%).
- En pacientes con CG, la prevalencia fue del 44,2% (IC 95%: 29,6% a 58,8%).
- En casos de síndrome de latigazo cervical, la prevalencia fue del 41,2% (IC 95%: 30,6% a 51,8%).

CONCLUSIONES

Menos de la mitad de los pacientes con CG o SLC en baja laboral reciben ejercicio terapéutico desde la primera sesión de fisioterapia, a pesar de ser una recomendación clara en las guías clínicas. Estos datos evidencian la necesidad de implementar protocolos estandarizados que garanticen la incorporación precoz de esta intervención, optimizando así la recuperación funcional.

INNOVACIÓN Y TRAZABILIDAD EN PRODUCTOS SANITARIOS: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO 4S

 *Raquel Caballero Muñoz; Luisa Cabot Mota; Juan Carlos Serfaty Soler; Rosa Sacristan Nieto*

 **MC MUTUAL**

Identificador: 335

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Real Decreto 192/2023, de 21 de marzo de 2023, regula los productos sanitarios en España y adapta la normativa nacional al Reglamento (UE) 2017/745, que es el marco legal europeo para estos productos. Este decreto tiene como objetivo garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los productos sanitarios, así como facilitar su libre circulación en el mercado europeo.

OBJETIVOS

Garantizar la seguridad y eficacia de los productos sanitarios. Facilitar la libre circulación de estos productos en el mercado europeo. Mejorar la trazabilidad de todos los productos implantables. Aumentar la transparencia e información proporcionada a los pacientes y usuarios.

METODOLOGÍA

Para alcanzar estos objetivos, el decreto se centra en varios puntos clave:

Sistema de Identificación Única (UDI): Mejora la trazabilidad de los productos implantables. **Base de Datos Europea EUDAMED:** Facilita la transparencia y el acceso a la información. **Claridad en la Información:** Exige mayor claridad en la información proporcionada a los usuarios y pacientes. **Mantenimiento de Registros:** Obliga a fabricantes, importadores y distribuidores a mantener registros detallados desde la fabricación hasta el uso final del producto.

RESULTADOS

En una mutua laboral todos los productos sanitarios que se utilizan son suministrados a partir de licitaciones públicas. Trabajamos con una variedad de casas comerciales que nos proporcionan los materiales que implantamos. Estas casas comerciales están tomando medidas para adaptarse a la nueva regulación.

Un ejemplo de adaptación es el Proyecto 4S, al cual nos hemos incorporado. Este proyecto, inicialmente para el material en tránsito, ha demostrado buenos resultados y beneficios, por lo que vamos a extenderlo al material en depósito.

El Proyecto se basa en cuatro pilares:

1. Estandarización: Incorporación de nuevos sets optimizados, polivalentes, ligeros e individualizados.
2. Implantes Estériles: Disponibilidad de implantes esterilizados y etiquetados individualmente.
3. Seguridad: Garantía de que los implantes estériles están listos para su uso y trazabilidad del número de lote.
4. Servicios y Gestión de Stock: Gestión electrónica de reposiciones y pedidos, y organización del stock en armarios optimizados.

Este sistema tiene beneficios claros en cuanto a disminución del número de ciclos de esterilización en el material no implantado (sostenibilidad y medioambiente), disminución de cargas (pesos) para los profesionales, optimización de espacios (cambiamos cajas por armarios rodantes).

CONCLUSIONES

La aplicación del RD192/2023 es clave para garantizar que los productos sanitarios en España sean seguros y eficaces, y que los pacientes y profesionales sanitarios tengan acceso a información clara y fiable. La adaptación a esta normativa, como se ejemplifica con el Proyecto 4S, demuestra el compromiso de las clínicas y casas comerciales con la mejora continua, la seguridad del paciente y profesionales, la sostenibilidad y medioambiente.

INNOVACIÓN FORMATIVA EN UCI: IA Y VISITA VIRTUAL PARA IMPULSAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD ASISTENCIAL

 Juan Angel Muñoz López; Yvonne Rodríguez Poy; Ana Belén Oñoro Morales; Victoria Muñoz Fernández; Paloma Maraver Sanz; Cristina Arenales Soria

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Identificador: 336

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial en UCI exige que el conocimiento clínico validado esté disponible en el punto de atención. En entornos complejos y de alta rotación de personal, la variabilidad en la aplicación de protocolos supone un riesgo para la seguridad del paciente. Estudios como ENVIN-HELICS evidencian que el incumplimiento de medidas preventivas incrementa los eventos adversos evitables. Esta propuesta, alineada con el lema del Congreso y la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, presenta una herramienta formativa pionera en España que integra dos soluciones de inteligencia artificial: una visita virtual inmersiva y un asistente conversacional (GPT-4o), entrenados con protocolos validados. No se ha documentado en España una solución que combine inmersión, interacción, contextualización clínica y rigor documental en un único recurso. Esta innovación impulsa decisiones clínicas seguras y accesibles, fortalece la transformación digital en cuidados críticos y representa una evolución necesaria de la formación continuada, al situar el conocimiento allí donde se toma la decisión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVOS General: Diseñar, validar y pilotar entre julio y septiembre de 2025 una herramienta formativa con IA para mejorar la calidad y seguridad asistencial. Específicos:

Alcanzar $\geq 80\%$ de uso entre profesionales nuevos y suplencias. Obtener $\geq 8/10$ en satisfacción y utilidad percibida. Mejorar $\geq 30\%$ la autopercepción de competencia clínica. Superar 500 interacciones registradas. Identificar barreras y facilitadores para su implementación.

METODOLOGÍA

Incluye:

- Visita virtual 360° con puntos interactivos que integran vídeos, infografías y simulaciones clínicas.
- Asistente GPT-4o disponible en todo momento, que responde en lenguaje natural con base en protocolos validados.

Fases del proyecto:

Análisis de necesidades (entrevistas a profesionales). Codiseño (comité multidisciplinar: UCI, farmacia, informática y calidad). Validación (panel Delphi, pruebas de usabilidad, 50 casos simulados). Pilotaje (julio-septiembre 2025) con plantilla y suplencias. Evaluación: Técnica: registros de acceso y tiempo medio. Formativa: escalas SUS adaptadas, autopercepción. Clínica: resolución de casos simulados. Operativa: barreras y propuestas. Se aplicará un análisis mensual con mejoras iterativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se prevé alta aceptación, con mejora $\geq 30\%$ en competencia percibida y $\geq 25\%$ en resolución de casos. Permitirá reducir la variabilidad clínica (auditorías pre/post), recoger datos cuantitativos/cualitativos y realizar un análisis preliminar de coste-efectividad. Su uso favorecerá su integración en planes de formación continuada y transferencia a otras unidades clínicas.

Esta herramienta sitúa el conocimiento clínico validado junto al profesional. No sustituye el juicio clínico, lo fortalece mediante una formación inmersiva, contextualizada y segura. Su validación interdisciplinar, enfoque replicable y alineación con políticas institucionales la posicionan como una innovación transformadora en calidad asistencial.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE UNA MUTUA LABORAL

 *Luisa Cabot Mota; Diego Moya Alcocer; Juan Carlos Serfaty Soler; Rosa Sacristan Nieto; Raquel Caballero Muñoz; Marta Torres Magán*

 *MC Mutual*

Identificador: 337

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente se revisa en base a una metodología cualitativa que permite la interacción y el compartir relatos de distintas personas que se encuentran en diversas fases clínicas y asistenciales. Esta información permite discernir en qué medida el proceso asistencial está organizado para responder a las necesidades que requiere la persona que ha sufrido de un accidente laboral, desde el respeto y el reconocimiento de que el propietario de su bienestar es la propia persona.

OBJETIVOS

Evaluar el proceso de atención en una mutua laboral a través de un grupo de experiencia de pacientes con la finalidad de mostrar áreas de mejora.

METODOLOGÍA

se desarrolló un grupo focal en el que participaron un total de 10 pacientes, 4 mujeres y 6 hombres. Todos los pacientes habían tenido experiencia de tratamiento en los centros ambulatorios y clínicas, y habían tenido un proceso de rehabilitación. De todos los pacientes que habían sido citados, 2 pacientes estaban actualmente hospitalizados y los otros 8 realizaban rehabilitación en la misma clínica o en otros centros asistenciales. Durante unas dos horas se recogieron sus opiniones y relatos relacionados con los distintos momentos que se consideraron clave en su proceso de atención. Se reiteró la estricta confidencialidad y que tenía como finalidad la investigación operativa, con orientación pragmática. Destacándose que en ningún caso tenía finalidades asistenciales y menos aún administrativas.

Para finalizar el trabajo grupal y mediante sistema multivoto se repasaron 8 cuestiones que resumían mediante votación cómo valoraban todo el proceso que habían vivido hasta el momento.

RESULTADOS

Se resumen en 5 hitos la evaluación del proceso asistencial según la experiencia de los pacientes. La información previa al contacto (1) con la mutua es variable e insuficiente, el día del accidente (2) se valora positivamente el paso por urgencias, pero hay retrasos en la derivación desde el Servicio Público de Salud, en la Primera Consulta (3) la información inicial es un punto fuerte, pero se describe una falta de coordinación entre dispositivos, en Pruebas diagnósticas (4) apuntan falta de accesibilidad a pruebas y en Cirugía y rehabilitación (5) hay un alto grado de satisfacción y perciben gap de mejora en la rehabilitación en centros asociados. Sobre las cuestiones a través del sistema de voto puntuaron con notable el trato, la resolución del problema de salud y las instalaciones. En cambio, puntuaron por debajo de 5 la ayuda en los trámites administrativos y la información administrativa.

CONCLUSIONES

El tratamiento de estos aspectos que expresaron los pacientes se convirtió en planes de acción relacionados con reducir la variabilidad, identificar referentes, realizar formación, humanizar los cuidados y sensibilizar a los pacientes y profesionales.

Esta estrategia de cambio con visión pragmática avanza en la línea de conseguir una atención más respetuosa con los pacientes e integrada, desde la óptica de los pacientes.

TRANSFORMACIÓN DE LOS COMITÉS DE TUMORES INTERDISCIPLINARES A TRAVÉS DE LA ACREDITACIÓN OECI.

 *Iolanda Núñez Blanco; Berta Caballé Gutierrez¹; Ines Cabezas Montero*

 *Salut Sant Joan Reus Baix Camp Reus*

Identificador: 339

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La acreditación OECI representa un compromiso a largo plazo que requiere de trabajo continuo hasta la auditoría final. Este proceso riguroso comprende múltiples fases secuenciales: presentación del proyecto, admisión como socio, solicitud formal, aceptación, implementación de estándares con auditorías internas, autoevaluación documentada, y finalmente, la auditoría externa.

La acreditación evalúa cualitativa y cuantitativamente nueve capítulos fundamentales que abarcan todo el espectro de atención oncológica: gobernanza, sistemas de calidad, participación del paciente, comités multidisciplinarios, prevención y detección precoz, diagnóstico, tratamiento, investigación y educación.

OBJETIVOS

Impacto:

Valorar cómo la acreditación OECI afecta la calidad asistencial y la toma de decisiones en los comités de tumores.

Colaboración:

Examinar la influencia de la acreditación en la multidisciplinariedad y cooperación entre especialistas oncológicos.

Identificación de Cambios:

Detectar modificaciones en los procesos clínicos y administrativos derivados de la implementación de la acreditación.

METODOLOGÍA

La metodología se centró en el desarrollo e implementación de normativas específicas para estructurar y estandarizar el funcionamiento de los comités de tumores interdisciplinarios. Se elaboraron tres documentos fundamentales:

Normativa general para todos los comités de tumores

Normativas específicas adaptadas a cada comité especializado

Actas de calidad semestrales donde se valoran diferentes variables (continuidad de los miembros, valoración de resultados dashboard, seguimiento de guías clínicas y/o valoración de necesidades de nuevas, revisión de rutas de pacientes, registro de formación y necesidades de formación de los miembros del comité y investigación realizada i/o necesidades de investigación de los miembros). Este enfoque sistemático permitió establecer procesos consistentes y evaluables, facilitando la medición del impacto de la acreditación en la práctica clínica oncológica.

RESULTADOS

Los resultados muestran mejoras significativas en tres áreas clave: incremento en la adherencia a guías clínicas en comparación con centros no acreditados, mayor participación activa entre especialidades, estandarización de procesos y una cultura de mejora continua más arraigada entre los profesionales que participan en los comités de tumores.

CONCLUSIONES

La acreditación OECI demuestra un impacto positivo significativo en la calidad asistencial proporcionada por los comités de tumores, mejorando tanto los procesos clínicos como los resultados obtenidos en los pacientes oncológicos.

La multidisciplinariedad se ve potenciada por los estándares de acreditación, contribuyendo directamente a una toma de decisiones más completa e integrada en el abordaje del cáncer.

Los hospitales que implementan estándares de acreditación OECI experimentan mejoras medibles en los indicadores clave de la atención oncológica, demostrando el valor de este proceso para optimizar la calidad asistencial.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTERACTIVO PARA EL ANÁLISIS DE INDICADORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.

 ALEJANDRO GARCIA AZORIN; RUTH GONZÁLEZ FERRER; DOLORES CASTILLO MUÑOZ; MARIA LUISA GARCÍA GONZÁLEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO

Identificador: 341

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La monitorización de la mortalidad hospitalaria es clave para evaluar la calidad asistencial y detectar áreas de mejora. La automatización de este proceso permite un análisis más ágil, preciso y actualizado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos del proyecto son:

1. Reducir la carga administrativa asociada a la recopilación y análisis de datos.
2. Garantizar una visualización mensual y actualizada de los indicadores de mortalidad.
3. Ampliar el análisis mediante la inclusión de variables clínicas no contempladas en informes convencionales.

Se empleó una metodología cuantitativa, descriptiva y comparativa, utilizando datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) desde 2016 hasta 2025. La base de datos se actualiza automáticamente y se aloja en un servidor virtual. El entorno gráfico fue desarrollado en Power BI, utilizando fórmulas DAX para el tratamiento de datos. Se identificaron pacientes con las patologías seleccionadas y los casos con éxitos durante el ingreso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La validación del sistema se realizó comparando los datos del cuadro de mando con informes oficiales. Se obtuvo una coincidencia del 100% en los casos de mortalidad por cinco patologías (fractura de cadera, insuficiencia cardíaca, ictus, infarto agudo de miocardio y hemorragia digestiva). En el caso de neumonía, se detectó una discrepancia de una sola alta hospitalaria (357 frente a 358), lo que representa un error absoluto del 0,28% y una tasa de error anual estimada del 0,14%.

En total, se analizaron 1.215 altas hospitalarias, con una única discrepancia, lo que arroja una tasa de error bianual del 0,082%. Este nivel de precisión confirma la fiabilidad del sistema para el seguimiento de indicadores críticos.

Durante el análisis retrospectivo (2016–2021), se identificaron desviaciones atribuibles al uso de versiones antiguas de los códigos CIE-10. Por ejemplo, en insuficiencia cardíaca, el uso de una guía con 18 códigos frente a otra con 27 generó un error del 1,42% en el número de altas. Tras actualizar los filtros diagnósticos, el error se redujo a menos del 0,1%.

Además, el sistema permite detectar patrones clínicos y demográficos asociados a la mortalidad, como diferencias por grupo etario y tipo de alta, lo que abre nuevas posibilidades para el análisis predictivo y la mejora de la calidad asistencial.

El cuadro de mando ha demostrado ser una herramienta eficaz y precisa para la monitorización en tiempo real de la mortalidad hospitalaria. Su validación frente a fuentes oficiales muestra una alta concordancia, con desviaciones mínimas. La automatización del proceso reduce la carga administrativa y mejora la toma de decisiones en tiempo real, basada en datos actualizados. La integración de variables adicionales enriquece el análisis clínico y puede contribuir a mejorar la calidad asistencial. Se propone su extensión a otros indicadores y su integración con otros sistemas de análisis para consolidar una visión unificada de la calidad asistencial.

IMPACTO DE LA TELEPSICOLOGÍA EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN DEL TRASTORNO MENTAL EN UNA MUTUA LABORAL

 *Marta Guila Mercader; Marta Torres Magán; Mónica Rodríguez Bago; Rita Pascual Cuadras; MARIA HELENA ALEIXANDRE PLA; Elsa Eroles Perez*

 *MC Mutual*

Identificador: 342

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En España, los trastornos mentales constituyen cerca del 18% de las bajas laborales de larga duración por contingencia común, con un impacto económico estimado superior a los 30.000 millones de euros anuales para el Estado. El Capítulo 5 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluye los “Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico”, y se emplea universalmente para el diagnóstico y clasificación de estas patologías. La teleconsulta es una herramienta innovadora en la atención a la salud mental, facilitando el acceso a intervenciones terapéuticas. Este estudio analiza el impacto de las consultas psicológicas por telemedicina en la duración de la incapacidad temporal (IT) por causas comunes en una mutua colaboradora de la Seguridad Social.

OBJETIVOS

Evaluar la diferencia en la duración de la IT en pacientes con trastornos mentales que han recibido tratamiento psicológico por telemedicina (T) frente a aquellos que no lo han recibido (ST).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo sobre una cohorte de trabajadores en situación de IT por contingencia común atendidos por una mutua colaboradora de la Seguridad Social durante 2023-2024. Se incluyeron pacientes con diagnóstico del Grupo 5 que finalizaron su IT antes de 2024. Se analizaron dos grupos: IT ≥ 120 días ($n=11.114$ ST, $n=78$ con T) e IT ≥ 169 días ($n=6.946$ ST, $n=53$ T). La variable dependiente fue la duración de la IT en días. Como variables explicativas se consideraron sexo y edad.

RESULTADOS

En el grupo con IT ≥ 120 días, los pacientes con T presentaron una mediana de IT 7,5 días inferior (IC 95%: -21 a 13,5). Al estratificar por sexo, la reducción fue mayor en mujeres (Diferencia de Medianas (DM): -9 días; IC 95%: -31,9 a 24), mientras que en hombres se observó un ligero aumento (DM: +1,5 días; IC 95%: -43 a 13).

En el grupo con IT ≥ 169 días, la mediana global fue 10 días menor en el grupo T (IC 95%: -20 a 39), con reducción en hombres (DM: -25 días; IC 95%: -20 a 60) y mujeres (DM: -3 días; IC 95%: -38,5 a 40).

Por edad, en el grupo ≥ 120 días se observó reducción tanto en mayores de 43 años (DM: -8 días; IC 95%: -27 a 16) como en menores (DM: -8,5 días; IC 95%: -47 a 25). En el grupo ≥ 169 días, la reducción solo se mantuvo en mayores de 43 años (DM: -36,5 días; IC 95%: 6 a 59,5), siendo este último el único resultado estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

La telepsicología se asocia a una reducción en la duración de la incapacidad temporal en pacientes con trastornos mentales, especialmente en mujeres y en personas mayores de 43 años. Aunque los resultados no han mostrado significación estadística en la mayoría de los subgrupos, las diferencias observadas son clínicamente relevantes y apuntan a un posible beneficio en la gestión asistencial. Esta modalidad de atención se perfila como una herramienta prometedora para favorecer la reincorporación laboral y mejorar la eficiencia del abordaje en salud mental.

ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN DE PRÁCTICAS INNECESARIAS, DE BAJO VALOR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

 *Cristina García Fernández; Asunción Domínguez Conde; Olga Madridano Cobo; Llanos Soler Rangel; Inmaculada López Carri- llo; Carmen Saa Requejo*

 *Hospital Universitario Infanta Sofía*

Identificador: 343

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las prácticas de bajo valor son intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudosa utilidad, ya sea porque no han demostrado su eficacia o porque su relación coste/beneficio es desfavorable o no bien conocida. Son prácticas cuyo uso no está respaldado por la evidencia científica, conllevan un aumento de los costes asociados a la asistencia sanitaria y no están libres de riesgos para los pacientes. El compromiso con la seguridad de la asistencia, la eficiencia y la calidad hacen necesario difundir entre los profesionales sanitarios las prácticas que aportan poco valor, prácticas innecesarias o estrategias de “No Hacer”.

OBJETIVOS

Comunicar a los profesionales del centro, la información y recursos disponibles más actualizados en prácticas clínicas que no aportan beneficio a los pacientes, que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas. En los últimos años, se están desarrollando diferentes iniciativas y actuaciones para primero identificar, luego difundir y, finalmente, promover la no realización de prácticas que, o no aportan valor, o incluso pueden afectar de forma negativa a la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

En el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica se realizó una revisión de las iniciativas nacionales e internacionales en relación a prácticas innecesarias o de bajo valor. Se diseñó una estrategia de difusión a todos los profesionales del centro, formación incidiendo especialmente en los profesionales de reciente incorporación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó documento que contenía una revisión de las principales estrategias de no Hacer y prácticas de bajo valor. Se incluyeron las principales iniciativas internacionales: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), el proyecto denominado Choosing Wisely americano y canadiense y otras campañas lideradas por las revistas científicas de mayor impacto como «Too much medicine; too little care» del British Medical Journal o «Less is More» del JAMA Internal Medicine. En cuanto a los proyectos nacionales se revisaron el proyecto de No Hacer liderado por el Ministerio de Sanidad, y la iniciativa DianaSalud y otras recomendaciones de diferentes comunidades autónomas. Se incluyeron ejemplos de recomendaciones y enlaces web a las instituciones más destacadas. El documento se difundió a todos los profesionales a través del correo corporativo y se colgó en la intranet. Se diseñó una pildora formativa en la app de formación sanitaria accesible a todos los profesionales. En la formación inicial de los nuevos residentes se incluyó dentro del programa de competencias transversales una sesión específica: Gestión de recursos finitos. Recomendaciones de “No Hacer”. La mejora de la adecuación es un componente clave en la calidad asistencial y una labor necesaria para la utilización razonable, rigurosa y transparente de los recursos sanitarios, en la medida que se reducen las prestaciones inadecuadas y se impulsan aquellas con beneficio y de mayor valor clínico.

NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DE PRUEBAS BIOQUÍMICAS EN VALORES CRÍTICOS: EXPERIENCIA PRÁCTICA DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO

 JOSE IGNACIO GUTIERREZ REVILLA ⁽¹⁾; FEDERICO TALLEDO PELAYO ⁽²⁾; DAVID CANTARERO PRIETO ⁽³⁾; MARIA TERESA GARCIA UNZUETA ⁽⁴⁾; IRIA FLAVIA VALLINA LOPEZ DORIGA ⁽¹⁾; ISABEL SANCHEZ-MOLINA ACOSTA ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Sierrallana; ⁽²⁾ C.R. PENAGOS; ⁽³⁾ Universidad de Cantabria; ⁽⁴⁾ Hospital de Valdecilla; ⁽⁵⁾ Hospital de Laredo

Identificador: 344

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los valores críticos en pruebas bioquímicas (VCB) pueden representar un riesgo para la vida del paciente, por lo que requieren identificación inmediata y actuación clínica urgente. En ocasiones, la trascendencia de los resultados requiere una notificación directa vía telefónica al personal sanitario a cuyo cargo se encuentre el paciente.

A modo de experiencia práctica, a lo largo de 2024 se ha monitorizado el registro de VCB en el Sistema de Información del Laboratorio (SIL) del servicio de salud y las notificaciones realizadas.

OBJETIVOS

Realizar un seguimiento anual del registro de VCB con el fin de identificar mejoras al protocolo de actuación, dentro de una política de calidad asistencial y en el marco de la responsabilidad del laboratorio en su aportación al cuidado del paciente.

METODOLOGÍA

Los laboratorios junto los profesionales clínicos, establecieron la relación de VCB adaptada a necesidades, prevalencia de enfermedades, especialidades o programas especiales y demografía de la población.

A través del SIL se explotaron datos de VCB de manera cuantitativa y cualitativa; así como, notificaciones directas realizadas. Se analizó profesional y servicio, y si el paciente estaba o no ingresado. También si se trataba de una prueba rutinaria, en urgencias o en hospitalización. En los casos de notificación directa se recogió si se hizo al profesional solicitante o contacto del servicio/centro de salud, o bien, al paciente/familiar/centro residencial.

Para el análisis de la información se utilizó una herramienta de Business Analytics (BiWer®).

RESULTADOS

En 2024, se solicitaron al laboratorio 1.007.145 pruebas bioquímicas. Tuvieron carácter urgente 313.693. En 31.015 (3.08%) se registró un resultado crítico. Las pruebas con más VCB fueron pO₂ Arterial, Creatinina suero, Urea suero, Potasio suero, pH arterial y Glucosa en suero. Estas seis pruebas suponían el 81.55% (25.293) de los resultados críticos.

En cuanto al origen de las peticiones con VC, eran 13.298 de Urgencias, 12.389 preferentes (de consultas u hospitalización), 4.820 de rutina y 518 de atención primaria.

Todas pruebas con VCB quedaron recogidas en SIL y en la Historia clínica. Las notificaciones telefónicas se realizaron mayoritariamente al servicio (89.46% de los casos) o médico (9.92%). La información sobre el tiempo de aviso o notificaciones fallidas no quedaba recogida sistemáticamente.

CONCLUSIONES

La experiencia pone de manifiesto el riesgo de saturar al clínico con exceso de información y usar inadecuadamente recursos del laboratorio, restando fuerza e inmediatez a las comunicaciones más críticas.

La lista adecuada de VCB y el cumplimiento de los procedimientos de comunicación (en tiempo y forma) aportaría efectividad y eficiencia al proceso asistencial.

En nuestro caso, documentar notificaciones y confirmaciones de actuación, incluyendo tiempos de respuesta e intentos fallidos, aprovechando la digitalización de la mensajería que el servicio de salud aborda contribuiría a entornos sanitarios más seguros.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON EPOC INSTITUCIONALIZADO

😊 Ana Belén Melgar Borrego ⁽¹⁾; Cristina Peral Bolaños ⁽²⁾; Virgina Cejas López ⁽³⁾; Marta Soriano Fraile ⁽⁴⁾; Maria Teresa Sánchez de Arriba ⁽³⁾; Maria Alejandra Alejos Putignano ⁽⁵⁾

📄 ⁽¹⁾ UNIDAD DE ATENCION A RESIDENCIAS. DIRECCION ASISTENCIAL SURESTE. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA MADRID; ⁽²⁾ Unidad de Atención a Residencias. Direccion Asistencial Noroeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria Madrid; ⁽³⁾ Unidad de Atención a Residencias. Direccion Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria Madrid; ⁽⁴⁾ Unidad de Atención a Residencias. Direccion Asistencial Sureste. Gerencia de Atencion Primaria; ⁽⁵⁾ Unidad Docente Talavera de la Reina. Toledo.

Identificador: 346

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La población institucionalizada, con alta carga de morbilidad es valorada desde diferentes ámbitos asistenciales, esto lleva aumento de polifarmacia y difícil manejo en el centro residencial (CR) del paciente con EPOC y los dispositivos utilizados en el tratamiento, produciéndose errores en la indicación y uso de estos, provocando un mal control de la enfermedad

OBJETIVOS

Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes institucionalizados con EPOC para reducir reagudizaciones y mejorar el control de la enfermedad. Objetivos secundarios: mejorar la adherencia al tratamiento, mejorar la técnica de inhalación, conocer el grado de EPOC en el que se encuentran los pacientes y favorecer la cobertura de las vacunas aconsejadas en pacientes con EPOC. Metodología Estudio descriptivo de una cohorte de seguimiento retrospectivo durante el periodo de mayo del 2024 a marzo del 2025, en el que en el contexto de la práctica clínica diaria se realizó la intervención en pacientes con EPOC, pertenecientes a 3 CR de un área sanitaria. Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticados con EPOC. Criterios de exclusión: pacientes en cuidados paliativos o terminales y pacientes de centro de día.

METODOLOGÍA

La metodología fue: la enfermera del equipo multidisciplinar identificaba los pacientes con EPOC y solicitaba la hoja de tratamiento farmacológico al CR. Posteriormente, la farmacéutica de Atención Primaria y la médico del equipo multidisciplinar, realizaban una revisión de tratamiento de manera conjunta y se agendaba una visita con la residencia, con el objetivo de realizar la valoración clínica del paciente y realizar los ajustes del tratamiento que fuesen necesarios. Se valoraba el uso de los inhaladores, flujo inspiratorio, adherencia, grado de disnea y cobertura vacunal. Posteriormente se hacía seguimiento de los pacientes a los 3 y a los 6 meses

RESULTADOS

Se intervinieron en 19 pacientes, de los cuales el 63,15% había tenido alguna exacerbación en el año anterior, previa a la intervención. De estas, el 58% habían requerido ingreso hospitalario. Tras la primera intervención, no se produjo ninguna exacerbación en los tres primeros meses de seguimiento y a los 6 meses hubo exacerbación en el 42%, de los cuales menos de la mitad requirió ingreso hospitalario. Se detectaron errores de manejo del inhalador en el 79% de los pacientes, en su mayoría relacionados con la agitación previa del dispositivo pMDI, espiración previa y apnea posterior y flujo inspiratorio insuficiente. También se detectaron un total de 93 PRM (problemas relacionados con la medicación), que fueron resueltos tras la revisión.

CONCLUSIONES

La intervención de un equipo multidisciplinar en la valoración clínica y revisión del tratamiento mejora el uso de los inhaladores y la adecuación del tratamiento farmacológico, disminuyendo los ingresos por reagudizaciones en población institucionalizada

ACTUACIÓN DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS TRAS INFORMACIÓN DEL CESE DE COMERCIALIZACIÓN DE INSULINAS INNOLET

 Virginia Cejas López; Cristina Peral Bolaños; Ana Belén Melgar Borrego; Judit Gómez Benito; Maria del Pilar Flórez Molina; Andrea Huete Partido

 Unidad de Atención a Residencias. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria Madrid

Identificador: 347

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Entre las acciones de las unidades de atención a residencias (UAR) en un área sanitaria, se realizan actividades de coordinación con los centros residenciales (CR), entre las que están evaluación y seguimiento de los pacientes institucionalizados. Tras la información de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), sobre el cese de comercialización de varias insulinas programado por Novo Nordisk, las UAR realizaron un plan de actuación para garantizar la seguridad de los pacientes que tuviesen prescritas dichas insulinas.

OBJETIVOS

Detectar los pacientes que tuviesen prescritas insulinas con cese de comercialización, para realizar el cambio de prescripción alternativo y garantizar la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Cuando la AEMPS publicó la información sobre el cese de comercialización durante el primer trimestre del 2025, que implicaban a los medicamentos que utilizan dispositivos innolet, la UAR de un área sanitaria contactó con los CR, para informarles de dicho cese, e identificó los pacientes que tuviesen prescritos estos medicamentos. Una vez identificados, se realizó el cambio de prescripción al tratamiento alternativo que se había recomendado desde la Comunidad Autónoma. Posteriormente se avisó a los CR del cambio realizado y de las recomendaciones a tener en cuenta para evitar errores de medicación, sobre todo en aquellos que implicase el cambio de insulina humana a un análogo, ya que el efecto del nuevo medicamento tiene un inicio de acción más rápido y una menor duración de acción, por lo que debe administrarse entre 5 y 15 minutos antes de la ingesta de alimentos, en lugar de 30-40. Esta recomendación era importante comentarla ya que podría causar hipoglucemias en caso de no tenerlo en cuenta.

RESULTADOS

una vez que se difundió la información y se contactó con los 42 CR de un área sanitaria, se identificaron 31 pacientes institucionalizados en 17 CR. La UAR realizó el cambio de prescripción en 23 pacientes, y en los 8 restantes ya se lo había modificado el médico del centro de salud al que pertenecían. Igualmente, en todos los CR se difundió información de los puntos a tener en cuenta tras el cambio de insulina.

CONCLUSIONES

la intervención de una UAR, tras la información de cambios en medicamentos, garantiza la seguridad de los pacientes institucionalizados.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES INSTITUCIONALIZADO.

 Alicia Crespo Plaza ⁽¹⁾; Cristina Peral Bolaños ⁽²⁾; Ana Belén Melgar Borrego ⁽³⁾; Cristina Santos Molero ⁽¹⁾; Nakary Esteves Altamiranda ⁽⁴⁾; Saioa Zozaya Fernandez ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Unidad de Atención a Residencias. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria Madrid; ⁽²⁾ Unidad de Atención a Residencias. Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia de Atención Primaria Madrid; ⁽³⁾ UNIDAD DE ATENCION A RESIDENCIAS. DIRECCION ASISTENCIAL SURESTE. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA MADRID; ⁽⁴⁾ Centro Residencial Madrid Sur; ⁽⁵⁾ Ámbito Hospitalario. Comunidad Pais Vasco

Identificador: 348

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los objetivos terapéuticos establecidos en el paciente diabético mayor deben ser revaluados de manera interdisciplinar con abordaje integral. La población institucionalizada es atendida desde diferentes ámbitos asistenciales, provocando polifarmacia y falta de adecuación del tratamiento a las guías de práctica clínica. La evaluación por un equipo multidisciplinar centra el abordaje en la persona mejorando la calidad de los cuidados

OBJETIVOS

Objetivo principal: describir el porcentaje de pacientes diabéticos mayores de 65 años institucionalizados en un área sanitaria con mal control de hemoglobina glicada según las guías de práctica clínica.

Objetivos secundarios Analizar la efectividad de una intervención en práctica clínica habitual para adecuar los niveles de HbA1c tras 3 ó 6 meses de seguimiento, cuantificar la deprescripción farmacológica por falta de adecuación.

METODOLOGÍA

Estudio de una cohorte de seguimiento retrospectivo de julio del 2024 a febrero del 2025, en el contexto de la práctica clínica diaria se realizó la intervención en pacientes con Diabetes Mellitus (DM), de 4 centros residenciales (CR). Inicialmente la enfermera del equipo multidisciplinar verifica los pacientes diagnosticados con DM del CR, y anota el valor de Hb1Ac máximo 6 meses previos en la historia clínica del paciente. Sino dispone de dicho valor, realiza una medición capilar o solicita una analítica completa en aquellos que lo requieran. Posteriormente la médico concilia y realiza revisión del tratamiento utilizando como fuentes de información hojas de tratamiento del CR, historia clínica electrónica de Atención Primaria y hospitales. Tras la revisión se concretan reuniones de trabajo con el médico del CR, y se realizan los cambios que se consideran necesarios en el tratamiento farmacológico. Finalmente se hace seguimiento a los 3 meses en pacientes con algún cambio en el tratamiento (disminución de dosis o deprescripción), y a los 6 meses los pacientes que no se le hagan modificaciones

RESULTADOS Se revisaron 101 pacientes, 21 fallecieron durante el seguimiento, edad media de 89 años. Los niveles de glicada, se tuvieron que solicitar en 29 pacientes con analítica, o realizando punción capilar. La media de glicada por paciente antes de la intervención fue 6,79, y tras la revisión, se hicieron cambios de tratamiento en 41 pacientes, cuya media de glicada de a los 3 meses fue de 6,93. A los 6 meses la media de glicada en 35 pacientes fue de 6,55. La media de medicamentos por paciente era de 1,50, tras la revisión disminuyó a 0,90 medicamentos de media/paciente. Antes de la revisión, el 28,75% de los pacientes no tenían tratamiento, y tras la revisión aumento al 40%.

CONCLUSIONES

La intervención de un equipo multidisciplinar en la valoración clínica y revisión del paciente mayor institucionalizado con DM, disminuye el número de fármacos prescritos para el control de la enfermedad sin empeorar los controles, mejorando la seguridad y calidad de la asistencia

VOCES PROFESIONALES ANTE LAS INEQUIDADES EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: DESAFÍOS DESDE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

 Marina Martínez Payá ⁽¹⁾; Mercedes Guilabert Mora ⁽²⁾; Irene Carrillo Murcia ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Grupo Casaverde; ⁽²⁾ Universidad Miguel Hernández

Identificador: 349

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Los centros sociosanitarios constituyen un entorno esencial para la atención de personas mayores y en situación de dependencia. Sin embargo, los profesionales que prestan servicio en ellos enfrentan limitaciones estructurales, organizativas y humanas que dificultan la provisión de una atención segura, equitativa y centrada en la persona. Escuchar y comprender sus percepciones resulta imprescindible para identificar barreras reales, generar propuestas viables y orientar políticas públicas más eficaces.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio tuvo como objetivo explorar la percepción de profesionales de distintas disciplinas sobre las inequidades que afectan la calidad asistencial y la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. Se empleó una metodología cualitativa mediante una consensus conference virtual, con la participación de 7 profesionales de diferentes perfiles (medicina, fisioterapia, trabajo social, limpieza, cocina, administración y atención directa). Se utilizó una guía semiestructurada y análisis temático, estructurando los hallazgos en base al Marco Multidimensional de Desigualdades de la Unión Europea.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los profesionales destacaron como principal inequidad la escasez de personal, lo que limita una atención segura, individualizada y continua. Se señaló que la sobrecarga asistencial genera consecuencias directas como errores en cuidados, caídas, infecciones y omisiones en higiene y rehabilitación. También identificaron la infrautilización de terapias no farmacológicas, por falta de tiempo o recursos. En cuanto a la información clínica, resaltaron la necesidad de mejorar la coordinación entre equipos y con las familias, así como establecer protocolos claros para la gestión de citas, derivaciones y urgencias. En el ámbito material, mencionaron deficiencias en productos de apoyo y mobiliario que dificultan movilizaciones seguras. Destacaron además la falta de participación estructurada de residentes y familias, subrayando la necesidad de revitalizar los consejos de participación para reforzar la voz de los usuarios. Finalmente, se valoró positivamente la creación de unidades de convivencia con asignación fija de profesionales, como modelo más humanizado y eficaz.

Desde la perspectiva de los profesionales, las inequidades en centros sociosanitarios son estructurales y multidimensionales. La falta de recursos humanos y materiales, unida a la escasa participación de usuarios y familiares, impacta negativamente en la calidad y seguridad de los cuidados. Es urgente replantear la organización del trabajo, mejorar la dotación de personal y promover modelos de atención centrados en la persona. Para ello, se requiere voluntad institucional, inversión sostenida y una escucha activa del conocimiento de quienes están en la primera línea asistencial.

IA PARA CLUSTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

 SILVIA GARCÍA DE GARAYO DÍAZ ⁽¹⁾; URKO AGUIRRE LARRACOECHEA ⁽²⁾; FERNANDO ENCINAR MARTÍN ⁽¹⁾; SUSANA GÁRATE PÉREZ ⁽²⁾; ELISA GÓMEZ INHUESTO ⁽³⁾; MARIA TERESA ACAITURRI AYESTA ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ OSI Araba; ⁽²⁾ OSI BARRUALDE; ⁽³⁾ DIRECCIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA; ⁽⁴⁾ OSI CRUCES

Identificador: 350

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad en la que el corazón pierde su capacidad de bombear sangre de manera eficiente, lo que afecta gravemente al funcionamiento de los órganos y provoca síntomas debilitantes. Su prevalencia ha ido en aumento, especialmente en los países desarrollados, donde se estima que entre el 1% y el 2% de los adultos la padecen. De hecho, entre el 1% y el 2% del presupuesto sanitario de muchos países se destina a su tratamiento.

OBJETIVOS

Determinar el número óptimo de clúster dentro de la ruta asistencial de insuficiencia cardíaca compuesta por los pacientes diagnosticados por esta misma patología. Se establecerán las distintas trayectorias mediante las prestaciones que mayor relevancia presenten en dicha agrupación.

METODOLOGÍA

1. Extracción/Fuente de la información Juntar los ficheros proporcionados desde cada centro de salud con información global sobre los pacientes y tratamientos para el estudio de Insuficiencia Cardíaca durante el año 2022.
2. Criterios de inclusión/exclusión. Determinar las actividades/prestaciones en cada una de las distintas modalidades evaluadas (consultas intrahospitalarias, hospitalizaciones, etc...) que se encuentran relacionadas con la patología.
3. Creación de variables dicotómicas Crear variables dicotómicas (presencia/ausencia) para los distintos usos de recursos sanitarios contemplados en el estudio.
4. Determinar los clústers Determinar los clústers distintos y número óptimo que se reflejan dentro de las distintas trayectorias que los pacientes realizan cumpliendo con los criterios de inclusión en la ruta de la IC. Para ello, se ha utilizado la técnica de IA de clusterización de agrupación jerárquica con distancia gower.

RESULTADOS

Según el análisis clúster, el número de grupos más adecuado preservando la variabilidad de toda la muestra analizada es $k = 4$. Mirando las características de cada uno de los 4 grupos en los que se ha dividido la población de estudio podemos observar que el grupo de más población ($n=3625$) es el que menos gravedad presenta. Le sigue otro grupo de gravedad leve ($n=1344$) donde acuden a revisiones de consultas externas y se les realiza alguna prueba.

Por último, el grupo que presenta gravedad ($n=3591$) son pacientes que pasan por la UCI, van a urgencias y hospitalizan pero apenas pasan por quirófano. Le sigue un grupo de más gravedad ($n=1077$) donde además de necesitar los recursos del grupo anterior, éstos pasan por quirófano y utilizan el Hospital de día.

CONCLUSIONES

En este trabajo, hemos implementado una estrategia de agrupación atemporal que nos ha permitido identificar y clasificar pacientes con características similares en función del uso de recursos sanitarios. Esta metodología ha demostrado ser eficaz para analizar patrones de comportamiento y segmentar a los individuos en grupos homogéneos, facilitando así una mejor comprensión de las dinámicas de consumo de recursos sanitarios como de los costes económicos.

EXPERIENCIA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ATENCIÓN PRIMARIA (AP), ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH) CENTROS SOCIOSANITARIOS (CSS).

😊 M^a Soledad OCHANDORENA JUANENA ⁽¹⁾; Javier Sanchez Martin Sánchez Martin ⁽²⁾; Delia Cornejo Corrales ⁽³⁾; M^a Jesús Iglesias Iglesias ⁽⁴⁾; Elena Caballero Jarilla ⁽⁵⁾; M^a Soledad Holgado Catalán ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE AP MADRID, DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE; ⁽²⁾ Hospital U. Fundación Jiménez Díaz; ⁽³⁾ Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; ⁽⁴⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Dirección Asistencial Noroeste; ⁽⁵⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria Madrid; ⁽⁶⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria Madrid, Dirección Asistencial Noroeste

Identificador: 351

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Para la coordinación Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) la continuidad de cuidados es clave. Esta iniciativa se centra en la continuidad de cuidados basada en la administración de medicamentos de uso hospitalario (IV/IM) en CSS y Centros de Salud (CS) de AP en procesos agudos buscando la sostenibilidad y accesibilidad.

OBJETIVOS

Analizar el procedimiento y resultados del alta hospitalaria con el “circuito de administración de antibióticos IV en AP con hospitales de referencia”.

METODOLOGÍA

Se describe procedimiento de administración de medicamentos de uso hospitalario (IV/IM) en CS de AP y CSS para situaciones agudas, al alta:

- **Prescripción:** El médico consulta al equipo del Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA), informa al paciente, contacta enfermera de continuidad asistencial (ECA) y ésta al CS/CSS, que asegura la estabilidad clínica y elige la pauta adecuada. La primera dosis se administra en hospital, asegurando un acceso venoso permeable con informe de alta. Se aplica el protocolo de antibióticos restringidos.
- **Dispensación y Comunicación:** El Servicio de Farmacia dispensa el medicamento y contacta a la ECA para recogida e instrucciones. La ECA aporta material y contacta con enfermera de AP/CSS para valorar necesidades e informar sobre cuidados; si se precisa, explica manejo de accesos venosos centrales. La medicación y material se entregan al paciente/tutor.
- **Distribución:** El paciente/cuidador se responsabiliza del transporte medicación y documentación al CS/CSS.
- **Alcance:** Tratamientos IV/IM de uso hospitalario, con seguimiento en AP, previo acuerdo interinstitucional AP-AH para zona de cobertura y aceptación del CS/CSS. Pacientes con estabilidad clínica y hemodinámica, certeza diagnóstica de infección con necesidad de antibiótico IV (descartadas otras vías), y acceso venoso permeable.
- **Exclusiones:** Medicación no urgente por receta habitual, medicamentos con circuito de dispensación en farmacia hospitalaria de pacientes externos, medicamentos para Hospital de Día, medicamentos con seguimiento que requiera dispositivos no disponibles en AP, y pacientes que no puedan desplazarse al CS.

RESULTADOS

Se han aplicado un total de 191 administraciones en CSS y CS. Cada paciente evita por administración entre 6 y 7 días de hospitalización. Se estiman 1266 días de ingreso evitados. Se observó variabilidad en el número de pacientes seguidos por centro y un uso predominante de Ertapenem.

CONCLUSIONES

La implementación del circuito de administración de antibióticos IV en AP ha evitado un número significativo de ingresos hospitalarios, lo que sugiere un impacto positivo en la sostenibilidad del sistema, la optimización de recursos y la accesibilidad y seguridad para el paciente. Destacar los beneficios de administración en el entorno habitual del paciente. Estos datos apoyan la continuidad de la experiencia y con futuros análisis de resultados clínicos y de satisfacción para usuarios.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTES EN ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y ANESTÉSICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA

 *Yasmina Vela Rahmani; Marina Fajardo Planas*

 *Hospital Universitario General de Catalunya*

Identificador: 352

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia de la paciente es un pilar clave en la evaluación de la calidad asistencial, especialmente en entornos sensibles como la atención obstétrica y anestésica. La percepción de las gestantes sobre el trato recibido, la comunicación con el equipo, la gestión del dolor y la seguridad percibida constituye una fuente de información valiosa para la mejora continua. Sin embargo, este tipo de evaluación no siempre se integra de forma sistemática en los procesos asistenciales. La recogida estructurada de esta información permite orientar cambios reales en la práctica clínica, fortalecer la humanización del parto y aumentar la seguridad y satisfacción de las pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue diseñar e implementar una herramienta de recogida de datos para valorar la experiencia de las pacientes durante la atención obstétrica y anestésica. Como objetivo secundario, se planteó identificar oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la calidad percibida y la seguridad clínica. Se elaboró un cuestionario anónimo y voluntario dirigido a gestantes atendidas en un hospital privado. El instrumento incluyó preguntas cerradas y abiertas sobre aspectos clave como la información recibida, la toma de decisiones, la percepción de seguridad, el acompañamiento, el manejo del dolor y la atención del equipo de anestesia. La difusión del cuestionario se realizó en formato digital, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos. Se recogerán los resultados durante un periodo determinado y se realizará un análisis descriptivo de los datos cuantitativos y un análisis temático de las respuestas cualitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se prevé obtener un alto grado de participación debido a la accesibilidad del formato y el interés de las pacientes en expresar su experiencia. Se espera identificar buenas prácticas ya consolidadas, así como áreas de mejora en comunicación, coordinación entre equipos y toma de decisiones compartida. Asimismo, se anticipa que la percepción del trato recibido y el alivio del dolor sean factores clave en la satisfacción global. Los resultados permitirán priorizar acciones de mejora desde un enfoque centrado en la paciente. La evaluación sistemática de la experiencia de las gestantes aporta información crítica para reforzar la seguridad del paciente y promover una atención obstétrica y anestésica más humana, informada y respetuosa. Esta herramienta puede integrarse como parte de los indicadores de calidad asistencial, y su replicabilidad en otros centros contribuiría a consolidar una cultura de mejora continua basada en la voz de las usuarias.

PERCEPCIÓN DE FAMILIARES SOBRE INEQUIDADES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: UNA LLAMADA A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

 Marina Martínez Payá ⁽¹⁾; Irene Carrillo Murcia ⁽²⁾; Mercedes Guilabert Mora ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Grupo Casaverde; ⁽²⁾ Universidad Miguel Hernández

Identificador: 353

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial en los centros sociosanitarios no solo afecta a los usuarios, sino también a sus familias, quienes cumplen un rol fundamental en el proceso de cuidado y adaptación. Las inequidades percibidas por los cuidadores familiares, especialmente en cuanto a la falta de información, participación y condiciones materiales y humanas del entorno asistencial, afectan directamente su bienestar emocional y su confianza en el sistema. Entender estas percepciones es clave para humanizar la atención y mejorar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue explorar las percepciones de los familiares de personas usuarias de centros sociosanitarios respecto a las inequidades que afectan a la calidad de los cuidados. Se realizó un estudio descriptivo de diseño transversal, de naturaleza cualitativa, mediante grupo nominal con cuidadores (n=8); 6 mujeres y 2 hombres. Los criterios de inclusión fueron: ser familiar o cuidador principal de una persona usuaria de un centro sociosanitario en España. Los familiares eran cuidadores principales no profesionales, con una media de 3,2 años cuidando a la persona usuaria y un promedio de 2,6 años desde la institucionalización; el ámbito geográfico fue la Comunidad Valenciana. Se excluyeron personas con vínculos profesionales con los centros evaluados. El reclutamiento se realizó mediante muestreo intencional en red, contactando asociaciones y entidades de apoyo a familiares y cuidadores. Se utilizó un guion de entrevista semiestructurada aplicándose un análisis temático en base a las categorías establecidas de acuerdo al Marco de Monitoreo de Desigualdades Multidimensionales de la Unión Europea (2021), compuesto por 10 dominios clave relacionados con la calidad de vida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis permitió identificar que en el dominio del conocimiento y las habilidades, se observaron inequidades informativas. En el ámbito de la salud, se identificaron inequidades en el acceso y la continuidad asistencial. En relación con las condiciones materiales de vida, se percibieron deficiencias en servicios como lavandería o en la disponibilidad de espacios para el acompañamiento digno. En cuanto a la vida laboral y profesional, se aludió a la sobrecarga del personal. Además, emergieron inequidades en la participación política y la voz, al carecer de canales claros para la implicación familiar en la toma de decisiones. El dominio de la seguridad e integridad física también se vio afectado por prácticas no consensuadas.

Los familiares perciben inequidades significativas en centros sociosanitarios. Estas carencias repercuten en la percepción de la calidad del cuidado brindado. La humanización, el establecimiento de estrategias que mejoren la transparencia y la personalización del cuidado son claves para garantizar un modelo de atención más equitativo, digno y centrado en la persona y su entorno familiar, donde prime la calidad asistencial y la seguridad del paciente, y promuevan la participación de las familias como agentes activos.

RELACIÓN ENTRE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y LA CULTURA PROFESIONAL

 Javier Crespo Sanz ⁽¹⁾; Marta Torres Magán ⁽¹⁾; Diego Moya Alcocer ⁽¹⁾; Xavier Farrús Esteban ⁽¹⁾; Emili Molina Vega ⁽¹⁾; Rafael Manzanera López ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ MC Mutual; ⁽²⁾ UPF

Identificador: 354

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La relación entre la percepción y experiencia de los pacientes con resultados clínicos más eficaces y seguros está bien documentada. La cultura organizacional, de seguridad del paciente y el bienestar de los profesionales sanitarios se asocian a una mayor calidad asistencial. En las mutuas laborales, esta relación cobra una dimensión más poliédrica que en el resto del sector sanitario, ya que, además de la atención sanitaria, se toman decisiones económicas para los pacientes. El estudio busca identificar acuerdos y desacuerdos en las valoraciones para contrastar las visiones de paciente y profesional.

OBJETIVOS

Analizar conjuntamente la percepción de pacientes y profesionales de la atención sanitaria, para identificar coincidencias y divergencias entre ambas perspectivas.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio descriptivo narrativo de una experiencia sobre percepción de pacientes y cultura de profesionales y se comparó con hallazgos anteriores de estudios desarrollados en la organización. El estudio fue realizado durante el año 2024. Se aplicaron encuestas estructuradas a tres muestras de profesionales sanitarios referentes de calidad sanitaria, profesionales de centros pequeños y profesionales de centros grandes. Con los pacientes se realizaron encuestas de opinión basadas en experiencia del paciente. Se evaluaron 8 dimensiones clave: resultados de la atención, coordinación entre profesionales, atención sanitaria basada en la confianza, información clínica y administrativa, instalaciones y medios técnicos, confianza en el diagnóstico, trato y confianza en el tratamiento. Los resultados se estandarizaron para permitir la comparación entre grupos. Las categorías fueron validadas por un grupo de expertos siguiendo la metodología y resultados de estudios anteriores (2022).

RESULTADOS

La tasa de participación fue del 88% en CAS, 64% de centros pequeños y 59% de centros grandes, con un total de 219 profesionales encuestados. Por otro lado, 2348 pacientes respondieron la encuesta después de ser atendidos en los servicios de Urgencias, Contingencia Profesional o Rehabilitación. Las divergencias observadas fueron buenas para profesionales (y malas para pacientes) en resultados de la atención y en la información clínica y administrativa, mientras que los pacientes valoraron mejor la confianza en el proceso y las instalaciones frente a la opinión contraria de los profesionales. Se observaron coincidencias en valorar bien el trato y negativamente la coordinación entre profesionales.

CONCLUSIONES

Los estudios anteriores los hallazgos muestran un mayor encuentro entre pacientes y profesionales en la valoración en positivo del trato, por el contrario, se mantienen aspectos a resolver con la coordinación entre profesionales y los resultados en el tratamiento. Los planes de acción se han de orientar con mayor intensidad a dar respuesta a estos aspectos, también se ha de tener en cuenta el impacto de la gestión prestación en la percepción del paciente en el proceso terapéutico.

KIT DE TRASLADO DE MIEMBROS AMPUTADOS: ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE UTILIZA Y CÓMO LO VALORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

 ELSA EROLES PEREZ; Jose Martínez Martínez; Elena Peregrín Casarejos; Marta Guila Mercader; Yolanda Oliván Pascual; Andrés Rodríguez Domingo

 MC Mutual

Identificador: 355

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En enero de 2019 se implementó un kit para el traslado de miembros amputados, garantizando condiciones de conservación y transporte para la reimplantación. La eficacia puede estar relacionada con la disponibilidad del Kit, la percepción de los profesionales en su manejo y gestión de reposición. Las propuestas de mejora de quienes lo han utilizado permiten identificar aspectos para optimizar su diseño y funcionalidad. Esta evaluación favorece la calidad asistencial al integrar el kit en protocolos, promoviendo una atención más segura, eficaz y centrada en el paciente.

OBJETIVOS

Evaluar el circuito del kit de amputados a través de frecuencia de uso, tiempo de reposición tras su utilización y percepción de los profesionales sobre su utilidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo en 90 centros asistenciales distribuidos por toda España. Cada centro cuenta con una enfermera por turno (mañana y tarde) responsables del uso del kit. El periodo de análisis fue de 6 años y 3 meses. Se calculó el porcentaje de centros que utilizaron el kit y el tiempo de reposición. Se aplicó una encuesta telefónica (de 1 a 10) a enfermería para conocer su percepción sobre la utilidad del kit y recoger propuestas de mejora. Se preguntó sobre la utilidad general, valoración del kit y su impacto en la eficiencia del manejo de amputaciones, diferenciando entre enfermeras que lo habían utilizado y quienes no. Si se usó, se respondió a preguntas adicionales de facilidad de uso en emergencias, adecuación tiempo de reposición, y sugerencias de mejora, y se entrevistó a la enfermera que lo manipuló. En los centros sin uso se seleccionó aleatoriamente a la enfermera del turno de mañana o tarde.

RESULTADOS

13 de los 90 centros (14,4 %) hicieron uso del kit. Dos centros lo utilizaron en dos ocasiones. La reposición se realizó entre 24 y 48 horas tras la solicitud. Se obtuvieron respuestas válidas de 85 centros; uno no fue contactado y siete fueron excluidos (falta de respuesta o uso fuera del ámbito de la mutua). Las valoraciones fueron positivas, algo mejores en quienes usaron el kit: utilidad 8,7 vs. 8,5; valoración global 8,8 vs. 8,4; impacto 8,8 vs. 8,5. El 100% lo consideró fácil de usar en emergencias y el 75% valoró adecuado el tiempo de reposición. Un 18,8% sugirió mejoras: asas para transporte, mejora de cierre, tamaños, material y enfriamiento. En todos los casos, el miembro amputado fue descartado por no ser viable para reimplante, debido al deterioro de los tejidos o a la baja expectativa funcional.

CONCLUSIONES

El kit de traslado de miembros amputados ha demostrado una buena aceptación en el personal de enfermería, con valoraciones positivas. Se trata de un circuito sencillo que tiene impacto en casos graves, mejora la seguridad de los pacientes y de los profesionales implicados. Aunque el circuito es funcional, es recomendable realizar formación en entornos laborales para instruir en el rescate adecuado de la zona amputada y mejorar la viabilidad en la reimplantación.

INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE LA IMAGEN EN LAS PROYECCIONES RADIOLÓGICAS DE COLUMNA CERVICAL

 Cristina Calavia Rodríguez; Patricia Andrés Farrús; Elisabeth Santos Ávila; Jose Miguel Martínez Martínez; Marta Torres Magán; Javier Crespo Sanz

 MC Mutual

Identificador: 356

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La calidad de las imágenes radiológicas constituye un factor determinante para la precisión diagnóstica y el seguimiento clínico del paciente. Parámetros técnicos como los valores de exposición, la correcta posición del paciente, la colimación anatómica precisa, la identificación de la lateralidad y la selección y colocación apropiada del chasis inciden de manera directa en la calidad de la imagen obtenida y, como consecuencia, pueden afectar las decisiones clínicas. La columna cervical es la zona de exploración radiológica con mayor número de imágenes con errores técnicos detectados que pueden influenciar en el diagnóstico médico y, consecuentemente, en la evolución del paciente.

OBJETIVOS

Evaluar y analizar la calidad de los parámetros técnicos de las radiografías cervicales.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de tipo observacional retrospectivo en 86 centros asistenciales, distribuidos a nivel nacional, de una mutua colaboradora con la Seguridad Social (MCSS), en el que se incluyeron un total de 575 proyecciones de columna cervical en anteroposterior (AP) y lateral, realizadas en enero de 2025. No se establecieron criterios de exclusión. Se evaluaron cinco indicadores siguiendo los criterios establecidos por la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), en concordancia con lo dispuesto en el RD 1976/1999 y el RD 783/2001: La dosis de radiación medida en kilovoltaje-miliamperaje por segundo (kV-mAs), que es fundamental para asegurar una correcta densidad y contraste de la imagen. La posición del paciente para una correcta alineación anatómica. La colimación anatómica para optimizar la dosis de radiación. La presencia de marcadores de lateralidad visibles en la imagen para su correcta identificación. La elección y colocación del chasis para cubrir completamente la zona anatómica de interés.

RESULTADOS

Una vez analizadas todas las proyecciones de columna cervical de la totalidad de los centros, se observa que el 98% cumple con el ajuste adecuado del kV-mAs. Por el contrario, en el 46% la posición del paciente es mejorable, el 15% presenta errores de colimación por exceso o defecto, en el 20% no se visualiza marcador de lateralidad y en el 12% se observan deficiencias en la elección o colocación del chasis.

CONCLUSIONES

El estudio revela un alto nivel de competencia técnica del personal en el ajuste de la dosis de radiación, sin embargo, pone de manifiesto la necesidad de mejorar la correcta alineación anatómica del paciente. En cuanto a los criterios de colimación, lateralidad y elección del chasis; aunque se obtienen valores óptimos superiores al 80%, se debe tener en cuenta este margen de error igual o inferior al 20%, ya que puede resultar clínicamente relevante. Estos resultados aportan evidencia útil para el diseño de programas de calidad en imagen radiológica convencional.

DESARROLLO Y ADAPTACIÓN DE UNA PLATAFORMA DIGITAL EDUCATIVA PARA EL EMPODERAMIENTO EN SALUD

 begoña belarra tellechea ⁽¹⁾; Andrea de Sayas Gallo ⁽²⁾; Marta Garrido Nuñez ⁽²⁾; Judit Becerra Leal ⁽²⁾; Luis Salgado Rodriguez ⁽²⁾; Ricardo Otxoa Ruiz ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección para la Coordinación de Atención Primaria, Dirección de Asistencia sanitaria de la Dirección General de Osakidetza; ⁽²⁾ Subdirección para la Coordinación de Atención Primaria, dirección de Asistencia Sanitaria de la Dirección general de Osakidetza; ⁽³⁾ Subdirección de Sistemas de información e informática, dirección económico financiera de la Dirección general de Osakidetza

Identificador: 357

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el contexto actual, con la normalización del uso de dispositivos electrónicos, existen numerosas consultas online sobre temas relacionados con la salud que se consumen sin la certeza de ser una información confiable, adaptada en lenguaje y en un entorno seguro. En este sentido Osakidetza, ha desarrollado Osasun Eskola +, una plataforma digital educativa destinada al empoderamiento en salud de la ciudadanía que está integrada en historia clínica, lo que permite la prescripción de contenidos educativos, y en carpeta de salud, lo que facilita el acceso sin necesidad de volver a registrarse.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es: desarrollar una plataforma digital educativa adaptada a las necesidades de las personas usuarias e integrar el uso de Osasun Eskola + en profesionales y ciudadanía.

METODOLOGÍA

La metodología empleada secuenció fases de desarrollo tecnológico con testeos que detecten áreas de mejora, que serán implementadas con posterioridad. Se realiza este testeo diferenciando entre el perfil de uso profesional y ciudadano y se emplea metodología investigadora cuantitativa y cualitativa en la ejecución.

RESULTADOS

En marzo de 2024, Osasun Eskola+ contaba con un porcentaje de contenidos educativos minoritario y con un sistema de registro de doble autenticación idéntico al utilizado por carpeta de salud. Entre los meses de abril y junio de 2024 se realizó el primer testeo, un análisis de experiencia de usuario/o que ayudó a comprender cómo experimentan el uso de la plataforma, en donde participaron de 55 personas pertenecientes a 5 perfiles poblaciones distintos. Se crearon claves específicas de acceso, en una reunión virtual se explicó la participación: interactuar con Osasun Eskola + al menos durante 2 horas en el periodo de 2 semanas, rellenar un cuestionario posterior y opcionalmente participar en una entrevista personal. Se obtuvieron 35 cuestionarios y 17 entrevistas personales, que objetivamente una experiencia general muy positiva en cuanto a la claridad, profundidad y amplitud de los temas consultados, respecto a la confiabilidad del entorno y a la navegación sencilla e intuitiva. Se extrajo como debilidad que la necesidad de registro resultaba un factor limitante. En marzo de 2025, se inicia el pilotaje tras la integración en historia clínica y carpeta de salud y contar con gran amplitud de contenidos. Los provisionales muestran que se han realizado más de 1000 prescripciones, a cerca de 500 pacientes, por casi 150 profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

Aún sin conocer los resultados finales del pilotaje, esta combinación seriada de desarrollo tecnológico y contraste con público objetivo permite una mejor adecuación de la herramienta, que aproxima el producto final a las necesidades sentidas de las personas usuarias. Además, podría permitir la detección de resistencias al cambio, pudiéndose diseñar un plan de gestión del cambio que acompañe la implementación en Osakidetza y la difusión en la ciudadanía.

TIPOLOGÍA Y NIVEL DE PRIORIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS EN EL ENTORNO AMBULATORIO DE UNA MUTUA LABORAL

 *Marta Torres Magán; Juan Carlos Serfaty Soler; Emili Molina Vega; Juan Carlos González González; Carme Saurí Casadella; Diego Moya Alcocer*

 *MC Mutual*

Identificador: 358

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Una de las estrategias en seguridad del paciente es la gestión de los eventos adversos (EA), como instrumento clave para orientar los esfuerzos en el desarrollo de planes de mejora dirigidos específicamente a los daños evitables a los pacientes. Para ello, es preciso fomentar una cultura no punitiva basada en un clima de seguridad abierto y de confianza en la que los errores son una fuente de aprendizaje. En la mutua contamos con un sistema de notificación de eventos adversos (SNEA) desde 2015 y un grupo de trabajo multidisciplinar, denominado Unidad Funcional de Gestión del Riesgo (UFGR), que analiza las notificaciones de forma sistemática.

OBJETIVOS

Describir la tipología de eventos adversos ocurridos en los centros ambulatorios de una mutua laboral.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se estudiaron los casos declarados en el SNEA durante el periodo comprendido entre mayo de 2015 a mayo de 2025. Se analizó la tipología, gravedad (A-I) y la evitabilidad (1-6) de los eventos adversos que los miembros de la UFGR habían consensuado, mediante escalas estandarizadas. Además, se ha categorizado niveles de prioridad de actuación en función de criterios la gravedad y evitabilidad. Los eventos adversos más graves y evitables corresponden al nivel 1, los leves y evitables corresponden al nivel 2, los más graves e inevitables corresponden al nivel 3, y los leves e inevitables corresponden al nivel 4.

RESULTADOS

Se analizaron 355 notificaciones, constatando que se había producido un EA en 195 casos (55%). En cuanto a la tipología, la mitad de los EA se agrupan en caídas (25%) y relacionados con el equipamiento y las instalaciones (25%). La otra mitad se distribuye entre los relacionados con la medicación (15%), con los procedimientos terapéuticos (12%), el retraso diagnóstico (11%), la infección (5%), la identificación (5%) y la comunicación entre dispositivos (4%). En lo relativo al nivel de prioridad, el 42% de los EA se encuentran en el nivel 2 (leves y evitables), le siguen el 23% en el nivel 1 (graves y evitables), el 20% en el nivel 3 (graves e inevitables) y el 15% en el nivel 4 (leves e inevitables). En un 42% de los EA se ha requerido de una intervención sanitaria con diferentes grados de intensidad.

CONCLUSIONES

Las caídas representan un cuarto de los EA declarados, y dado que una mutua laboral trata en su mayoría patología traumatológica, parece tener una relación directa. Los EA relacionados con la medicación se encuentran en tercer lugar y las infecciones en penúltimo lugar, a diferencia del estudio APEAS (2007) que se encontraba en primer y segundo lugar respectivamente, esto puede ser debido a que el nivel de complejidad en nuestro entorno ambulatorio es más bajo que en Atención Primaria. Todas las organizaciones dirigen sus esfuerzos hacia los EA de prioridades 1 y 2, en la mutua el 65% de los EA se concentran ahí, mientras que en APEAS el 65% eran EA leves evitables y el 80% eran graves evitables.

DESARROLLO DEL MENTORING PARA INCORPORAR CALIDAD SANITARIA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UNA MUTUA LABORAL

 MARIA ESTRELLA FERNANDEZ VIVANCOS GONZALEZ; Montserrat Gasso Esplugas; Monica Soria Villegas; Laia Peinado Bueno; Marta Torres Magán; Diego Moya Alcocer

 MC Mutual

Identificador: 359

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El Mentoring es una técnica de soporte formativo, bien valorada para desarrollar el talento en las organizaciones. Una persona con mayor conocimiento (mentor) guía y ayuda a otra menos experimentada (mentorizado) en su desarrollo personal y profesional. Es clave en la acogida y facilita la adquisición del modelo y del estilo de liderazgo de la institución.

Consiste en una relación profesional, basada en la escucha activa, un diálogo orientado, en este caso a la incorporación de aspectos de calidad sanitaria en el personal administrativo.

El mentor es asesor y consejero, ofrece recursos y herramientas, favorece la creación de redes y contactos, y da un feedback permanentemente.

El mentorizado pide consejos y asesoramiento, en las materias acordadas. Asistiendo a las sesiones, leyendo los materiales, profundizando en sus habilidades y déficits, y fomentando una actitud empática entre ambos.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad del mentoring en la incorporación de elementos de calidad sanitaria en los directivos administrativos de una mutua tras dos años de aplicación.

METODOLOGÍA

Sesión inicial (mentor y mentorizado), formación mentor, sesión conjunta y definición de objetivos, iniciación de las sesiones de trabajo, sesión de evaluación y cierre.

RESULTADOS

El piloto muestra muy buenos resultados según la opinión de los participantes, ayudando al mentorizado a incorporar a su nuevo puesto de trabajo (con valoraciones de 9,5 en los ítems considerados), aunque con tendencia a la estabilización de la puntuación. Se genera un vínculo de confianza entre ambos y se produce un acompañamiento que es útil para ambas partes. Es clave el emparejamiento entre las personas mentoras y mentorizadas. Durante las sesiones se comparten ideas y buenas prácticas y se crea una relación de confianza que genera conexión entre las diferentes Unidades de Gestión. El hecho de ser unidades similares en cuanto a tamaño y organización, facilita aún más que se puedan compartir maneras de trabajar. La visión de una persona que ocupa el mismo puesto de trabajo pero con muchos años de experiencia, ayuda a tener una visión más amplia de la Organización e incrementa el compromiso con esta. Aunque es un programa pensado para la responsabilidad administrativa, se adapta fácilmente a otros cargos y ámbitos de la Mutua. Los resultados preliminares se consolidan, si bien se proponen mejoras, nuevas incorporaciones y la técnica grupal en su desarrollo.

CONCLUSIONES

La transformación duele, por lo que el rol esencial de un mentor consiste en abrir nuevos puntos de vista, de la manera más inspiradora posible, generando una mezcla de incomodidad y de esperanza que le impulse a desarrollar con disciplina su propio talento. La mentoría es una vía con doble sentido, obtienes lo que inviertes. Empatías y la ganancia la tienen el mentor (mejora en su conocimiento de la organización), el mentorizado (oportunidad única de desarrollo) y la organización (desarrollo del talento)

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA IA EN RADIODIAGNÓSTICO (EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO)

 EMILIO FRANCISCO MOLINA VEGA; Antonio Giró Royo; Xavier Farrús Esteban; Elena Peregrín Casarejos; Andrés Rodríguez Domingo; Mónica Rodríguez Bago

 MC Mutual

Identificador: 360

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La inteligencia artificial (IA) aplicada al diagnóstico médico representa una oportunidad significativa para mejorar la efectividad en el proceso diagnóstico. Evaluar su impacto y aplicabilidad es fundamental para una integración responsable y efectiva en los sistemas de salud actuales y futuros. En el contexto de la estrategia de digitalización de una mutua laboral, se evaluó, una solución de IA para la detección de fracturas en radiografía simple, con el propósito de valorar su integración en el sistema.

OBJETIVOS

Determinar la precisión diagnóstica de la herramienta en la detección de fracturas en comparación con la interpretación convencional de los facultativos de centros ambulatorios.

METODOLOGÍA

Estudio de validación clínica retrospectiva en el que participaron 21 facultativos (especialistas en cirugía ortopédica y traumatología (COT) y médicos asistenciales) y se analizaron 3.250 estudios radiográficos en tres centros sanitarios. Se excluyeron imágenes de tórax, columna cervical y cráneo debido a que están fuera del uso previsto por el algoritmo. Los datos recogidos incluyeron encuestas de satisfacción del personal médico, casos de discrepancia entre la IA y los profesionales, así como el volumen de estudios analizados por la herramienta.

RESULTADOS

Los resultados de las encuestas mostraron que la herramienta fue bien valorada por su facilidad de uso e integración en el flujo de trabajo. El tiempo promedio de respuesta fue de 57,7 segundos. En total, la aplicación clasificó 54,3 % de los estudios como negativos, 27,4 % como positivos, 9,6 % como dudosos y 8,6 % como no disponibles. La IA ha demostrado una alta precisión diagnóstica; una sensibilidad del 98.1% en la detección de fracturas y una especificidad del 88%. El valor predictivo negativo alcanzó el 99,5 %, indicando una alta fiabilidad cuando no se detecta fractura. Puede mostrar un rendimiento más bajo en presencia de material externo/quirúrgico.

CONCLUSIONES

La evaluación de la herramienta de IA demostró un alto potencial para mejorar el diagnóstico de fracturas y reforzar la seguridad del paciente. Tanto especialistas COT como médicos asistenciales valoraron positivamente su precisión, rapidez y facilidad de integración en entornos con alta demanda asistencial. El resultado 'No Disponible' fuera de las imágenes excluidas del uso previsto, podría informar de necesidad de formación adicional de los operadores en Radiología. Los casos de discrepancia han sido analizados, incluyendo fracturas inicialmente no diagnosticadas por médicos y luego detectadas por la IA.

DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

 ALBERTO VALLEJO PLAZA; RAQUEL ESCUREDO CAMPOS; AGUSTÍN GARCÍA SANGUINO; JUAN MANUEL QUESADA LÓPEZ; ESTHER HERRANZ HERRERO; ARTURO JOSÉ RAMOS MARTÍN-VEGUE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 361

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo y actualización de mapas de procesos se ha consolidado como una herramienta clave en la gestión de los hospitales. Sin embargo, son escasos los servicios no asistenciales que cuentan con un mapa estructurado y, menos aún, aquellos que han avanzado hacia su certificación. Como parte de un proceso de certificación por la norma UNE-EN ISO 9001:2015, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) de un centro hospitalario de alta complejidad ha dado un paso diferencial al elaborar y validar un mapa de procesos que ofrece una visión integrada y estratégica de sus actividades, reforzando su papel clave en la gestión del servicio y en la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Diseñar un mapa de procesos que refleje de forma clara y estructurada todas las actividades del SADC, alineándose con el Sistema de Gestión de la Calidad.

METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología mixta en 2023 para su realización: revisión documental, entrevistas con responsables de proceso, análisis de normativa y sesiones participativas para el consenso de flujos de los procesos. Se procedió a hacer actualizaciones anuales del Mapa de procesos.

RESULTADOS

1.º Se diseñó un mapa con 6 procesos estratégicos, 15 operativos y 10 de soporte, organizados conforme al modelo de gestión por procesos de la organización. 2.º Se incorporó el proceso de Hospitalización a Domicilio como nuevo elemento operativo, reflejando la evolución asistencial del hospital. 3.º Se reclasificó el proceso de Calidad como proceso estratégico, subrayando su papel transversal y de gobernanza. 4.º Se definieron con claridad las interrelaciones entre procesos asistenciales y administrativos, mejorando la trazabilidad de actividades. 5.º Se integraron procesos poco visibles habitualmente en estos mapas, como el fichero maestro de pacientes, transporte sanitario o consultas externas. 6.º El mapa fue validado por responsables funcionales, aprobado formalmente, y utilizado como soporte en la Revisión por la Dirección. 7.º Su implementación facilitó la identificación de cuellos de botella y la priorización de áreas de mejora en el cuadro de mando. 8.º Supone una herramienta formativa, de auditoría y de planificación estratégica para el equipo directivo y los profesionales del SADC.

CONCLUSIONES

La elaboración y validación del mapa de procesos del SADC constituye una experiencia innovadora en el contexto de servicios no asistenciales hospitalarios, tradicionalmente menos visibilizados en procesos de calidad. Su carácter pionero radica en su alineación con un modelo certificado de gestión, y en su potencial como herramienta de mejora continua, gobernanza y eficiencia operativa. Esta iniciativa representa un paso firme hacia la profesionalización de servicios clave en la atención al paciente, consolidando la gestión basada en procesos en ámbitos más allá del clínico.

CÓMO EL DAFO IMPULSA LA TRANSFORMACIÓN DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA HOSPITALARIO

 ALBERTO VALLEJO PLAZA; RAQUEL ESCUREDO CAMPOS; AGUSTIN GARCIA SANGUINO; JUAN MANUEL QUESADA LOPEZ; IRENE BUEDO MOYA; ARTURO JOSÉ RAMOS MARTÍN-VEGUE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 362

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En entornos hospitalarios complejos, los servicios no asistenciales desempeñan un papel clave en la continuidad y la calidad de la atención. Sin embargo, su gestión estratégica suele quedar en segundo plano. El análisis DAFO permite identificar con claridad los factores internos y externos que condicionan el desempeño, facilitando la toma de decisiones basada en la mejora continua. En el contexto de la certificación por la norma UNE-EN ISO 9001:2015 del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) de un hospital de alta complejidad, este análisis ha marcado un antes y un después, sirviendo de base para redefinir prioridades y fortalecer la planificación estratégica.

OBJETIVOS

Identificar fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del SADC mediante un análisis estructurado que sirviera de base para la revisión por la dirección, la definición de prioridades y el diseño de un plan de mejora adaptado a las características del servicio.

METODOLOGÍA

El DAFO se realizó tras varias reuniones interdisciplinarias entre 4 especialistas de admisión y profesionales de enfermería. Se aplicó un enfoque participativo y transversal que combinó: revisión de indicadores del cuadro de mando, resultados de auditorías internas y externas, encuestas de satisfacción, análisis del contexto normativo y tecnológico. El proceso se desarrolló entre septiembre de 2023 y abril de 2024.

RESULTADOS

1.º Las fortalezas detectadas incluyeron: implicación del equipo, cultura de mejora continua, consolidación de indicadores y cumplimiento sistemático de los requisitos normativos. 2.º Las debilidades identificadas fueron: sobrecarga administrativa, falta de rotación planificada, limitaciones en el uso de herramientas de la información avanzadas y necesidad de formación específica. 3.º Las amenazas incluyeron: incremento progresivo de la complejidad asistencial, dependencia de sistemas compartidos y cambios normativos inminentes. 4.º Las oportunidades fueron: digitalización de procesos (citación, coordinación intercentros, etc.), refuerzo del plan de comunicación interna, consolidación del mapa de procesos y despliegue del plan de formación. 5.º El análisis permitió priorizar acciones y formular un plan de mejora realista, con responsables definidos, plazos y objetivos medibles. 6.º El DAFO fue incorporado como elemento estructural de la Revisión por la Dirección. 7.º A raíz del DAFO, se redefinieron objetivos de calidad en respuesta a las oportunidades detectadas y se abordaron las debilidades.

CONCLUSIONES

El análisis DAFO ha permitido visibilizar riesgos, alinear a los profesionales del servicio y estructurar mejoras realistas, reforzando el enfoque estratégico del SADC. Su integración en la gestión demuestra su valor como motor de transformación en servicios no asistenciales.

DE LA EVALUACIÓN A LA TRANSFORMACIÓN: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EN UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

 ALBERTO VALLEJO PLAZA; RAQUEL ESCUREDO CAMPOS; AGUSTÍN GARCÍA SANGUINO; ELENA RUIZ RODRÍGUEZ; LUCÍA RODRÍGUEZ LABADÍA; ARTURO JOSÉ RAMOS MARTÍN-VEGUE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 363

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En los servicios hospitalarios no asistenciales, la Revisión por la Dirección (RVD) constituye una herramienta fundamental para consolidar un ciclo de mejora continua y asegurar la coherencia entre la realidad de la actividad del servicio y los objetivos estratégicos establecidos. Este valor aumenta si se encuadra dentro de la certificación, como la norma UNE-EN ISO 9001:2015.

OBJETIVOS

Compartir la experiencia del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) de un hospital de alta complejidad en la implementación de una Revisión por la Dirección conforme a la norma UNE-EN ISO 9001:2015, mostrando cómo esta herramienta ha servido como base para estructurar la toma de decisiones estratégicas, mejorar el desempeño del servicio y facilitar la preparación para la auditoría externa de certificación.

METODOLOGÍA

La revisión se estructuró según los puntos establecidos por la norma, incorporando: análisis de resultados de auditorías internas y externas, seguimiento de acciones correctivas y de mejora, revisión de indicadores del cuadro de mando del SADC, evaluación de la satisfacción de pacientes y unidades asistenciales e integración del análisis DAFO elaborado previamente. El proceso se desarrolló durante el primer trimestre de 2024 con participación activa de responsables funcionales, dirección médica y gerencia.

RESULTADOS

1. Se confirmó el cumplimiento sistemático de los requisitos de calidad, con auditoría externa conforme y recomendaciones solventadas.
2. Las auditorías internas reflejaron mejoras en procesos clave como citación y coordinación intercentros.
3. Se analizaron 76 reclamaciones, resueltas en su mayoría en menos de tres días y sin incidencias en el trato recibido.
4. Se implantó un sistema formal de gestión de reclamaciones, con trazabilidad y enfoque preventivo.
5. Se fortaleció la gestión de competencias del personal, conectándola directamente con su capacidad de desempeñar múltiples funciones dentro del servicio.
6. Se redefinieron perfiles de puestos de trabajo y se diseñó un plan de formación alineado con las necesidades reales del servicio.
7. La integración del DAFO permitió alinear mejoras con la planificación estratégica.
8. La RVD favoreció decisiones compartidas entre SADC, dirección médica y unidades asistenciales.

CONCLUSIONES

La Revisión por la Dirección se ha consolidado como una herramienta clave para impulsar la calidad, orientar la toma de decisiones y preparar al SADC para la certificación conforme a la UNE-EN ISO 9001:2015. Esta experiencia refuerza la utilidad de aplicar los principios de mejora continua también en servicios no asistenciales, profesionalizando su gestión y alineándola con estándares de excelencia.

DEPARTAMENTO DE SALUD ATRAYENTE: CREANDO LAZOS ENTRE LAS PERSONAS

😊 *Yaiza García Ramírez ⁽¹⁾; Nuria Martínez Duce ⁽²⁾; María José López Devesa ⁽¹⁾; Eva Vives Sánchez ⁽¹⁾; Carolina Garrido Martínez ⁽³⁾; Víctor Manuel Agulló Boix ⁽¹⁾*

📋 ⁽¹⁾ *Departamento de Salud Elche Hospital General;* ⁽²⁾ *Serv. Calidad - Hosp. General Universitario Elche;* ⁽³⁾ *Hospital General Universitario de Elche*

Identificador: 364

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Un “Hospital Magnético” busca atraer y retener al personal de enfermería. Quisimos innovar este concepto incluyendo a todo el personal del Departamento de Salud.

OBJETIVO

Ser un Departamento Atrayente promoviendo un entorno laboral favorable con el fin de garantizar la satisfacción y permanencia del personal en la organización.

METODOLOGÍA

Tras realizar una investigación del concepto “Hospital Magnético”, se elaboró el proyecto “Departamento Atrayente”. Los objetivos eran: medir y evaluar el grado de comunicación entre el personal, mejorar la comunicación interna, aumentar la participación del personal y crear espacios comunes para facilitar la comunicación.

Dado que no existía una encuesta específica para medir el nivel de comunicación entre personal del ámbito sanitario, se diseñó una encuesta aprobada por el Comité de Investigación. Una vez difundida nos permitió obtener información precisa y objetiva sobre la comunicación en el lugar de trabajo.

Además, se hicieron entrevistas que, junto con las encuestas, permitieron establecer tres líneas estratégicas:

- Información. Potenciar la intranet como herramienta de comunicación y la realización de Planes de Acogida.
- Mes orientado al Profesional. Organizar anualmente un mes, bajo el lema “Más que profesionales, creando lazos entre personas”, en el que se programen actividades gratuitas sin relación con el ámbito laboral y que nos permitan reconectar como personas. Las actividades son muy diversas y todas ellas se desarrollaron con la colaboración de múltiples profesionales que donaron su tiempo de forma voluntaria. El mes se inauguró con una cena cóctel.
- Comunicación. Elaboración de un Procedimiento Estratégico de Comunicación Interna y Externa y creación de una Comunidad WhatsApp.

RESULTADOS

Tras la implantación del I Mes del Profesional, se realizó una encuesta Satisfacción en la que participaron 204 personas, de las cuales 176 habían participado en alguna actividad previa. La mayoría de los participantes fueron mujeres y las edades con mayor participación fueron entre 51 y 60 y 41 a 50 años. En cuanto a las categorías profesionales, participaron en orden descendente el personal de enfermería, medicina y personal administrativo (21,1%). Un 7,4% de las personas mostró interés en colaborar en la organización de futuras actividades, especialmente en áreas deportivas, de autocuidado, arte y cultura.

CONCLUSIONES

La atención centrada en el paciente es el pilar de cualquier organización, pero para conseguirlo se necesita de la participación e implicación de todo el personal. Y ahí nace nuestro proyecto, creímos en la importancia de cuidar a quienes cuidan para mejorar la calidad de esa atención. Se trata de un proyecto viable, autogestionado y extrapolable a cualquier organización sanitaria, puesto que requiere de una inversión mínima. Su permanencia en el tiempo solo necesita de la “actitud” por parte de los profesionales que lideran este proyecto y, por supuesto, de la colaboración del equipo directivo.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN DE TELEMEDICINA PARA LA GESTIÓN DEL CÓDIGO ICTUS: UNA EXPERIENCIA DE DIGITALIZACIÓN

 Óscar Ocampo Pérez; Ascensión Sáiz Ruiz; Fernando Martín Sánchez; Rosario M. Torres Santos-Olmo; María Alonso de Leciñana Cases; Blanca Eulalia Fuentes Gimeno

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 366

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La transformación sanitaria requiere integrar tecnologías que mejoren la calidad asistencial, la eficiencia de los circuitos clínicos y la toma de decisiones en tiempo crítico. En el manejo del ictus, donde cada minuto impacta directamente en la evolución del paciente, la coordinación rápida y segura entre profesionales es esencial. Desde los Servicios implicados en el circuito de atención del Código Ictus, en colaboración con el Servicio de Informática, se impulsó la implantación de una herramienta de telemedicina (app JOIN®) como solución tecnológica para facilitar la colaboración multidisciplinar en tiempo real, incluyendo imagen médica DICOM y mensajería clínica segura, integrándose en todo el circuito asistencial definido.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue implementar una herramienta enmarcada en el contexto de la salud digital que mejorase la coordinación y toma de decisiones en el Código Ictus, facilitando el acceso remoto a imagen DICOM y comunicación segura entre profesionales. Desde Informática se lideró la integración técnica con PACS y VPN, garantizando seguridad, trazabilidad y cumplimiento normativo. En colaboración con los equipos clínicos, se definieron casos de uso prioritarios y se formó a los usuarios. Se evaluó su impacto en tiempos asistenciales y satisfacción profesional, en el marco de una estrategia de mejora de calidad y transformación digital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La herramienta se desplegó cumpliendo los estándares de seguridad y protección de datos (RGPD, ISO 27001 e ISO 13485), con integración al PACS mediante servidor gateway y VPN segura, lo que permitió el envío selectivo de estudios DICOM y su revisión remota. Su implantación mejoró la trazabilidad y la coordinación entre profesionales.

A nivel asistencial, se observó una reducción media de 9 minutos en el tiempo puerta-aguja en pacientes con trombólisis intravenosa, y un mayor cumplimiento del estándar de tratamiento en menos de 45 minutos. El 87 % de los profesionales encuestados percibió una mejora en la coordinación y en la calidad de la atención, especialmente fuera del horario presencial.

Este proyecto demuestra cómo la Ingeniería Biomédica, la Informática Sanitaria y la colaboración con los servicios clínicos pueden impulsar mejoras asistenciales reales mediante soluciones de salud digital seguras, interoperables y centradas en el usuario. La experiencia refuerza el valor de integrar perfiles técnicos en los procesos de transformación sanitaria, especialmente en circuitos críticos como el Código Ictus.

HACIA UNA CULTURA DEL DIÁLOGO EMPÁTICO: NUEVO MODELO PARA ABORDAR LAS RECLAMACIONES DE TRATO ASISTENCIAL

 *Marta Aguayo Álvarez; Ana Martí Delgado; Natalia Gaisán González; Inés Bravo Polo; Francesc Jarque Domingo; Maria José Abadías Medrano*

 *Hospital Universitari Vall d'Hebron*

Identificador: 367

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En 2023 se identificó la necesidad de mejorar la gestión de las reclamaciones vinculadas al trato recibido por la ciudadanía en el ámbito asistencial. Estas reclamaciones, a menudo relacionadas con la comunicación y la empatía, evidenciaron la importancia de abordar el problema desde una perspectiva institucional y preventiva. La comunicación empática, efectiva y de calidad, junto con una actitud respetuosa, se reconocieron como pilares esenciales para los y las profesionales dedicados al cuidado de las personas. En este contexto, el hospital cuenta con una estrategia de cuidado a profesionales, iniciada con herramientas para notificar agresiones de pacientes y continuada con la campaña “Entre nosotros, respeto”.

OBJETIVOS

Desarrollar e implementar un modelo integral para mejorar el trato asistencial, promoviendo una cultura del diálogo empático y la capacitación profesional.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de todas las reclamaciones por trato entre 2022 y 2023. A partir de los resultados, un grupo de trabajo multidisciplinar —dirección asistencial, recursos humanos y atención ciudadana— diseñó un plan de acción que incluye:

Una campaña de sensibilización difundida por intranet y boletines, cuyo primer envío incluyó un video del Gerente destacando la importancia del buen trato. La formación “Diálogo empático”, de 3,5 horas, en formato online y con cinco convocatorias anuales. Dirigida a todos los perfiles profesionales, se basa en tres casos reales anonimizados presentados como escenarios interactivos con retroalimentación inmediata. Su objetivo es fomentar una cultura de diálogo, un trato respetuoso y empático, mejorar la comunicación entre profesionales, promover el bienestar relacional, identificar factores que influyen en la comunicación y ofrecer herramientas para reconducir conversaciones agresivas desde la asertividad. Tres sesiones de coaching individualizado para los nueve profesionales con más de una reclamación entre 2022 y 2024, impartidas por psicólogos especializados en comunicación y gestión emocional.

RESULTADOS preliminares: Se creó un comité para el análisis de reclamaciones e implementación del plan, integrado por recursos humanos, prevención de riesgos y coordinación de atención y participación ciudadana. Aunque el modelo es reciente, ha sido bien recibido por mandos y profesionales. En 2024, 830 profesionales realizaron el curso, y 329 lo completaron en la primera edición de 2025, reflejando una mayor concienciación sobre la importancia del trato en el entorno asistencial.

CONCLUSIONES

El modelo representa una apuesta institucional por la mejora continua de la calidad asistencial, centrado en la comunicación empática y el desarrollo de competencias relacionales. Refuerza el compromiso con una atención centrada en la persona y con una cultura organizativa basada en el respeto y el diálogo. Tan importante es el tratamiento como el trato.

LA FAMILIA EXPERTA, NUEVA FIGURA DE APOYO EMOCIONAL Y FUNCIONAL PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS POR DEBUT DIABÉTICO

 JUDITH FONTANET GAY ⁽¹⁾; CÉSAR RAMOS GARRIDO ⁽¹⁾; AMALIA QUINTANAR RIOJA ⁽²⁾; ELENA ROMERO MARÍ ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN; ⁽²⁾ ASOCIACIÓN DAIBETES MADRID SUR

Identificador: 368

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La diabetes tipo 1, prevalente en niños y adolescentes, genera un gran impacto emocional en las familias. El diagnóstico altera la vida del menor y la rutina de su entorno, pudiendo causar ansiedad o depresión en los padres, quienes a menudo se sienten desbordados. Los programas de formación entre iguales han demostrado ser eficientes, mejorando hábitos, uso de recursos sanitarios y salud emocional. La incorporación de la figura del paciente experto es un elemento clave en la transformación del modelo sanitario.

OBJETIVOS

1. Reducir la ansiedad y el miedo en las familias en el manejo de la diabetes tras el alta.
2. Promover la autonomía de niños y jóvenes mediante figuras de iguales como modelos.
3. Evaluar la satisfacción de familias expertas y debutantes con encuestas diseñadas ad hoc.

METODOLOGÍA

El programa de acompañamiento, iniciado en julio de 2023, surge de las necesidades detectadas por la Asociación de Diabetes de nuestra Área, la Unidad de Pediatría y la Comisión de Pacientes del Hospital. En las primeras 48 horas del debut, superado el shock inicial, se informa a la familia sobre el programa, que se implementa tras su aceptación, cerca del alta.

Criterios de inclusión de las familias voluntarias en el programa:

1. Niño/joven con diabetes tipo 1 o cuidador de un menor con DM1.
2. Diagnóstico y seguimiento en nuestro hospital.
3. Mínimo dos años de evolución post-diagnóstico.

Las familias que cumplen estos criterios son evaluadas por su adhesión al tratamiento, cumplimiento de citas, capacidad de comunicación e informe psicológico. La junta directiva de la Asociación de diabetes, selecciona a las familias, que reciben un curso de formación previo al acompañamiento. Las familias expertas preparan a sus hijos para los encuentros, especialmente relevantes para menores de mayor edad. La asignación de la familia experta considera la edad del menor debutante y el tipo de familia. El acompañamiento se realiza en sesión de tarde. Actualmente, contamos en el programa con seis familias expertas.

RESULTADOS

Desde julio de 2023 se han realizado 13 acompañamientos. El 91% de familias debutantes valora que el programa les ayudó emocionalmente, se hizo en el momento adecuado y resolvió dudas. El 83% se sintió cómodo con las familias expertas y considera el acompañamiento importante. El 91% lo recomendaría, destacando su orientación y apoyo. Las familias expertas (100%) valoran el ambiente distendido, la formación adecuada y lo recomendarían, describiéndolo como enriquecedor y necesario. Ambos grupos de familias le otorgan la máxima puntuación.

CONCLUSIONES

Conocer a familias expertas reduce miedos y estrés en el debut. Su presencia mejora la comprensión de la diabetes y ayuda a superar la crisis emocional, aportando herramientas para la vida diaria. La colaboración con asociaciones optimiza el manejo tras el alta. Las encuestas reflejan alta satisfacción: las familias se sienten escuchadas y comprendidas. Este programa novedoso es replicable en otros centros.

IMPLEMENTACIÓN DE INTERCONSULTA VIRTUAL A GENÉTICA CLÍNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA: CLAVE EN LA MEJORA

😊 *Silvia Izquierdo Álvarez; Carmen Gracia Puerto Cabeza; Nuria Padilla Apuntate; Estrella Gutiérrez Romero; Celia García Carro*

 Hospital Universitario Miguel Servet

Identificador: 369

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Interconsulta Virtual (ICV) a Genética Clínica (GC) es una herramienta fundamental en la práctica clínica diaria para la gestión y optimización de consultas y estudios genéticos. Por ello, es preciso evaluar la adecuación de las ICVs realizadas desde su implementación tanto por parte de atención primaria (AP) como de atención especializada (AE).

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación en la solicitud de realización de estudios genéticos y derivación a Consulta de GC mediante ICV desde AP, durante el periodo 2022-2024, en nuestro centro (siendo de referencia para casi toda la CCAA, a excepción del sector III).

Evaluar la implementación de ICV a GC desde AE, durante el año 2024.

METODOLOGÍA

Se realizó exportación y recogida de datos desde la Historia Clínica Electrónica de las ICV recibidas en GC:

1. Desde AP, durante el periodo 2022-2024. Se analizaron las respuestas, diferenciando:
 - Procede derivar al paciente a consulta de GC: se valora y estudia el caso concreto.
 - No procede derivar al paciente a consulta de GC ni realizar estudio genético. Se justifica el motivo para informar correctamente tanto al médico solicitante como al paciente.
2. Desde AE, durante el año 2024.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Atención Primaria

El número de ICV recibidas y el tipo de respuestas fueron:

Año 2022: 424 ICV recibidas: 51% respuesta A) y 49% respuesta B)

Año 2023: 653 ICV recibidas: 57% A) y 43% B)

Año 2024: 895 ICV recibidas: 65% A) y 35% B)

El motivo de consulta ha sido muy variado. Destaca la canalización de familiares asintomáticos de pacientes diagnosticados de alguna variante genética probablemente patogénica o patogénica. Al no tener sintomatología, no pueden ser derivados al especialista en concreto, pero es de gran utilidad conocer el estado de portador/a para realizar el adecuado seguimiento preventivo y poder ofrecer asesoramiento genético reproductivo en la gran mayoría de los casos. En todos estos casos, la respuesta ha sido A).

Atención Especializada

En el año 2024, se recibieron 359 ICV de AE a Genética Clínica: 283 ICV de consultas externas y 76 ICV de hospitalización. Esto supone el 59% de las interconsultas recibidas en Genética Clínica.

El número de ICVs recibidas mensualmente fueron: Enero (6), Febrero (6), Marzo (8), Abril (4), Mayo (12), Junio (4), Julio (9), Agosto (16), Septiembre (22), Octubre (72), Noviembre (114), Diciembre (86)

El tiempo de espera de primera visita en GC pasó de 6 meses antes de la implementación de la ICV a 6 semanas.

CONCLUSIONES

El número de ICVs desde AP a GC aumentó en más del doble en los últimos 3 años.

La canalización desde AP a GC disminuyó el número de citas en consulta GC, pues eran innecesarias.

El proceso global de asistencia al paciente desde GC tanto desde AP como AE se optimizó gracias a la digitalización de los datos clínicos y a una atención más personalizada al solicitante del estudio y/o consulta.

La implementación de la ICV es clave en el proceso de mejora en asistencia al paciente.

ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA EN CENTROS AMBULATORIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN UNA MUTUA LABORAL

 *Diego Moya Alcocer ⁽¹⁾; Manel Plana Almuni ⁽¹⁾; Antonio Giró Royo ⁽¹⁾; Xavier Farrús Esteban ⁽¹⁾; Marta Torres Magán ⁽²⁾; Rafael Manzanera López ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ MC MUTUAL; ⁽²⁾ MC Mutual; ⁽³⁾ Universidad Pompeu Fabra

Identificador: 370

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención sanitaria que se presta en las MCSS ha tenido un importante desarrollo en los últimos años. Se han implantado estrategias de Seguridad del Paciente en la mayoría de las MCSS existentes y se han publicado estudios multicéntricos. En el año 2020 se planteó la implantación de estándares de calidad sanitaria (ECS) en los centros ambulatorios, para avanzar en la garantía de la atención sanitaria (asistencial y evaluadora) de calidad. La implantación de estándares implica definir proactivamente el nivel de calidad deseado en diversos aspectos de la atención. Este enfoque anticipatorio puede prevenir o mitigar problemas antes de que aparezcan.

OBJETIVOS

Describir la mejora de la calidad de la atención que ha producido la implantación de Estándares de Calidad Sanitaria en los centros ambulatorios en una mutua laboral.

METODOLOGÍA

Se trata de un modelo de ECS dirigido a los 86 centros ambulatorios de la mutua. La implantación se inicia en el 2021, cuando se ponen en circulación 16 estándares inicialmente, para luego incrementar a 20 estándares en 2022 ya consolidados en 2023. Estos estándares miden aspectos clave de la actuación asistencial de los centros ambulatorios a través de las diferentes dimensiones de calidad sanitaria: continuidad asistencial, equidad, respeto, satisfacción, seguridad del paciente, adecuación y capacidad científico-técnica.

Los centros revisan los informes y realizan sus propuestas de plan de mejora. Se establecen centralmente recomendaciones para cada estándar. En cada ciclo de mejora continua se establecen reuniones telemáticas con los centros ambulatorios que obtiene mejores y peores resultados.

RESULTADOS

Los resultados alcanzados por los centros ambulatorios, mostraron una tendencia general a la mejora anual en la puntuación de los ECS. En 2021, el promedio de puntuación de los estándares de los centros ambulatorios fue de 8,2 sobre 10; en 2022, tiene un incremento moderado, con una puntuación de 8,5; en 2023, de 8,8, y en 2024 de 8,9.

Entre los ECS que mayor progresan están la conciliación de la medicación (30%), la formación (20%) y las quejas por trato (10%). Los ECS relacionados con la variabilidad de las duraciones de la incapacidad temporal en las patologías más prevalentes se observa una homogeneización entre los centros entorno al 90% de los casos, disminuyendo la variabilidad indeseada. Los ECS que empeoran son la revisión del carro de paros que en 2024 (5%) y el seguimiento del fisioterapeuta (6%).

CONCLUSIONES

Tres años de implantación de este Sistema de ECS para centros ambulatorios consolida la medición y mejora continua en los procesos asistenciales. Permite un diálogo entre clínicos y gestores, así como la detección de las acciones útiles y suficientes a desarrollar. El uso de los resultados para cada centro, su análisis, la utilización de las herramientas de mejora de la calidad sanitaria diseñadas y su nueva medición constituyen el cierre en el ciclo de mejora continua.

ESTUDIO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA

 JUAN CARLOS SERFATY SOLER; Francisco Javier Arroyo Mateo; Alexandre Lazaro Amoros; Luisa Cabot Mota; Rosa Sacristan Nieto

 MC MUTUAL

Identificador: 371

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La profilaxis antibiótica en cirugía de traumatología es fundamental para prevenir infecciones del sitio quirúrgico, una de las complicaciones más graves y frecuentes en este tipo de intervenciones. Se ha demostrado que su adecuada administración en cuanto a elección del antibiótico, dosis y momento de aplicación, reduce significativamente el riesgo de esta grave infección asociada a la asistencia sanitaria, especialmente en procedimientos con implantes o fracturas expuestas. Esta medida no solo mejora la recuperación del paciente, sino que también disminuye la necesidad de reintervenciones, la estancia hospitalaria y los costos sanitarios. La adherencia a protocolos actualizados es clave para garantizar la seguridad y el éxito quirúrgico.

OBJETIVOS

Estudiar el cumplimiento de la profilaxis antibiótica en cirugía traumatológica dentro del programa de prevención de infección postquirúrgica en una mutua laboral.

METODOLOGÍA

Desde el año 2010 se realizan estudios del grado de cumplimiento de la profilaxis antibiótica. Se seleccionan aleatoriamente 1 semana completa de cada semestre del año y revisan todas las cirugías realizadas durante ese período. Se analizan datos como el ASA y edad del paciente, si se implanta material, si hay indicación de profilaxis, si se ha realizado o no, con qué antibiótico y el período hasta el inicio de la cirugía. Se ha analizado el cumplimiento de los más de mil pacientes revisados.

RESULTADOS

Se han analizado 1207 intervenciones quirúrgicas entre el 2010 y el 2024 de un total de 38.894 intervenciones quirúrgicas (3,1%). La media de edad es de 45,3 años, la de los dos años de inicio del estudio fue de 42,5 y la de los 2 últimos fue de 49. Se evidencia un incremento de la morbilidad, el primer año el 80% de los pacientes estudiados eran ASA I y ningún ASA III, en el año 2024 el 32 % son ASA I y el 6,4 % ASA III. El 80% de las IQ fueron cirugía limpia, y la duración promedio fue de 45,8 minutos. La complejidad también parece haber aumentado, ya que la duración media de los primeros años fue de 39 minutos mientras que los dos últimos fue de 57,5.

El cumplimiento de la profilaxis antibiótica, estuvo correctamente indicada en el 99.9% de los casos y con el antibiótico adecuado en el 99.9%. El cumplimiento del tiempo de administración, se produjo en el 99.8% de los casos estudiados. El tiempo promedio de administración del antibiótico fue de 42.5 minutos.

CONCLUSIONES

Este estudio del cumplimiento de la profilaxis, con muestra representativa, explica la implantación del programa con resultados de buena práctica. La infección en herida quirúrgica durante estos años se sitúa en rangos aceptables (0.65% - 0,39%) en la especialidad de traumatología. Estos indicadores se mantienen en un contexto de incremento de la complejidad de nuestra población protegida y de nuestras intervenciones quirúrgicas. Estos estudios permiten hacer seguimiento de indicadores, acciones correctivas y análisis de la evolución de nuestra población.

PUESTA EN MARCHA DE UNA PLATAFORMA VIRTUAL PARA MEJORAR LA COOPERACIÓN ENTRE LA UNIDAD DE CALIDAD Y LOS LABORATORIOS

 Raúl Mateos Pablos ⁽¹⁾; Leticia Altuna Tellechea ⁽²⁾; Raquel Victoria Melgares de Aguilar Marco ⁽¹⁾; Laura Rayón Larena ⁽¹⁾; Jesús Cabanes Madrid ⁽¹⁾; DANIEL PARRAGA GARCIA ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Doce de Octubre; ⁽²⁾ Hospital Universitario de Cruces; ⁽³⁾ H.U. 12 DE OCTUBRE

Identificador: 372

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Una comunicación fluida entre los facultativos responsables de las distintas áreas de los Laboratorios hospitalarios resulta clave para garantizar un alto nivel en la prestación de servicios analíticos. En este contexto, la incorporación de Microsoft Teams como herramienta habitual de colaboración permite mejorar la coordinación interna, facilitando la edición colaborativa de documentos y centralizando la información relevante. Esta estrategia contribuye a cumplir los requisitos de las normas ISO 9001 y UNE-EN ISO 15189:2023, que promueven la eficiencia, la trazabilidad documental y la mejora continua en la gestión de la calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El propósito principal de esta iniciativa fue establecer un canal de comunicación interno más eficaz entre los profesionales del Laboratorio, bajo la supervisión del responsable del área de Calidad. Para ello, se implementaron equipos virtuales a través de la plataforma Microsoft Teams, herramienta accesible a todos los empleados públicos a través de una cuenta de correo electrónico como puede ser la corporativa.

Se diseñó una estructura organizativa basada en los requisitos de las normas ISO, creando canales específicos dentro de Teams para las principales áreas de trabajo: “Objetivos de Servicio”, “Especificaciones de Calidad”, “Procedimientos Técnicos”, “Mapa de Riesgos”, “Acciones de Mejora”, “No Conformidades”, “Listado de Equipos”, “Indicadores” y “Verificaciones”. Asimismo, se fomentó el uso de hilos temáticos de conversación vinculados a cada canal, con el ánimo de gestionar la información de forma más clara, ordenada y accesible, reduciendo la dispersión de datos y mejorando la trazabilidad de las decisiones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los equipos creados en Microsoft Teams funcionan como núcleos de trabajo colaborativo enfocados en áreas o proyectos comunes. La plataforma permite la creación de canales estándar (visibles para todos los miembros del equipo) y privados (restringidos a usuarios concretos), lo que posibilita una gestión flexible según las necesidades del grupo.

Cada canal se dedicó a un aspecto específico de la gestión de calidad, actuando como espacio para reuniones, discusión de temas clave y trabajo conjunto en documentos. La integración con OneDrive permite la edición simultánea de archivos, asegurando que todos los participantes accedan siempre a la versión actualizada.

Esta implementación ha contribuido a la creación de un entorno de trabajo más colaborativo, ágil y transparente, reduciendo la necesidad de encuentros presenciales y eliminando el uso de documentos impresos. Además, evita la duplicidad de archivos y facilita el seguimiento de acciones, impulsando una gestión documental más eficiente y sostenible. En conjunto, la herramienta se consolida como un soporte eficaz para la mejora continua de los procesos en el entorno del Laboratorio.

SUPERANDO BARRERAS, VISUALIZANDO FUTURO: EVOLUCION DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA ENFERMERA EN UN CENTRO DE SALUD

😊 *Luisa Ramallo Díaz* ⁽¹⁾; *Belen Pelaez Raposo* ⁽²⁾; *Irma M^a Ramos Gutierrez* ⁽²⁾; *Inés Bajo Sánchez* ⁽²⁾; *María Jimenez Rescalvo* ⁽²⁾; *Isabel Colomer Ureña* ⁽²⁾

🏢 ⁽¹⁾ *Dirección Asistencial Sureste. Sermas;* ⁽²⁾ *Dirección Asistencial Sureste. Sermas.*

Identificador: 373

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Nuestra área asistencial presenta una elevada resistencia a la implementación de la Gestión de la Demanda Enfermera (GDE). En el primer trimestre de 2024 los datos de los episodios de gestión de la demanda con protocolo abierto por enfermería entre el total de episodios de GDE atendidos en los centros de salud (CS) es del 2,18%. El promedio del área ocupaba la quinta posición frente a otras 7. Se inicia una experiencia en un CS, que nos sirva de referente y apoyo para la implementación en el resto, basándonos en que la GDE se justifica por varios motivos que destacan su importancia y beneficios en el ámbito de la atención primaria (AP). Diversos estudios arrojan evidencia científica y resultados satisfactorios a este respecto:

1. Mejora de la Accesibilidad y Continuidad de la Atención
2. Eficiencia en la Utilización de Recursos (escasez medicina)
3. Reducción de Tiempos de Espera para los pacientes.
4. Satisfacción del Paciente. Cercanía y empatía de los profesionales de enfermería.
5. Promueve el desarrollo Profesional de las Enfermeras

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implementar la GDE en un CS con elevada resistencia al cambio de modelo organizativo que posteriormente sirva de guía al resto de centros, para ello se inicia intervención en el CS:

- Revisión de datos de GDE en consejos de gestión y comisión de enfermería.
- Rotación de una enfermera experta en GDE por la unidad administrativa para explicar protocolos derivación. Valoración necesidades.
- Rotación por salas de enfermería para revisión in situ de los procesos, detectando áreas de mejora.
- Sesiones de formación en GDE al equipo directivo y profesionales del CS.
- Pacto de inicio de protocolo asistencial.
- Evaluación trimestral. Detectar necesidades e implementar mejoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el primer trimestre(1T) de 2024 el CS solo había protocolizado 89 procesos de GDE de los 7340 atendidos (1,21%). Tras la intervención realizada en el último trimestre de 2024, los resultados del 1T de 2025 son del 20.09%, protocolizando 1587 procesos de los 7911 atendidos. De los mismos, un 45,34% precisó derivación, un 11,14% precisa continuidad de cuidados siendo elevada la tasa de resolución por parte de enfermería: 84,34%.

Es preciso continuar trabajando en la GDE, dando la primera atención enfermera a estos pacientes, aportando valor en la consulta y visibilizando los cuidados enfermeros en la población.

Para ello es esencial implementar estrategias que mejoren la eficiencia y la aceptación del modelo: formación en procedimientos de la GDE, fomentar el desarrollo de habilidades clínicas para que las enfermeras puedan gestionar eficazmente las demandas de salud, promover el trabajo en equipo para asegurar una atención integral y coordinada, estandarizar procesos para asegurar la consistencia y calidad en la atención, obtener el apoyo de las instituciones sanitarias en el fomento de la indicación (prescripción enfermera) para mejorar autonomía profesional, recoger feedback de los pacientes para identificar áreas de mejora en el proceso de atención.

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE RESPUESTA ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

 Ana Mas Mañez; Andrés Rodríguez Domingo; María Luisa Torrejón Rodríguez; Diego Moya Alcocer; Marta Torres Magán; Javier Crespo Sanz

 MC MUTUAL

Identificador: 374

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En los centros ambulatorios de MC MUTUAL, desde inicios del 2022, se llevan a cabo simulacros de respuesta ante una situación de emergencia en caso de Parada cardio-respiratoria (PCR) con implicación de todos los profesionales de los centros. Esa respuesta coordinada entre profesionales sanitarios y administrativos está sistematizada y protocolizada. La implicación del colectivo administrativo con un rol de soporte y logística clave en este tipo de situaciones.

OBJETIVOS

Evaluar la implantación de los simulacros de respuesta ante una PCR referente a la implicación de los colectivos sanitarios y administrativos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo que se revisa el nivel de realización de los simulacros en los centros ambulatorios durante el año 2024. Se realiza una encuesta a grupos de profesionales sanitarios acerca del nivel de implantación durante diciembre de 2024. En abril de 2025 se selecciona una muestra de 28 administrativos de centros ambulatorios de la zona de Cataluña a los que se les pregunta a través de una encuesta sobre el nivel de implantación (disponen de información adecuada, conocimiento de su rol, si los simulacros están implantados y su percepción de seguridad ante situaciones de emergencias) Se revisa la relación entre los distintos indicadores

RESULTADOS

Los centros ambulatorios en 2024 realizaron el simulacro en el 95% de los casos siguiendo protocolo (revisión mensual y simulacros) dos veces al año, con la participación de todo el equipo sanitario y administrativo.

Los profesionales sanitarios puntúan 7,6 sobre 10 el grado de implantación del protocolo de actuación ante una emergencia médica en la encuesta de antena de calidad en 2024 (0,5 puntos más que en la encuesta de 2022).

Durante el primer trimestre del 2025, se pregunta a una muestra de profesionales administrativo (16) acerca del grado de implantación de los simulacros. El 93,7% conocen el protocolo en caso de una emergencia médica del centro ambulatorio, 6,2% refiere que, aunque conozca que existe un protocolo, no puede afirmar si sabría actuar en caso de tenerlo que poner en práctica. El 93,7% manifiesta que realizar simulacros 2 veces al año, es importante y les genera mayor seguridad para enfrentarse a una situación de emergencia médica en el centro sanitario.

CONCLUSIONES

La emergencia médica siempre es de difícil manejo. Sistematizar una revisión del carro de paros conjunta con el equipo sanitario y administrativo, permite identificar los roles de cada profesional y actuar con mayor seguridad ante una emergencia médica de cualquier paciente que acuda al centro. Los resultados muestran una implantación generalizada en los centros ambulatorios. Se ha de continuar buscando mecanismos para facilitar la implicación de todos los profesionales y en todos los centros.

INNOVACIÓN EN EL ROL DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA EN SALA DE PARTOS: CALIDAD, HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD ASISTENCIAL

 Yasmina Vela Rahmani

 Hospital Universitario General de Catalunya

Identificador: 375

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La sala de partos es un entorno asistencial complejo donde la seguridad clínica, la gestión del dolor y la experiencia de la paciente son fundamentales. En este contexto, el papel de la enfermera de anestesia ha surgido como una figura innovadora y de reciente incorporación, con un impacto creciente en la calidad de la atención. Más allá de sus funciones técnicas, esta profesional asume tareas clave en la comunicación con la gestante, el acompañamiento emocional, la coordinación con el equipo multidisciplinar y la detección precoz de eventos adversos. Su presencia continua permite mejorar la calidad del proceso anestésico, garantizar una atención más segura y promover la humanización del parto. A pesar de ser un rol emergente, su integración está demostrando un alto valor asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este proyecto fue describir la innovación en el rol de la enfermera de anestesia en sala de partos y analizar su impacto en la calidad asistencial, la seguridad clínica y la satisfacción de las gestantes. Se llevó a cabo un análisis cualitativo-descriptivo de las prácticas actuales en un hospital privado, complementado con entrevistas al equipo de anestesia y ginecología. Se identificaron intervenciones enfermeras innovadoras, como el diseño de protocolos de acogida, el seguimiento continuo tras la administración de analgesia epidural, la participación en la toma de decisiones compartida y la vigilancia activa de efectos adversos. Se recogieron también indicadores de calidad, tiempos de respuesta y resultados percibidos por las pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El nuevo enfoque enfermero ha contribuido a una mejora significativa en la percepción de seguridad y trato recibido por parte de las gestantes. La presencia activa de la enfermera de anestesia durante el proceso de analgesia epidural permitió una atención más personalizada, una respuesta más rápida ante incidencias y una comunicación más efectiva entre equipos. Las pacientes valoraron positivamente el acompañamiento, la claridad de la información recibida y la disponibilidad del personal. Asimismo, se observó una reducción de incidencias relacionadas con el procedimiento anestésico y una mejora en los tiempos de actuación ante efectos adversos.

La innovación en el rol de la enfermera de anestesia en sala de partos representa una estrategia eficaz para reforzar la seguridad del paciente, mejorar la experiencia de las gestantes y fomentar la calidad asistencial. Reconocer y formalizar estas funciones avanzadas resulta clave para consolidar un modelo de atención obstétrica más humano, seguro y eficiente.

INTEGRACIÓN DE LA CODIFICACIÓN CIE-10-ES COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

 Antonio Rosines Bros; Diego Moya Alcocer; Juan Carlos Serfaty Soler; Luisa Cabot Mota; Rosa Sacristan Nieto; Raquel Caballero Muñoz

 MC MUTUAL

Identificador: 376

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La identificación y gestión de efectos adversos (EA) asociados a medicamentos representa un elemento crítico en la calidad asistencial y la seguridad del paciente. La identificación de los EA mediante codificación clínica pone de manifiesto una infranotificación significativa en los sistemas tradicionales de calidad, cuestión ya señalada por estudios previos en entornos internacionales. Esta divergencia refleja limitaciones estructurales en los sistemas reactivos de notificación, como la dependencia de la iniciativa profesional o la falta de homogeneidad en los criterios de registro. La integración de esta metodología en los procesos de auditoría interna permite detectar incidentes y analizar sus causas raíz, aspecto fundamental para la prevención de errores sistémicos dentro de los sistemas de calidad asistencial.

OBJETIVOS

Evaluación de la utilidad de los códigos CIE-10-ES (T36-T50) como canal complementario para la detección y comunicación de Eventos Adversos (EA), integrado dentro de los sistemas de calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio observacional retrospectivo basado en la revisión sistemática de diagnósticos codificados con CIE-10-ES T36-T50 en un hospital de una Mutua Laboral durante el año 2024. Los casos identificados se contrastaron con los registros del sistema de notificación voluntaria y los protocolos de calidad asistencial. La validación de los eventos adversos se realizó mediante consenso de un comité multidisciplinar, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación de incidentes.

RESULTADOS

Tras la revisión de 2.054 episodios codificados en un centro hospitalario durante el año 2024, se han identificado 9 casos de EA con el código T36-T50, de los cuales 8 no habían sido notificados previamente por los canales estándar, y solo 1 constaba en los registros existentes. Estos resultados evidencian el potencial de la codificación clínica como herramienta de vigilancia activa. La metodología propuesta, en cambio, permite una detección objetiva y sistemática basada en datos estandarizados, aspecto clave para la auditoría clínica y la elaboración de indicadores de calidad.

CONCLUSIONES

El uso sistemático de los códigos CIE-10-ES (T36-T50) durante 2024 demuestra ser una herramienta efectiva para mejorar la detección de EA en el ámbito hospitalario, con un impacto directo en la calidad asistencial. Como perspectiva de futuro, la integración de estos códigos en sistemas de alerta precoz mediante herramientas de inteligencia artificial podría optimizar la detección en tiempo real, consolidándose como una estrategia clave en los modelos actuales de calidad asistencial.

DE LA PERCEPCIÓN A LA ACCIÓN: EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES COMO RESPUESTA A LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

 *Sigfredo Antonio Cabral Rivera; Júlia Sebastià Martínez ⁽²⁾; Silvia Zamora Mestre; Montserrat Freixas Laporta*

 *EAP Dreta de l'Eixample*

Identificador: 377

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Cada año, en nuestro equipo se realiza la encuesta QVP35 para medir la calidad de vida profesional. En la edición 2024, aunque los resultados globales fueron estables, se identificaron áreas de mejora significativas, especialmente en la percepción del apoyo directivo y la carga de trabajo, con diferencias notables entre los distintos estamentos. Ante esta realidad, y con el compromiso de garantizar entornos laborales saludables, desde la dirección se impulsó una evaluación de riesgos psicosociales más profunda, con enfoque participativo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue comprender en profundidad las causas de las percepciones recogidas en la encuesta QVP e identificar medidas de mejora desde una perspectiva realista y compartida. Se utilizó la metodología PSQCAT (versión media 2, 2014), aplicando un enfoque de triangulación metodológica que combinó el análisis cuantitativo (cuestionario con 20 dimensiones) con técnicas cualitativas (grupos focales, entrevistas individuales y sesiones de grupo de trabajo). Participaron 69 profesionales (74,2% de la plantilla), representando todos los perfiles del centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis reveló una elevada exposición a exigencias psicológicas como la sobrecarga asistencial, el ritmo elevado de trabajo, la presión emocional o la dificultad para desconectar. Se identificó una sensación limitada de influencia sobre la organización y la gestión de la demanda, especialmente en el ámbito de la demanda aguda. También se evidenció una percepción desigual del liderazgo, con buena valoración global, pero menor entre el personal de enfermería y perfiles minoritarios. A pesar de ello, se destacó un fuerte sentido de pertenencia, buen clima laboral y motivación por la tarea asistencial. El personal en posiciones menos consolidadas refirió falta de marco, sensación de soledad y dificultades para compartir conocimiento o recibir apoyo. La encuesta QVP2024 fue el punto de partida para una intervención más amplia y profunda en salud laboral. El proceso de evaluación psicosocial no solo permitió detectar riesgos, sino que fortaleció la implicación colectiva, generando espacios de diálogo, reflexión y acción compartida. Entre las medidas acordadas destacan la actualización del plan de acogida, la revisión de agendas y tiempos, la mejora de la gestión emocional y la implementación de un protocolo de desconexión digital. Esta experiencia confirma que escuchar, comprender y actuar desde el compromiso conjunto es la clave para transformar la realidad laboral y avanzar hacia entornos de trabajo más humanos y sostenibles.

MEJORA DE LA INDICACIÓN Y REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. PROYECTO IRCON.

 *Maria Carmen Varo Albala; Jose Ramon Tost Valls; Beatriz Urrutia Casado; Maria Dolores Clotet Rodríguez; Jaume López Castells; Elisabeth Gonzalez Lao*

 *Consorcio Sanitario de Terrassa;*

Identificador: 378

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La contención mecánica representa un potencial problema de Seguridad de pacientes, regulado a nivel jurídico desde el 2022. Las causas que explican el elevado riesgo en el uso de las contenciones son múltiples: alto uso en contexto no indicado, desconocimiento de sus implicaciones legales, uso como parte de una atención sanitaria defensiva, vulneración de derechos de la persona, riesgos clínicos asociados a la contención y falta de estandarización. El control en el uso de las contenciones mecánicas debe ser prioritario, por motivos clínicos y legislativos.

OBJETIVOS

El objetivo principal era conocer el estado de la adecuación y correcta indicación de la contención mecánica en nuestra organización para poder definir intervenciones de mejora.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión retrospectiva de los cortes observacionales de contención mecánica realizados en el 2024 en las plantas de atención aguda (incluyendo la planta de Psiquiatría y un Hospital Penitenciario) y en la atención sociosanitaria y residencia de tercera edad de nuestro centro. Las auditorías contemplaron la existencia de los siguientes aspectos en la historia clínica: indicación de la pauta médica, homologación de la contención, registro de la contención, tipo de contención, pauta de movilización, contención verbal previa, motivo de fracaso de la contención verbal y existencia de consentimiento informado.

RESULTADOS

En la atención aguda, los resultados fueron: 43% sin pauta médica, 86% sin registro cumplimentado, 14% sin motivo de fracaso de la contención verbal, 43% sin pauta de contención, 86% sin pauta de movilización, 100% sin consentimiento informado. En cambio, en la contención verbal previa el resultado fue del 100%. En la atención sociosanitaria, los resultados fueron: 39% sin pauta médica, 21% sin registro cumplimentado, 13% sin motivo del fracaso de la contención verbal, 45% sin pauta de contención, 31% sin pauta de movilización, 22% sin consentimiento informado, 9% sin contención verbal previa. La contención homologada la tenían el 100% de los casos en ambos casos. En la residencia se cumplieron al 100% todos los ítems.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de los indicadores de contención mecánica varía de forma significativa según el nivel asistencial. En el ámbito residencial, el cumplimiento es total. En la atención sociosanitaria el cumplimiento respecto a la atención aguda es significativamente superior, sin embargo, el 71% sigue sin cumplir todos los requisitos. A partir de los resultados, se ha establecido un plan de mejora basado en diferentes aspectos: protocolización del proceso basada en la evidencia y la proporcionalidad (evitar un uso sistemático o por comodidad), consentimiento informado, formación del personal en alternativas no coercitivas (desescalada verbal, intervenciones psicológicas, correcto uso en casos sin alternativa etc.), empoderamiento a los familiares e implicación en la toma de decisiones, supervisión y revisión de cada caso.

ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

 *Maria Carmen Varo Albala; Jose Ramon Tost Valls; Maria Dolores Clotet Rodríguez; Beatriz Urrutia Casado; Elisabeth Gonzalez Lao*

 *Consorcio Sanitario de Terrassa*

Identificador: 379

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El paciente atendido en el ámbito sociosanitario es especialmente proclive a los incidentes de seguridad por edad, comorbilidades asociadas, polifarmacia y riesgo elevado de errores diagnósticos y de caídas entre otros aspectos. Sin embargo, la integración del ámbito sociosanitario en las estrategias de mejora de seguridad, notificación y análisis de incidentes de seguridad ha sido tardía con respecto a la atención especializada y está en proceso de implementación. Analizar los incidentes nos puede ayudar a diseñar estrategias dirigidas a mejorar la seguridad en este ámbito.

OBJETIVOS

El objetivo primario fue conocer la frecuencia de notificación y el perfil de incidentes notificados en el ámbito sociosanitario. Los objetivos secundarios fueron comparar las notificaciones con las de atención especializada y conocer el impacto de las actividades formativas en seguridad a los profesionales del ámbito sociosanitario en la notificación de incidente.

METODOLOGÍA

Desde el departamento de Calidad se realizó un análisis retrospectivo de las notificaciones de seguridad en el ámbito sociosanitario desde enero del 2017 hasta mayo del 2025. El ámbito sociosanitario en nuestra organización incluía hospitalización en geriatría de agudos y subagudos, convalecencia y larga estancia, paliativos, así como una residencia de la tercera edad. Se recogieron datos de filiación de los pacientes, del servicio implicado y del incidente: tipo, personal implicado, riesgo y factores contribuyentes.

RESULTADOS

Se analizaron 508 notificaciones del ámbito sociosanitario en el periodo estudiado. La persona implicada en el incidente fue enfermería en un 28%, auxiliar de enfermería en un 25% y personal médico en un 4%. Se detectaron factores contribuyentes del paciente en el incidente en un tercio de los casos. Predominó el sexo femenino (57%) y la edad avanzada de los pacientes (un 9% eran mayores de 90 años). La mayoría de los incidentes fueron de riesgo bajo o muy bajo (60%). Los errores de medicación y las caídas fueron los incidentes más frecuentes (59% y 32% respectivamente). La residencia supuso un 23% del total de notificaciones. Las notificaciones han aumentado especialmente desde el 2021 y representaban el último año una cuarta parte del total de la organización. Respecto la atención especializada, la notificación por enfermería y el factor paciente son significativamente superiores.

CONCLUSIONES

Las notificaciones de seguridad en el ámbito sociosanitario han aumentado de forma significativa, probablemente por las actividades formativas a las profesionales desarrolladas desde la pandemia. Los errores de medicación y las caídas son los incidentes más frecuentes. Respecto la atención especializada, predominan los factores contribuyentes del paciente al incidente. El ámbito sociosanitario, aunque de forma tardía, se está incorporando progresivamente en las estrategias de seguridad de pacientes.

IMPACTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

😊 *Susana Malgrat Caballero* ⁽¹⁾; *Ingrid Sanchez Zanuy* ⁽²⁾; *Estefania Garbero Garcia* ⁽²⁾; *Alexandra Lara Tamayo* ⁽²⁾; *Maria Lidia Muntean* ⁽²⁾; *Aida Ribera Sole* ⁽³⁾

📄 ⁽¹⁾ *Parc Sanitari Pere Virgili*; ⁽²⁾ *Parc Sanitari Pere virgili*; ⁽³⁾ *Parc Sanitari Pere Virgili; Grupo de Investigación en Envejecimiento, Fragilidad y Transiciones en Barcelona (REFiT-Bcn)*

Identificador: 380

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud pública frecuente en la población geriátrica, con un fuerte impacto en la calidad de vida de pacientes y cuidadores. A pesar de su prevalencia, sigue siendo un síndrome geriátrico infravalorado y mal abordado en muchos entornos clínicos. En nuestro centro de atención intermedia no existía un programa estructurado y multidisciplinar para su abordaje. Dado que los tratamientos farmacológicos pueden causar efectos adversos en personas mayores con multimorbilidad, se priorizan intervenciones no farmacológicas como primera opción. Un programa liderado por una enfermera de práctica avanzada incluye educación sanitaria, entrenamiento del suelo pélvico, micciones pautadas y, en casos de IU de urgencia, fisioterapia con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de un programa multidisciplinar liderado por una enfermera de práctica avanzada, basado en intervenciones no farmacológicas, en la mejora de la incontinencia urinaria y la calidad de vida durante el ingreso en un centro de atención intermedia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional prospectivo con diseño pre-post intervención. La muestra incluyó a 66 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria ingresados en un hospital de atención intermedia. La intervención se dirigió a pacientes con potencial de rehabilitación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).

RESULTADOS

Mediante la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon, se observó una mejora significativa en los resultados del cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form, instrumento validado para evaluar la severidad y el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida), con una puntuación media preintervención de 16.74 (DE 3.30) y postintervención de 9.10 (DE 5.86) en 61 pacientes ($p < 0.001$). Al analizar el uso de absorbentes (pañales) entre el ingreso y el alta, mediante una prueba chi-cuadrado, se obtuvo un valor p de 0.269, sin significancia estadística. No obstante, en términos absolutos, el porcentaje de pacientes que utilizaban pañal pasó del 97% al ingreso al 62% al alta, lo que sugiere un cambio clínicamente relevante a pesar del tamaño muestral limitado.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa multidisciplinar no farmacológico, liderado por una enfermera de práctica avanzada, ha resultado efectiva en la mejora de la incontinencia urinaria y la calidad de vida en pacientes mayores en atención intermedia. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de absorbentes, se observó una reducción clínicamente relevante. Estos resultados refuerzan la importancia de promover intervenciones no farmacológicas personalizadas en esta población vulnerable.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN QUIRÚRGICA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Alejandra Sánchez Ochoa; Ana Belen Pedregosa Saenz; Susana Requema Borrás*

 *Consorcio Sanitario de la Anoia*

Identificador: 381

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión quirúrgica es un componente clave dentro de las estrategias de mejora continua en los entornos asistenciales. La implementación de un programa estructurado de gestión quirúrgica contribuye de forma significativa tanto a la calidad asistencial como a la seguridad del paciente, mediante la estandarización de procesos, la mejora de la coordinación entre profesionales y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Las herramientas informáticas deben enfocarse en fortalecer los procesos, no en aumentar prácticas de poco valor que entorpecen la actividad asistencial. Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, estos programas permiten reducir la incidencia de errores quirúrgicos mediante herramientas como las listas de verificación, el control sistemático de infecciones y la identificación precoz de riesgos en la evaluación preoperatoria. Se fortalece así una atención más segura, basada en protocolos validados y prácticas clínicas seguras. En relación con la calidad asistencial, la estandarización de circuitos quirúrgicos contribuye a disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejora los resultados en salud y optimiza la gestión de los tiempos quirúrgicos y los recursos humanos y materiales. Además, se minimizan cancelaciones de última hora y se mejora la planificación de los procedimientos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Reducir los errores quirúrgicos evitables mediante la implementación de una herramienta informática propia, fomentando la colaboración y comunicación multidisciplinaria para garantizar el cumplimiento estricto de los protocolos de seguridad quirúrgica.

El programa informático se desarrolló en etapas, iniciado con un diagnóstico situacional que permitió identificar las principales debilidades en cuanto al cumplimiento de protocolos, coordinación entre profesionales y resultados clínicos. A partir de este análisis, se diseñaron intervenciones dirigidas a fortalecer el uso de herramientas como las listas de verificación quirúrgicas, se promovió la formación continua del personal y se estandarizaron los circuitos quirúrgicos en todas sus fases: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. Además, se establecieron mecanismos de auditoría periódica, retroalimentación sistemática con los equipos clínicos y seguimiento de indicadores clave.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el año 2022, el nivel de registro de los ítems de seguridad quirúrgica fue del 46%, incrementándose al 93% en 2023 y alcanzando un 99% en 2024. Teniendo esta la disponibilidad de datos se mejoró la previsión de recursos y materiales, anticipándose a las posibles complicaciones quirúrgicas, práctica preventiva y no reactiva, identificar oportunidades de mejora, tomar decisiones basadas en evidencia, contribuyendo a una cultura organizacional centrada en la seguridad y la calidad. La herramienta informática: Proceso de gestión quirúrgica desarrollada por nuestro centro facilita la comunicación entre los equipos logrando una atención más coordinada y eficiente.

VALIDACIÓN TRANSCULTURAL Y PSICOMÉTRICA DE LA SNF-TRIGGER TOOL EN ATENCIÓN INTERMEDIA: RESULTADOS PRELIMINARES

 Susana Malgrat Caballero ⁽¹⁾; Emilia Chirveches Pérez ⁽²⁾; Maite Franco Romero ⁽³⁾; Oriol Planesas Perez ⁽⁴⁾; Pilar Landeira Guerrero ⁽³⁾; Carola Orrego Villagran ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Parc Sanitari Pere Virgili; ⁽²⁾ Universidad de Vic; ⁽³⁾ Parc Sanitari Pere Virgili; ⁽⁴⁾ Parc Sanitari Pere Virgili; Grupo de Investigación en Envejecimiento, Fragilidad y Transiciones en Barcelona (RE-FIT-Bcn); ⁽⁵⁾ Fundación Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona

Identificador: 382

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El progresivo envejecimiento de la población española plantea nuevos desafíos para el sistema sanitario, especialmente en el ámbito sociosanitario o atención intermedia, donde se espera un aumento de ingresos en los próximos años. Los pacientes en estos entornos pueden ser más vulnerables a los problemas de seguridad. Por otra parte, en la literatura científica internacional se reconoce una escasa información epidemiológica en este ámbito. No hay una herramienta ampliamente utilizada y validada para la evaluación epidemiológica de los eventos adversos de atención intermedia.

OBJETIVOS

:Traducir, adaptar transculturalmente y validar psicométricamente la versión española de la herramienta Skilled Nursing Facilities Trigger Tool (SNF-Trigger Tool) en el ámbito de la atención intermedia.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo la traducción y retrotraducción al español por dos revisores independientes, seguida de una adaptación transcultural mediante consenso cualitativo. Para la validación de contenido, se utilizó una metodología Delphi online en tres rondas con un panel de 22 expertos del ámbito sociosanitario y/o en seguridad del paciente. Posteriormente, 10 enfermeras realizaron un debriefing cognitivo, valorando la comprensión de cada ítem a través de una escala Likert de cinco puntos, centrada en la facilidad de administración y la relevancia del instrumento. Actualmente, se está llevando a cabo la extracción de datos de 335 historias clínicas para el análisis psicométrico.

RESULTADOS

Se realizó una adaptación transcultural de la herramienta SNF-Trigger Tool ajustando términos clave para adecuarlos al contexto local de atención intermedia. Un panel de 22 expertos alcanzó consenso ($\geq 75\%$) en relevancia y factibilidad para la mayoría de los ítems, excepto en el apartado de Procedimientos, que fue eliminado por no ser aplicable en este entorno. Se añadieron tres nuevos ítems adaptados al ámbito sociosanitario.

El debriefing cognitivo realizado por diez enfermeras mostró una puntuación media de 2,67 en una escala de 1 a 3, evaluando tanto la comprensión como la aplicabilidad de los triggers, identificándose y corrigiéndose ítems con puntuaciones bajas.

Todos los ítems consensuados y mantenidos pasarán a la validación psicométrica, cuyos resultados preliminares se presentarán, incluyendo análisis de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad

CONCLUSIONES

La versión española del SNF-Trigger Tool muestra una adecuada equivalencia cultural y alta aceptación por parte de expertos y profesionales, lo que respalda su validez de contenido. Los ajustes identificados durante la adaptación y el debriefing cognitivo han fortalecido la claridad y relevancia de los ítems. El análisis psicométrico en curso permitirá confirmar la validez y fiabilidad del instrumento para su uso en contextos sociosanitarios locales.

TELEDERMATOLOGIA EN PRACTICA CLÍNICA

 MARIA SUSANA MEDINA MONTALVO; ELENA SANCHEZ GOMEZ APARICI; LIDIA TRASOBARES MARUGAN

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 383

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las listas de espera para primera consulta son actualmente uno de los retos más importantes a los que se enfrentan tanto los profesionales sanitarios como los gestores. La telemedicina ofrece una alternativa que puede ser especialmente útil en Dermatología, al poder disponer de imágenes clínicas y dermatoscópicas para la valoración de los pacientes

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir las posibilidades que ofrece la telemedicina en el ámbito de la Dermatología: e-consulta y teledermatología de lista de espera.

Protocolo establecido para ambas opciones.

Análisis de número de pacientes valorados, porcentaje de consultas presenciales derivadas.

Evolución en práctica clínica: comparación de los datos analizados en 2020 y 2024

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema para la e-consulta consiste en un visor que permite el envío de consultas por vía telemática desde Atención Primaria (AP), por parte del MAP, adjuntando imágenes clínicas y dermatoscópicas, así como una breve historia clínica, para la valoración por parte del dermatólogo.

El dermatólogo, por la misma vía, puede hacer una recomendación terapéutica o de seguimiento, solicitar más información, citar al paciente con la prioridad necesaria o iniciar un procedimiento quirúrgico.

En el caso de la teledermatología de lista de espera (LE), se trata de pacientes remitidos desde (AP) e incluidos en LE, que son llamados para ofrecerles una valoración inicial por enfermería, que cumplimenta un formulario y realiza fotos clínicas y dermatoscópicas, para se enviadas a dermatología.

El dermatólogo valora los datos e imágenes incorporados en su historia por enfermería y decide si el paciente requiere valoración presencial o bien le pauta un tratamiento o hace una indicación quirúrgica, mediante llamada telefónica al paciente.

A lo largo de 9 meses en 2021, se realizaron 1.613 e-consultas, coincidiendo con los momentos de la pandemia que dificultaron las consultas presenciales. El 70 % de los pacientes no requirieron consulta presencial.

En los últimos 9 meses, hasta abril de 2025, se han realizado 4.286. Se mantiene un porcentaje de presencialidad similar.

La teledermatología permite la resolución rápida y eficiente de un gran número de consulta derivadas desde AP y una priorización de los pacientes que requieren una atención preferente.

FARMACOVIGILANCIA EN FARMACIA COMUNITARIA: IMPACTO DE UN PROYECTO PILOTO EN LAS NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE RAM

 **MARÍA DE LA LUZ BRAVO-FERRER MORENO**; *Francisco José Araujo Rodríguez; María Coral Cañete Ávila; Mercedes Ruiz Pérez; Yulia Muzyka Shchypska; Elena Pérez López*

 *Centro Andaluz de Farmacovigilancia*

Identificador: 384

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Real Decreto 577/2013 establece la obligación de los profesionales sanitarios de notificar las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (en adelante sRAM), especialmente si son graves, inesperadas o están sujetas a seguimiento adicional.

Las oficinas de farmacia, por su cercanía y accesibilidad, suelen ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario ante posibles sRAM. Este proyecto busca reforzar ese papel, promoviendo la implicación activa del farmacéutico comunitario en el sistema nacional de farmacovigilancia.

OBJETIVOS

Impulsar la atención farmacéutica mediante el aumento de la cantidad y calidad de las notificaciones de sRAM realizadas desde oficinas de farmacia.

METODOLOGÍA

Para ello, se diseñó una formación a distancia, de dos horas dirigida a farmacéuticos comunitarios, estructurada en dos bloques:

1. Conceptos teóricos sobre farmacovigilancia.
2. Proceso práctico de notificación de RAM a través del portal web del Sistema Español de Farmacovigilancia.

En la primera fase del proyecto participaron 32 oficinas de farmacia seleccionadas por su representatividad geográfica y poblacional (zonas urbanas, rurales y costeras). La intervención se inició en marzo de 2025.

RESULTADOS

Entre marzo y mayo de 2025, se registraron 55 notificaciones de sRAM procedentes de farmacia comunitaria, de las cuales 32 (58,2 %) correspondieron a farmacias incluidas en el proyecto piloto. En el mismo periodo del año anterior, 2024, se habían registrado 11 notificaciones en total, lo que representa un incremento del 190,9 % atribuible al grupo participante. Cabe destacar que, de estas 32 farmacias, 15 realizaron al menos una notificación (47 %), lo que pone de manifiesto un margen de mejora para futuras fases del proyecto.

Los grupos terapéuticos más implicados fueron antibióticos, antidepresivos y AINEs. Las RAM notificadas afectaron con mayor frecuencia a los sistemas gastrointestinal, cardiovascular, dermatológico y neurológico.

CONCLUSIONES

En un periodo limitado de ejecución, el proyecto piloto ha logrado un aumento cuantificable en el número de notificaciones de sRAM desde farmacia comunitaria. Las notificaciones incluyeron tanto reacciones leves como eventos graves, la mayoría de ellas ya descritas en la ficha técnica de los medicamentos implicados.

Estos resultados refuerzan el papel estratégico del farmacéutico comunitario en el sistema de farmacovigilancia, y evidencian la utilidad de intervenciones formativas para mejorar la respuesta del primer nivel asistencial ante la detección de posibles reacciones adversas.

CRIBADO DE MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES TRASLADADOS DESDE OTROS CENTROS: IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

😊 JOAQUÍN ALEJANDRO SÁNCHEZ LECONA; MARÍA DEL CARMEN SALAS BUTRON; JUANA MARÍA ANDINO AGURCIA; MARÍA PILAR ÁLVAREZ GÓMEZ; YOLANDA RAMÍREZ DEL HOYO; RAÚL PEREA RAFAEL

🏥 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Identificador: 385

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Microorganismos Multirresistentes (MMR) constituyen una causa importante de infección nosocomial y se asocian a una elevada morbimortalidad, representando una amenaza crítica para la seguridad del paciente. El traslado interhospitalario constituye un factor de riesgo documentado para la colonización por MMR, especialmente en pacientes procedentes de múltiples centros, donde la diversidad epidemiológica dificulta la predicción del riesgo. La implementación de protocolos de cribado sistemático al ingreso ha demostrado ser una estrategia esencial para prevenir la transmisión nosocomial, especialmente cuando los pacientes comparten habitación hasta obtener resultados microbiológicos.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de portadores de MMR en pacientes trasladados desde otro centro, identificar los principales factores de riesgo asociados y analizar el impacto de compartir habitación en la transmisión y seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo observacional realizado entre enero 2023 y mayo 2025, que incluyó 328 pacientes trasladados desde otros centros sanitarios, que hayan sido ingresados en unidades de hospitalización o unidades de cuidados críticos (UCI). Según el protocolo, el cribado se indicó en pacientes con estancia superior a 48 horas en el centro de origen. La recogida de muestras se realizó idealmente dentro de las primeras 24 horas del ingreso, en cuatro localizaciones anatómicas. Durante los fines de semana y festivos, el protocolo no se aplicó sistemáticamente. Se analizaron variables demográficas y clínicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 328 pacientes, el cribado se realizó en 175 (53,4%), con una prevalencia de MMR del 18,3% (32 casos). La tasa global fue del 9,8%. Los principales microorganismos detectados fueron Enterobacterias productoras de BLEE (46,9%), Enterococos resistentes a Vancomicina y Enterobacterias portadoras de Carbapenemasas, ambas con 21,9%. Entre los factores predisponentes destacan inmunodepresión (19,2%) y dispositivos invasivos (9,6%). La diversidad de centros de origen reflejó una epidemiología heterogénea, y la cobertura incompleta del protocolo en fines de semana se identificó como área crítica de mejora.

CONCLUSIONES

El cribado de MMR en pacientes trasladados desde otros centros es una herramienta esencial para la seguridad del paciente. La elevada prevalencia justifica su aplicación sistemática y dirigida a pacientes con estancia prolongada o procedentes de UCI. La hospitalización en habitaciones compartidas sin un aislamiento previo adecuado representa un riesgo potencial, especialmente cuando supera las 48 horas. Se recomienda asegurar cobertura total del protocolo, incluyendo fines de semana, mediante sistemas de alerta, formación del personal y auditoría de adherencia. La detección precoz permite implementar medidas eficaces que protegen a los pacientes susceptibles y optimizan los recursos asistenciales.

DETECCIÓN PRECOZ DE MULTIRRESISTENTES CON BIOLOGÍA MOLECULAR: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA

 JOAQUÍN ALEJANDRO SÁNCHEZ LECONA; MARÍA DEL CARMEN SALAS BUTRÓN; JESÚS F. LEÓN HERNÁNDEZ; JOSE MARIA PEDROCHE MUÑOZ; MARIA DEL PILAR ÁLVAREZ GÓMEZ; RAÚL PEREA RAFAEL

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Identificador: 386

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La detección rápida de Microorganismos Multirresistentes (MMR) mediante técnicas de biología molecular es una herramienta crítica para mejorar la seguridad del paciente y reducir el tiempo de aislamiento innecesario. En centros donde los pacientes comparten habitación en el momento del ingreso, contar con resultados en menos de dos horas permite actuar con inmediatez frente al riesgo de transmisión cruzada, optimizando los recursos y reforzando la prevención de infecciones nosocomiales. La integración de esta tecnología en circuitos colaborativos puede mejorar sustancialmente la eficiencia asistencial.

OBJETIVOS

Analizar los resultados preliminares de la aplicación de técnicas de PCR para cribado rápido de MMR en pacientes trasladados desde otros centros sanitarios, comparando su rendimiento con cultivos convencionales, e identificar beneficios asistenciales derivados de una estrategia basada en coordinación y tiempos de respuesta reducidos.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo basado en revisión de registros correspondientes a una fase piloto desarrollada en mayo de 2025. Se incluyeron 6 pacientes trasladados a distintas unidades, a quienes se les realizaron de forma simultánea cultivos convencionales (en cuatro localizaciones anatómicas) y técnica de PCR (GenXpert) en muestras nasales y rectales. Se recogieron variables operativas (tiempos desde ingreso hasta resultado, concordancia entre técnicas, y efecto en el aislamiento). Todos los pacientes compartieron habitación tras el ingreso, hasta obtener el resultado de cribado. Uno de los casos presentó crecimiento de colonias en cultivo sin identificación definitiva al cierre del análisis, pero con resultado negativo en biología molecular.

RESULTADOS

El tiempo medio hasta resultado fue de 1,5 horas para biología molecular y de 48–72 horas para cultivo. La concordancia fue del 100% en los cinco casos evaluables, siendo todos negativos. El caso restante tuvo PCR negativa, pero crecimiento bacteriano pendiente de identificación. En todos los ingresos se activó el preaviso desde el Servicio de admisión, lo que permitió toma de muestra en menos de 30 minutos tras ingreso. La estrategia evitó entre 46,5 y 70,5 horas de aislamiento innecesario por paciente negativo, favoreciendo la rotación de camas y el uso seguro de habitaciones compartidas. La coordinación entre servicios fue clave, y se registró alta satisfacción por parte del personal implicado.

CONCLUSIONES

El uso de PCR como cribado rápido para MMR en pacientes trasladados desde otros centros demuestra un impacto claro en la seguridad del paciente y en la eficiencia operativa. La posibilidad de mantener pacientes en habitación compartida durante la espera de resultados se ve reforzada por la rapidez diagnóstica, reduciendo riesgos de transmisión. El caso con resultado microbiológico no concluyente refuerza la necesidad de mantener vigilancia y seguimiento cuando exista discordancia o duda diagnóstica.

TRANSMISIÓN CRUZADA DE MULTIRRESISTENTES EN COMPAÑEROS DE HABITACIÓN: IMPACTO EN LA SEGURIDAD Y PROPUESTAS PREVENTIVAS

😊 JOAQUÍN ALEJANDRO SÁNCHEZ LECONA; MARÍA DEL CARMEN SALAS BUTRÓN; SARA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ- ESCALONILLA; LORENA MUÑOZ MARTÍNEZ; ELISA JANETH VELASCO LUCIO; RAÚL PEREA RAFAEL

📄 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Identificador: 387

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes (MMR) entre pacientes hospitalizados constituye una amenaza significativa para la seguridad asistencial. Las infecciones por MMR se asocian a elevada morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria y uso intensivo de recursos. En particular, compartir habitación con pacientes colonizados durante más de 48 horas incrementa el riesgo de adquisición. Factores como la institucionalización previa, la inmunosupresión y el uso de dispositivos invasivos agravan esta situación. La ausencia de medidas preventivas eficaces puede traducirse en brotes nosocomiales con consecuencias clínicas y organizativas severas.

OBJETIVOS

Cuantificar la tasa de transmisión cruzada de MMR entre compañeros de habitación tras exposición >48 horas.

Identificar factores de riesgo modificables para orientar medidas preventivas.

Proponer intervenciones específicas de mejora de la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo realizado entre julio 2023 y enero 2025, en un complejo de tercer nivel. Se evaluaron 218 conjuntos de pacientes (caso índice y compañero(s) de habitación), analizando cultivos de vigilancia activa, tiempo de exposición, tipo de MMR, factores de riesgo y evolución clínica. Variables recogidas: edad, sexo, inmunosupresión, lesiones cutáneas, presencia de dispositivos invasivos, y mortalidad durante el ingreso.

RESULTADOS

Se analizaron 222 contactos, con una tasa global de transmisión: 19% (n=41). Los patógenos implicados: Staphylococcus aureus resistente a meticilina (27%), Enterococo resistente a vancomicina (37%), Enterobacterias productoras de carbapenemasas (37%). La mediana de exposición hasta adquisición: 5 días. La mortalidad entre los pacientes con transmisión cruzada fue del 21%. Entre los factores de riesgo identificados destacaron la institucionalización previa (39%), inmunosupresión (17%), lesiones cutáneas (12%), presencia de estomas (5%), catéteres centrales (5%) y sondaje vesical permanente (2%). El riesgo relativo asociado a la presencia de factores predisponentes fue de 1,49. Se observó una menor adherencia a la higiene de manos y retraso en el aislamiento en varios casos.

CONCLUSIONES

La transmisión cruzada de MMR entre compañeros de habitación representa un riesgo asistencial relevante y en gran medida evitable. La tasa de transmisión del 19%, la mortalidad asociada y especialmente en presencia de factores predisponentes como institucionalización, inmunosupresión o portador de dispositivos invasivos, ponen de manifiesto la necesidad de estrategias preventivas robustas desde el ingreso. Es prioritario implementar medidas como la vigilancia activa, el aislamiento precoz, la mejora de la adherencia a la higiene de manos y la racionalización del uso de antimicrobianos. Además, el desarrollo de indicadores específicos y programas de retroalimentación continua permite monitorizar la efectividad de estas intervenciones y reforzar la cultura de seguridad en las unidades de hospitalización.

MEJORA ASISTENCIAL EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA: ESTANDARIZACION DEL PROCESO CLÍNICO

 ANA MARIA COFRADE DELGADO; ABDELMONEIM BOUHMIDI ASSAKALI; CRISTINA LAVIN EXPOSITO; ROSA MARIA JURADO MONROY; ANA MARIA SANXHEZ PARDO; ALEJANDRO OTEGUI CALVO


HOSPITAL SANTA BARBARA

Identificador: 388

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La pancreatitis aguda requiere atención rápida, coordinada y basada en evidencia para mejorar los resultados y la satisfacción del paciente. Sin embargo, en la práctica clínica, se ha detectado una variabilidad significativa en la atención, que puede afectar la seguridad, eficiencia y equidad en el manejo de estos pacientes. Esta variabilidad puede causar retrasos diagnósticos, reingresos evitables y diferencias en la calidad de atención, impactando en los resultados de salud y en la experiencia del paciente.

Por ello, es fundamental diseñar e implementar un proceso de atención estandarizado, que garantice una atención uniforme, basada en las mejores prácticas y guías clínicas.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Reducir la variabilidad en la atención a pacientes con pancreatitis aguda mediante la implementación de un proceso estandarizado y basado en evidencia, garantizando atención equitativa, segura y de calidad.

Objetivos Secundarios

- Mejorar la detección temprana y valoración clínica del paciente con sospecha de pancreatitis.
- Establecer protocolos para el seguimiento y manejo hospitalario, reduciendo diferencias en atención.
- Disminuir los reingresos con pancreatitis mediante atención más coordinada y óptima.
- Asegurar la utilización adecuada de pruebas.
- Promover la satisfacción y la percepción asistencial uniforme y de calidad.

METODOLOGÍA

Se busca optimizar cada etapa del proceso, garantizando la atención centrada en el paciente.

Para medir la evolución, se utilizarán indicadores clave:

% de reingresos por pancreatitis pendientes de cirugía.% de reingresos por el mismo proceso.% de pacientes con pruebas diagnósticas adecuadas.% de pacientes que cumplen criterios de dieta.% de pacientes que reciben Ringer Lactato en el SUH.

RESULTADOS

Se lograron avances importantes en la calidad de atención y coordinación.

Los ingresos en cirugía, que en 2023 fue del 9,4%, se redujeron a 0% en 2025, gracias a una comunicación eficiente entre cirujanos y digestivos. Los ingresos en digestivo pasaron del 9,1% en 2023 al 5,5% en 2025, debido a mejor control, tratamiento adecuado, recomendaciones dietéticas y educación sanitaria.

En urgencias, en 2024, solo el 40,7% usaba correctamente Ringer Lactato, pero en 2025 aumentó al 65%, asegurando una pauta adecuada y mejorando la calidad asistencial.

Además, las solicitudes correctas de pruebas por Medicina Interna pasaron del 45,1% en 2023 al 100% en 2025, garantizando mayor precisión diagnóstica y manejo adecuado.

CONCLUSIONES

Estos avances reflejan un compromiso sólido del equipo para mejorar la calidad y coordinación en nuestro centro. La reducción de reingresos y el aumento en el uso correcto de Ringer Lactato y en la solicitud de pruebas demuestran una mejora en la atención, precisión diagnóstica y tratamiento. Sin embargo, aún hay áreas por mejorar, como la valoración de enfermería, para alcanzar estándares óptimos. En resumen, estos resultados representan un paso importante hacia una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente.

IMPLEMENTACIÓN DE DELTA CHECK EN LA MEDICIÓN DE CREATININA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA VALIDACIÓN DE RESULTADOS

😊 JESÚS CABANES MADRID ⁽¹⁾; Laura Rayón Larena ⁽²⁾; RAÚL MATEOS PABLOS ⁽¹⁾; FRANCISCO JAVIER MANZANO LISTA ⁽¹⁾; DANIEL PÁRRAGA GARCÍA ⁽¹⁾; LETICIA ALTUNA TELLECHEA ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE; ⁽²⁾ Hospital Universitario Doce de Octubre; ⁽³⁾ Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo

Identificador: 389

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La creatinina es un analito de uso habitual en la evaluación de la función renal. Aunque sus valores presentan una amplia variabilidad interindividual, en cada paciente se mantienen relativamente estables en ausencia de cambios fisiopatológicos relevantes. Esta característica permite aplicar herramientas como el delta check (TD), un sistema de control de calidad en laboratorio clínico que compara el resultado actual de un parámetro con uno previo del mismo paciente. Si la diferencia supera un umbral establecido, se genera una alerta para su validación manual, incluso si el valor se encuentra dentro del rango de referencia. Esta medida permite detectar errores preanalíticos o analíticos, así como cambios clínicos significativos que podrían pasar desapercibidos en la validación automática.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del presente trabajo es cuantificar el número de determinaciones de creatinina realizadas que han generado una alerta de TD y, por tanto, han requerido validación facultativa, en un hospital de tercer nivel durante el último trimestre del año 2024. Además, busca destacar la importancia de implementar este tipo de herramientas para mejorar la seguridad y fiabilidad en la validación de resultados analíticos. Para ello, se ha revisado el registro de validaciones manuales asociadas al parámetro de creatinina en nuestro sistema de información de laboratorio que tuvieran la alarma de TD asociada. Este salto de alerta aparecía cuando la diferencia relativa respecto al valor previo superaba el umbral establecido por el protocolo interno.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el último trimestre del año 2024 se registraron un total de 3543 alertas de TD en determinaciones de creatinina (1217 en octubre, 1094 en noviembre y 1232 en diciembre). Estos casos fueron revisados manualmente por facultativos del laboratorio, permitiendo la detección de posibles errores preanalíticos (como pueden ser muestras mal identificadas, contaminaciones o problemas en la toma) o cambios clínicos agudos como deterioro de la función renal o situaciones de deshidratación severa.

La implementación del TD para la determinación de los niveles de creatinina en nuestro laboratorio ha demostrado ser una herramienta útil en la mejora de la seguridad del proceso analítico, permitiendo identificar un elevado número de resultados inesperados que podrían haber sido validados automáticamente. Su uso contribuye a una validación más segura y personalizada, reforzando el papel del laboratorio como elemento clave en la garantía de calidad asistencial y seguridad del paciente.

OHSIRIS - ESPACIO ABIERTO DE DATOS DE SALUD PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y SERVICIOS INDUSTRIALES BASADOS EN OMOP

 *Marta Cuaresma Giráldez; Alberto Moreno Conde; Jesús Moreno Conde; Miguel Giráldez Álvarez; Francisco Nuñez Benjumea; Samuel Salas Fernandez*

 *Hospital Universitario Virgen Macarena*

Identificador: 390

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Un espacio de datos es un entorno federado e interoperable donde múltiples partes interesadas pueden compartir, acceder y utilizar datos de forma segura y manteniendo un control estricto. Combina tecnología con principios de soberanía, confianza y gobernanza común, y permiten la utilización de datos sin que los participantes pierdan el control sobre su información. Un ecosistema digital que propone facilitar el intercambio, acceso y reutilización de datos de forma segura e interoperable para suplir la falta de estandarización y la diversidad de procedimientos en los centros de investigación. La estandarización de los datos de salud es esencial para alcanzar estos objetivos. La especificación OMOP, desarrollada por OHDSI y adoptada por más de 180 centros sanitarios en Europa, proporciona un marco de referencia para la implementación de un espacio de datos orientado a investigación biomédica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto OHSIRIS persigue crear un espacio de datos sanitario sostenible que aumente la capacidad de los institutos biomédicos españoles para realizar investigación en red. Sus acciones estratégicas son:

1. Definir un ecosistema de generadores, proveedores, intermediarios y consumidores de datos en el sector sanitario.
2. Establecer un marco de gobernanza basado en la unificación y armonización de las políticas y procedimientos de acceso a los datos.
3. Crear catálogos estandarizados de datos y servicios basados en tecnología.
4. Desarrollar una cartera de servicios para investigadores, clínicos y ciudadanos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con el apoyo de 40 entidades nacionales y europeas (7 proveedores asistenciales y la AEMPS), OHSIRIS integra los registros de 4,5 millones de personas de 12 hospitales y atención primaria en seis comunidades autónomas. El marco de gobernanza ha agilizado la aprobación de estudios clínicos mediante plantillas estandarizadas de evaluaciones de impacto en protección de datos y seguridad. Se han definido 12 servicios que aceleran la investigación clínica, evalúan tecnologías sanitarias y optimizan el acceso al mercado. Entre estos, destacan la autogestión y recopilación de PROMs y el consentimiento dinámico, que permite a los pacientes gestionar sus preferencias de uso de datos; 12 asociaciones de pacientes ya colaboran para impulsar su adopción.

Al establecer un ecosistema integral de actores y un marco de gobernanza robusto, OHSIRIS optimiza el acceso y la colaboración en todo el sector sanitario. Los catálogos estandarizados y la cartera de servicios aceleran la investigación clínica, mejoran el desarrollo de tratamientos y facilitan la evaluación de tecnologías sanitarias. Sus servicios centrados en el paciente fomentan un entorno inclusivo de investigación. Con la entrada en vigor del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EHDS), OHSIRIS ejemplifica cómo construir infraestructuras de espacio de datos sanitarios interoperables basadas en OMOP, convirtiéndose en referente para futuras iniciativas de salud digital e investigación biomédica.

FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES CLÍNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN.

 Sandra Sánchez Foguet; Cristina Molins Rojas; Lluís Rius Ferrus; Esperanza Vicente Navarro; Irene Pascual Palacios; Rosa Berjaga Carriqui

 EAP Tarragona-5 Sant Pere i Sant Pau

Identificador: 391

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La competencia técnica del personal sanitario es un pilar esencial para garantizar la calidad y la seguridad en atención primaria. La actualización de habilidades como la ecografía clínica, la extracción venosa ecoguiada o el uso de bombas de infusión tiene un impacto directo en la eficacia asistencial, la resolución de casos y la seguridad del paciente. Diseñar programas formativos a partir de necesidades reales del equipo aumenta la adherencia y potencia los resultados formativos.

OBJETIVOS

Mejorar las habilidades en técnicas clínicas del equipo de los profesionales sanitarios de un equipo de atención primaria mediante una formación práctica, estructurada y adaptada a las necesidades detectadas. Metodología: Se realizaron entrevistas individuales para detectar las áreas técnicas en las que cada uno tenía menor dominio. A partir de los resultados, se priorizaron las necesidades y se diseñó una formación centrada en las siguientes técnicas: ecografía clínica básica, extracción venosa ecoguiada, manejo de bombas de infusión, técnica e interpretación de la espirometría, lectura de fondo de ojo, infiltraciones y crioterapia. La formación se organizó mediante talleres teórico prácticos de 2 horas, liderados por profesionales referentes del propio equipo, con una duración de 6 meses. Indicadores de evaluación de resultados esperados:

- Variación en la autopercepción de competencia técnica antes y después de la formación.
- Eliminación de las citas en agendas específicas y su lista de espera.
- Uso del ecógrafo portátil
- Nivel de satisfacción con la formación.
- Disminución de dependencia entre profesionales en la ejecución de técnicas.

RESULTADOS

Se anticipa una mejora significativa en la autoconfianza técnica, se espera reforzar la autonomía profesional, mejorar la eficiencia del equipo y consolidar una cultura de formación continua orientada a la calidad y la seguridad asistencial

CONCLUSIONES

Una formación práctica basada en necesidades reales del equipo permite mejorar las habilidades técnicas, aumentar la seguridad clínica y reforzar la calidad asistencial en atención primaria. Esta estrategia es transferible y replicable en otros centros del sistema sanitario.

HACIA UNA DIÁLISIS RESPONSABLE: UNA DÉCADA DE EVIDENCIAS, CULTURA DE SOSTENIBILIDAD Y ESTRATEGIA ODS

 *Marta Arias Guillén; Marta Quintela; Gerard Pereda; Rosa Ramos; Nuria Clemente; Francesc Maduell Canals*

 *Hospital Clinic Barcelona*

Identificador: 392

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta al 10 % de la población y requiere terapias como la diálisis, con un alto consumo de recursos: más de 75000 L de agua y 4.000 kg de CO₂ por paciente/año lo que obliga a repensar su modelo desde un enfoque sostenible y alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

OBJETIVOS

Describir la estrategia de sostenibilidad desarrollada durante la última década en la Unidad de Diálisis del Hospital Clínic de Barcelona, centrada en la reducción de residuos, el uso eficiente de recursos naturales y la formación ambiental del personal, sin comprometer la calidad ni la seguridad asistencial.

METODOLOGÍA

Desde 2014 se implementaron medidas sostenibles junto a mantenimiento y proveedores. Desde 2018 se monitorizan indicadores ambientales (agua, energía, residuos), calculando emisiones mediante Scope CO₂. El impacto se estima con 20.700 sesiones/año en una población estable de 135 pacientes.

RESULTADOS

Agua: Cebiar monitores con líquido de diálisis evitó 109.301 kg de CO₂e y 42.120 m³ de agua. Automatizar la planta ahorró 85.000 kg de CO₂e y 11.000 m³. Reducir el flujo de dializado evitó 81,7 t de CO₂e.

Residuos: Reclasificar residuos con vaciado de líneas ahorró 51.336 kg de CO₂e.

Energía: El modo stand-by automático ha supuesto 1.853 t de CO₂e evitadas.

Transporte: Planificación eficiente, centros más cercanos y movilidad activa evitaron 25.400 kg de CO₂e y 3.050 m³ de agua.

Formación y cultura: El uso voluntario de mantas ahorró 139 kg de CO₂e y 35 m³/año. Se desarrollaron acciones formativas para el personal.

En 2024 las emisiones de CO₂ por sesión fueron de 6,72 kg (vs 8–12 en la literatura), con un ahorro anual superior a 130 toneladas. El consumo de agua se estabilizó en 424 L/sesión y el eléctrico en 24,6 kWh/sesión. La generación de residuos se mantuvo en 24,5 toneladas/año, con un IRS estable.

Estas intervenciones se han alineado con múltiples ODS:

ODS 3 (Salud y bienestar): acceso equitativo a tratamientos renales y promoción de terapias domiciliarias. ODS 4 (Educación de calidad): formación del personal y educación a pacientes en sostenibilidad. ODS 6 (Agua limpia y saneamiento): automatización y optimización del sistema de aguas. ODS 7 (Energía asequible y no contaminante): reducción activa del consumo eléctrico. ODS 9 (Industria, innovación e infraestructura): incorporación de tecnologías eficientes y digitalización. ODS 10 (Reducción de desigualdades): equidad en el acceso a terapias y cuidado adaptado. ODS 11 (Ciudades sostenibles): fomento del transporte. ODS 12 (Producción y consumo responsables): reducción y mejor gestión de residuos. ODS 13 (Acción climática): disminución significativa de la huella de carbono por sesión.

CONCLUSIONES

Incorporar sostenibilidad en diálisis es viable y escalable. El modelo del Hospital Clínic demuestra que la reducción del impacto ambiental es posible con liderazgo clínico, trabajo interdisciplinar y medición continua, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

MEJORA DEL DIAGNÓSTICO, EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

😊 Magdalena Garcia Olivé; Anna Riola Colet; Lourdes Clotas Sancho; Nereida Torró Bou; Marta Martínez Migallón; Abdelkrim Saci Khami

 Equipo de Atención Primaria El Morell

Identificador: 394

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mejora de la calidad asistencial en la atención primaria, es un objetivo prioritario para garantizar un sistema de salud eficaz y centrado en el paciente. Las enfermedades respiratorias impactan en la calidad de vida de los pacientes, siendo la EPOC, la 7ª causa de mala salud en todo el mundo y el tabaquismo, la causa de más del 70% de los casos de EPOC. La EPOC, origina entre el 10-12% de las consultas en la AP, el 10% de las visitas de neumología, y es la 3ª causa de hospitalización, siendo el 2,5% del total de hospitalizaciones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto lo lideró la referente de calidad y seguridad de pacientes, y realizó una revisión de los pacientes con EPOC de todo el equipo. Se revisó: si constaba en la historia clínica, una espirometría previa al diagnóstico de la EPOC, el registro del grado de severidad de la EPOC y la prescripción de tratamiento inhalado, en asociación o no a corticoides. Y mejorar la calidad diagnóstica y la prescripción de inhaladores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En junio del 2024, la población asignada del equipo era de 11352 usuarios, 9228 adultos y un 85,3% de población atendida. En 178 pacientes constaba el diagnóstico de EPOC, una prevalencia del 1,92% y evidenciando un infradiagnóstico. De los 178 pacientes, el 17% de mujeres y el 21% de hombres, tenían el diagnóstico de EPOC en su historia clínica sin una espirometría. De los pacientes con la prueba, se recogieron los datos del grado de severidad, grado I o leve: el 5,1% de mujeres y un 15,2% de hombres, grado II o moderado: el 4,5% de mujeres y el 18,5% de hombres, grado III o grave: el 2,8% de mujeres y el 12,4% de hombres, grado IV o muy grave: el 3,9% de hombres y ninguna mujer. En relación a la prescripción del tratamiento de la EPOC, el 18% de pacientes sin espirometría, tenían prescrito tratamiento inhalado y el 37,8% de pacientes con espirometría, tenían prescripción de corticoide inhalado en monoterapia o en asociación farmacológica de corticoide y broncodilatador. Posterior a la sesión de equipo con los resultados de la revisión, se aumentó la detección a 195 usuarios con EPOC. De estos 195, solo el 11,3% de mujeres y el 12,8% de hombres no tenían una espirometría en la historia clínica, bajando del 17% al 11,3% en mujeres y del 21% al 12,8% en hombres después de la revisión. Se ha registrado el grado de severidad solo en el 49% de los pacientes con espirometría, con grado I: el 5% de mujeres y un 12% de hombres, grado II: el 12% de mujeres y el 49% de hombres, grado III: el 1% de mujeres y el 18% de hombres, grado IV: el 1% de hombres y ninguna mujer. En relación a la prescripción de inhaladores, se ha bajado del 18% al 14% en número de pacientes con prescripción de inhaladores y sin prueba diagnóstica. A mejorado la indicación de la prescripción de corticoides inhalados, se ha pasado de 42 a 3 pacientes, con prescripción de corticoide inhalado, solo o en asociación de tratamiento de mantenimiento.

DIGITALIZACIÓN INTEGRAL DEL SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE INDICADORES EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

 *Marta Cuaresma Giráldez; Alberto Moreno Conde; Jose Javier Perez Venegas; Dolores Mendoza Mendoza; Carmen Dominguez Quesada; Jesús Moreno Conde*

 *Hospital Universitario Virgen Macarena*

Identificador: 395

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Un modelo de atención integral que combine sistemas de ayuda a la toma de decisiones con apps móviles para el seguimiento continuo de enfermedades reumáticas de alto impacto, facilita el control de pacientes y la evolución y desempeño transversal de la unidad. Con el objetivo final de mejorar la calidad asistencial, favorece la participación activa del paciente y optimiza recursos al evitar desplazamientos innecesarios. Además, la recogida sistemática de indicadores (DAS28, SDAI, DAPSA...) y PROMs, así como el sistema de control de estados, permite detectar brotes rápidamente y reducir errores en el tratamiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Digitalización de los procesos de la unidad de reumatología para integrar el seguimiento de pacientes y el control de indicadores en una plataforma única. Para ello: 1) Se implementará un estudio prospectivo de 12 meses en un hospital de tercer nivel para evaluar los beneficios que aporta la integración de una aplicación móvil de seguimiento para los pacientes. 2) Se desarrolla un sistema de seguimiento de indicadores recogidos por los profesionales en consulta que permitirá controlar a tiempo real la evolución de los pacientes y el estado global del conjunto en la unidad de reumatología. Evaluará la viabilidad técnica, la usabilidad (Technology Acceptance Model), la calidad de los datos y el impacto en indicadores asistenciales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, ambas soluciones se encuentran en pleno rendimiento. El sistema de ayuda a la decisión está integrado con el sistema hospitalario, permitiendo la generación automática de cuadros de mando para evaluar los índices de actividad recogidos por los profesionales en el sistema oficial de historia clínica hospitalario a tiempo real. La app móvil ha pasado la fase de prepiloto, se han realizado los ajustes necesarios y actualmente está en plena fase de reclutamiento de pacientes. Se realiza un estudio observacional de 16 meses de duración (4 meses de reclutamiento y 12 meses de seguimiento) en el cual se ofrece al paciente una app cuyo contenido está totalmente personalizado en función de la enfermedad y la gravedad de la misma, así como los cuestionarios y otros PROMs.

La fusión de ambas herramientas demuestra viabilidad para transformar el proceso asistencial en reumatología: 1) Seguimiento personalizado: La app empodera al paciente, mejora la adherencia al tratamiento y facilita la monitorización remota, reduciendo visitas presenciales. 2) Decisión clínica optimizada: La plataforma agiliza la consulta médica al proporcionar índices de actividad y recomendaciones basadas en evidencia, mejorando la atención personalizada y la eficiencia operativa. Así como la gestión de la actividad que lleva a cabo la unidad de reumatología.

Este modelo digital permite un control proactivo de la enfermedad, favorece la detección temprana y optimiza la gestión de recursos en la unidad. Su implementación es referente para otras especialidades y centros que requieran seguimiento continuo y toma de decisiones basada en resultados.

CUIDANDO EL BIENESTAR DEL PROFESIONAL SANITARIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: LA SEMANA DE LA SALUD COMO MOTOR DE CAMBIO

 *Naroa Arcos Varela; Ana Belen Díaz Sanz; Aurora Pérez Zapata*

 *Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

Identificador: 396

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El bienestar de los profesionales sanitarios es un eje fundamental para la sostenibilidad del sistema de salud. La exposición continuada al estrés, la sobrecarga laboral y la falta de conciliación influyen directamente en su salud mental y física. Desde esta premisa, se organizó en un hospital universitario la IV Semana de la Salud, con motivo del Día Mundial de la Salud (7 de abril), centrada en promover hábitos saludables y autocuidado entre los trabajadores del centro.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue fomentar la salud integral del personal sanitario a través de actividades formativas, participativas y experienciales enfocadas al cuidado físico, emocional y social. Se diseñó una programación semanal diversa dirigida a todo el personal, incluyendo talleres prácticos, charlas, sesiones de actividad física y materiales digitales de acceso libre. Las actividades abordaron temas clave como higiene del sueño, deshabituación tabáquica, meditación, salud pélvica, manejo del estrés, alimentación saludable y resolución de conflictos laborales, entre otros.

METODOLOGÍA

La metodología combinó teoría y práctica, promoviendo la participación activa y la aplicabilidad en la vida cotidiana. Para su realización se contó con expertos del propio hospital (lo cual aumenta la comunicación interdepartamental) y de otras instituciones (universidad, etc) lo cual permitió una mayor integración institucional.

RESULTADOS

En la IV semana de la salud se han conseguido más de 200 inscripciones a las diferentes actividades teórico-prácticas y material digital. Se han organizado 20 iniciativas entre actividades teórico-prácticas y material audiovisual. Estas actividades se han dividido en las siguientes áreas:

- Alimentación.
- Salud Mental.
- Adicciones.
- Ejercicio físico.
- Salud y mujer.

CONCLUSIONES

Con ello se ha conseguido que numerosos profesionales se conciencien sobre la importancia de cuidarse, ya que esto interviene directamente en su calidad de vida. Además, se ha conseguido que interactúen distintas categorías profesionales y distintos servicios lo que ayuda a un trabajo en equipo.

La celebración de la Semana de la Salud en el entorno hospitalario constituye una herramienta eficaz para visibilizar la importancia del bienestar profesional, reforzar la motivación laboral y fomentar una cultura de cuidado entre iguales. La implicación de múltiples servicios y la transversalidad de los temas tratados favorecieron una visión integral de la salud del personal. Esta experiencia refuerza la necesidad de incluir estrategias de promoción del bienestar en los planes institucionales de calidad asistencial.

En sucesivas ediciones se tiene que mejorar en la implantación de cuestionarios de valoración de las actividades e indicadores para medir su efectividad.

PROYECTO DE AMFE PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PACIENTES QUE SE VAN A SOMETER A CIRUGÍA ORTOPÉDICA/TRAUMATOLÓGICA

 Aroa Vadillo Muñoz; Ana María Morales Guijarro; María Arántzazu Jiménez Gómez; David Guadarrama Ortega

 Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Identificador: 397

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las cirugías ortopédicas/traumatológicas están consideradas de alto riesgo por la posibilidad de sangrado. El porcentaje de transfusión varía entre el 30 y 50% según la cirugía. En las fracturas se puede requerir transfusión preoperatoria. La anemia, pre y postoperatoria, incrementan el riesgo de sufrir complicaciones y alargar el ingreso.

La calidad de la prueba de laboratorio depende del cumplimiento en cadena de una buena práctica que comienza con la formulación de la petición y termina cuando el resultado llega a manos del profesional que lo solicitó.

Según el estudio ENEAS, un 25-30% de los errores de laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente, y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse evitado. La mayor parte de los errores ocurren en la fase preanalítica destacando la identificación inadecuada del paciente y/o de sus muestras y, por tanto, la falta de garantía de la correspondencia entre la muestra y el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Garantizar la seguridad de los pacientes mediante el análisis modal de fallos y efectos del proceso de optimización previa a la cirugía.

Detectar posibles fallos, causas y efectos en cada una de las fases del proceso.

Minimizar la posibilidad de eventos adversos.

Se crea un grupo de trabajo con todos los profesionales que intervienen en el proceso. Se realizan cuatro reuniones donde se llevan a cabo todas las fases del AMFE. Se realiza un diagrama de flujo de todo el proceso para determinar los puntos críticos donde se pueden cometer errores. Se priorizan los fallos detectados según los índices de gravedad, aparición y de detección. Se establecen las posibles causas y efectos en los pacientes de cada uno de los fallos. Se establecen las posibles soluciones y se priorizan las consideradas más oportunas teniendo en cuenta la viabilidad y facilidad para implementarlas. Se desarrolla un plan de acción con cronograma, responsables e indicadores para la monitorización y evaluación correspondiente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se desarrollan 10 acciones de bajo coste y gran impacto sobre la seguridad de los pacientes en este proceso, entre las que destacan: Creación de instrucción técnica para estandarizar el proceso, crear un listado de verificación y utilizar chalecos para evitar interrupciones innecesarias.

Se han identificado 9 indicadores, cuatro son de resultado y uno de resultados en salud para los pacientes con la disminución de los eventos adversos relacionados con la identificación de las muestras de sangre.

Los procesos cada vez son más complejos y se necesitan mecanismos para actuar proactivamente en la prevención de eventos adversos. La utilización del AMFE resulta eficaz para detectar posibles fallos y efectos y establecer acciones de mejora encaminadas a la prevención.

Trabajar con metodología AMFE supone una consolidación de la cultura de seguridad en la organización. Además es costo-efectiva por lo que se debe implicar a la Dirección para obtener los recursos necesarios para poder implementar en la práctica clínica.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA

 *Alejandra Sánchez Ochoa; Immaculada Catalá Buera; Carolina Mesas Exposito; Eduard Sanchis Querol*

 *Consorci Sanitari de l'Anoia*

Identificador: 398

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El programa de Auditoria interna evalúa el cumplimiento de las normativas vigentes en cada servicio. En nuestro caso, el servicio de Diagnostico por la Imagen está regulado por 7 leyes tanto nacionales como autonómicas de obligatorio cumplimiento de 803 requisitos aplicables al área.

El área de Calidad se encarga de encontrar puntos en común de las leyes aplicables y no reprocesar o aumentar las cargas burocráticas al personal asistencial. la práctica diaria en el servicio de Diagnostico por la Imagen conlleva una serie de tareas y registro que es indispensable no solo recoger, sino analizar para garantizar una atención segura tanto para el paciente como para los profesionales que trabajan en el área. Durante las auditorias se pretende además de satisfacer las exigencias legales, mejorar los procedimientos, eliminado las prácticas de poco valor y obtener las evidencias necesarias para demostrarlo y mantenerlo en el tiempo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Definir los objetivos y las acciones correctoras de los procesos que lo requieren, para cumplir la normatividad y hacer seguimientos paulatinos de dichas actividades. Todo ello bajo un proceso documentado y fácilmente evidenciable durante una inspección o auditoría externa.

Se inicia con una recopilación de las normas aplicables, se calendarizan las reuniones en un diagrama de gantt. Se recopilan los requisitos duplicados de las normas. Se evalúan los estándares de forma individual, adjuntando la documentación que certifique su cumplimiento. Esta herramienta, ofrece la oportunidad de dejar comentarios y el listado de acciones de mejora. Además, el archivo contiene una celda que indica si el documento ha sido revisado por el auditor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados de las autoevaluaciones realizadas en 2023 y 2024 reflejan un avance significativo en la implementación de los estándares establecidos, evidenciando una mejora continua. En la primera autoevaluación de 2023, los porcentajes de cumplimiento variaron notablemente entre las distintas normas, oscilando entre un 23% y un 77%, con un total de 22 acciones correctivas y 53 acciones de mejora identificadas. La autoevaluación en 2024 mostró un progreso notable, con aumentos sustanciales: la norma 1 pasó del 23% al 52%, la norma 2 alcanzó un cumplimiento del 100%, y las demás normas también mostraron mejoras significativas, alcanzando porcentajes que van del 82% al 89%.

Este incremento en el cumplimiento se debe a las numerosas iniciativas implementadas, como la actualización de 43 protocolos, manuales y guías, la medición y seguimiento de indicadores que han permitido un control más riguroso de las prácticas. Otras acciones destacadas son la renovación de equipos, la verificación de la formación basal en radioprotección, la reactivación de programas de formación continua y una mejora en el registro y resolución de incidencias. Los consentimientos informados y el proyecto de medición y seguimiento de dosimetrías a pacientes son claros ejemplos de la dedicación hacia la seguridad del paciente.

IMPLANTACIÓN DEL VÍDEO COMO APOYO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS

 Carlos Santiago Piñel Pérez ⁽¹⁾; Sandra Pulido Berruga ⁽²⁾; María del Carmen Vaquero Morales ⁽²⁾; Ana María Molina Martínez ⁽³⁾; María José Gómez-Roso Jareño ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Viamed Santa Elena; ⁽²⁾ Viamed Santa Elena; ⁽³⁾ Hospital Viamed San José

Identificador: 399

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El consentimiento informado es un proceso esencial para garantizar la autonomía del paciente, pero en la práctica clínica sigue presentando limitaciones en cuanto a comprensión, recuerdo y satisfacción. La evidencia científica respalda el uso de medios audiovisuales para mejorar la satisfacción de los pacientes al sentirse más seguros, informados y partícipes en la toma de decisiones. Partiendo de esa evidencia, hemos desarrollado e implantado en nuestro centro vídeos explicativos de los principales procedimientos ginecológicos, accesibles a través de una plataforma abierta y universal como YouTube, lo que facilita su acceso desde cualquier dispositivo y permite la revisión tantas veces como se necesite. Presentamos los resultados preliminares del vídeo de apoyo al consentimiento informado para la histeroscopia, mostrado de manera retrospectiva a pacientes intervenidas entre el 20 de enero y el 12 de mayo de 2025.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Mejorar la comprensión y la satisfacción de las pacientes.
- Aumentar la confianza y la seguridad percibida.
- Facilitar el acceso y la memorización de la información mediante un formato audiovisual universal y repetible.

Se elaboró un video accesible y didáctico, basado en la información del consentimiento informado elaborado en base a las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, alojado en YouTube, explicando en lenguaje claro el procedimiento de histeroscopia (https://youtu.be/4iBuk_p38Cw). Se contactó con las 54 pacientes intervenidas por nuestro equipo entre el 20 de enero y el 12 de mayo de 2025, enviándoles un cuestionario anónimo online que recogía:

Valoración retrospectiva de la información recibida.

Visualización del vídeo.

Valoración tras verlo.

El cuestionario exploraba claridad, comprensión, confianza, utilidad y preferencia futura por este formato. (Anexo 1)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las 54 pacientes contactadas, 48 respondieron al cuestionario (89% de participación).

Solo el 24% refirió una información completamente clara antes de la intervención.

Solo el 18% recordó todos los riesgos explicados.

Solo el 22% entendió perfectamente el procedimiento.

Tras el vídeo:

100% indicó que les ayudó mucho a entender mejor.

100% afirmó que les habría dado más confianza y seguridad.

100% consideró el vídeo más fácil de recordar.

100% desearía que este tipo de vídeos se ofrecieran siempre.

El vídeo alojado en YouTube ha demostrado ser una herramienta altamente efectiva para mejorar la comprensión, la seguridad percibida y la satisfacción de las pacientes. Su accesibilidad, claridad y posibilidad de revisión lo convierten en una solución innovadora y fácilmente escalable a otros procedimientos. Esta práctica se consolidará como parte del proceso de información en nuestro centro como complemento del CI corporativo, y es potencialmente extensible a otros centros.

DORMIR NO ES UN LUJO: VI-QUIET

 Ana María Molina Martínez; Leonor Zafra Sánchez

 Hospital Viamed San José

Identificador: 400

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Dormir es un derecho terapéutico. Según el último estudio publicado por JAMA Network Open, en el que se estudiaron 73.000 noches de pacientes hospitalizados, en la primera noche solo un 2,3% de los pacientes lograron dormir 7 horas seguidas. El sueño es frecuentemente interrumpido y las causas más frecuentes suelen ser el ruido, luces, el dolor y la incomodidad.

Por este motivo es necesario implantar una serie de medidas que mejore y cuide la calidad del sueño de nuestros pacientes: Dormir también cura.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implantación de una serie de medidas con el objetivo de mejorar el descanso ininterrumpido de nuestros pacientes.

- Evaluar la situación de partida mediante la colocación de sonómetros.
- Evaluar mediante la realización de encuesta a pacientes las principales causas de interrupción del sueño.
- Realizar encuestas a profesionales sobre posibles medidas a implantar.
- Adaptar el paquete de medidas para la reducción del ruido a partir de los resultados de las encuestas.
- Informar al personal de la unidad de hospitalización.
- Colocar cartelería para pacientes y acompañantes.
- Reevaluar el ruido mediante el registro de sonómetros.
- Reevaluar el sueño del paciente mediante encuestas.
- Valorar el impacto y feedback de personal y pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Al inicio se registra un nivel de ruido máximo de 77,7 dBA y un ruido promedio de 51,5 dBA, siendo en el segundo periodo (tras medidas) de 68,5 dBA el máximo y 49,2 el ruido promedio. Tras la implementación del paquete de medidas destinadas a mejorar la calidad del sueño, se observó una mejora significativa de diversos indicadores.

El porcentaje de pacientes que informaron haber tenido un sueño reparador (más de 5h) aumentó un 13%. Así mismo se registró una disminución en el número de interrupciones nocturnas relacionadas con ruidos ambientales y entradas y salidas de personal. En cuanto a la satisfacción del personal sanitario, los profesionales manifiestan que las acciones implementadas fueron fáciles de integrar en la práctica asistencial diaria, sin generar una sobrecarga de trabajo significativa.

La mayoría del personal expresó que la intervención les ha permitido ofrecer cuidados más humanizados y con mayor calidad percibida.

El estudio ha resultado ser eficaz y beneficioso evidenciando una mejoría significativa en la percepción subjetiva del sueño por parte de los pacientes. El descanso adecuado ayuda a manejar la ansiedad postoperatoria, puede reducir la percepción del dolor, refuerza el sistema inmunológico siendo fundamental para combatir infecciones e inflamaciones y mejorando así la regeneración celular. Refuerza la confianza enfermera-paciente y supone una mejora global de la experiencia del paciente. En conjunto, los hallazgos apoyan la viabilidad y sostenibilidad del paquete de medidas, que podría consolidarse como una buena práctica en la atención de nuestro hospital.

IMPLICANDO A UN EQUIPO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD.

 *Luisa Ramallo Díaz ⁽¹⁾; María De Miguel Vicenti ⁽²⁾; Vanesa Bustos Ruiz ⁽²⁾; Elena Pallo Garzon ⁽²⁾; Iciar Fernández de Alarcón Medina ⁽²⁾; Irene Santos Fernández ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Sureste. Sermas; ⁽²⁾ Centro de Salud Entrevías; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Sureste. Sermas.

Identificador: 401

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente en la atención primaria es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad que tiene tanto en su práctica clínica como en su organización.

Se trata de un proceso de mejora continua que permita evitar errores que puedan tener consecuencias en la salud del paciente. En este proceso debe estar implicado todo el equipo.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es fomentar una cultura de seguridad del paciente en el equipo de un centro de salud y potenciar la notificación de Incidentes de seguridad y Errores de Medicación.

METODOLOGÍA

Para conseguir este objetivo se siguieron varias líneas de actuación:

- Nombrar 2 referentes en seguridad del Paciente (binomio médico y enfermera) en el centro.
- Impartir sesiones mensuales: casos, reversión de cursos, revisiones, recomendaciones de seguridad difundidas, etc.
- Análisis periódico en el centro de incidentes de seguridad y errores de medicación que se hayan producido.
- Difundir e Implantar las recomendaciones de seguridad generalizables del área de calidad y seguridad de AP.
- Sesiones sobre higiene de manos
- Análisis de resultados de seguridad del CPC para detectar áreas de mejora: riesgos relacionados con los medicamentos, con los pacientes inmovilizados, cribados de cáncer de colon, etc.
- Creación de una comisión de reclamaciones que identifique problemas de seguridad acontecidos y analice posibles riesgos (Prevención)

RESULTADOS

Para mejorar la seguridad del paciente en el programa de cribado de cáncer de colon se implementó un circuito para revisión de los pacientes incluidos, planteando 100% pacientes revisados. En el primer trimestre de 2025 un 98,57% de los pacientes están revisados, encontrándose en el 2º puesto entre los centros de salud del área.

El equipo se implica en la investigación y fomento de la seguridad presentando 19 comunicaciones en el congreso de seguridad del paciente.

Durante los 4 primeros meses de 2025 se notificaron 4 incidentes de seguridad (incrementa un 75% sobre el año previo) y se notificaron 8 Errores de Medicación: 8 (Ninguna notificación en 2024).

CONCLUSIONES

La implicación activa del equipo multidisciplinar en la seguridad del paciente es clave para fomentar una cultura de mejora continua en atención primaria. La formación específica y periódica, junto con la creación de espacios de análisis y reflexión (como sesiones clínicas y comisiones de reclamaciones), permite identificar riesgos y prevenir eventos adversos. El aumento en la notificación de incidentes y errores de medicación refleja una mayor concienciación del equipo y una cultura más abierta y no punitiva. La implementación de circuitos de revisión específicos, como el cribado de cáncer de colon, mejora la calidad asistencial y posiciona al centro como referente en su área. La participación en congresos científicos demuestra el compromiso del equipo con la mejora de la seguridad y la difusión del conocimiento.

PROGRAMA MULTIMODAL PARA LA MEJORA EN LA VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN UNIDADES RESPIRATORIAS

😊 Elisabet Uría Álvarez ⁽¹⁾; María Pilar Muñoz Claver Muñoz Claver ⁽²⁾; Montserrat Medina Esteban ⁽²⁾; Isabel López Baño ⁽²⁾; Elena Querol Vallés ⁽²⁾; Swagatika Salo . ⁽²⁾

🏥 Hospital Clinic Barcelona

Identificador: 402

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El dolor, considerado un evento adverso prevenible, requiere una gestión eficaz, ya que se asocia a complicaciones como neumonía y deterioro respiratorio, además de afectar negativamente la satisfacción del paciente y la calidad asistencial. Un seguimiento estructurado del cumplimiento en la valoración del dolor en pacientes respiratorios permite reforzar prácticas clínicas y establecer indicadores de evaluación y detectar áreas de mejora.

OBJETIVOS

General: Aumentar la adherencia del personal sanitario a los protocolos de valoración del dolor en el departamento de patologías respiratorias (ICR) de un hospital de tercer nivel.

Específicos: Mejorar la valoración y registro del dolor en pacientes ingresados. Fomentar el desarrollo profesional en el manejo del dolor. Reforzar la cultura de seguridad del paciente mediante herramientas visuales.

METODOLOGÍA

Análisis mensual, mediante el programa Power BI, de indicadores relacionados con el dolor desde 2022 hasta 2024: Valoración del dolor correcta, dolor persistente y moderado (global, por turno y por unidades). Revisión de historias clínicas a través de SAP, en situaciones específicas (dolor persistente) Reuniones periódicas con la jefa y coordinadoras de enfermería del ICR donde establecen y evalúan las diferentes acciones de mejora.

En 2022, se establece como objetivo del Núcleo de Seguridad la mejora de la valoración y registro del dolor en el ICR. Se informa a los equipos y, posteriormente, se realizan acciones formativas in situ y se programa, en las pantallas de las unidades, material de refuerzo. En 2023, se realiza una segunda acción formativa, a modo de refuerzo, y se crea una infografía para el seguimiento del grado de cumplimiento de los profesionales en las valoraciones del dolor. En 2024 el indicador de episodios valorados correctamente es declarado como objetivo grupal de enfermería en el centro (con impacto económico).

RESULTADOS

En el ICR, el indicador de pacientes valorados correctamente experimenta un aumento del 20,64% desde enero de 2021 a diciembre de 2024 (38,48% vs 59,12%). No obstante, se observa un aumento del dolor moderado (39,9% vs 51,6%) y persistente (12,79% vs 16,54%). Este hecho puede estar relacionado con la mejora en la valoración y registro del dolor y puede reflejar la necesidad de implementar nuevas acciones de mejora relacionadas con el manejo del dolor (tanto en prescripción como administración de analgesia). En 2024 los episodios valorados correctamente, tras experimentar un leve descenso en 2023 (88,1%), debido a una situación externa no controlable, alcanzan el 94,9 %.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa estructurado de seguimiento del dolor ha contribuido a la adherencia a los protocolos de valoración y registro del dolor y a una atención más segura y centrada en el paciente. La experiencia adquirida en este proyecto puede servir como modelo extrapolable a otras áreas, promoviendo una cultura organizacional orientada a la calidad y seguridad asistencial.

PROGRAMAS FORMATIVOS Y UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD: ¿NOS ALIAMOS?

 Elena Querol Vallés; Marina Rodriguez Milan; Patricia Marimon Garrido; Clara Ruiz Falques; Patricia Santos Lopez; Silvia Perez Ortega

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 403

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud en su “Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030”, expone la necesidad de incorporar la seguridad del paciente en los planes formativos, incluyendo la formación continuada (Estrategia 5.1). A continuación, describimos la implementación de un programa formativo de acogida para profesionales de enfermería de nueva o reciente incorporación en el instituto de cuidados cardiovasculares de un hospital de tercer nivel, con la seguridad del paciente como eje central.

OBJETIVOS

Objetivos del programa educativo General: Garantizar la seguridad y la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros pacientes.

Específicos: Dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para el correcto desempeño de sus funciones. Fomentar y diseminar la cultura de seguridad en el seno de los equipos.

METODOLOGIA

Programa de formación continuada en formato híbrido para enfermeras de nueva incorporación, con una carga lectiva de 7h: 5h telemáticas y 2h de taller presencial.

La parte online aborda, en un primer bloque, aspectos relacionados con la seguridad del paciente (cultura de seguridad, detección y notificación de incidentes, prevención de segundas víctimas). En el segundo bloque se presentan 5 casos clínicos que recorren distintos procesos asistenciales y analizan aspectos clave de seguridad, favoreciendo la práctica reflexiva.

El taller presencial se desarrolla en grupos reducidos de 5 profesionales donde, a través de casos clínicos y análisis de escenarios (algunos extraídos de incidentes analizados por la Unidad Funcional de Seguridad del Departamento), se refuerza la práctica basada en la evidencia y la adherencia a guías de buenas prácticas. Se crea un espacio de confianza donde los profesionales pueden expresar dudas y proponer mejoras desde la calidad asistencial y la seguridad clínica.

Tras cada edición se analizan aspectos susceptibles de mejora e incorporan nuevas estrategias formativas que respondan a las necesidades de los profesionales.

RESULTADOS

El programa se inaugura noviembre de 2024 con 20 profesionales formados. El 100% de los cuales refiere sentirse más preparados para desarrollar su actividad después de haber completado el curso y que este ha cumplido con sus expectativas. Debido a su gran aceptación, se amplía la oferta formativa a 30 profesionales en 2025. En febrero, se cubren ya todas las plazas disponibles para 2025, por lo que se programan cuatro ediciones extraordinarias más para dar respuesta a la demanda de los profesionales.

CONCLUSIONES

Los programas híbridos de formación continuada permiten conocer las necesidades y competencias de los profesionales, siendo ambos aspectos cruciales para fomentar un ambiente favorable y seguro para el desempeño de sus funciones. Permiten también incorporar estrategias de concienciación y fomento de la cultura de seguridad del paciente, y trabajar estrategias de afrontamiento ante escenarios complejos a los que se enfrentarán en su práctica asistencial.

CADA GOTA CUENTA: TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE HEMOCOMPONENTES CON ENFOQUE LEAN

 Ana María Ruiz Ruiz; Carmen Montserrat Martín Noda; Carolina Romero Almaraz; Jose Iñigo Romón Alonso; Inmaculada García-Montesinos de la Peña; Concepción Fariñas Alvarez

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 404

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El Patient Blood Management (PBM) define un conjunto de intervenciones que deben ser realizadas por un equipo multidisciplinar, con apoyo institucional, encaminadas a disminuir la transfusión de hemocomponentes en pacientes médicos y quirúrgicos. Constituye no solo una estrategia clínica eficaz para prevenir la sobretransfusión, sino también una herramienta de gestión eficiente de recursos, alineada con los principios del modelo Lean Healthcare, al reducir intervenciones innecesarias, mejorar la seguridad del paciente y optimizar procesos asistenciales.

Con esta metodología se promueve una cultura participativa donde todos los profesionales identifican oportunidades para hacer los procesos más seguros, eficaces y eficientes.

OBJETIVOS

Poner en marcha en nuestro hospital todas las estrategias que estén a nuestro alcance, para, mediante una colaboración multidisciplinar, conseguir minimizar la transfusión de hemoderivados durante todo el proceso perioperatorio de cirugía cardíaca.

METODOLOGÍA

Se realizó un Mapa de Flujo de Valor para el proceso de cirugía cardíaca valvular, coronaria y aórtica con circulación extracorpórea con los servicios implicados y liderado por la unidad de calidad.

RESULTADOS

Se realizaron dos sesiones separadas 15 días de menos de una hora de duración. En la primera de ellas se concretaron las etapas del proceso desde la derivación para cirugía hasta el alta hospitalaria y seguimiento en consultas ambulatorias (11 etapas), identificándose 9 desperdicios (composición de la sesión multidisciplinar, valoración por anestesta no especialista en CCV, preoperatorio citado con poca antelación, ingresos con 2 días de antelación, tiempos quirúrgicos variables, registros no integrados en HCE, disponibilidad de fármacos, petición de pruebas al alta hospitalaria) y 5 puntos fuertes (disponibilidad del hospital de día quirúrgico para feroterapia, lista de espera menor de 3 meses, valoración pre intervención por enfermera perfusionista, disponibilidad de ROTEM y criterios de transfusión establecidos en el postoperatorio inmediato).

En una segunda sesión se plantearon las acciones de mejora factibles: administración de hierro en hospitalizados, incluir a anestesia y perfusionista en la sesión multidisciplinar, programar al paciente TRAS el preoperatorio de anestesia, ingreso con menor antelación, dejar solicitada analítica de seguimiento de aplicación inmediata tras difusión del informe a especialistas implicados.

CONCLUSIONES

El uso de herramientas Lean en la gestión de procesos permite identificar riesgos y oportunidades de mejora de forma más VISUAL y PARTICIPATIVA para los profesionales. Sustituye las reuniones convencionales por dinámicas más ágiles, con sesiones breves de unos 50 minutos, orientadas a implantar mejoras de manera inmediata. Este enfoque favorece la toma de decisiones colaborativa, reduce la resistencia al cambio y fomenta una cultura de mejora continua en el entorno sanitario.

CORAZÓN EN RED: TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL PROCESO DE REALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE ECG EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

 Ana María Ruiz Ruiz; Angélica Higuera Moreno; Felipe José Rodríguez Entem; Teresa Prieto Gutiérrez; Pablo Vázquez Tobal; Juan Ignacio Raba Díez

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 405

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El electrocardiograma (ECG) es una prueba médica fundamental. Con el avance de la tecnología, la conectividad de los ECG ha cobrado gran relevancia. Los equipos modernos no solo capturan señales eléctricas con alta precisión, sino que también pueden transmitir los datos en tiempo real a sistemas de información clínica, aplicaciones móviles o a la nube. Esta capacidad de conexión permite: monitoreo remoto en tiempo real, acceso simultáneo a los datos por parte de diferentes profesionales, almacenamiento digital para seguimiento histórico y análisis automatizado e integración con inteligencia artificial para ayudar en la detección temprana de anomalías.

La conectividad ha transformado al ECG de una herramienta diagnóstica puntual a un sistema de vigilancia continua y colaborativa, mejorando la calidad del cuidado del paciente y optimizando la respuesta clínica.

OBJETIVOS

Conocer los ECG disponibles en el hospital, su uso y su conectividad con HCE para desarrollar un plan de acción.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los ECG existentes en el hospital, entrevistas en las diferentes áreas del hospital con la colaboración de las supervisoras de enfermería en febrero y marzo de 2025 y formación in situ al personal.

El análisis de los resultados se realizó a través de una hoja de cálculo, elaborándose un informe que describe las áreas de mejora y plan a medio plazo.

RESULTADOS

Se dispone de un total de 74 electrocardiógrafos, correspondientes a 16 marcas comerciales, estado nuevo (31,1%), seminuevo (31,1%), viejo (28,4%) y súper viejo (9,5%). Sesenta y tres disponen de opción de conectividad al sistema digital, aunque solo 3 de ellos están actualmente enviando datos correctamente. Sesenta dispositivos, a pesar de contar con opción de conectividad, no están enviando datos y catorce no disponen de opción de conexión digital y se ha propuesto retirarlos y mantenerlos en el plan de contingencia. Este envío se realiza a la carpeta pruebas/radiología.

Hay tres marcas que suponen el 62,2% de los dispositivos con amplia dispersión en el hospital y han sido elegidos para llevar a cabo el proceso de formación y conexión.

A raíz de las entrevistas, se detecta la necesidad de formación al personal asistencial para el uso adecuado de los dispositivos y evitar la impresión en papel, además de desarrollar la HCE para etiquetar la carpeta pruebas/ECG e incluir en cada dispositivo un listado de trabajo (similar a otros POCT) para facilitar la conectividad.

CONCLUSIONES

La digitalización del proceso de ECG representa un punto clave para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia asistencial, facilitando una atención más precisa y oportuna. La baja utilización de la conectividad en los dispositivos disponibles limita el aprovechamiento de herramientas digitales que pueden optimizar la toma de decisiones clínicas. Persisten barreras como el uso de papel y la falta de integración con la historia clínica electrónica que afectan la trazabilidad y continuidad del cuidado.

ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c): IMPACTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y REGLAS DE RECHAZO.

 Raquel Victoria Melgares de Aguilar Marco ⁽¹⁾; Jesús Cabanes Madrid ⁽¹⁾; Laura Rayón Larena ⁽²⁾; Daniel Párraga García ⁽¹⁾; Leticia Altuna Tellechea ⁽³⁾; Raúl Mateos Pablos ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁽²⁾ Hospital Universitario Doce de octubre; ⁽³⁾ Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo

Identificador: 406

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La hemoglobina glicada (HbA1c) es un marcador clave en el control de la diabetes, al reflejar la glucemia media de los últimos tres meses y predecir complicaciones crónicas. Los objetivos terapéuticos recomiendan mantener niveles 6.5%-7%, ajustables según la situación clínica del paciente.

La frecuencia de solicitud debe adaptarse: cada seis meses en pacientes estables, cada tres si hay descompensación o cambios terapéuticos, y solo con mayor frecuencia en situaciones especiales.

Dado su alto valor clínico y el aumento de solicitudes, es necesario establecer protocolos consensuados para un uso racional de la prueba y evitar una sobrecarga diagnóstica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El Programa de Evaluación de la Adecuación de la Demanda - Medicina del Laboratorio (PEAD-ML), promovido por las sociedades científicas AEBM-ML y AEFA, busca reducir intervenciones diagnósticas innecesarias y optimizar el uso de los recursos.

Dentro de este programa, evaluamos en concreto el cumplimiento de la recomendación: “no realizar más de dos HbA1c al año en pacientes con buen control y no en menos de tres meses”.

Para ello se analizaron indicadores de calidad de estructura, proceso, resultado y actividad, a partir de datos obtenidos de nuestro Sistema Informático de Laboratorio (SIL).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis de indicadores mostró que nuestro laboratorio presenta un control metabólico excelente, con un 90.85% de pacientes diabéticos en programa que cumplen criterios de buen control en el año 2023. Además se registró un elevado número de pacientes con HbA1c en rango no patológico (60 por cada 1000 habitantes), lo que refleja una atención eficaz.

Sin embargo, se observó una utilización superior a la recomendada: 242 pacientes por cada 1000 habitantes tuvieron al menos una solicitud de HbA1c, muy por encima del objetivo (<140), y el número de determinaciones por paciente alcanzó 2 al año, en el percentil 75, lo que sugiere un sobreutilización.

También se identificaron prácticas no alineadas con las guías clínicas, como el uso de HbA1c como única prueba para el cribado poblacional, lo que refuerza la necesidad de mejorar la formación de los solicitantes y establecer protocolos claros.

A nivel estructural, el SIL mostró capacidad para aplicar reglas automáticas de rechazo, aunque persisten limitaciones en interoperabilidad clínica y en la integración de sistemas, dificultando la aplicación homogénea de las recomendaciones.

Como medida de adecuación, se implantaron reglas de rechazo que evitaron 4064 determinaciones (2.46% del total de 165108). Esta estrategia representa un paso importante hacia un uso más racional de recursos.

Se recomienda reforzar los protocolos de solicitud, mejorar la comunicación con los clínicos, optimizar la interoperabilidad del SIL y mantener la monitorización continua para garantizar sostenibilidad y calidad asistencial.

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LA PERSONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

 CRISTINA PERUCHO PONT ⁽¹⁾; Aymara Ruiz Diez ⁽²⁾; Borja Herrero de la Parte ⁽³⁾; Luis Valero Urquiza ⁽⁴⁾; Miguel Ullibarrena Sainz ⁽⁴⁾; Mikel Sanchez Fernandez ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ MUTUALIA; ⁽²⁾ Mutulia; ⁽³⁾ Universidad Pais Vasco; ⁽⁴⁾ Mutualia

Identificador: 407

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los valores que definen la práctica diaria de nuestra entidad —equipo, cercanía, profesionalidad, eficiencia, transparencia y vanguardia— fueron elegidos por los profesionales que la conformamos. Estos valores se enmarcan en una cultura de mejora continua en la actividad asistencial, que tiene como objetivo adaptar los servicios que prestamos a las necesidades específicas de cada persona.

En este contexto, se diseñó el Plan de Personalización de la Asistencia Sanitaria, estructurado en cinco dimensiones: pacientes y entorno; coordinación sanitaria, social y comunitaria; profesionales; recursos y procesos; e instalaciones. Dentro de la dimensión de los profesionales, se estableció como acción prioritaria la mejora de la comunicación, entendida como un pilar esencial de la atención centrada en la persona.

La formación en habilidades comunicativas mejora la calidad del servicio y fortalece la alianza terapéutica entre profesionales y pacientes. La evaluación del impacto de una formación permite medir su eficacia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Considerando que todos los profesionales que interactúan con pacientes y familiares son agentes terapéuticos, organizamos una formación online en habilidades comunicativas, dirigida al personal sanitario de nuestra entidad. El curso, alojado en el portal de formación corporativo, se estructuró en cuatro módulos: comunicación y humanización, liderazgo, comunicación con el paciente y gestión de conflictos.

El diseño de la formación, a cargo de expertos de la Fundación Humans se organizó en: vídeos, píldoras formativas, actividades gamificadas, test de evaluación, talleres interactivos y autoevaluaciones. El objetivo del curso era dotar a nuestros profesionales de mejores herramientas comunicativas para su práctica clínica cotidiana.

La formación fue obligatoria, con un periodo de realización entre marzo y mayo de 2025. Tras completar el curso, se solicitó a los alumnos cumplimentar una encuesta de valoración para medir el impacto de la formación en su práctica asistencial, tanto en la relación con los pacientes como en la comunicación entre profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un análisis descriptivo inicial de los resultados obtenidos a través de la encuesta indica una valoración positiva de la formación realizada por parte de los participantes. La mayoría de los ellos valora un trato cercano con los pacientes como “totalmente importante”, y destaca que una comunicación eficaz contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento y a reducir errores, mejorando la seguridad del paciente. Los resultados preliminares, a la espera de una evaluación detallada, van en la idea de que la formación en habilidades comunicativas es una herramienta clave para avanzar hacia una asistencia más humana, personalizada y de mayor calidad.

CURSO DE EXCELENCIA ON-LINE EN HABILIDADES COMUNICATIVAS EN EL AMBITO DE LA SALUD.

 Aymara Ruiz Diez ⁽¹⁾; CRISTINA PERUCHO PONT ⁽²⁾; Borja Herrero de la Parte ⁽³⁾; Luis Valero Urquiza ⁽¹⁾; Miguel Ulibarrena Sainz ⁽⁴⁾; Mikel Sanchez Fernandez ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Mutuailia; ⁽²⁾ MUTUALIA; ⁽³⁾ Universidad Pais Vasco; ⁽⁴⁾ Mutuaila

Identificador: 408

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de nuestra entidad decidimos hace un tiempo, los valores por los que queremos que se guie nuestra práctica diaria: equipo, cercanía, profesionalidad, eficiencia, transparencia y vanguardismo. A su vez, como organización trabajamos activamente en el ámbito de la mejora continua de la asistencia. Siendo uno de los objetivos que nos hemos marcado el adaptar los servicios prestados a las necesidades específicas de cada persona, mejorando así la calidad de la atención y la experiencia del paciente. En esta línea elaboramos un Plan de Personalización de la Asistencia Sanitaria, con el que obtuvimos la acreditación en Humanización A por parte de la Fundación Humans. Este plan se estructura en torno a cinco dimensiones clave sobre las que se estamos centrando los esfuerzos con el objetivo de conseguir una mejora continua en nuestra actividad asistencial. Una de las líneas prioritarias en las que se está profundizando es la de los profesionales sanitarios, reconociendo su papel central en la personalización de la asistencia. Las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios juegan un papel crucial en la asistencia sanitaria. La comunicación efectiva y empática es esencial para establecer una relación de confianza entre el paciente y el profesional, lo que a su vez facilita la toma de decisiones compartidas y la acogida emocional de las personas. La deshumanización de la práctica sanitaria, a menudo asociada al desarrollo tecnológico y la despersonalización, puede ser mitigada mediante una comunicación adecuada. Consideramos fundamental capacitar a los profesionales en el desarrollo de un estilo de comunicación cercana y empática, que propicie una alianza terapéutica y permita una atención personalizada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de nuestro proyecto es incidir en la mejora de las habilidades comunicacionales de nuestros profesionales. Esta mejora incidirá en: el bienestar emocional de los profesionales, conseguir una comunicación interna fluida y eficaz y permitirá que prestemos una atención sanitaria de calidad. Con la premisa de que todos los profesionales de la entidad, que interaccionan con pacientes y familiares, pueden considerarse agentes terapéuticos, organizamos un curso de formación on-line. El curso se estructura en 4 módulos centrados en: comunicación y humanización, liderazgo, comunicación con el paciente y gestión de conflictos. El curso se estructura en píldoras formativas, videos formativos y la resolución posterior de preguntas gamificadas y un cuestionario tipo test para afianzar los contenidos y conceptos desarrollados en cada módulo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con el desarrollo de esta formación los resultados esperables son una mayor concienciación y sensibilización de nuestros profesionales sobre la importancia de las habilidades comunicativas tanto en el trato con el paciente como con el propio equipo de trabajo.

MEJORA DE LA ADHERENCIA Y TÉCNICA INHALADORA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PRIMARIA

 Anna Riola Colet; Magdalena Garcia Olivé; Blanca Martí Garrido; Gemma Blanch Mercader; Lourdes Clotas Sancho; Nereida Torró Bou

 CAP El Morell

Identificador: 409

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los tratamientos que se utilizan en la EPOC se administran por la vía inhalada. Esta vía presenta la ventaja que los fármacos van directamente al lugar donde tienen que actuar. Comparada con otras vías, tiene un inicio de acción más rápido y hace falta una dosis más baja para conseguir el efecto terapéutico deseado, disminuyendo las reacciones adversas. El principal inconveniente de la vía inhalada, es la dificultad de la realización correcta de la técnica de inhalación y la utilización de los dispositivos. El uso incorrecto de los cuales, se ha relacionado con un mal control de la enfermedad y con un incremento de las visitas a los servicios de urgencias y de la tasa de exacerbaciones o crisis graves. La adherencia a la terapia inhalada tiene un impacto a nivel clínico y económico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto lo lideró la referente de calidad y seguridad de pacientes, y realizó una revisión de los pacientes con EPOC de todo el equipo. Se revisó: si constaba en la historia clínica, la valoración de la técnica de inhalación y la prescripción de la cámara de inhalación para mejorar la administración del tratamiento inhalado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En junio del 2024, la población asignada del equipo era de 11352 usuarios, 9228 adultos y un 85,3% de población atendida. En 178 pacientes constaba el diagnóstico de EPOC, una prevalencia del 1,92% y evidenciando un infradiagnóstico. De todos los pacientes con EPOC y terapia inhalada, solo un 6,74%, se les había prescrito la cámara inhaladora para administrar el inhalador. Solamente en el 14,04% de los pacientes con EPOC constaba la valoración y el registro en la historia clínica, la técnica del uso de los inhaladores. Posterior a la sesión de equipo con los resultados de la revisión, se aumentó la detección a 195 usuarios con EPOC, se volvieron a revisar sin mejorar los resultados. Estos resultados, quedan lejos del 33% observado en el documento, “Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la malaltia pulmonar obstructiva crònica” sobre la evaluación de la técnica de la terapia inhalada, en nuestro territorio.

SISTEMA AUTOMATIZADO DE TRANSPORTE DE MUESTRAS: GARANTÍA DE CALIDAD EN TIEMPO Y TEMPERATURA SEGÚN ISO 15189

 Laura Rayón Larena; Belén Ontañón Nasarre; Francisco Javier Manzano Lista; Raúl Mateos Pablos; Jesús Cabanes Madrid; Daniel Parraga García

 Hospital Universitario Doce de Octubre

Identificador: 410

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El control del tiempo y la temperatura durante el transporte de muestras es un requisito crítico para la acreditación ENAC y la garantía de calidad preanalítica, tal como establece la norma ISO 15189 (apartado 7.2.5). Alteraciones en estos parámetros pueden derivar en muestras deterioradas, resultados erróneos y repeticiones de pruebas, impactando negativamente en la eficiencia del laboratorio. Para garantizar el cumplimiento de estos requisitos, se implementó un sistema de neveras con capacidad de registro automatizado de temperatura y tiempo, minimizando errores humanos y optimizando la trazabilidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio evaluó la eficacia del nuevo sistema de neveras. Este sistema está integrado con la aplicación Groenlandia y el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) de manera que transmite los datos del tiempo empleado en el transporte de las muestras hasta el hospital (<2 horas) y la temperatura (13-25°C) durante el trayecto.

Durante 2024, se recopilaban datos diarios de los 19 centros de salud y 3 centros de especialidades que enviaban las muestras a un hospital de tercer nivel, que posteriormente eran validados por facultativos. Se monitorizaron los resultados, y en caso de incumplimientos (temperatura >25°C o tiempo >2 horas) y problemas técnicos, aparecía un aviso y el facultativo valoraba si se tomaban acciones correctoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados demostraron un excelente desempeño del sistema:

- 0,00% de no envío de muestras.
- 88,44% de cumplimiento en temperatura (solo 0,39% de incumplimiento).
- 86,25% de cumplimiento en tiempo (0% de incumplimiento).
- 10,88% de incidencias técnicas (problemas en el envío de datos, fallos de la aplicación, falta de batería).

El sistema implementado ha demostrado ser robusto y altamente efectivo para garantizar las condiciones óptimas de transporte, cumpliendo con los requisitos de calidad preanalítica. La mínima tasa de incumplimiento en temperatura y tiempo evidencia su eficacia, mientras que las incidencias técnicas destacan oportunidades para optimizar la trazabilidad. En conclusión, este sistema integrado es óptimo para asegurar la calidad de las muestras, alineándose con los estándares de la ISO 15189 y mejorando la eficiencia global del proceso.

IMPACT OF ANTIMICROBIAL-RESISTANT BACTERIAL PNEUMONIA ON IN-HOSPITAL MORTALITY AND LENGTH OF STAY: A NATIONWIDE STUDY

 IVÁN OTERINO MOREIRA ⁽¹⁾; Susana Lorenzo Martínez ⁽²⁾; Francisco Javier Candel González ⁽³⁾; Montserrat Pérez Encinas ⁽²⁾; María Segura Bedmar ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES; ⁽²⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ⁽³⁾ Hospital Clínico San Carlos; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 411

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Antimicrobial resistance is a major global health threat. The World Health Organization (WHO) and other national agencies have warned about the increasing number of treatment failures caused by the due growing emergence of antimicrobial resistance (AMR). However, accurately to quantifying the morbidity and mortality associated with AMR remains challenging, and in many settings, reliable estimates are lacking. The WHO, along with various control strategies such as the United States national action plan and the European Union one health action plan emphasize the need to promote high-quality, evidence-based research on AMR-attributable mortality and morbidity.

These efforts area essential to fill current knowledge gaps and better understand the true impact of antimicrobial-resistant bacteria across diverse healthcare settings.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

The primary outcome was in-hospital mortality due to AMR bacteria. Secondary outcomes included length of hospital stay, AMR burden, and others risk factors associated with higher hospital mortality.

A observational nested case-control study using retrospective data from Spain's Registry of Specialized Health Care Activity (RAE-CMBD) from 2017 to 2022 was designed.

Hospitalized adults with bacterial pneumonia and confirmed monomicrobial etiology were included. Cases were defined by ICD-10-CM codes for AMR (Z16.1, Z16.2); controls had episodes of hospitalization without these codes.

Multivariate logistic regression and Poisson regression models adjusted for potential confounders (age, sex, Elixhauser-van Walraven comorbidity index, sepsis, fungal pneumonia co-infection, viral pneumonia co-infection, ventilator-associated pneumonia, intensive care unit admission and pneumonia etiology group [gram-negative bacilli/ gram-positive cocci]) were performed.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Of the 116,901 eligible hospitalizations, 6,017 (5.15%) involved AMR bacteria. Patients with AMR bacterial pneumonia were older (median 75 vs. 72 years), had greater comorbidity (Elixhauser-van Walraven index: 8 vs. 5), and were more frequently admitted to the intensive care unit (22% vs. 14%).

Crude in-hospital mortality was higher in the antimicrobial resistance group (18.46% vs. 10.05%, $p < 0.0001$), with an adjusted odds ratio (OR) of 1.47 (95% confidence interval, 1.37-1.59) $p < 0.0001$.

Length of hospital stay was prolonged in AMR cases: median 14 vs. 8 days; adjusted incident rate ratio (IRR) of 1.46, (95% confidence interval, 1.42-1.50).

The most prevalent AMR pathogens were Staphylococcus aureus, and gram-negative bacilli (Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, and Escherichia coli)

Patients with AMR bacterial pneumonia show worse clinical outcomes: increased intensive care unit needs, sepsis, co-infections, clinical procedures, and significantly increases in mortality and length of hospital stay. Addressing the burden of antimicrobial resistance should be a health policy priority.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

 Sandra Sánchez Foguet; Irene Pascual Palacios; Clara Salom Garrigues; Rosa Berjaga Carriqui; Nuria Duran Rovira; Rosa Vilalta Escoda

 EAP Tarragona-5 Sant Pere i Sant Pau

Identificador: 412

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La conciliación farmacéutica sistemática es una herramienta clave para mejorar la seguridad de los pacientes con polifarmacia y condiciones crónicas complejas, reduciendo riesgos relacionados con medicamentos. La colaboración activa entre el servicio de farmacología y medicina en atención primaria permite identificar problemas relacionados con medicamentos, ajustar tratamientos y reducir el número de pacientes polimedicados (pacientes con más de 10 fármacos en su plan de medicación). Este proyecto propone una intervención estructurada, de alta aplicabilidad y centrada en el paciente.

OBJETIVOS

Mejorar la adecuación terapéutica medido a partir de los valores de estándar de calidad de prescripción de farmacia (EQPF), reducir la polifarmacia y las duplicidades mediante una intervención colaborativa y estructurada de conciliación farmacéutica entre farmacia y medicina en atención primaria.

METODOLOGÍA

Se seleccionaron 12 médicos responsables de 12 contingentes diferentes de un equipo de atención primaria, se revisó el valor de EQPF individual de cada médico y el número total del equipo de pacientes polimedicados y duplicidades. Se contactó con el responsable de farmacia y se solicitó la colaboración de una farmacóloga que agendó entrevistas quincenales en el centro. La farmacóloga realiza revisiones de las pautas de prescripción individualizadas para detectar problemas relacionados con medicamentos, se realizan propuestas que se debaten en reuniones presenciales con los médicos responsables, consensuando los ajustes necesarios. Se prioriza la comunicación activa con el paciente para asegurar la implementación de los cambios. Indicadores de evaluación: EQPF personal de cada médico· número total de pacientes polimedicados· Porcentaje de duplicidades

RESULTADOS

En octubre de 2024 los datos obtenidos fueron en cuanto a EQPF 65, 56, 11, 55, 76, 62, 44, 84, 53 i 51 puntos. Tras 4 meses de entrevistas entre farmacia y los especialistas en MFiC los datos a fecha de abril 2025 son 66, 64, 24, 62, 82, 67, 45, 91, 62, i 61, puntos. Todos con mejoría respecto a los valores de inicio. La intervención está en fase de implementación, con una elevada implicación de profesionales y una percepción positiva general. Se están recopilando indicadores de impacto para valorar la sostenibilidad y escalabilidad del modelo en otros centros.

CONCLUSIONES

La conciliación farmacéutica estructurada en atención primaria, basada en trabajo multidisciplinar, mejora la calidad y seguridad de la atención a pacientes crónicos complejos. Su carácter práctico y replicable la convierte en una herramienta de alto valor para avanzar hacia una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente.

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTUDIO DESCRIPTIVO INSTITUCIONAL 2023-2024

 *Miriam Moya Paz; Marc Matarrodona Riera; Oriol Ferre Torrente; Monica Martinez Navarro; Josep Trenado Alvarez*

 *Fundación Asistencial Mutua Terrassa (FAMT)*

Identificador: 413

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un eje central de la calidad asistencial, que requiere un compromiso institucional y profesional sostenido. Las campañas y acciones formativas se han consolidado como herramientas clave para fortalecer una cultura de seguridad, promoviendo la sensibilización, la participación y la transparencia en la gestión de incidentes. Para valorar la efectividad de estas iniciativas, resulta esencial medir su repercusión en el comportamiento y la percepción del personal sanitario, orientando así futuras estrategias de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue describir los efectos observados tras la implementación de las campañas y acciones formativas impulsadas desde el Comité de Seguridad del Paciente sobre la cultura de seguridad de la institución, comparando cambios en la percepción, participación y prácticas del personal entre 2023 y 2024.

Se realizó un estudio descriptivo transversal comparativo. Se recogieron datos mediante la Encuesta Anual de Percepción de Seguridad del Paciente (validada y anónima), así como registros institucionales sobre participación formativa, notificación de incidentes, análisis de causa raíz y solicitudes de atención a segundas víctimas. Las acciones incluyeron sesiones formativas, cursos y simulaciones, además de la celebración de la I Jornada de Seguridad del Paciente en septiembre de 2024.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2024, 535 profesionales participaron en formaciones sobre seguridad del paciente (frente a 100 en 2023). La participación en la encuesta anual, realizada en diciembre, aumentó de 271 a 410 profesionales, con una mejora en la valoración global (de 6,2 a 6,61 puntos). Las notificaciones de incidentes crecieron un 60% (de 275 a 441), concentrándose un 36% en el tercer trimestre, coincidiendo con el mayor volumen de formación y la realización de la jornada. El conocimiento del sistema de notificación aumentó del 69,5% al 72,2%, y el porcentaje de profesionales que notificaron al menos una vez pasó del 39,4% al 47%. Se realizaron 14 análisis de causa raíz (3 más que en 2023), lo que permitió involucrar a más profesionales la identificación de oportunidades de mejora. Se registraron 5 solicitudes de apoyo a segundas víctimas, frente a ninguna el año anterior.

Los resultados sugieren un efecto positivo de las campañas y acciones formativas en la cultura de seguridad del paciente, evidenciado por una mayor participación, mejor percepción global y aumento de la notificación de incidentes. Este cambio refleja un entorno más abierto y orientado al aprendizaje, impulsado por el compromiso organizativo y la visibilización de la seguridad como eje estratégico. Estos hallazgos respaldan la necesidad de consolidar estrategias formativas sostenidas como base para una atención más segura y eficiente. Se recomienda profundizar en el análisis del impacto a medio y largo plazo para orientar futuras intervenciones.

TUMORES INFANTILES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA (PERIODO 2015-2019)

 *María Montserrat Pilas Pérez; Francisco Javier Salamanca Santamaria; Jorge Llop Canseco; Almudena Villarrubia Torcal; Oscar Toldos González*

 *HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID*

Identificador: 414

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los tumores infantiles (TI) (tumores diagnosticados por debajo de los 15 años) son infrecuentes, con una incidencia en España de 155,5 casos nuevos anuales por millón de niños/as. La probabilidad de desarrollar un cáncer en esta edad es de 0,29 en niños y 0,23 en niñas. A pesar de los últimos avances terapéuticos, los TI son la 2ª causa de muerte entre los menores de 15 años y la 1ª causa de muerte por enfermedad en la infancia y adolescencia a partir del 1er año de vida. La información aportada por los registros de tumores es esencial para la planificación, gestión, evaluación de la calidad, investigación y mejora de la atención médica

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Cuantificar la incidencia observada de TI (global y por grupos diagnósticos) en un hospital de 3er nivel.
2. Analizar la supervivencia de los pacientes a 5 años del diagnóstico.
3. Comparar los resultados con los del Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP)

Análisis descriptivo y retrospectivo de los TI en un hospital de 3er nivel (periodo 2015-2019). Distribución tumoral en las categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional para Cáncer Infantil (ICCC-3).

Análisis de supervivencia realizado por el método Kaplan Meier, con un intervalo de Confianza (IC) del 95%. Fuente de información: Registro de Tumores Hospitalario e Índice Nacional de Defunciones

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 174 TI en el periodo de estudio (el 56% en niñas y el 44% en niños), con una edad media al diagnóstico para ambos sexos de 7±5 años.

Los 3 TI más frecuentes fueron: 1) tumores del SNC y otras neoplasias intracraneales e intraespinales (38%) 2) leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas (L/SMD/NMP) (19%) 3) linfomas y neoplasias reticuloendoteliales (LN/NRE) (12%). Por sexo mayor porcentaje de tumores del SNC en niñas (24% vs 13%), menor en LN/NRE (5% vs 8%) y similar en leucemias (9,8% vs 9,2%)

La supervivencia global a 5 años fue del 87% (IC 81-93%), sin diferencias significativas por sexo. Las tasas de supervivencia a 5 años de los 3 TI más frecuentes fueron: LN/NRE (90%; IC 77-100%), tumores del SNC (88%; IC 79-97%) y leucemias y SMD/NMP (87%; IC 81-93%).

Entre 2015-2019, se registraron 5186 casos de TI en el RETI-SEHOP, siendo los más frecuentes: 1) L/SMD/NMP (27,9%); 2) tumores del SNC (24,2%); y 3) LN/NRE (12,2%). En el periodo 2015-2017, la tasa de supervivencia global a 5 años para el global de TI fue del 84%. Las tasas de supervivencia a los 5 años de los pacientes con L/SMD/NMP, tumores del SNC y L/SMD/NMP fueron del 87%, 76,4% y 95%, respectivamente

En nuestro hospital los TI más frecuentes y las supervivencias a 5 años para cada uno de ellos son equiparables a los resultados presentados por el RETI-SEHOP. Sin embargo, mientras que las L/SMD/NMP constituyen el grupo de TI más frecuente en España, en nuestro hospital son los tumores del SNC los que ocupan el 1er puesto por tratarse de un centro de referencia en neurocirugía pediátrica, siendo también mayor la tasa de supervivencia en este subgrupo de tumores

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON CÁNCER BRONCOPULMONAR A TRAVÉS DE UN REGISTRO DE TUMORES

👤 María Montserrat Pilas Pérez; Francisco Javier Salamanca Santamaria; Jorge Llop Canseco; Almudena Villarrubia Torcal; Oscar Toldos González

 HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID

Identificador: 415

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El cáncer broncopulmonar (CBP) es la causa principal de muerte relacionada con el cáncer en el mundo. Gracias a la información aportada por los Registros Hospitalarios de Tumores es posible conocer la incidencia, distribución y evolución del CBP en una población o en un hospital, permitiendo planificar y evaluar programas de prevención y tratamiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Cuantificar la incidencia observada de CBP en un hospital de tercer nivel (años 2015-2019)
2. Analizar la supervivencia de los pacientes a los 5 años del diagnóstico, para explorar la calidad de la atención proporcionada
3. Comparar nuestros resultados con los de la Sociedad Americana contra el cáncer (ACS)

Análisis descriptivo y retrospectivo de los casos de CBP (periodo 2015-2019), codificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O, 3ª Edición)

Fuente de datos: Registro de Tumores del hospital, Historia clínica, CMBD, bases de datos de los Servicios de Anatomía Patológica, Oncología Médica y Radioterapia e Índice Nacional de Defunciones

Análisis de supervivencia relativa obtenida por el método Ederer II con intervalo de confianza (IC) del 95%

RESULTADOS

Se atendieron 1742 casos de CBP en el periodo de estudio (el 94,3% con confirmación citohistológica), correspondiendo el 71% a hombres y el 29% a mujeres, con una edad media de 65 años $\pm$ 12 en los primeros y de 70 $\pm$ 11 años en las segundas ($p < 0,05$). Al diagnóstico, el 35% de los CBP están localizados, el 19% tienen afectación ganglionar y el 45% están diseminados. Sólo 1% son tumores in situ. Los tipos histológicos más frecuentes son adenocarcinomas (44%), carcinomas escamosos (31%), carcinomas de células pequeñas (12%) y carcinomas de células grandes (6%)

La supervivencia relativa (SR) para el total de tumores al 5º año del diagnóstico fue del 37% (IC 35-40%), mayor en las mujeres 53% (IC 48-58%) que en hombres 21% (IC 28-34%) $p<0,05$. A los 5 años del diagnóstico, sobrevivieron el 93% (IC 69-100%) de los pacientes con tumor in situ, el 72% (IC 67-77%) con tumores localizados, el 34% (IC 28-41%) con extensión ganglionar y el 10% (IC 7-12%) con enfermedad diseminada.

Por tipo histológico, el mayor porcentaje de supervivencia corresponde a los pacientes con adenocarcinoma (47%, con IC 43-51%), seguido de carcinomas escamosos (35%, con IC 30-42%) y carcinoma de células grandes 22%, IC 13-32%) y el peor porcentaje corresponde a los pacientes con carcinoma microcítico 6% (IC 3-11%) frente al no microcítico 27% (IC 24-31%) al quinto año del diagnóstico $p<0,05$

Nuestros resultados son equiparables a los presentados por la ACS (2015-2018), que obtienen una SR al 5º año de diagnóstico para los carcinomas microcíticos y no microcíticos del 7% y del 28%, respectivamente

CONCLUSIONES

Nuestro hospital presenta buenos indicadores de calidad en la atención a pacientes con CBP. Nuestros resultados en supervivencia relativa al 5º año del diagnóstico son equiparables a los de la ACS

EVALUACIÓN DEL PROPÓSITO DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

 Alfons Hervàs Roque; Teo Baeza Ransanz

 *Centro sanitario*

Identificador: 416

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Con la entrada en vigor del modelo EFQM 2020, la Fundación Althaia identificó la necesidad de definir de forma explícita su propósito. Tras un proceso interno de reflexión, se estableció como propósito “preservar y mejorar la salud y el bienestar de las personas”, englobando tanto a los usuarios como a los profesionales de la institución.

Este propósito fue integrado en el plan estratégico “Talaia 2021-2025” y, aunque Althaia renovó con éxito su sello EFQM en 2023, los evaluadores destacaron como área de mejora la necesidad de medir el grado de consecución de dicho propósito. En respuesta, se diseñó e implantó una metodología innovadora y cuantitativa para evaluar anualmente su cumplimiento, basada en indicadores estratégicos y consensuada con la dirección.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El modelo se ha construido sobre dos dimensiones: resultados en usuarios y en profesionales, ponderados según su impacto. En el caso de los usuarios, se evaluaron diversas líneas asistenciales (hospitalaria, primaria, salud mental, atención intermedia, mutual y privada), incluyendo indicadores de rendimiento (listas de espera, resultados de calidad, acreditación) y percepción (satisfacción). Para los profesionales, se incluyeron indicadores como rotación, siniestralidad, satisfacción y salud psicosocial. Aunque se reconoce como limitación la escasa representación de indicadores sobre promoción de la salud y bienestar comunitario, el modelo es flexible y admite actualizaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha analizado la evolución del grado de consecución del propósito de Althaia entre 2021 y 2023, ambos inclusive. Los resultados de la evaluación muestran una mejora sostenida, alcanzando en 2023 un 88,5% de cumplimiento del propósito (88,2% en 2021), superando el objetivo institucional del 85%. Este avance fue uniforme entre usuarios (88,0%) y profesionales (89,7%), destacando la mejora notable en atención primaria y estabilidad en otras líneas asistenciales.

Gran parte de los parámetros que alimentan el resultado del propósito son indicadores estratégicos que se analizan con cada revisión anual del plan estratégico. Algunos de ellos, especialmente los relacionados con la calidad asistencial o las listas de espera se analizan mensualmente en el comité asistencial.

El grado de consecución del propósito, tanto el global de la institución como el de cada línea asistencial, se evalúa anualmente. Los resultados del año, así como la evolución en el tiempo, se discuten en el comité de dirección.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL AÑOS 2015 A 2019

 *María Montserrat Pilas Pérez; Francisco Javier Salamanca Santamaria; Jorge Llop Canseco.; Almudena Villarrubia Torcal.; Oscar Toldos González*

 *HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID*

Identificador: 417

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres, con una incidencia estimada en España de 132 casos por cada 100.000 habitantes. En 2022, se diagnosticaron 34.750 nuevos casos, representando el 28,9% del total de cánceres en mujeres españolas. Aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres en nuestro país desarrollará un cáncer de mama en algún momento de su vida

OBJETIVOS

1. Cuantificación de la incidencia observada de cánceres de mama (CM) en un hospital de 3er nivel. Describir, como indicadores de calidad, la edad, extensión del tumor al diagnóstico (LRD), tipos histológicos más frecuentes y supervivencia relativa al quinto año del diagnóstico, según LRD y morfologías más frecuentes
2. Comparar los resultados de supervivencia con España y Europa

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo y retrospectivo de los cánceres de mama en un hospital de tercer nivel (periodo 2015-2019). Codificación mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O 3 Edición)

Se recogen datos de filiación, clínicos, de extensión y seguimiento. Fuente de datos: Registro de Tumores del hospital, CMBD, Anatomía Patológica, bases de datos de Oncología Médica, Radioterápica e historia clínica. Índice Nacional de Defunciones para datos de mortalidad

Análisis de supervivencia relativa por el método Ederer II con intervalo de confianza del 95%

RESULTADOS

Se han analizado 1651 casos en el periodo de estudio, 99,6% mujeres, de media 61 ± 15 años de edad, frente al 0,4% de varones (65 ± 10 años). Señalar que, en nuestro hospital, el 28% de las mujeres son menores de 50 años. Al diagnóstico el 48% de tumores estaban localizados en la mama y el 15% in situ, solo diseminados el 5% del total. El diagnóstico fue citohistológico en el 99,5% de casos. La mayoría de los tumores fueron ductales (73%) seguidos de lobulillares (10%) y ductales mixtos con otros carcinomas (4%)

La supervivencia relativa a los 5 años del diagnóstico para el total de tumores de mama en mujeres fue del 93,4% (IC 95% 91-95%). Esta es superior a la de España (86%), aunque en este caso el periodo de estudio publicado es anterior (2008-2013) frente al (2015-2019) en nuestro caso. Sin embargo, el resultado de supervivencia es muy similar al de la Sociedad Americana contra el Cáncer (91%), que además se ajusta mejor a nuestro periodo de estudio (2015-2018)

Si el tumor se diagnostica "in situ", las pacientes sobreviven el 99% (IC: 95-100%) al quinto año del diagnóstico, si está localizado el 96% (IC 93-99%) y con extensión ganglionar 94% (IC 91-97%). Pero si el tumor está ya diseminado, la supervivencia desciende al 30% (IC 19-42%). Por tipos histológicos no hay diferencias significativas de supervivencia: ductales (92% IC 90-94%) frente a lobulillares 95% (IC: 89-99%)

CONCLUSIONES

Los indicadores de calidad de nuestro hospital en relación al cáncer de mama son adecuado

La supervivencia relativa para el global de cánceres de mama al quinto año del diagnóstico es muy alta, algo mayor que en España y similar a la de Sociedad Americana contra el Cáncer

TÚ TAMBIÉN CUENTAS

 M^a Mercedes ORTIZ Otero; M^a JOSÉ RIVERO MARTIN; MIGUEL ZAFRA ANTA; LUCÍA LLORENTE OTONES; ELENA SANCHEZ MARCOS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Identificador: 418

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

“Tú también cuentas” es un proyecto de humanización promovido por el Servicio de Pediatría del Hospital. Trata de fomentar la lectura en niños hospitalizados mediante la entrega de libros donados. Inicialmente con donaciones de libros gracias a la colaboración de profesionales del centro, y posteriormente se vió la necesidad de mejorar la equidad en la entrega de libros. Algunos ejemplares se entregaron rápidamente por su atractivo visual o por estar dirigidos a edades muy concretas, mientras que otros resultaban menos demandados. También observamos menos libros adecuados para los más pequeños. Por ello, se dió un nuevo enfoque con dos líneas diferenciadas por grupo de edad y resaltando toda la investigación científica que avala los beneficios de leer cuentos a los más pequeños, incluso desde la unidad neonatal.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL: Fomentar la lectura durante la hospitalización como herramienta de acompañamiento emocional, promoción del vínculo y entretenimiento, adaptando los recursos a las diferentes edades pediátricas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Facilitar el acceso a libros atractivos y adecuados a cada etapa del desarrollo.
- Promover la lectura compartida en la primera infancia y la lectura autónoma en niños mayores.
- Ofrecer un recurso que humanice la experiencia de hospitalización.
- Involucrar al personal sanitario en la promoción de la lectura.
- Involucrar a las familias en la importancia de la adquisición del hábito lector en los niños.
- Informar sobre los beneficios científicamente reconocidos del inicio temprano de la lectura en la infancia y colaborar en su implementación y mantenimiento al alta.
- Visibilizar la lectura como herramienta de cuidado, acompañamiento y salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

DEFINICIÓN DE FASES DEL PROYECTO:

- Fase 1: Definición y diseño del proyecto. Redacción del documento, diseño de separadores y hojas informativas, organización del equipo y plan de contacto con editoriales.
- Fase 2: Contacto con editoriales y recepción de donaciones. Envío de propuestas de colaboración a editoriales, recepción de libros y clasificación por edades y formatos.
- Fase 3: Preparación e implementación en planta. Entrega de libros según grupo de edad, acompañados de materiales personalizados. Difusión en planta y formación básica del equipo.
- Fase 4: Evaluación del impacto (a partir de los 4–6 meses de funcionamiento). Valoración del uso de los libros, encuestas a familias e impresiones del personal.

DURACIÓN DEL PROYECTO: Indefinida, en función de la disponibilidad de donaciones y la acogida por parte de pacientes y familias.

CONCLUSIONES

Mejora del bienestar emocional del paciente pediátrico.

- Fortalecimiento del vínculo familiar en la primera infancia.
- Estimulación del hábito lector en edades más autónomas.
- Visibilización de la lectura como herramienta terapéutica y de humanización.
- Implicación del equipo sanitario en iniciativas culturales.

MEDICINA COLABORATIVA: GERIATRÍA TRANSVERSAL

 Susana Cañibano Díez; Pablo Solla Suárez; José Gutiérrez Rodríguez; María Fernández Fernández; Eva María López Álvarez

 Hospital Monte Naranco

Identificador: 419

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención al paciente geriátrico presenta una complejidad creciente debido a la multimorbilidad, la fragilidad y la necesidad de intervenciones personalizadas. La medicina colaborativa y la integración de la geriatría de forma transversal en distintos servicios hospitalarios son estrategias clave para mejorar la calidad asistencial. Esta comunicación presenta dos experiencias que ilustran el valor de la colaboración interprofesional: la integración de la geriatría en urgencias y su participación en equipos Heart Team para el abordaje de la estenosis aórtica severa.

OBJETIVOS

Describir dos modelos de medicina colaborativa con participación geriátrica transversal.- Evaluar su impacto en la calidad de la atención y en los resultados clínicos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo basado en la implementación de dos programas colaborativos:1. Unidad de Valoración Geriátrica en Urgencias.2. Heart Team Cardio-Geriátrico en el manejo de estenosis aórtica grave.

Se analizan datos de funcionamiento, número de pacientes valorados, principales decisiones clínicas y resultados asistenciales

RESULTADOS

Geriatría en Urgencias: equipo de geriatría ubicado en el área de urgencias, atención durante las 24h.- Evaluación geriátrica precoz integral de pacientes ≥ 84 años que acuden a urgencias y son evaluados en el Área de Urgencias y se realiza interconsulta a geriatría: Interconsultas: año 2023: 4520, año 2024: 4573. Altas evitando ingreso, tras valoración por equipo de geriatría: año 2023: 651, 14.4%. Año 2024 :691, 14.5%.

2. Heart Team Cardio-Geriátrico:

- Evaluación integral de pacientes ≥ 75 años con estenosis aórtica grave.
- Participación sistemática del geriatra en las decisiones sobre TAVI, cirugía o manejo conservador.
- El 20% de los pacientes evitó procedimientos invasivos sin impacto en calidad de vida.
- En el 80% restante se implementaron medidas farmacológicas, ejercicio multicomponente, nutricionales para mejorar situación de fragilidad y evitar complicaciones y deterioro funcional.

CONCLUSIONES

La geriatría transversal, incorporada en equipos clínicos multidisciplinares, permite una atención más personalizada, adecuada y eficiente. Tanto en urgencias como en decisiones complejas cardiológicas, la colaboración estructurada con geriatría mejora los resultados clínicos y la experiencia del paciente. Se propone extender estos modelos a otros servicios con alta carga de pacientes mayores.

CUADRO DE MANDOS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA IA EN LA PREDICCIÓN DE LA DEMANDA EN URGENCIAS: PROYECTO INURGE

 *Moisés David Espejo Mambié ⁽¹⁾; Aintzane Pérez Urkia ⁽¹⁾; Regina Martinez Idarreta ⁽¹⁾; Jon Kerexeta Sarriegi ⁽²⁾; Naroa Mendez Olarra ⁽²⁾*

 ⁽¹⁾ *Asuncion Klinika*; ⁽²⁾ *VICOMTECH*

Identificador: 420

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La implementación de un cuadro de mando con IA para predecir la presión asistencial en urgencias hospitalarias responde a la necesidad de optimizar la gestión de recursos y anticipar picos de demanda. Este sistema permite analizar datos históricos, en tiempo real, mejorando la precisión en la predicción del flujo de pacientes. La asignación de los recursos es compleja, tradicionalmente se ha realizado en base a series temporales o análisis limitados y subjetivos. La implementación de esta tecnología puede minimizar los riesgos de saturación e incrementar la calidad de la asistencia para garantizar atención eficiente y equitativa.

OBJETIVOS

Generar un cuadro de mandos que integre IA para la evaluación de visitas al servicio de Urgencias

METODOLOGÍA

Utilizamos registros de salud electrónicos y datos ambientales de 45 variables, aplicando técnicas de preprocesamiento de datos y selección de características mediante métodos como One-Hot Coding, imputación KNN y el método Boruta. El modelo realizó un entrenamiento con validación cruzada de $k=10$ (k-fold cross validation) para evaluar su rendimiento y estimar su capacidad de generalización de datos no vistos. Con estas métricas se diseñó una aplicación web que refleja los resultados del análisis histórico y un apartado específico para inferencias en base a lo aprendido.

RESULTADOS

Se analizaron los datos informatizados de los últimos 20 años. Se realizó una primera valoración con la síntesis cuantitativa del número total de visitas al departamento de urgencias, distribución horaria de las mismas, análisis de series temporales, con desglose de la tendencia general, semanal y mensual. Se diseñó una tabla que incorpora todas las visitas, con las métricas asociadas a las medidas de distribución central y dispersión. Se creó un segundo apartado que analiza los errores del modelo, con un gráfico de densidad de errores, y análisis individualizado detallado de cada error, clasificándolos en función de su magnitud con un código de colores siendo verde en los que fuese inferior a 5, blanco entre 5 y 10, amarillo entre 10 y 15, rojo al superar el umbral de 15 visitas de diferencia entre el modelo y lo ocurrido. Además se incorporó un apartado que redirige a noticias locales de la OSI Tolosaldea, para la identificación de variables no contempladas en el modelo y que pueden afectar la concurrencia. El último apartado es el de inferencia, en el cual mediante todo el entrenamiento y análisis retrospectivo se predice el número de visitas por día. Además se incorpora un apartado para ayudar prospectivamente a mejorar la recopilación de datos con la introducción del número real de asistencias.

CONCLUSIONES

Se generó un cuadro de mandos intuitivo, robusto, que permite realizar tanto el análisis tradicional de la presión asistencial como incorporar los modelos de IA para la predicción de la demanda, lo que nos puede ayudar a mejorar a planificar la asignación de recursos en Urgencias.

EXPERIENCIA PACIENTE SOBRE LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE VISIÓN E IA: UN CASO DE USO EN LA TELE REHABILITACIÓN

 *Moisés David Espejo Mambié ⁽¹⁾; Aintzane Pérez Urkia ⁽¹⁾; Regina Martínez Idarreta ⁽¹⁾; Juan Duarte Mendoza ⁽²⁾; María Alejandra García Velázquez ⁽¹⁾; Jon Vital Corres ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ Asuncion Klinika; ⁽²⁾ TRAK; ⁽³⁾ TRAK

Identificador: 421

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la incorporación de las prácticas relacionadas a la introducción de nuevas tecnologías, es fundamental para evaluar el impacto real de estas soluciones en la práctica habitual y lo que aportan a los pacientes. La incorporación de un sistema de monitorización de movimientos en tiempo real, individualizado es un herramienta poderosa para centrar la investigación en cómo perciben los pacientes estas alternativas terapéuticas. Este enfoque contribuye a optimizar los sistemas de rehabilitación digital, favorece el desarrollo de intervenciones más centradas en el paciente y orienta futuras mejoras tecnológicas basadas en la evidencia recogida directamente de los usuarios finales

OBJETIVOS

Recopilar la experiencia de pacientes en el sistema de tele rehabilitación

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a pacientes incluidos en el sistema de tele rehabilitación para explorar la experiencia de los pacientes que han utilizado sistemas de visión e inteligencia artificial en procesos de rehabilitación. Muestreo por conveniencia, en pacientes que al menos realizaran un ciclo de sesiones guiadas con la tecnología. El guión temático abordó áreas de usabilidad, percepción de eficacia, barreras, facilitadores y satisfacción general.

RESULTADOS

Los pacientes destacan la facilidad de uso de la aplicación y la posibilidad de realizar los ejercicios en cualquier momento y lugar, lo que favorece la adherencia y la autonomía en el proceso de rehabilitación. La supervisión remota por parte del fisioterapeuta, que monitoriza la ejecución de los ejercicios y puede corregirlos a distancia, genera una percepción de seguridad y confianza. Los participantes valoran positivamente la personalización de los programas y la capacidad de la aplicación para corregir automáticamente los movimientos, así como la comunicación directa con el profesional a través de la plataforma. Se observa una mejora subjetiva en la recuperación funcional y en la instauración de rutinas de ejercicio diario, aspectos que emergen de los relatos de los pacientes durante las entrevistas.

CONCLUSIONES

El estudio ha permitido identificar aspectos clave de la experiencia paciente en la rehabilitación apoyada por sistemas de visión e inteligencia artificial. Los resultados muestran que la facilidad de uso, la personalización de los programas y la posibilidad de realizar ejercicios en el domicilio favorecen la adherencia y la autonomía del paciente. La supervisión remota y la comunicación directa con los profesionales generan confianza y seguridad, elementos valorados positivamente por los usuarios. Además, la capacidad de la tecnología para monitorizar y corregir la ejecución de los ejercicios contribuye a una percepción de mayor eficacia y control del proceso rehabilitador. Es fundamental que esta época de incorporación de tecnologías se tenga en cuenta la experiencia de los pacientes para guiar la asistencia a una mayor personalización, accesibilidad y satisfacción.

EFICIENCIA Y PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA A TIEMPO REAL: EL ROL DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL DINÁMICO

 Oriol Ferre Torrente; Marc Matarrodona Riera; Miriam Moya Paz; Monica Martínez Navarro

 Fundació Assistencial Mutua Terrassa

Identificador: 422

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Ante la creciente presión sobre los sistemas sanitarios, se hace imprescindible contar con herramientas que permitan una gestión hospitalaria eficiente, estratégica y basada en datos. El cuadro de mando hospitalario presentado responde a esta necesidad, ofreciendo una solución integral desarrollada con Power BI, que proporciona a las direcciones y jefaturas de servicio una visión global y en tiempo real de la actividad asistencial. Su capacidad para integrar múltiples fuentes de información y visualizar indicadores clave como ocupación de camas, flujos de pacientes, actividad en urgencias, pruebas diagnósticas y medicación prescrita, lo convierte en un instrumento esencial para la toma de decisiones informadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es implementar un cuadro de mando dinámico que facilite la mejora continua, la planificación estratégica y el desarrollo profesional en la gestión hospitalaria. La metodología se basa en un enfoque participativo, que incluye el análisis de necesidades, el diseño funcional, la integración de datos clínicos y operativos, el desarrollo de una interfaz visual interactiva con Power BI y la validación mediante pilotos en distintos servicios. Esta herramienta se adapta a distintos niveles de gestión, permitiendo su evolución hacia nuevos cuadros de mando especializados.

RESULTADOS A corto plazo, el cuadro de mando ha permitido optimizar la gestión de recursos, anticipar cuellos de botella y mejorar la coordinación entre servicios, especialmente en áreas críticas como urgencias. A medio y largo plazo, se prevé como una herramienta estratégica para la planificación hospitalaria, permitiendo analizar tendencias, reorganizar servicios, planificar inversiones y evaluar protocolos clínicos. Además, ha impulsado el desarrollo de nuevos cuadros de mando adaptados a distintas áreas, fomentando una medicina más eficiente y basada en la evidencia.

Conclusiones El cuadro de mando hospitalario, desarrollado con Power BI, no solo mejora la eficiencia operativa, sino que también fortalece la gobernanza institucional mediante la transparencia y el seguimiento de indicadores clave. Su implementación promueve una cultura de gestión basada en datos, impulsa la transformación digital y mejora el rendimiento de los profesionales al dotarlos de herramientas analíticas y estratégicas. En definitiva, se convierte en un pilar fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora continua de la calidad asistencial.

DEL DIAGNÓSTICO A LA DIGNIDAD: HUMANIZACIÓN EN CADA FASE DE LA ATENCIÓN SANITARIA

 *Rafael Sánchez Bernal; Juan José Jaras Bartolomé; David Silva Gómez; Eva Blanco Domínguez; María Hidalgo Martínez; Beatriz Delgado Benítez*

 *OSI Araba*

Identificador: 423

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Creemos que la meta de mejorar la humanización en nuestra organización sanitaria, ha de ser afrontada desde una ética asistencial que se fundamente en la dignidad personal de pacientes y de la ciudadanía, y en la responsabilidad moral de las y los profesionales. Y como creemos que una meta sin un Plan se queda en un deseo, hemos querido afrontar la mejora de la humanización en nuestra organización a través de la elaboración de un Plan de Humanización.

OBJETIVOS

1. Elaborar un Plan de Humanización para los próximos 4 años
2. Conocer las expectativas y demandas de los grupos de interés, recoger las aportaciones de profesionales de todas las categorías profesionales, de pacientes, y Asociaciones de Pacientes
3. Establecer líneas estratégicas/dimensiones y acciones concretas.
4. Establecer un cronograma, una memoria económica e indicadores de evaluación y seguimiento
5. Registrar iniciativas y experiencias existentes actualmente en nuestra Organización sanitaria.

METODOLOGÍA

Se ha usado la (IAP) Investigación Acción Participativa. el cual es un método de investigación fundamentado en un elemento clave: la participación de distintos agentes. Basado en la reflexión y una serie de prácticas que se proponen incluir a todos los participantes de una comunidad. Participantes y Grupos de trabajo: Se envió un e-mail a toda la plantilla y se realizaron 2 WOKA monográficos sobre humanización de 6 horas cada uno, los pasados días 1 y 2 de Junio de 2022. En la elaboración del Plan de Humanización han participado 217 profesionales, 30 pacientes y miembros de Asociaciones de Pacientes, y otras 10 personas de otras instituciones u organizaciones sanitarias, lo que representa un total de 257 personas.

RESULTADOS

1. Se ha elaborado un Plan de Humanización basado en 6 líneas estratégicas/dimensiones y con un total de 359 acciones 1ª: Liderazgo y cultura de la humanización: 39 acciones 2ª: Atención centrada en la persona: 164 acciones 3ª: Participación e implicación: 15 acciones 4ª: Entorno amable, confort y bienestar: 72 acciones 5ª. Bienestar de los profesionales: 48 acciones 6ª: Continuidad e integración de la asistencia sanitaria: 21 acciones
2. Se ha realizado un inventario de iniciativas y experiencias en funcionamiento en la organización
3. Se han priorizado 15 acciones concretas: Hospital silencioso, planta 23 para pacientes oncológicos del Hospital de día, música en el hospital, conciertos y acuerdo con el Conservatorio de Música de la ciudad, atención a personas vulnerables, formación, medidas de cuidar a profesionales, etc.

CONCLUSIONES

Tenemos claro que avanzaremos en la humanización a través de los valores, la motivación y la actitud, y no mediante un sistema rígido de obligaciones, fruto de la normativa, y es por esto que creemos que el cumplimiento de este Plan, además de mejorar la buena asistencia que ya ofrecemos, debe cuidar a los profesionales, lo que contribuirá además a hacernos mejores personas a todos.

MEJORA EN CALIDAD Y SEGURIDAD TRAS CREAR UN PROTOCOLO COMPARTIDO DE ESTERILIZACIÓN EN 5 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

 ALBA FRANCH ROBERT ⁽¹⁾; M.CARMEN BRUNO SALTÓ ⁽²⁾; ANA FELISA LÓPEZ ⁽²⁾; M.JOSÉ BUENO DOMÍNGUEZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ CAP MARIÀ FORTUNY - SALUT SANT JOAN DE REUS- BAIX CAMP; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS- SALUT SANT JOAN DE REUS- BAIX CAMP

Identificador: 424

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el marco de la reciente reestructuración de la organización de cinco centros de atención primaria, surge la necesidad de unificar los protocolos de esterilización y los recursos de los centros involucrados. Para unificar dichos protocolos, la comisión de seguridad del paciente propone la creación de un grupo de trabajo formado por la enfermera gestora clínica del servicio de esterilización del hospital, la coordinadora enfermera de infecciones nosocomiales, la responsable de seguridad del paciente del área de calidad y la enfermera referente de seguridad clínica de uno de los centros que colaboradora con el área de calidad.

OBJETIVOS

Creación de protocolo único de esterilización adaptable a las diferentes necesidades de cada centro, teniendo como referencia el protocolo interno del hospital de la organización.

METODOLOGÍA

Diseño del plan en 7 fases:

- Fase 1: Realización de dos reuniones para la recopilación de datos, revisión y análisis de los protocolos de cada centro.
- Fase 2: Visita a cada centro para la valoración in situ de los procesos (circuitos, espacios físicos, los productos utilizados y los recursos materiales y humanos disponibles).
- Fase 3: Elaboración de un informe de resultados, destacando las diferencias de los productos utilizados, las incidencias detectadas y las propuestas de mejora.
- Fase 4: Unificación e incorporación de materiales y productos para todos los centros.
- Fase 5: Elaboración de un protocolo común, con criterios comunes adaptado a las necesidades y características de cada centro.
- Fase 6: Realización de una infografía con indicaciones breves de limpieza, desinfección y esterilización del material clínico, así como los productos indicados según el riesgo.
- Fase 7: Implementación y formación de los profesionales de cada centro del nuevo protocolo.

RESULTADOS

Se identifican discrepancias en los protocolos existentes, diferencias en los recursos materiales y productos utilizados. Aun así, los centros realizan los procedimientos, el control y el registro del proceso de esterilización de acuerdo a la norma y dispone de un referente del proceso de esterilización.

El resultado es la elaboración de un protocolo claro, adaptable y eficiente para ser implementado en todos los centros de atención primaria.

CONCLUSIONES

La creación de un protocolo claro y común permite estandarizar el proceso, obteniendo una reducción en la posibilidad de errores humanos que mejora la seguridad del paciente y mejora la calidad en los procesos.

Al mismo tiempo de la creación de protocolo único se han unificado materiales y productos y ha llevado a no solamente ser eficiente económicamente sino a contribuir en la sostenibilidad de los diferentes procesos.

Su implementación facilita la movilidad del personal entre distintos centros, asegurando un proceso seguro y de calidad.

PREVENCIÓN DEL EMPEORAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MEDIANTE MONITORIZACIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

 M^a Angeles Gómez González; Eva Redomero Herreros; Monica Benitez De Paz; Ana Isabel Tapia Elvira; M^a carmen Fernandez Hergueta

 Hospital Universitario Principe de Asturias

Identificador: 426

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes crónicos complejos (PCC), especialmente aquellos con enfermedad renal crónica avanzada, representan uno de los mayores retos para la sostenibilidad del sistema sanitario. La elevada demanda de recursos, las frecuentes hospitalizaciones y la intervención tardía ante eventos adversos ponen de manifiesto la necesidad de transformar el modelo asistencial, pasando de la reacción a la anticipación. En este contexto, la aplicación de soluciones basadas en inteligencia artificial (IA) y tecnologías de salud digital puede ofrecer una vía eficaz para optimizar la calidad, la eficiencia y la equidad en la atención a estos pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto tiene como objetivo estratégico desarrollar e implementar un sistema inteligente que permita identificar de forma precoz y personalizada los cambios en el estado de salud de los Pacientes crónicos complejos en hemodiálisis, facilitando intervenciones preventivas y reduciendo ingresos hospitalarios. Para ello, se integran tecnologías no invasivas de monitorización continua (smartwatches), una app de salud percibida diseñada por enfermeras, una plataforma de gestión de pacientes y un dashboard de análisis predictivo basada en IA. El sistema recoge datos fisiológicos (frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de O₂), actividad física, síntomas, emociones y percepciones subjetivas. Esta información se estructura en una base de datos segura, se analiza mediante modelos de machine learning y se traduce en alertas clínicas tempranas a través de un dashboard para profesionales. La validación se está llevando a cabo con 400 pacientes en hemodiálisis en entorno real.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los análisis preliminares sugieren que la combinación de datos biométricos y autopercebidos permite detectar patrones de descompensación clínica antes de su manifestación aguda. Esta aproximación permite establecer perfiles de riesgo individualizados, mejorar el seguimiento longitudinal y reducir la carga asistencial evitable. La incorporación de la voz del paciente como variable predictiva ha sido especialmente valiosa en la construcción del modelo, aportando una dimensión humanizada y sensible a la variabilidad clínica.

Este proyecto de prevención de empeoramiento de los pacientes crónicos complejos constituye una innovación disruptiva que redefine la atención a pacientes crónicos complejos desde una lógica de anticipación, empoderamiento y digitalización. El proyecto avanza hacia un modelo proactivo, sostenible y centrado en la persona, compatible con los principios de equidad y ética clínica. Su potencial de escalabilidad e integración en sistemas públicos de salud refuerza su impacto estratégico, alineado con los objetivos de transformación digital del SNS. Apostar por la inteligencia artificial no es solo una cuestión tecnológica: es una decisión de liderazgo clínico hacia una atención más inteligente, segura y humana.

ALIANZAS ESTRATÉGICAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

😊 Josep Maria Ibáñez Romaguera ⁽¹⁾; Oriol Estrada Cuxart ⁽¹⁾; Josep Maria Mòdol Deltell ⁽¹⁾; Javier Santesmas Ejarque ⁽²⁾; Melania Martínez Morillo ⁽¹⁾; Judit Viñals Castells ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁽²⁾ Hospital Germans Trias i Pujol; ⁽³⁾ Servei Català de la Salut

Identificador: 427

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La compleja realidad del sector sanitario: falta de profesionales, desequilibrio histórico entre oferta y demanda, servicios descubiertos, cargas asistenciales diferentes entre centros o desigual acceso a los aspectos de docencia e investigación obliga a repensar diversos ámbitos de la dinámica de los hospitales para poder garantizar la cartera de servicios básica, todo ello para salvar además la insatisfacción creciente entre la ciudadanía y los profesionales. El establecimiento de alianzas estratégicas estructuradas entre centros ubicados en el mismo territorio puede ayudar a resolver esta situación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se describe como ha evolucionado la constitución de alianzas estratégicas en un hospital terciario del área metropolitana de Barcelona con una población de referencia de más de un millón de habitantes con otros centros sanitarios de ámbito territorial en los últimos 10 años. El creciente número de alianzas ha conducido a establecer de facto unos servicios de ámbito territorial, unas entidades aún no descritas ni reguladas convenientemente. Se ha elaborado un procedimiento normalizado aprobado por la dirección del centro que rige el desarrollo de una alianza y que tiene en cuenta los aspectos de gobernanza, contenido, plan funcional, reuniones de seguimiento periódicas y aspectos económicos y laborales. Este despliegue cuenta con la aprobación y el impulso de la autoridad sanitaria territorial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La primera alianza se constituyó hace ya 30 años, en materia de Anatomía Patológica pero ha sido en los últimos 10 años y especialmente en estos últimos 5 años cuando el grueso de las alianzas se ha ido desarrollando, desplegando un modelo propio de estructura territorial basado en la estrategia de la autoridad sanitaria y aprovechando nuestra experiencia y la de otras entidades. En este momento hay 41 alianzas establecidas con mayor o menor grado de colaboración y gobernanza y 17 PPE contratados por el propio hospital matriz y una coordinación asistencial dependiente de la gerencia con dedicación casi exclusiva la cual persigue dos objetivos bien definidos: la consolidación y crecimiento si cabe de la red de alianzas territoriales y la creación de un modelo eficiente, equitativo y sostenible. En el año 2024, estas colaboraciones han generado entre los diferentes servicios consorciados una actividad de más de 56.000 visitas y 6.300 intervenciones quirúrgicas.

Así pues, podemos concluir que la necesidad de establecer alianzas estratégicas con la finalidad de mantener la equidad en la accesibilidad, una concentración de servicios que permita una mayor excelencia en la atención y unos niveles adecuados de calidad y satisfacción de pacientes y profesionales acaba siendo indiscutible.

DISEÑO DE CUADRO DE MANDO PARA GOBERNANZA ENFERMERA EN SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA PILOTO

 Irene Araque Criado; Vanesa Moreno González; Marta Cano Rebolledo; Raquel Rodríguez Posada; Julio González Luis; Diana Molina Villaverde

 Hospital Rodríguez Lafora

Identificador: 428

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gobernanza clínica enfermera es un componente clave para garantizar la calidad, la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. En el ámbito de la salud mental, la variabilidad en la demanda asistencial y la complejidad de los cuidados hacen necesario un modelo de gestión flexible, basado en datos objetivos. Este proyecto piloto se orienta a integrar información sobre cargas de trabajo en los espacios de toma de decisiones estratégicas y operativas desde la Dirección de Enfermería.

OBJETIVOS

- Diseñar un modelo de gobernanza enfermera basado en datos de carga asistencial.
- Identificar y priorizar las variables que impactan en las cargas de trabajo en unidades de salud mental.
- Evaluar la viabilidad de su aplicación como herramienta de planificación y toma de decisiones compartidas.

METODOLOGÍA

Se conformó un panel de expertos compuesto por supervisores, responsables de unidad y profesionales de Enfermería con experiencia en gestión clínica en Salud Mental. Mediante una dinámica grupal estructurada, se identificaron 17 variables potencialmente asociadas a la carga de trabajo enfermera. A cada variable se le asignó una puntuación en una matriz de priorización, valorando tres criterios (impacto asistencial, frecuencia de aparición y viabilidad de medición) con una escala de 1 (bajo) a 5 (alto). Se calculó la media total de cada variable y se seleccionaron las de mayor puntuación para su integración en un cuadro de mando preliminar.

RESULTADOS

Las 10 variables mejor valoradas por el panel de expertos fueron:

1. Intervención en crisis/conductas violentas (4,74)
2. Riesgo autolítico/autolesivo (4,66)
3. Estado psicopatológico (4,60)
4. Número de urgencias (4,39)
5. NIC Vigilancia (4,32)
6. Agresiones (4,32)
7. Aislamiento (4,26)
8. Construcción del vínculo terapéutico (4,23)
9. Inclusión en programas/intervenciones grupales (4,15)
10. Número de medicamentos prescritos (4,09)

Estas variables serán utilizadas en una siguiente fase para desarrollar indicadores dinámicos de carga asistencial, integrables en espacios de gobernanza clínica con mandos intermedios.

CONCLUSIONES

La identificación y priorización de variables relacionadas con las cargas de trabajo enfermera en salud mental constituye un primer paso estructurado hacia la construcción de herramientas de análisis asistencial basadas en datos. Este modelo piloto permitirá, en fases posteriores, una planificación más ajustada a la realidad asistencial, una asignación más equitativa de recursos y una toma de decisiones más participativa y transparente desde la dirección de enfermería.

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES CON NECESIDAD DE CURAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

😊 Inés Elena Bajo Sánchez ⁽¹⁾; Cristina Arias Baelo ⁽²⁾; Irma Ramos Gutiérrez ⁽³⁾; Rodolfo Romero Pareja ⁽⁴⁾; Luisa Ramallo Díaz ⁽¹⁾; Belén Peláez Raposo ⁽¹⁾

📋 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Sureste; ⁽²⁾ Hospital General Universitario Gregoria Marañón; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Sureste; ⁽⁴⁾ Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 430

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La continuidad asistencial en pacientes que requieren curas tras el alta hospitalaria es un aspecto clave para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento. La falta de coordinación entre niveles asistenciales puede derivar en errores en la elección de apósitos, duplicidad de tratamientos o retrasos en la atención. Por ello, se identificó la necesidad de establecer un protocolo común entre el ámbito hospitalario y la Atención Primaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue mejorar la comunicación entre los profesionales del Hospital y de Atención Primaria mediante la elaboración de un documento de recomendaciones para la continuidad de cuidados. Se trabajó de forma conjunta entre profesionales de una Dirección Asistencial y del Hospital de referencia. Se revisaron los apósitos utilizados en ambos niveles asistenciales, identificando equivalencias entre los productos del Acuerdo Marco de Atención Primaria y los disponibles en el entorno hospitalario. El documento resultante fue validado por ambos equipos.

RESULTADOS

Se elaboró un documento de consenso que incluye recomendaciones claras sobre la descripción de la evolución de las curas, los tratamientos realizados y los apósitos utilizados durante la estancia hospitalaria. Se especificaron alternativas terapéuticas viables en Atención Primaria para aquellos productos no disponibles en este nivel, como el reemplazo de Betatul® por Linitul® con povidona yodada. Además, se establecieron criterios para la decisión del lugar y frecuencia de las curas por parte del equipo de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

La implementación de este documento ha supuesto una mejora en la continuidad asistencial, reduciendo la variabilidad en los cuidados y facilitando la labor de los profesionales de Atención Primaria. Esta experiencia demuestra la importancia de la colaboración interinstitucional para garantizar una atención segura y eficiente al paciente tras el alta hospitalaria

PROYECTO YO SOY TÚ, EXPERIENCIA DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

 ALBERTO CASARES MONTOYA; MIGUEL RUIZ-VALDEPEÑAS CARMONA; EDITH ESTELA WINKLER; TERESA ESCALADA MARTÍNEZ-FRESNEDA; FERNANDO FUENTES SANZ; MONICA CIGUENZA GUTIERREZ

 HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Identificador: 431

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Bienvenidos a “Yo soy tú”.

Este curso está diseñado especialmente para profesionales de urgencias, cuyo trabajo diario exige no solo rapidez y precisión, sino también humanidad y sensibilidad en cada intervención.

“Yo soy tú” propone una forma de cuidar basada en la empatía: tratar a cada paciente como nos gustaría que trataran a nuestros seres queridos en una situación similar.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es situar a la persona en el centro de la atención sanitaria, incluso en los momentos más críticos, promoviendo un enfoque integral que contemple tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente. En urgencias, cada segundo cuenta, pero también cada gesto, cada palabra y cada mirada.

METODOLOGÍA

Se realizan 10 vídeos como recreaciones de una situación cotidiana en un servicio de urgencias. En las siguientes escenas se han introducido de forma deliberada errores de trato con el objetivo de ser identificados y analizados de forma grupal en una sesión formativa

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó una sesión formativa con todo el personal del servicio de urgencias mediante la moderación de un coach externo consiguiendo un decálogo de acciones y una reflexión positiva posterior

En el curso fortaleceremos habilidades clave como la comunicación efectiva, la escucha activa y el respeto, para crear un entorno de atención que combine eficiencia clínica con calidez humana, incluso bajo presión. Porque en urgencias, cuidar también es comprender.

OPTIMIZACIÓN DE LA DEMANDA EN CONSULTAS TELEFÓNICAS MEDIANTE RESPUESTA DE VOZ INTERACTIVA (IVR)

 Juan Nieto Senso ⁽¹⁾; Maria Sonia Rúa Sanz ⁽²⁾; María Vela López ⁽¹⁾; Yolanda Torrejón Gómez ⁽¹⁾; Andrés Maestro Calvo ⁽¹⁾; Maria Rosario Azcutia Gómez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Atención Telefónica de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia de Atención Primaria

Identificador: 432

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La gestión de la demanda en los servicios de atención telefónica ha experimentado numerosas modificaciones en los últimos años, impulsadas por la necesidad de mejorar la eficiencia y la satisfacción del usuario. Una de las medidas más recientes ha sido la implementación de un sistema de IVR que permite redirigir las llamadas entrantes hacia los canales más adecuados según la naturaleza de la consulta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Optimizar la gestión de la demanda en consulta telefónica.

En 2021 se implementó la opción 1 del sistema IVR con el objetivo de atender las consultas telefónicas.

Debido al alto volumen de llamadas, esta opción evolucionó a las variantes 1.1 y 1.2, destinadas a la gestión de citas y a trámites administrativos y consultas sanitarias, respectivamente.

Este cambio se llevó a cabo en marzo de 2025. Para evaluar el impacto de esta modificación, se recopilaron datos cuantitativos de diversas fuentes, incluyendo registros de llamadas recibidas, atendidas y abandonadas. Los datos recopilados fueron analizados utilizando técnicas estadísticas, que incluyeron análisis descriptivos para resumir las características principales de los datos y análisis comparativos para evaluar los indicadores clave antes y después de la implementación de las nuevas opciones del IVR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número de llamadas recibidas las doce semanas previas al cambio en la IVR fue de 841.233, atendiendo un total de 218.193 y con un total de abandono de 76.206. La media de llamadas recibidas fue de 69.298,29 con una desviación estándar de 17.761,05. El porcentaje de llamadas atendidas fue del 25,94% y el de llamadas abandonadas del 9,06%.

En cuanto a las doce semanas posteriores al cambio de la IVR, las llamadas recibidas alcanzaron un total de 192.337 con un total de llamadas atendidas de 131.691 y 19.090 llamadas abandonadas. La media de llamadas recibidas registró un valor de 21684,96 y una desviación estándar de 6015,82. El porcentaje de llamadas atendidas supuso un 68,47%, marcando una mejoría clara en la atención telefónica de nuestros pacientes. Las llamadas abandonadas tuvieron un porcentaje de 9,93%.

La implementación de las opciones 1.1 y 1.2 del sistema de Respuesta de Voz Interactiva (IVR) ha tenido un impacto positivo significativo en la gestión de la demanda telefónica en la Comunidad de Madrid. Comparando los datos de las doce semanas previas y posteriores al cambio, se observa un notable incremento en el porcentaje de llamadas atendidas, que pasó del 25,94% al 68,47%. Este aumento refleja una mejora sustancial en la capacidad de respuesta del sistema. Además, aunque el porcentaje de llamadas abandonadas se mantuvo relativamente estable (de 9,06% a 9,93%), el volumen total de llamadas disminuyó considerablemente, lo que sugiere una mejor canalización de la demanda hacia vías más adecuadas. Estos resultados evidencian que la redistribución de las llamadas mediante el nuevo IVR ha contribuido a una atención más eficiente.

LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA SANITARIA: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

 Juan Nieto Senso ⁽¹⁾; María Sonia Rúa Sanz ⁽²⁾; Inmaculada Carrasco Pérez ⁽¹⁾; Patricia Cabezas Santos ⁽¹⁾; Maria del Carmen Resino Codins ⁽¹⁾; Celia Romero Guijarro ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Atención Telefónica de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia de Atención Primaria

Identificador: 433

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La atención telefónica (at) es una de las formas más habituales de comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud. La transformación de la atención sanitaria en las últimas décadas ha venido marcada por la necesidad de adaptación a un contexto social y tecnológico en constante cambio. En este marco, las consultas sanitarias telefónicas han cobrado una relevancia creciente como herramienta ágil, accesible y resolutive para responder a las demandas de salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general: formar a los profesionales del equipo en los principios de una atención telefónica humanizada, mediante la elaboración, difusión y análisis de un decálogo de aspectos clave. Metodología: El proyecto se diseñó como un estudio observacional, descriptivo y transversal, desarrollado entre marzo y mayo de 2025, con la participación voluntaria y anónima de 20 profesionales de enfermería distribuidos en turnos de mañana y tarde. La iniciativa se estructuró en tres fases: elaboración, difusión y evaluación de un decálogo de buenas prácticas en atención telefónica humanizada. En la primera fase, un grupo multidisciplinar de trabajo, guiado por el II Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid, identificó los principios clave para una atención más humana. A través de sesiones participativas, se consensuaron diez principios prácticos que conformaron el decálogo final. Posteriormente, se realizó una sesión formativa grupal para presentar el decálogo, se diseñó cartelería distribuida en espacios comunes del centro y se facilitó el acceso digital al documento para asegurar su disponibilidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la formación impartida a los 20 profesionales de un servicio de at, se logró una implementación uniforme del decálogo, con un 90% demostrando un conocimiento sólido y un 75% aplicándolo regularmente en su práctica diaria. El decálogo fue validado por el grupo de trabajo y contó con una participación del 95% en su elaboración, lo que asegura su relevancia y aceptación. En cuanto a su difusión, se realizó una sesión formativa con asistencia completa, se colocaron 10 carteles en espacios comunes y el documento digital recibió 50 accesos en el primer mes. El 90% de los profesionales reportaron conocer el contenido del decálogo, y su utilidad fue valorada con una media de 4.5 sobre 5. Además, se recogieron sugerencias para futuras mejoras, como la inclusión de ejemplos prácticos y casos de estudio.

La formación en humanización y la implementación del decálogo de buenas prácticas han mejorado significativamente la atención telefónica en enfermería, reduciendo tiempos de espera y aumentando la satisfacción profesional. La integración del decálogo en la práctica diaria demuestra su efectividad y potencial como modelo replicable en otros servicios sanitarios. Se recomienda continuar con formaciones prácticas, evaluaciones periódicas y extender la humanización a más áreas del sistema de salud para fomentar una atención más empática y centrada en las personas.

INADECUACIÓN DE LAS CERTIFICACIONES MEDIOAMBIENTALES EMAS AL ÁMBITO SANITARIO: EXPERIENCIA DE HOSPITAL COMARCAL

😊 *Moisés David Espejo Mambré; Regina Martínez Idarreta; Aintzane Pérez Urkia; Eli Garmendia Begiristain; Aitziber Irazu Matxinandiarrena; Patxi Izaguirre Ormazabal*

 *Asuncion Klinika*

Identificador: 434

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El sector sanitario enfrenta presión creciente para adoptar sistemas de gestión ambiental certificados, siendo EMAS el estándar más exigente en Europa. Sin embargo, estas certificaciones fueron diseñadas originalmente para el sector industrial, creando desafíos significativos en su implementación hospitalaria. Los hospitales enfrentan dificultades particulares, ya que los indicadores y metodologías EMAS no reflejan adecuadamente la realidad operativa sanitaria. Esta problemática es especialmente relevante dado que solo el 25% de centros hospitalarios con diálisis en España disponen de ISO 14001, y únicamente 15 cuentan con EMAS, evidenciando las barreras existentes.

OBJETIVOS

Analizar las inadecuaciones del sistema EMAS en Hospital Comarcal y proponer adaptaciones sectoriales.

METODOLOGÍA

Estudio de caso retrospectivo en hospital comarcal certificado EMAS, analizando: (1) desviaciones en indicadores de desempeño ambiental, (2) problemas metodológicos en el cálculo de Gestión del Rendimiento (GDR), y (3) eficiencia operativa de medidas implementadas. Se revisaron declaraciones ambientales 2022-2023 y evaluaron impactos de segregación de residuos.

RESULTADOS

Se identificaron desviaciones críticas en la información de desempeño ambiental de la Declaración Ambiental. Los datos de producción anual (GDR) presentaron inconsistencias: GDR 2022 verificado: 3467,30 y GDR 2023 verificado: 3837,9. Esta variabilidad refleja la ausencia de metodología estandarizada para hospitales, donde cada centro desarrolla criterios propios sin consenso sectorial. La relativización de indicadores ambientales mediante estos valores GDR resultó problemática, ofreciendo escaso margen para demostrar reducciones significativas de contaminación hospitalaria. Adicionalmente, la subsegmentación exigida de residuos generó ineficiencias operativas considerables, beneficiando principalmente a empresas recolectoras sin impacto ambiental mensurable directo relacionado con la actividad asistencial específica.

CONCLUSIONES

La certificación EMAS presenta limitaciones estructurales para el sector sanitario, especialmente en hospitales pequeños. Los indicadores industriales no capturan la complejidad operativa sanitaria ni permiten mejoras ambientales significativas. Es imprescindible desarrollar estándares sectoriales específicos que consideren: (1) metodologías de cálculo adaptadas a la producción sanitaria, (2) indicadores relevantes para la actividad asistencial, y (3) medidas operativamente viables que generen impacto ambiental real. Solo mediante esta adaptación sectorial podremos contribuir efectivamente a la crisis ambiental global desde una perspectiva sanitaria realista y eficaz.

FORMACION EN MINUTOS, IMPACTO DURADERO: PÍLDORAS DE CALIDAD EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

 *Nidia Peinado Adán; Sara Estébanez Aldonza; Ana Castaño Cantos; Rosa María Morera López*

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 435

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Al ser un Servicio certificado en norma ISO 9001:2015, donde en su punto 7.4 referente a la comunicación, enfatiza en que la organización debe determinar las necesidades de comunicación interna y externa pertinentes para el sistema de gestión de la calidad. Consideramos indispensable la implementación de estrategias comunicativas. En entornos sanitarios como el nuestro una comunicación eficaz es fundamental para prevenir errores, unificar criterios, mantener informados a los equipos multidisciplinares para asegurar el seguimiento de decisiones clínicas y operativas.

OBJETIVOS

Implementar un programa de píldoras de calidad entendidas como capsulas informativas breves orientadas a reforzar practicas seguras, estandarizar procedimientos y fomentar la cultura de calidad en los profesionales del servicio.

METODOLOGÍA

El Equipo de Calidad, constituido por la Jefa de Servicio, Supervisora de Enfermería, Coordinadora de Técnico especialista en Radioterapia (TERT), Facultativo, Enfermera y TERT de Calidad, deciden la información a transmitir en cada píldora informativa y a qué estamento va dirigida.

Se realiza desde el mes de diciembre de 2024, dos días a la semana en grupos reducidos de 8 personas con una duración no superior a 30min.

Se emplea la metodología PDCA (Plan-Do-Check-Act) para planificar, implementar, evaluar y ajustar el uso de nuestras “píldoras de calidad” como herramienta de comunicación.

El equipo de calidad identifica los temas clave mediante las incidencias reflejadas en la red de gestión interdepartamental Mosaig. Se asigna el comunicador y se convoca a los participantes cumpliendo con los requerimientos de “quién comunica, cómo, cuándo y a quién” según el punto 7.4 de ISO 9001:2015. Se envía resumen de las píldoras vía email. Hasta la fecha actual se han abordado temáticas: gestión de incidencias, acciones de mejora, reglamento de funcionamiento interno y actualización de conceptos.

Posteriormente se evalúa la eficacia, en base al feedback recibido por los compañeros, el cumplimiento de las acciones de mejora y la disminución de incidentes.

RESULTADOS

La iniciativa ha mostrado un impacto positivo en la adherencia a protocolos, la detección de fisuras del sistema, participación activa del personal en actividades de mejora y mayor compromiso.

Ha mejorado el clima de trabajo, percibiendo por el personal una mayor transparencia y comprensión sobre los procesos de calidad.

Nos han permitido divulgar de forma clara y constante los criterios de calidad cumpliendo así con lo establecido en el punto 7.4 de la norma.

CONCLUSIONES

Las píldoras de calidad constituyen una herramienta eficaz, de bajo coste y alta replicabilidad en entornos clínicos complejos como la Oncología Radioterápica. Estas capsulas pueden ser un vehículo eficaz de conocimiento microdosificado, actúan como herramienta educativa que fomenta la cultura de calidad, sensibilizan sobre la importancia del cumplimiento normativo y contribuyen a la creación de entornos de trabajo más seguros y eficaces.

ESTUDIO A TRAVES DEL CMBD SOBRE DEPRESIÓN E INSOMNIO COMO POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

 *Carla Gonzalez Fernandez* ⁽¹⁾; *Ana Belén Jiménez Muñoz* ⁽²⁾; *Belen Martinez Mondejar* ⁽³⁾; *Rosa Maria Gomez Muñoz Torrero* ⁽³⁾; *Rosa Maria Paule Izquierdo* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ UAX; ⁽²⁾ Hospital Universitario Severo Ochoa; ⁽³⁾ Hospital Severo Ochoa

Identificador: 437

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La demencia frontotemporal (DFT) es un conjunto de síndromes que afectan a los lóbulos frontal y temporal, siendo la principal causa de demencia en menores de 65 años. Su impacto se ve afectado por enfermedades neuropsiquiátricas, como la depresión, que se superpone a las características clínicas de la demencia en el adulto mayor, infradiagnosticándose. El insomnio, que es frecuente en los ancianos y con factores de riesgo comunes con la demencia, está cobrando relevancia en estudios durante los últimos años respecto a su asociación con la DFT.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la posible relación entre la DFT con los casos hospitalarios de depresión y/o insomnio entre los años 2016 y 2023 en España, utilizando el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) hospitalario.

Se diseñó un estudio descriptivo con componentes analíticos en el que se incluyeron pacientes de toda España con diagnóstico de DFT y con diagnósticos secundarios de insomnio y depresión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El total de casos analizados fueron 528.036. 9,5% tenían depresión y 6,4% insomnio. Se afectaron más las mujeres y la media de edad fue de 84,43, aunque en el insomnio aumentaba a los 86,93 años. El año 2022 y Cataluña obtuvieron el mayor número de casos. El tiempo de ingreso fue de 8,5 días, superior en los casos de insomnio hasta los 9 días, y el ingreso en UCI tuvo una estancia de 4 días, sin diferencias significativas en ningún grupo. El mayor porcentaje de fallecidos (16,4%) lo obtuvieron los pacientes sin comorbilidad psiquiátrica.

Los resultados reflejan una posible asociación entre el insomnio y la depresión con la DFT en pacientes hospitalizados en España, que podría considerarse como factor de riesgo, manifestación inicial o por superposición de síntomas, sobre todo en mujeres y en pacientes de edad avanzada. El hecho de que 2022 sea el año con más casos puede deberse al efecto rebote de la pandemia COVID 19, y que Cataluña sea la región más afectada al mayor número de habitantes. A pesar de no existir diferencias entre los días de estancia hospitalaria y en UCI, sí hubo mayor porcentaje de pacientes fallecidos por DFT aislada.

ACCESO A LA VACUNACIÓN DE ALTO RIESGO: ANALISIS COMPARATIVO ENTRE INMIGRANTES Y POBLACIÓN NACIOAN

 Julia Barrera Vergoños ⁽¹⁾; Ana Belén Jiménez Muñoz ⁽²⁾; Belén Martínez Mondejar ⁽³⁾; Rosa Maria Paule Izquierdo ⁽³⁾; Rosa Maria Gomez Muñoz Torrero ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ UAX; ⁽²⁾ Hospital Univesitario Severo Ochoa; ⁽³⁾ Hospital Severo Ochoa

Identificador: 438

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La vacunación en personas de alto riesgo es fundamental para prevenir complicaciones graves y garantizar una buena calidad de vida. Este grupo incluye pacientes con enfermedades crónicas, inmunodepresión o condiciones especiales que requieren un manejo diferenciado. En una ciudad donde convive una población diversa, resulta interesante analizar si hay diferencias entre población inmigrante y nacional en el uso de estos recursos, no solo para evaluar la equidad en el acceso, sino también para mejorar la organización de los servicios y garantizar que lleguen a quienes lo necesitan

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar si existen diferencias entre población inmigrante y nacional en el uso de la consulta de vacunación de alto riesgo del HUSO. Objetivos secundarios: conocer si existen diferencias en cuanto a la edad, el sexo y patología; evolución temporal; y tipos de vacunas administradas.

Estudio descriptivo con componentes analíticos de la base de datos de consultas de vacunación en pacientes de alto riesgo entre 2020-2024 en un Hospital de segundo nivel. Se analizaron datos sociodemográficos, clínicos y asistenciales mediante estadística descriptiva y bivalente. Se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron 2.194 pacientes (83,5% españoles, 16,5% inmigrantes), con edad media de 51,7 años. Estos pacientes generaron un total de 6338 consultas. Los inmigrantes eran más jóvenes y mayoritariamente mujeres. El número de consultas creció en ambos grupos, más en inmigrantes (+211,5% vs. +197,3%). Las vacunas más frecuentes en inmigrantes fueron VPH y Meningococo ACYW; en españoles, Herpes Zóster, Neumococo y Gripe. No se detectaron desigualdades en la derivación.

Se identificaron diferencias clínicas y demográficas entre grupos, pero sin inequidad en el acceso. Estos hallazgos pueden ayudar a mejorar la planificación asistencial. Se recomienda ampliar el estudio a nivel multicéntrico.

CENTRANDO LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

😊 Nuria Domínguez Pérez ⁽¹⁾; David Malillos Pérez ⁽¹⁾; Javier Hernández Goicoechea ⁽²⁾; Eva Prieto Utiel ⁽¹⁾; Rocío Rodríguez Díaz ⁽³⁾; Ana Isabel Monzón Bueno ⁽⁴⁾

📅 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; ⁽³⁾ Hospital de Fuenlabrada; ⁽⁴⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria CS Guayaba

Identificador: 439

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El TDAH se considera el trastorno crónico neurobiológico y del neurodesarrollo más frecuente. Consiste en síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, con una frecuencia e intensidad superior a lo esperable para la edad y desarrollo de la persona, y que interfieren en los ámbitos social, laboral o escolar. Se diagnostica principalmente en la infancia y puede persistir en la edad adulta. Genera un importante impacto social, familiar, académico/laboral en la persona que lo padece y su entorno; y se asocia con una elevada comorbilidad médica y psiquiátrica.

Es necesario mejorar la atención a las personas con TDAH, por lo que se elabora un Protocolo de Atención a personas con TDAH en Atención Primaria (AP).

OBJETIVOS

Objetivo General

Mejorar la detección precoz y la atención de las personas con TDAH.

Objetivos Específicos

- Homogeneizar las actuaciones del proceso de atención a personas con TDAH en la etapa infantil y adulta.
- Consensuar los criterios de derivación entre los ámbitos sanitarios y sociosanitarios implicados.
- Mejorar el registro en la historia clínica electrónica (HCE) de AP.
- Mejorar el apoyo a las familias de personas con TDAH.

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales de AP y Atención hospitalaria (AH)

El protocolo establece las pautas para la sospecha, detección precoz, y la evaluación clínica. Describe los criterios diagnósticos, el diagnóstico diferencial, y posibles trastornos comórbidos, el abordaje no farmacológico y farmacológico, y el seguimiento. Incluye escalas y test validados que facilitan la detección. Establece criterios de derivación a AH (Neuropediatría y Salud Mental); en el ámbito educativo, al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica o al Departamento de Orientación; y a las Unidades de Trabajo Social Sanitario de AP.

Además, se elaboraron folletos de recomendaciones dirigidos a los padres, madres o cuidadores de los niños/as y adolescentes con TDAH, y otro a los adultos con TDAH, con pautas claras para afrontar este trastorno.

Se crea un formulario de registro en la HCE de AP.

El documento se difundió a los centros de salud en mayo de 2023.

RESULTADOS

Los episodios de TDAH registrados en el programa informático de AP aumentaron exponencialmente desde la publicación del protocolo, siendo 2.843 en 2022, 3.986 en 2023, 4.641 en 2024 y 2182 hasta mayo 2025.

El nº de protocolos de TDAH en la HCE de AP también ha aumentado desde su creación, siendo de 1.558 en 2023 (desde mayo), 3.067 en 2024, y 1825 en 2025 (hasta mayo).

Próximamente se va a elaborar un cuadro de mando para extraer datos fiables relacionados con el nº de derivaciones a AH y a otros recursos, y con el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

CONCLUSIONES

A raíz de la publicación del protocolo, se ha constatado un aumento del diagnóstico y registro de casos de TDAH, esperando además que haya contribuido positivamente al manejo de los pacientes”

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ALERTAS ENTRE SERVICIO DE RADIOLOGÍA Y LOS CENTROS DE SALUD DE REFERENCIA

 Inés Elena Bajo Sánchez ⁽¹⁾; Pedro Herrera Municio ⁽²⁾; Susana García Tejada ⁽³⁾; Luisa Ramallo Díaz ⁽¹⁾; María Jiménez Rescalvo ⁽¹⁾; Isabel Colomer Ureña ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Sureste; ⁽²⁾ Dirección Técnica de Sistemas de Información. Unidad de Apoyo Técnico; ⁽³⁾ Hospital universitario Infanta Leonor

Identificador: 440

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la atención sanitaria. La correcta gestión de alertas clínicas entre niveles asistenciales es clave para garantizar la continuidad asistencial y prevenir eventos adversos. En este contexto, se identificó la necesidad de establecer un circuito de notificación eficaz desde una Unidad Radiodiagnóstico, a través de la Unidad de Continuidad de Cuidados del Hospital hacia los Centros de Salud (CS) de referencia.

OBJETIVOS

Implantar un sistema de notificación de alertas clínicas desde la unidad de radiodiagnóstico a los CS, asegurando su trazabilidad y gestión efectiva.

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que diseñó un circuito de comunicación basado en el envío de correos electrónicos desde el sistema RIS a la cuenta genérica de los CS (buzgen), así como a la cuenta de alertas de admisión del Hospital. Al generarse una alerta en el sistema informático unidad de radiología, ésta se incorpora a la HCE del Hospital y genera el envío automático de un correo a la cuenta genérica del CS, Admisión del Hospital y a Primaria. Se propuso, además, la posibilidad de recibir una respuesta tipo “Alerta recibida y gestionada” por parte de los CS, para mejorar la trazabilidad. Se acordó conservar como registro el correo recibido en la cuenta de admisión.

RESULTADOS

El sistema se encuentra actualmente implantado y operativo. Las alertas generadas desde la unidad de radiodiagnóstico se envían correctamente a los CS y a la cuenta de admisión del hospital. Aunque no se implementó la respuesta activa desde los CS, se garantiza la trazabilidad mediante el archivo de los correos recibidos. La gestión de las alertas por parte de los CS se realiza conforme al circuito establecido con Atención Primaria.

CONCLUSIONES

La implantación de este sistema ha permitido mejorar la comunicación entre niveles asistenciales, reforzando la seguridad del paciente mediante una gestión más estructurada de las alertas clínicas. La trazabilidad, aunque no basada en una respuesta activa, se asegura mediante el registro de los correos electrónicos. Este modelo puede ser replicable en otros entornos hospitalarios con estructuras similares.

SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA (SMCG) PARA PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: MÁS ALLÁ DEL PINCHAZO.

 Nuria Domínguez Pérez ⁽¹⁾; Dolores Conejos Miquel ⁽¹⁾; Antonio Díaz Holgado ⁽¹⁾; Esperanza Jimenez Castro ⁽²⁾; Jose Enrique Villares Rodriguez ⁽¹⁾; Francisco Javier López Tortosa ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ CS Monterrozas

Identificador: 441

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los SMCG son un valor añadido en el control metabólico y la calidad de vida de las personas con diabetes, bien formadas en su uso, y para el sistema sanitario ya que aportan en innovación, calidad asistencial, seguridad del paciente, y efectividad.

La Resolución del 7 de abril de 2022, de la Dirección General de Cartera Común de Servicio del Sistema Nacional de Salud (SNS) y Farmacia, del Ministerio de Sanidad refleja que los SMCG pueden ser indicados por los médicos implicados en el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en el SNS, a pacientes diagnosticados de DM tipo 2 que realicen terapia intensiva con insulina, y requieran realizar al menos seis punciones digitales al día para la automonitorización.

Para implementar dicha Resolución, es necesario establecer un procedimiento para la solicitud, entrega, control y retirada de SMCG en personas con DM2 en Atención Primaria (AP).

OBJETIVOS

Objetivo General

Dispensar de forma segura y eficiente los SMCG a las personas con DM2 que cumplen los criterios de financiación por el sistema público de salud.

Objetivos Específicos

- Definir el circuito a nivel de los centros de salud y Servicios Centrales de la organización.
- Elaborar un protocolo de registro en historia clínica electrónica (HCE) de AP.
- Elaborar sesiones formativas para que los profesionales realicen la educación a los pacientes en el manejo de estos dispositivos.

METODOLOGÍA

En el procedimiento se establece:

- El tipo de pedidos y la periodicidad de los mismos, para los 2 modelos de SMCG disponibles.
- La inclusión del paciente en el circuito.
- La formación a paciente por la enfermera.
- Dispensación de los SMCG en el centro de salud.
- La gestión de las incidencias que requieren reposición de SMCG.
- Cómo comunicar las incidencias logísticas y técnicas.
- Cambio de modelo de SMCG.
- Criterios de retirada de la financiación del SMCG.
- Gestión de los residuos generados.

Se crea un protocolo de registro en la HCE de AP, para la inclusión en el circuito y el registro de los datos de seguimiento, incluyendo los datos de la glucometría. A nivel de Servicios Centrales, se establece el circuito para:

- Obtención de los datos de los pedidos.
- Comunicación de los pedidos a proveedor.
- Suministro desde el proveedor al centro de salud.

RESULTADOS

Desde la implantación del procedimiento en octubre de 2023 hasta el 31 de mayo de 2025 se han incluido 15.993 personas con DM2 en el circuito de SMCG, actualmente 14.089 permanecen activas.

Se han realizado 63.978 pedidos ordinarios, que supone un total de 488.427 SMCG dispensados, más 79.904 SMCG de reposición para cubrir incidencias. Ha sido un proceso dinámico que hemos ido adaptando buscando la mejora continua, y que cuenta con la satisfacción de la principal asociación de diabetes de nuestro entorno.

CONCLUSIONES

Es esperable que el acceso de los SMCG a personas con DM2 que cumplen criterios, según la evidencia actual, mejore su control glucémico y reduzca las complicaciones.

REGISTRO DE INDICADORES DE PROCESO EN EL MANEJO INTERHOSPITALARIO DE LA SEPSIS (RSIXS-CODIGO SEPSIS).

 Juan Carlos Yébenes Reyes ⁽¹⁾; Clara Reina Aguilar ⁽²⁾; Carol Lorencio Cárdenas ⁽³⁾; Josep Trenado Alvarez ⁽⁴⁾; Juan Carlos Ruiz Rodriguez ⁽⁵⁾; Alejandro Rodríguez . ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Consorci Sanitari del Maresme; ⁽²⁾ Hospital Universitari de Mataró; ⁽³⁾ Hospital Universitario de Girona, Dr. Josep Trueta; ⁽⁴⁾ Hospital Universitari Mutua de Terrassa; ⁽⁵⁾ Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁽⁶⁾ Hospital Universitari de Tarragona, Joan XXIII

Identificador: 442

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La sepsis engloba aquellas infecciones que provocan un fracaso de órgano. Su incidencia en nuestro entrono es superior a los 350 casos por 100.000 habitantes y año, con una mortalidad hospitalaria del 17%. El manejo adecuado de la sepsis está estandarizado, es tiempo dependiente y se asocia a una reducción de la mortalidad, por lo cumple criterios de “Codigo de riesgo vital”. CODIGO SEPSIS INTERHOSPITALARIO (CSI) es un modelo territorial para el manejo colaborativo e interhospitalario de la sepsis.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo es validar un registro de indicadores clave de proceso en el manejo de la sepsis para su futura aplicación en todos los hospitales del sistema público de salud. Se definieron 10 indicadores clave por la Comisión Asesora del CSI del sistema público de salud de nuestra comunidad autónoma. Se realizó una formación presencial para los participantes en el registro y una reunión después de cada periodo de observación.

Estudio observacional sin intervención en 8 hospitales durante dos periodos de 1 mes (Octubre 2023 y Junio 2024). Se incluyen los pacientes de más de 18 años que consultan a urgencias por una sepsis o un shock séptico que requiere ingreso en UCI. Se excluyen los pacientes con limitación para los tratamientos de soporte vital. Los datos se expresan como tasa de cumplimiento del indicador y se presentan globalmente y de forma matricial agrupada por cuartiles y hospitales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyen 139 pacientes (63% hombres, 63,5 años). Los focos de infección más frecuentes fueron respiratorio (33,3%), urinario (30,4%) y abdominal (21,7%). El grado de fracaso orgánico (SOFA Score) fue de $7,5 \pm 3,5$. La severidad (APACHE II) fue de $18.68 \pm 8,1$. La mortalidad hospitalaria fue del 17.99%.

El cumplimiento de los estándares para el control de foco fue: hemocultivo previo al antibiótico 63%, antibiótico en la primera hora 32%, antibiótico empírico inadecuado 19%, cirugía en las primeras 6 horas 41%, desescalamiento antibiótico 35%.

El cumplimiento de estándares para el manejo hemodinámico fue: determinación de lactato a la admisión y a las 6 horas 83% y 81%, uso de Noradrenalina 77%, admisión a UCI en las 6 primeras horas en el 47%.

En la descripción matricial por indicadores y hospitales se observa una gran variabilidad en la implementación de los estándares, especialmente en lo que respecta a la administración de antibióticos en la primera hora, el desescalado y el tiempo de admisión a UCI.

En las reuniones de seguimiento no se notificaron modificaciones significativas ni en la identificación de indicadores ni en su definición.

En conclusión, el registro RSIXS permite monitorizar el proceso asistencial Codigo Sepsis Interhospitalario en aquellos pacientes que ingresan en UCI por una sepsis o shock séptico de adquisición comunitaria. Existe una gran variabilidad en el manejo de la sepsis. Los indicadores muestran la necesidad de acciones correctoras para mejorar la implementación de las recomendaciones.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD AJUSTADA POR SHOCK SÉPTICO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA. REGISTRO RADAR-SEPSIS.

 Juan Carlos Yébenes Reyes ⁽¹⁾; Clara Reina Aguilar ⁽²⁾; Emili Vela Vallespin ⁽³⁾; Carol Lorencio Càrdenas ⁽⁴⁾; Elisabeth Esteban Torné ⁽⁵⁾; María Bodí Saera ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Consorci Sanitari del Maresme; ⁽²⁾ Hospital Universitario de Mataró; ⁽³⁾ CatSalut; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta; ⁽⁵⁾ Hospital Sant Joan de Deu; ⁽⁶⁾ Hospital Universitari de Tarragona, Joan XXIII

Identificador: 443

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El shock séptico es una de las formas más graves de sepsis, definida por la necesidad de vasopresores para mantener una presión arterial media (PAM) mayor de 65 mmHg. La eficacia de los tratamientos del Shock Séptico es tiempo dependiente. En este sentido en Cataluña se consideró necesaria la creación e implementación de un Código de riesgo vital para su detección y manejo (CODI SEPSIA).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de nuestro trabajo es la creación de un Registro Automatizado de Datos Administrativos Relacionados con Sepsis (RADAR SEPSIS), con el objetivo de aportar datos comparativos sobre la incidencia y resultado de la atención a los pacientes con diagnóstico de shock séptico en todos los hospitales del CatSalut.

Estudio retrospectivo de base poblacional de los años 2018 a 2023. Todos los casos y variables analizados se obtuvieron de la codificación al alta hospitalaria que generan los centros de hospitalización de pacientes agudos y que conforman el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitales de Agudos (CMBD-HA) del CatSalut. Se define como caso aquellas altas hospitalarias que incluyen el diagnóstico shock séptico (R6521) o shock séptico post procedimiento (T8112XA).

Se incluyeron variables demográficas y comorbilidades previas al episodio. Como variables relacionadas con el episodio se recogieron el foco de sepsis, el ámbito de adquisición (presente a la admisión o no), los fracasos de órgano, y las técnicas de soporte vital utilizadas. Como indicadores de resultado se identifica la necesidad de UCI, las estancias y resultado al alta hospitalaria.

Se realizó un análisis descriptivo de las diferentes variables mediante análisis de tasas de incidencia y porcentajes entre los años 2018 a 2023. Para el análisis comparativo entre centros de utilizaron los datos del año 2023. Los indicadores se calcularon como el cociente entre los efectos observados y los esperados para cada centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 31.480 episodios de shock séptico (6182 casos en el año 2023, 88 casos por 100.000 habitantes y año), de los cuales el 82,48% eran de adquisición comunitaria, con predominio de hombres (60.03%) y una media de edad de 68.7 años. El foco de infección más frecuente fue la infección urinaria seguida del foco abdominal y respiratorio (27.4%, 23.3%, 18.4%). Los fracasos de órgano asociados más frecuentes han sido el renal (50.8%) y respiratorio (23.9%). Un tercio de los pacientes recibieron ventilación mecánica invasiva y solo un 10% requirieron técnicas de reemplazo renal. La mortalidad hospitalaria fue del 33.5% en el año 2023, aunque fue mayor para el shock de adquisición nosocomial (47.6% vs 30.6%). El análisis multivariado mostró diferencias estadísticamente significativas en el índice de mortalidad estandarizada entre centros (AUROC de 0.739; 0.726-0.752).

Como conclusión, RADAR-SEPSIS describe el impacto del shock séptico en la atención hospitalaria y permite comparar tasas de mortalidad ajustada entre centros.

IMPACTO DE LA FIGURA DEL INFORMADOR DE URGENCIAS EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

 Mónica Sañé Figueras; Cristina Berbel Bertolo

 Hospital Quirónsalud Barcelona

Identificador: 444

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente no se configura únicamente en base a un acto médico adecuado, también se ve condicionado por un entorno confortable, un trato humano y personalizado y una información puntual, clara y detallada.

La idiosincrasia propia del servicio de urgencias, en el que los pacientes acuden normalmente con ansiedad y desconocimiento sobre el tiempo de espera y tiempo de permanencia total, hace más necesario proveer al paciente y familiares de información regular. La figura del Informador de Urgencias se estableció en nuestro centro sanitario en marzo 2022.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El/la Informador/a de Urgencias desempeña su labor en la sala de espera del Servicio de Urgencias, con el objetivo principal de proporcionar información oportuna y no clínica tanto a pacientes como a sus familiares durante su permanencia en el servicio.

Otras de sus funciones son: facilitar información general a los acompañantes de los pacientes ingresados, atender y gestionar sus diversas demandas, y velar por el cumplimiento de las normas de tránsito y visitas en las distintas áreas del servicio.

Además, actúa como enlace entre el equipo asistencial, los pacientes y sus acompañantes, asegurando que el personal facultativo proporcione información clínica al menos cada 30 minutos, y contribuye a agilizar los flujos del servicio mediante la supervisión de los tiempos de espera de pruebas diagnósticas, la reclamación de aquellas que presenten demoras y la notificación al personal médico sobre su disponibilidad.

METODOLOGÍA

Para medir los resultados de la implantación de la figura del Informador de Urgencias se ha utilizado el NPS (Net Promoter Score). Posteriormente a la implantación de la figura del Informador de Urgencias, se introdujo en la encuesta una pregunta específica sobre la satisfacción del paciente con este rol (con valoraciones entre 1 y 10) y se hace llegar a los pacientes en las 24-48 h posteriores a la visita del servicio de urgencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los datos previos a la implantación de la figura del Informador muestran un NPS del servicio de Urgencias de 26,3 (diciembre 22-febrero 23) vs el NPS del trimestre posterior a la implantación (marzo 23- mayo 23) de 44,4.

Si comparamos los periodos de marzo-mayo 2022 vs. Marzo-mayo 2023, observamos un crecimiento del NPS 105%

La puntuación media obtenida en el periodo 2024 en la pregunta que hace referencia a esta figura fue de 8,5: el 63,6% de pacientes puntuaron con un 9 o 10, 24,5% con un 7 u 8 y 11,9% con de 1 a 6 (NPS de 51,7)

CONCLUSIONES

La figura del Informador/a de Urgencias se ha confirmado como clave en la experiencia del paciente en Urgencias, sirviendo de punto de unión entre profesionales asistenciales y pacientes y acompañantes.

UTILIZACION DE RECURSOS SANITARIOS POR LA POBLACION INMIGRANTE VS. POBLACION LOCAL EN UN CENTRO SANITARIO

😊 Antonio Javier Martín Velasco ⁽¹⁾; Belén Martínez Mondéjar ⁽²⁾; Ana Belén Jiménez Muñoz ⁽²⁾; Rosa M^a Gómez Muños-Torrero ⁽²⁾; Rosa M^a Paule Izquierdo ⁽²⁾

🏥 ⁽¹⁾ UAX; ⁽²⁾ Hospital Universitario Severo Ochoa

Identificador: 445

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Valorar el acceso y utilización de los servicios sanitarios por la población local e inmigrante empadronada en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar las atenciones sanitarias realizadas en el primer trimestre de 2024 en el S^o de Urgencias de un Centro Sanitario de Madrid y estudiar las características socio-demográficas de los pacientes atendidos, el tipo de patología que motivó la atención sanitaria, el % de ingresos producidos, estratificando dichas atenciones en función de la nacionalidad de los pacientes.

El estudio es observacional retrospectivo, de carácter descriptivo con rasgos analíticos. Contó para su realización con la aprobación por parte de CEIm del Hospital de referencia. La fuente primaria de datos fue la base de datos de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de referencia proporcionada por el S^o de Control de Gestión del Hospital. Se estudiaron variables demográficas, relacionadas con el motivo de consulta, motivo de alta y relacionada con el ingreso en Hospitalización. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS (versión 25.0).

RESULTADOS

El total de atenciones sanitarias analizadas ha sido de 31.876, el 80,1% corresponden a pacientes de nacionalidad española y el 19% a pacientes de nacionalidad extranjera. El total de pacientes atendidos fue de 23.611 (79,6% de nacionalidad española). Del total de pacientes atendidos, el 20,7% fueron atendidos en al menos 2 ocasiones, el 90,7% de nacionalidad española.

El 86,1% de los pacientes acudieron a Urgencias a petición propia y el % de ingresos en hospitalización fue del 9,9%, siendo los 2 servicios donde más ingresos se produjo, Obstetricia y Pediatría. Se verificó que en todas las especialidades (salvo en Pediatría y Obstetricia), el % de pacientes ingresados de nacionalidad española fue significativamente superior al % de pacientes de nacionalidad extranjera.

CONCLUSIONES

1. Aunque el 80,1% de las atenciones se realizaron a pacientes de nacionalidad española y el 19,9% restantes a pacientes de nacionalidad extranjera, al tener en cuenta la población inmigrante empadronada en el área de referencia, se verificó que el 18,4% de las atenciones se realizaron a paciente de nacionalidad extranjera, % significativamente superior al % de pacientes de nacionalidad española atendida (11,2%) ($p < 0.05$). De los pacientes extranjeros atendidos el 60,4% proceden de América del Sur.
2. El motivo más frecuente que generó la asistencia sanitaria fue a petición propia, y el tipo de patología más frecuente que generó la asistencia sanitaria fue la enfermedad común.
3. El S^o de Urgencias donde se realizó el mayor número de atenciones fue el S^o de Urgencias Generales con un 69,9%. Pero el mayor % de atenciones a pacientes de nacionalidad extranjera lo realizó el S^o de Urgencias de Ginecología y Obstetricia con un 39,9%. El motivo de alta, fue en el 85,4% la curación o mejoría y el % de ingresos registrados fue del 14,6%.

PERFIL DEL PACIENTE QUE REALIZA PROFILAXIS PREEXPOSICION (PREP) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

 Andrea Ortiz López-Quintana ⁽¹⁾; Belén Martínez Mondéjar ⁽²⁾; Ana Belén Jiménez Muñoz ⁽²⁾; Rosa M^a Paule Izquierdo ⁽²⁾; Rosa M^a Gómez Muñoz-Torrero ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ UAX; ⁽²⁾ Hospital Universitario Severo Ochoa

Identificador: 446

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Este estudio se ha realizado por la importancia de la prevención de la transmisión del VIH, por el interés que suscita la profilaxis pre-exposición (PrEP) como herramienta para su prevención en el colectivo HSH (hombres que mantienen Sexo con Hombres), y porque no se ha realizado ningún estudio de similares características en el Hospital en el que se atienden dichos pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este estudio, observacional retrospectivo de carácter descriptivo con rasgos analíticos, es analizar el perfil demográfico y clínico del paciente en PrEP en un Hospital Universitario, desde enero a diciembre de 2024, estudiando las características sociodemográficas de estos pacientes, analizar desde cuándo y cómo toman la PrEP, estudiar el antecedente de ITS, describir los factores de riesgo de estos pacientes en relación a adicciones, relaciones de riesgo y patología psiquiátrica, analizar el historial vacunal de estos pacientes y conocer el % de pacientes derivados desde la consulta de Medicina Interna al S^o de Medicina Preventiva para actualización de su calendario vacunal.

Para la realización del estudio se contó con la aprobación del CEIm del Hospital. Las fuentes de información fueron la base de datos del S^o de Farmacia de pacientes en PrEP en el año 2024, la base de datos de pacientes vacunados por el S^o de Medicina Preventiva, SISPAL y SELENE.

Se analizaron variables demográficas, variables relacionadas con la PrEP, factores de riesgo y estado vacunal (frente a las vacunas de Hepatitis B, Hepatitis A, VPH y Viruela del Mono) y % de pacientes derivados a la consulta del S^o de Medicina Preventiva.

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS (versión 29.0)

RESULTADOS

El total de pacientes analizados es de 67, todos hombres, con una edad media de inicio de la PrEP de 34 años y un 67% de nacionalidad española. Los 67 pacientes toman la PrEP mediante pauta diaria de Truvada. El 100% realizan prácticas sexuales de riesgo, un 34% consumen drogas, principalmente en el contexto de Chemsex y un 12% presentan antecedentes psiquiátricos. Más del 90% tiene antecedentes de ITS. El 28,4% de los pacientes habían sido derivados al S^o de Medicina Preventiva. En el 13% de los pacientes no constaba la administración de ninguna vacuna. Del 87% restante, el 51% estaban vacunados o en proceso, frente al VPH, el 55% frente al Virus de la Hepatitis A y el 57% estaban inmunizados o en proceso de inmunización frente al Virus de la Hepatitis B.

CONCLUSIONES

La prescripción de la PrEP está aumentando en la actualidad en el colectivo de HSH, siendo necesario por los resultados obtenidos en este estudio, reforzar la prevención combinada, educación sexual y el seguimiento integral de este colectivo. La falta de información en relación a la vacunación es el principal motivo de no vacunación, siendo necesario concienciar e informar a este colectivo, de la importancia de la prevención de ITS para las que se dispone de vacunas seguras y efectivas.

SIAP ONLINE

 **MARÍA ROSA VICENTE VICENTE** ⁽¹⁾; **EVA RUEDA NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO** ⁽²⁾; **GEMA SÁNCHEZ GÓMEZ** ⁽³⁾; **SUSANA ZAFRA LLORENTE** ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA; ⁽²⁾ FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ; ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS; ⁽⁴⁾ HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

Identificador: 447

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

SIAP ON LINE nace en el contexto de digitalización de cuatro hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Su objetivo principal es modernizar y facilitar el acceso al Servicio de Atención al Paciente mediante un canal digital único, evitando desplazamientos innecesarios a los centros sanitarios.

A través de una aplicación segura, que garantiza la identidad del paciente y permite el seguimiento de cada trámite, se pueden realizar gestiones como:

Enviar agradecimientos Proponer sugerencias Solicitar información Cambiar de médico o centro Pedir una segunda opinión médica Gestionar derechos sobre datos personales (SOPLAR) Solicitar instrucciones previas Gestionar citas Etc

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta herramienta consiste en consolidar todos los trámites en un entorno digital único, haciendo el servicio de Atención al Paciente accesible sin necesidad de acudir presencialmente. Se consigue también los siguientes objetivos secundarios:

- Unificar los canales de comunicación digital
- Eliminar procesos redundantes o de bajo valor Reducir el número de atenciones presenciales
- Aumentar la eficiencia del Servicio de Atención al Paciente

METODOLOGÍA

Para cumplir estos fines, la metodología consiste en:

Centralizar la información de los trámites en una única plataforma Integrar los datos enviados por el paciente en el sistema Permitir la firma electrónica de documentos desde la aplicación Asegurar una comunicación segura y efectiva con el paciente

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Datos de uso entre 01/09/23 y 01/07/24:

At. directas: 2.401 Agradecimientos: 3.231 Sugerencias: 291 Pet. SOPLAR: 1.744 Pet. de servicio: 48.596 At. presenciales: 41.581 Trámites por aplicación: 14.682

SIAP ON LINE se presenta como una herramienta estratégica que puede ser adoptada por las instituciones del sistema sanitario como parte de su proceso de transformación digital, contribuyendo a una atención más accesible, moderna y centrada en el paciente. Gracias a su enfoque centrado en la accesibilidad, la digitalización de trámites y la centralización de la información, su aplicabilidad a otros hospitales del sistema sanitario, tanto públicos como privados, es altamente viable. Sus principales fortalezas son:

- Modelo escalable y adaptable
- Resultados medibles
- Estandarización de procesos
- Humanización y eficiencia asistencial- Tecnología ya validada

Como muestran los datos, 10.718 atenciones que en el pasado hubieran sido atendidas en modalidad presencial, han sido tramitadas a través de SIAP ON LINE. Aprovechar estas herramientas digitales para facilitar a los pacientes los diferentes trámites es también humanizar la asistencia, pues el tiempo del paciente es importante y acudir al Hospital se debería reservar para las actividades clínicas que sean estrictamente necesarias. La respuesta a las diferentes gestiones es más ágil y rápida, lo que también proporciona al Servicio de Atención al Paciente más tiempo para atender los pacientes, tanto de forma presencial como no presencial, de manera personalizada y dedicando a cada paciente el tiempo que necesita.

TRANSFORMAR EL DOLOR EN CONFIANZA: CLAVES DE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

 Rafael Sánchez Bernal ⁽¹⁾; Enrique Manuel Báñez Hernández ⁽¹⁾; María Belén Beltrán de Heredia Pérez de Villareal ⁽¹⁾; Lucía Pérez de Albeñiz Vesga ⁽¹⁾; Nerea Gutierrez Bartolomé ⁽¹⁾; María Teresa Madrid Conde ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ OSI Araba; ⁽²⁾ Subdirección de Calidad y Sistemas de Información. Dirección de Asistencia Sanitaria. Dirección General de Osakidetza

Identificador: 448

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente con dolor es la suma de todas las interacciones que influyen en su percepción a lo largo de toda la atención recibida, incluyendo los resultados en su salud. El dolor impacta en la calidad de vida y genera ansiedad y miedo en las personas que lo sufren.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Conocer la experiencia de las personas atendidas por dolor en base a PREMs (Patient Reported Experience Measures -Percepción o experiencia del paciente sobre el proceso asistencial-), PROMs (Patient Reported Outcome Measures) y Resultados clínicos.
2. Conocer la experiencia global. Hemos tenido en cuenta las recomendaciones de la Asociación de Experiencia del Paciente de EE.UU., las recomendaciones del NHS: National Health Service de Gran Bretaña, del Beryl Institute, del Instituto Español de Experiencia del paciente, y de nuestro propio Plan Estratégico. Hemos utilizado muestra estadísticamente significativa de 248 encuestas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. 1. En cuanto a los PREMs, las valoraciones con relación a la experiencia en accesibilidad han sido positivas en el 76,61% de los casos. En cuanto a la información y comunicación adecuadas el % ha sido del 98,79%. En el 96,37% tuvieron en cuenta sus preferencias. El 97,58% refiere que pudo participar en la toma de decisiones. El 68,54% de familiares pueden participar, y en el 25,80% no fue necesario. El 96,70% de profesionales fueron empáticos. El 95,16% manifestó que el tiempo dedicado fue suficiente. El 55,65% tuvieron miedo y ansiedad. El 56,04% no necesitó soporte emocional. En el 97,58% se respetaron sus valores como intimidad y privacidad. Al 96,37% le pareció adecuado el confort hostelero. Solo el 9,67% refiere que le influyó en su entorno familiar, laboral y social su proceso. El 88,70% refiere que fue positiva la atención presencial y la no presencial. Al 92,74% le pareció positiva la experiencia en cuanto a coordinación y seguimiento. El 93,95% refiere haber recibido cuidados satisfactorios
2. 2. En cuanto a los PROMs, la experiencia fue positiva en el 95,16% al haber mejorado sus síntomas. Al 56,84% no le influyó en su vida laboral y de ocio su proceso
3. 3. En cuanto a los Resultados clínicos, el 91,53% ha mejorado su calidad de vida, y solo ha habido complicaciones en el 1,21% de las veces. La valoración global positiva de la experiencia ha sido del 90,32%, siendo la lista de espera el aspecto más negativo que rebaja la valoración. Como conclusión queda demostrado que tener en cuenta todas las variables que influyen en la experiencia de una persona, incluyendo resultados en salud, permiten conocer la experiencia real de las personas. Es fundamental incluir resultados en salud para valorar el conjunto de la experiencia, ya que de lo contrario corremos el riesgo que nos ocurra como a aquella persona que preguntaba: ¿qué tal el barco?, y la respuesta fue “de pintura muy bien, pero se está hundiendo”.

MAS ZAPATILLAS Y MENOS PASTILLAS: EL EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO ALIVIA EL DOLOR Y REDUCE VISITAS AL SISTEMA SANITARIO

 *Rafael Sánchez Bernal; Yessica Hernando Martín; Ander Gavina Ortiz; Izaskun Pérez de Arriluzea Arcauz; Nagore Diaz de Cerio Ochoa; Maria Angeles Samaniego Olarte*

 *OSI Araba*

Identificador: 449

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Justificación: El dolor crónico es una condición que afecta a miles de personas en nuestra ciudad, impactando significativamente en su calidad de vida, capacidad funcional y bienestar emocional. Ante esta realidad, el programa de ejercicio físico adaptado ha emergido como una herramienta fundamental dentro de los enfoques multidisciplinarios para el manejo del dolor.

OBJETIVOS

1. Mejorar la condición física de las personas, reducir el dolor, aumentar la movilidad y promover la autonomía.
2. Reducir las visitas a la Unidad del Dolor, a Atención Primaria, al Punto de Atención continuada (PAC) y a los Servicios de Urgencias Hospitalarias

METODOLOGÍA

La Metodología consiste en derivar pacientes desde la Unidad del Dolor, a un club deportivo sin ánimo de lucro que tiene como objetivo conseguir inclusión real de personas con discapacidad a través de la práctica del deporte y el ejercicio físico. Tras recepción, entrevista y valoración, se hacen sesiones individuales, grupales, realización y envío de planes personalizados de ejercicio físico y seguimiento de la actividad. La evaluación se hace con formularios de dolor pre y post, formularios de calidad de vida pre y post, cuestionarios sesiones individuales, cuestionarios sesiones grupales, pruebas funcionales pre y post actividad, y datos sobre adherencia al ejercicio. Para conocer las visitas y frecuentación comparamos 6 meses de empezar ejercicio y 6 meses después.

Participantes y Grupos de trabajo: 105 personas de 51 años de edad media, realizando el programa con condiciones complejas y multifactoriales, como dolor lumbar y/o cervical crónico o neuropatías. Muchos de ellas han pasado por tratamientos farmacológicos o intervenciones quirúrgicas sin resultados satisfactorios, lo que les ha generado frustración y escepticismo hacia nuevas terapias.

RESULTADOS

1. Intensidad Dolor pre: 4 y post un 3 en escala de 0-4
2. Persistencia del Dolor: pre del 60% y post 44,5%
3. Ataques súbitos de dolor pre el 53,4% y post 45,55
4. Percepción general sobre salud pre y post un 20 % mejor el post
5. Dificultaba el trabajo en el 86% pre y 30% en el post.
6. Percepción futura de la salud era buena del 50% en pre y del 80% en el post.
7. El 83,34% de las personas sigue haciendo ejercicio y trabajo de fuerza.
8. El 25% de los usuarios hacen uso de un polideportivo municipal y otro 25% de los usuarios ha empezado en un centro privado con clases dirigidas, y el 50% restante hace el ejercicio en casa o en la calle
9. El 66,67 % de las personas utilizan las rutinas que se le han enviado.
10. Reducción visitas: Unidad del Dolor consultas médicas: -72,73%, consultas de enfermería: -46,91%, no presenciales: -83,33%, Atención Primaria: -55,56%, PAC: -66,67% y Servicios de Urgencias Hospitalarios: - 50%.

CONCLUSIONES

El ejercicio alivia el dolor, mejora la calidad de vida y aleja la bata blanca, y el ejercicio diario y la supervisión, es una receta eficaz para menos intervención.

CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES EN ESPAÑA

 *Fermin Roqueta Egea ⁽¹⁾; Santiago Tomás Vecina ⁽¹⁾; Julián Alcaraz Martínez ⁽²⁾; Angels Fumás Coma ⁽³⁾; Grupo de Investigación SECA FIDISP ⁽⁴⁾*

 ⁽¹⁾ Fundación FIDISP; ⁽²⁾ Servicio Murciano de Salud; ⁽³⁾ Badalona Serveis Assistencials; ⁽⁴⁾ SECA-FIDISP

Identificador: 450

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La medición de la Cultura de Seguridad en los servicios de hospitales es una recomendación de la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESPSNS) 2015-2020, así como un indicador de seguridad y una práctica segura. Desde el año 2011 no se dispone de resultados globales de su medición en los servicios de urgencias de hospitales (SUH).

OBJETIVOS

Analizar cómo perciben los profesionales de los SUH las distintas dimensiones de la seguridad del paciente y grado de seguridad para determinar los puntos fuertes y las áreas que requieren mejora. Asimismo, analizar si existen diferencias de percepción con la del resto de colectivos del hospital y respecto a la encuesta del año 2011.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal utilizando la encuesta HSOPS versión 1.0 de la AHRQ con adición de 3 preguntas que hacen referencia a aspectos estructurales relevantes para la cultura de seguridad del paciente y promovidos en las líneas estratégicas de la ESPSNS 2015-2020 (responsable de seguridad, plan de respuesta ante eventos adversos graves, plan de apoyo al profesional).

RESULTADOS

440 de un total de 5.212 respuestas (8%) pertenecían a profesionales de los SUH, 44% enfermeras y 32% médicos. La valoración del grado de seguridad fue de 6,6 que contrasta con la valoración de 7,3 del global. Las dimensiones con un mayor número de respuestas positivas fueron “trabajo en equipo en la unidad (72%)” y “expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad” (68%). Las dimensiones con un mayor número de respuestas negativas fueron “dotación de recursos humanos” (73%) y “percepción de seguridad” (51%). Las dimensiones mejor y peor valoradas son las mismas que en los datos globales, pero con porcentajes de respuestas positivas menores y de negativas mayores. Se constata una mejor valoración del grado de seguridad en los centros que disponían de estructuras relacionadas con la seguridad del paciente (SP) con cifras de 21% en hospitales con una o dos estructuras y 35% en hospitales con las tres estructuras. Respecto a la encuesta de 2011, 11 dimensiones mejoran sus porcentajes de respuestas positivas y 3 dimensiones empeoran los de sus respuestas negativas mientras que la nota asignada al grado de seguridad ha pasado de 6,1 a 6,6.

CONCLUSIONES

La percepción del grado de seguridad en los SUH es más baja que en el global del hospital y aunque las dimensiones mejor y peor valoradas respecto a este global sean las mismas, su puntuación es inferior. Respecto a los datos de la encuesta del 2011 se observa una clara mejora. La dotación de recursos humanos-carga de trabajo sigue siendo un punto que conviene abordar analizando detalladamente sus causas para poder proponer las soluciones más apropiadas. Se valoran muy positivamente la existencia de las estructuras relacionadas con la SP mencionadas lo que comporta un estímulo para su implantación en la totalidad de centros.

REVALIDAR NO ES REPETIR: AVANZAR CON ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN REAL HOSPITALARIA

 *Dolors Montserrat Capella; Pablo Cazallo Navarro; Carolina Ruiz Entrecanales; Miguel Cuchí Alfaro; Begoña De Andrés Gimeno; Julio García Pondal*

 *Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

Identificador: 451

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En los últimos tres años, el hospital se preparó para revalidar la evaluación externa obtenida en 2021, basada en el modelo de excelencia EFQM 2020. Partiendo de un nivel alto, se preveía que la reevaluación de 2024 sería más exigente, lo que impulsó una revisión profunda del sistema de gestión, liderazgo, propósito institucional y relación con los grupos de interés (GI).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue analizar las herramientas y estrategias implementadas para alcanzar la revalidación de la evaluación externa. Se analizaron los avances respecto al Propósito institucional definido en 2021 mediante 12 Focus Group con 111 profesionales para identificar retos clave. Se revisaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) del ecosistema del hospital, así como los valores institucionales (7) y sus contravalores para identificar palancas de cambio que permitan transformarlos. Se aplicaron criterios de priorización (Urgencia, Legitimidad, Poder y Capacidad de Decisión) a los GI. Se evaluó la percepción del cumplimiento del Propósito mediante encuestas a profesionales y entrevistas a pacientes. Se desarrolló el cuadro de mando estratégico (“Anillo para todo y para todos”) para valorar el avance de la estrategia global del hospital que incluya indicadores sintéticos del Propósito, Visión, Propuesta de Valor, Cultura y Líneas Estratégicas. Se elaboró el “Marco de Transferencia de Valor de la Investigación y la Innovación”, una herramienta para visibilizar y monitorizar todos los proyectos del hospital desde su fase inicial hasta su impacto, mediante una encuesta online permanente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultado de los Focus Group surgió el Proyecto Avanza, con cuatro retos estratégicos: Proteger, Ilusionarte, Hospital para Todos y Hospital con Futuro. Se integraron 11 ODS en el ecosistema hospitalario. Se ajustó la priorización de los grupos de interés, aumentando el peso de Clientes (del 25% al 35%) y reduciendo Inversores y Reguladores (del 25% al 15%). La percepción del alcance del Propósito fue en profesionales (n=728, tasa de respuesta 22,8%) de 7,2/10 con NPS 37 y en pacientes (n=626, tasa respuesta 81,5%) de 8,5/10 con NPS 75. El avance global de la Estrategia alcanzó el 89% con un rango que fue desde el 71% en la Propuesta de Valor al 96% en la Visión. A través del Marco de Transferencia de Valor, se presentaron 114 proyectos de innovación: el 70% estaban en marcha, el 45% contaban con presupuesto asignado y 9 fueron premiados.

CONCLUSIONES

Las estrategias implementadas han fortalecido el sistema de gestión y liderazgo del hospital y revalidado el resultado de 2021. La participación activa de profesionales y pacientes, junto con herramientas como el “Anillo para todo y para todos” y el “Marco de Transferencia de Valor”, ha facilitado el seguimiento del propósito institucional y de los proyectos innovadores. Los resultados evidencian un modelo organizativo más participativo, sostenible y orientado al valor, en línea con los estándares de excelencia del modelo EFQM 2020.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: SIN PAUSA... ¿PERO CON PRISA?

 *Marta Turu Pedrola; Carles Llop Margalef*

Región Sanitaria Camp de Tarragona, Servei Català de la Salut (CatSalut)

Identificador: 452

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica e inflamatoria, con un curso basado en recaídas y remisiones.

Su abordaje ha consistido tradicionalmente en tratamiento tópico para los casos leves; cuando no es suficiente, la principal estrategia terapéutica es instaurar un tratamiento sistémico con fármacos sintéticos (FS). Aquellos pacientes con respuesta insuficiente, contraindicación o intolerancia, son candidatos a recibir fármacos biológicos (FB).

La innovación farmacológica, con la aprobación y comercialización de múltiples FB los últimos años, ha mejorado el pronóstico de estos pacientes; mejorando su calidad de vida y su sintomatología.

Sin embargo, la entrada e instauración de estos FB resulta cada vez más precoz, desplazando el abordaje hasta ahora secuencial. Cabe destacar el impacto presupuestario de este viraje, que puede afectar significativamente a la sostenibilidad del sistema.

OBJETIVOS

Definir la práctica real actual en el abordaje farmacológico de la psoriasis, en la población de una CCAA.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo transversal, y retrospectivo.

Ámbito y periodo de estudio: CCAA con más de 7 millones de habitantes. Se seleccionan pacientes en tratamiento con al menos un FB en el periodo 2019-2024.

Fuente de datos: prescripción en receta electrónica y registro de pacientes y tratamientos de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria

Variables: tiempo en tratamiento con FS antes de iniciar FB, tiempo de permanencia en tratamiento con el primer FB

RESULTADOS

7.948 pacientes fueron tratados con FB durante el periodo de estudio

Al analizar el abordaje del tratamiento con FS, dichos pacientes se pueden clasificar en:

6% (469) no recibió tratamiento

9% (677) recibió tratamiento durante 3 meses

8% (615) lo recibió entre 3 y 6 meses

13% (1.019) lo recibió entre 6 y 12 meses

60% (4.758) lo recibió más de un año

5% (408) inició el tratamiento de forma simultánea o posterior al inicio del FB

Es decir, un 11% de los pacientes no se trató con FS antes del inicio del tratamiento con FB; y un 17% recibió el tratamiento durante menos de 6 meses.

A pesar de que las recomendaciones sugieren iniciar tratamiento biológico con anti-TNF biosimilar, de los 7.948 pacientes, un 41% (3.297) inician el tratamiento con los FB más recientemente comercializados.

Además, el 36% (2.871) del total de pacientes hacen switch a un segundo FB durante el periodo de estudio; de los cuales el 41% (1.176) lo realiza antes de los 6 meses con el primero.

CONCLUSIONES

Un 28% del total de pacientes recibió menos de 6 meses de tratamiento con FS, y casi un 15% del total de pacientes en tratamiento con FB hace switch a un segundo FB en menos de 6 meses.

Estos datos sugieren que el abordaje farmacológico de la psoriasis con FB, posicionado tradicionalmente tras el escalonado previo con FS, se está instaurando cada vez de manera más precoz, orientándose cada vez más rápidamente hacia los nuevos fármacos más recientemente comercializados, con menos experiencia de uso y de alto impacto económico.

ENCUESTAS AUTOMATIZADAS CON IA Y SIN COSTE: UNA SOLUCIÓN REPLICABLE PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

 RAQUEL VALERA MONSALVE; MARÍA CARMEN HERNANDO DE LOS MOZOS; ANA ISABEL ALGUACIL PAU

 HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Identificador: 453

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La evaluación sistemática de la experiencia del paciente es una prioridad creciente y en línea con las estrategias de humanización y mejora continua de la calidad asistencial. En este contexto, se ha desarrollado e implementado durante 2024 en nuestro centro un sistema digital y automatizado de recogida de opinión de pacientes y familiares, utilizando la herramienta corporativa Microsoft Forms y adaptado del modelo “Family and Friends Test” del NHS británico

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es implementar un sistema automatizado de encuestas de experiencia de pacientes y familiares en el centro y analizar los resultados usando técnicas de inteligencia artificial.

De forma secundaria pretendemos evaluar la viabilidad técnica y organizativa del sistema de envío y recogida de encuestas, perfeccionar el sistema asistido de análisis cualitativo de las respuestas abiertas mediante IA para identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora y proponer acciones concretas orientadas a la mejora de la experiencia del paciente.

Para ello se diseñó una encuesta con tres preguntas: recomendación del servicio (NPS), motivo de la puntuación y sugerencias de mejora. El envío se realiza automáticamente por SMS, vinculado a eventos clínicos registrados en la historia clínica electrónica (alta hospitalaria o cierre de cita). Desde agosto de 2024 hasta mayo de 2025 se han recogido más de 6.000 respuestas en el servicio pilotado. El análisis de las preguntas abiertas se realiza mediante un modelo institucional de análisis cualitativo asistido por IA, que incluye codificación temática, análisis de sentimientos y detección de patrones emergentes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema ha demostrado alta aceptación y operatividad, con una tasa de respuesta significativa. El análisis cualitativo ha identificado:

- **Fortalezas:** trato humano y empático, profesionalidad del equipo, acompañamiento emocional y claridad en la información.
- **Debilidades:** tiempos de espera prolongados, falta de continuidad asistencial, deficiencias en infraestructura y coordinación interservicios.
- **Emociones dominantes:** gratitud, confianza y alivio, junto con frustración y agotamiento en contextos de espera o desorganización.
- **Sugerencias frecuentes:** mejora de la accesibilidad telefónica, digitalización de la gestión de citas, reformas estructurales y refuerzo de personal.

El sistema permite generar informes automáticos y exportar los datos para análisis detallados, accesibles a los responsables clínicos y de calidad y sin costes añadidos.

CONCLUSIONES

La implementación de este sistema ha permitido integrar la voz del paciente en tiempo real en los procesos de mejora del centro. El uso de inteligencia artificial para el análisis cualitativo ha facilitado una comprensión profunda de la experiencia del paciente, permitiendo priorizar acciones de forma rápida y ágil. Este modelo es escalable y transferible a otros servicios y centros, evitando costes añadidos contribuyendo así a una atención más eficiente y centrada en la persona.

LA ESCUELA DE PRÓTESIS: UNA EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE ORIENTADA A LA CALIDAD ASISTENCIAL

 MARIA LUNA RAMIREZ; JUDITH ALFONSO PARDO; MIRIAM GONZALEZ GUERRERO; INMACULADA MOLERO MERINO; CARMEN DE LA FUENTE MARTÍN

 HOSPITAL UNIVERISTARIO FUNDACIÓN ALCORCON

Identificador: 454

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades articulares degenerativas, como la artrosis, han incrementado significativamente las cirugías de prótesis de rodilla y cadera.

Durante este proceso, pacientes y familiares enfrentan desconocimiento, miedo, ansiedad e incertidumbre, factores que pueden afectar negativamente la recuperación.

Ante esta necesidad, se crea la “Escuela de Prótesis”, un espacio donde pacientes y acompañantes reciben información clara del proceso quirúrgico, fomentando su participación activa y una recuperación más segura y eficaz.

OBJETIVOS

Divulgar la experiencia de la Escuela de Prótesis para pacientes con Prótesis de Rodilla y Cadera, realizada en nuestro hospital, como una iniciativa innovadora de educación sanitaria preoperatoria.

METODOLOGÍA

La Escuela comenzó en el primer semestre de 2023, con el objetivo de proporcionar información accesible a pacientes y familiares sobre el proceso quirúrgico de implantación de prótesis.

Las sesiones se realizan mensualmente en aulas del hospital, en horario de tarde, salvo en mayo, junio y septiembre, en horario de mañana.

El equipo docente es multidisciplinar, formado por enfermeras de Hospitalización de Traumatología y fisioterapeutas de Rehabilitación. Las sesiones de 90 minutos combinan teoría y práctica, abordando: informando del proceso quirúrgico, cuidados pre y postoperatorios, preparación física y emocional, rehabilitación, recomendaciones al alta y resolución de dudas.

En 2023, la captación de pacientes se realizó mediante lista quirúrgica y contacto telefónico. En diciembre se implementó una agenda específica de citación. Desde 2024, el proceso se automatizó: el traumatólogo, al incluir al paciente en lista de espera, marca la opción “Escuela de Prótesis”, activando automáticamente la cita vía SMS, recomendando acudir acompañado.

Además, la TCAE de la consulta de Traumatología entrega un folleto informativo. Al finalizar cada sesión, se entrega una encuesta de satisfacción y un tríptico resumen con los puntos clave tratados.

RESULTADOS

La participación aumentó de 29 pacientes en 2023 a 159 en 2024, y 129 en lo que va de 2025.

La satisfacción, evaluada mediante encuestas, alcanzó una puntuación de 9,6 sobre 10, destacando la utilidad de la información, la calidad docente y la atención del personal.

También, se mejoró la coordinación entre profesionales (enfermeras, TCAE, fisioterapeutas y traumatólogos), favoreciendo una atención más integrada y eficiente.

CONCLUSIONES

La Escuela de Prótesis es una herramienta educativa eficaz que mejora el conocimiento del paciente, fomenta su participación activa en su recuperación.

Favorece la relación entre profesionales y pacientes, creando un espacio de comunicación cercana y resolutive.

El alto grado de satisfacción del paciente y colaboración refleja su impacto positivo en la experiencia quirúrgica, contribuyendo al empoderamiento del paciente y a una recuperación más informada y segura.

COMPETENCIAS EN CALIDAD ASISTENCIAL. PROYECTO GOTA: GESTIÓN, ORGANIZACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y APORTACIÓN DE VALOR

 Ana Sedano Martínez; Laura Paulo Dinares; Paula Bové Segura; Angel Vidal Milla

 Unió Consorci Formació

Identificador: 455

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial se concibe como un proceso fluido y esencial, comparable al agua (H₂O), para humanizar y transformar las organizaciones. Este enfoque se centra en cuatro ámbitos clave: Gestión, Organización, Transformación y Aportación de Valor (GOTA). En colaboración con la SCQA, hemos diseñado una oferta formativa actual, innovadora, basada en metodologías activas y participativas, que responde a las necesidades de profesionales y organizaciones. Además, la evaluación cualitativa que es fundamental para medir la calidad y satisfacción. Dirigido a líderes de proyectos de calidad, mandos intermedios y miembros de comisiones de calidad y seguridad, con el objetivo de avanzar hacia un sistema sanitario más humano, seguro y transformador.

OBJETIVOS

Promover una cultura de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

Fomentar el conocimiento, la comprensión y el compromiso con la calidad.

Implementar una dinámica participativa que permita obtener valoraciones precisas.

METODOLOGÍA

Se diseña el programa pensando no solo en transmitir conocimientos, sino en promover la reflexión crítica, facilitar el intercambio de experiencias y que cada participante se convierta en un agente de cambio en su entorno profesional. 7 sesiones presenciales de 5 horas, abordando los contenidos con un enfoque participativo: debates, mesas redondas, análisis de casos y dinámicas colaborativas. El programa destaca por un modelo innovador de evaluación final inspirado en plataformas de contenido audiovisual, favoreciendo la retroalimentación. La dinámica se realiza en grupos de 5 personas. Cada grupo recibe una hoja DIN-A3 con una imagen de la persona coordinadora de la sesión, título, fecha y resumen. Se puntúa la sesión con 1 a 5 estrellas, se escribe una reseña breve y se indica si la sesión se recomendaría o no. Del debate grupal y de la puesta en común de las valoraciones y reseñas de los grupos, se extraen todas las opiniones. Este proceso genera un espacio de diálogo enriquecedor, poniendo en valor fortalezas del programa e identificando oportunidades de mejora.

RESULTADOS

La acogida del programa ha sido excelente y se ha tenido que realizar varias ediciones por sesión, alcanzando un total de 53 participantes. Desafíos futuros: Ampliar el alcance a más profesionales e instituciones. Mantener actualizados los contenidos y metodologías según las nuevas tendencias en calidad y seguridad. Asegurar la transferencia del conocimiento adquirido a la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Este programa ha transformado la forma de entender y vivir la calidad asistencial. Ha creado un espacio donde los profesionales han podido compartir, aprender y convertirse en motores de cambio. La evaluación participativa no solo mejora la calidad del programa, sino que estimula la innovación y la mejora continua. Consolidar este modelo, mantenerlo actualizado y hacerlo accesible a más profesionales es ahora el gran reto.

CALCULO DEL ERROR MÁXIMO PERMITIDO (EMP) EN PIPETAS DE LABORATORIO

 MERCEDES SANCHEZ BENAVENTE; FERNANDO BEDOYA GARCIA; MARIA LOURDES MORCILLO PAREJO; MARIA DEL CARMEN LORENZO LOZANO; MARIA VICTORIA DEL TESO CAÑIBANO; JOSE ALBERTO SANCHEZ MANZANERO ESQUINAS

 GAE TOLEDO. HUT

Identificador: 456

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Justificación: Las pipetas automáticas que utilizamos en los laboratorios para dispensar líquidos deben estar correctamente calibradas, especialmente cuando esos volúmenes pueden influir en la calidad de los resultados. Según las normas ISO 15189 e ISO 9001, es fundamental contar con un plan que garantice que estos equipos sean revisados periódicamente y cumplan con los requisitos mínimos para su uso.

OBJETIVOS

Determinar el error máximo permitido (EMP) y establecer los requisitos mínimos de cumplimiento para las pipetas automáticas, asegurando así la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos con ellas.

METODOLOGÍA

En nuestro laboratorio se verifican las pipetas al menos una vez al año o siempre que exista sospecha de un funcionamiento incorrecto. En dicha verificación se establece la relación entre los valores de una magnitud indicados por las pipetas y los valores correspondientes medidos con patrones. El laboratorio recibe un informe con los resultados de la verificación, que incluye, entre otros datos, el error sistemático y la incertidumbre. Para calcular el error máximo permitido, se suma el porcentaje de error sistemático más el porcentaje de incertidumbre, pero como los datos de la incertidumbre se informan en μl , se utiliza la siguiente fórmula para convertirlos a porcentaje: $(\text{error sistemático en } \mu\text{l} \times 100) / \text{valor nominal (volumen máximo de la pipeta)}$ Las pipetas se clasifican en tres grupos, diferenciados por pegatinas de color, según el resultado del EMP:

- **grupo A** (verde): $\text{EMP} \leq 1$: Usadas para mediciones que pueden afectar el valor de una magnitud de un patrón/calibrador o procesos de calibración, como la reconstitución de un calibrador liofilizado.
- **grupo B** (amarillo): $\text{EMP} \leq 2$: Usadas para mediciones que pueden afectar el valor de una magnitud de un material de control o procesos de control/verificación, como la reconstitución de un control liofilizado.
- **grupo C** (rojo): $\text{EMP} \leq 3$: Usadas para mediciones que afectan el valor de una magnitud de una muestra, como procedimientos de medida manuales o diluciones para reprocesos.

RESULTADOS

Tras el cálculo del EMP en el año 2023 resultaron:

63 (73.25%) tipo A verde

21 (24.41%) tipo B amarillo

2 (2.32%) tipo C rojo.

En el año 2024 resultaron:

56 (88.9%) tipo A verde

7 (11.1%) tipo B

0 tipo C rojo

Los resultados obtenidos nos ayudaron a ir reduciendo el uso de las pipetas obsoletas clasificadas en los grupos B y C mostrando una mejoría notable en la proporción de pipetas clasificadas en el grupo A entre los años analizados.

CONCLUSIONES

El cálculo del EMP y la asignación del uso de las pipetas automáticas según su clasificación nos permite obtener evidencia objetiva de que, al utilizar estos instrumentos para dispensar volúmenes, no se cometen errores inadmisibles, es decir, errores superiores al límite establecido por el EMP.

IMPLEMENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DÍA.

 CARMEN GONZÁLEZ MORENO; JUAN MIGUEL MONTEERRUBIO ESQUIVEL; JAVIER FERNANDEZ GONZALEZ; SONIA MEDA ALVAREZ; ANA SORIA VERDUGO; ANGELES NAVASQUILLO LORDA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Identificador: 457

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La nota de enfermería es la herramienta práctica que expresa de forma escrita el acto de cuidar; se define como la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos tanto personales como familiares que se refieren a un paciente; razón por la cual se concibe como el registro escrito del acto de cuidado en el expediente clínico”.

Hasta finales de septiembre del 2024, se utilizaba la nota de enfermería para registrar los procedimientos realizados a los pacientes en Hospital de Día (HdD). En esta nota se registraba información muy diversa en texto libre y sin estructura definida. Así era como se reflejaban datos como: realización de analítica, tipo de tratamiento que se administraba, peculiaridades de éste, vía de administración, incidencias durante la administración, toma de constantes; además, de toda la información que el profesional consideraba relevante dejar reflejado para posterior evaluación.

OBJETIVOS

- Crear un formulario de enfermería de fácil cumplimentación, que tenga en cuenta todas las actividades que se realizan en HdD.
- Unificar criterios de registro de las actividades de enfermería realizadas en HdD.
- Explotar informáticamente las tareas realizadas en HdD.

METODOLOGÍA

La Historia Clínica Electrónica nos ha permitido la normalización de los registros de enfermería en el HdD y a la vez la simplificación de la labor de recogida de datos a enfermería, mediante la creación de un FORMULARIO donde se han estructurado, definido y agrupado los datos que se reflejaban en esta nota según los indicadores necesarios.

RESULTADOS

Este formulario se pone en marcha en octubre de 2024. Se explotan informáticamente los resultados desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de marzo de 2025, algunos de estos resultados son:

- Accesos venosos: se han canalizado 4231 vías periféricas, 2304 reservorios, 115 catéteres PICC y 20 catéteres tipo Hickman.
- Se han administrado 6583 tratamientos antineoplásicos: 3229 quimioterápicos, 2345 anticuerpos monoclonales y 1008 inmunoterapias oncológicas. De ellos, 1523 en forma de administración subcutánea.

CONCLUSIONES

Al estandarizar los indicadores integrados en el formulario, los datos que se registran se pueden explotar informáticamente para posteriores estudios e investigaciones. Estos datos se muestran de una forma muy visual y son fáciles de localizar para cualquier profesional.

El formulario ha tenido una acogida excelente por parte de los profesionales y se ha erigido como una herramienta de ayuda para los enfermeros de nueva incorporación.

CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA TRANSICIÓN ASISTENCIAL

😊 aintzane perez urkia ⁽¹⁾; MARIA ARANZAZU URRUZOLA LIZARRIBAR ⁽²⁾; MARIA REMEDIOS VEGA IÑIGO ⁽³⁾; MOISES DAVID ESPEJO MAMBIE ⁽⁴⁾; MARIA AMPARO ASENJO MARTIN ⁽⁵⁾; YSABEL MUÑOZ GAMBOA ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ Clínica Asunción; ⁽²⁾ ESI TOLOSALDEA - OSAKIDETZA; ⁽³⁾ ESI TOLOSALDEA - OSAKIDETZA; ⁽⁴⁾ CLÍNICA ASUNCION; ⁽⁵⁾ ESI TOLOSALDEA OSAKIDETZA; ⁽⁶⁾ CLINICA ASUNCION

Identificador: 458

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La conciliación de la medicación es un proceso esencial que involucra a todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial y requiere coordinación entre niveles para evitar errores, duplicidades o confusión en el tratamiento. La calidad de la asistencia sanitaria va unida a la perspectiva del paciente y concretamente desde el “valor”⁽¹⁾ En el paradigma de la calidad, la definición del valor la hace el receptor del servicio. La idea de valor va implícita a hablar de seguridad o efectividad, siendo el primer pilar de la calidad la seguridad del paciente.

Enfermería, tanto hospitalaria como en Atención Primaria, juega un papel clave en la verificación, resolución de dudas y continuidad del tratamiento.

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia del paciente respecto a la conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria.

Visibilizar la función de enfermería hospitalaria como garante de calidad y seguridad en la transición del tratamiento farmacológico.

Identificar áreas de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales.

METODOLOGÍA

Estudio transversal en 45 pacientes dados de alta hospitalaria en la Clínica La Asunción, con índice predictivo $>6,2$ (indicador de riesgo clínico elevado). Se utilizó el cuestionario IEXPAC3 (11+4) versión telefónica, validado en castellano, que evalúa la experiencia de personas con enfermedades crónicas.

Esta evaluación incluye tres dimensiones:

1. Interacción con profesionales.
2. Relación con el sistema sanitario.
3. Autocuidado promovido.

Desde el área hospitalaria, se implementó un procedimiento sistematizado de conciliación de la medicación al alta, liderado por Enfermera de Enlace Hospitalario, en colaboración con el equipo médico y farmacéutico. Se garantizó la entrega de información clara, la revisión del tratamiento previo y nuevo, y la coordinación con Atención Primaria.

RESULTADOS

Edad media: 77,8 años. Media de fármacos: 14,87.

Puntuación media IEXPAC: $5,83 \pm 2,12$

“Se aseguran de que tomo bien la medicación”: 8,94

“Me atienden bien en el domicilio tras el alta”: 9,13

Coordinación entre profesionales: 7,5

Baja valoración en acceso a recursos sociales y uso de TIC.

Desde el ámbito hospitalario, los resultados muestran que la intervención estructurada mejora la percepción del paciente respecto a la seguridad del tratamiento.

La enfermería hospitalaria fue clave en:

- Revisar y comparar la medicación previa y la prescrita al alta.
- Detectar interacciones o duplicidades.
- Informar y educar al paciente y su familia.
- Comunicar al primer nivel asistencial la información clínica relevante.

CONCLUSIONES

Una transición efectiva requiere de trabajo en equipo y procedimientos estandarizados entre niveles asistenciales.

Los resultados reflejan que el paciente percibe mayor seguridad cuando se siente acompañado, informado y comprendido, lo que refuerza la necesidad de reforzar la figura de enfermería como garante de calidad en el proceso de alta hospitalaria.

¿TENEMOS TODO LO NECESARIO PARA LA CIRUGÍA? ESTANDARIZACIÓN COMO CLAVE DE CALIDAD

 *Susana Moreno Martin; Ana Celia Sánchez Ibáñez; María Massó Santiago; María de los Ángeles Díez del Corral Navío; Pablo Fernández Nogales; Mireia Martín Ramos*

 *Centro sanitario*

Identificador: 459

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La preparación adecuada del material quirúrgico es clave para garantizar la seguridad y calidad del acto quirúrgico. Sin embargo, se ha evidenciado que dotar a cada quirófano con el instrumental necesario representa un reto constante debido a la variabilidad según especialidad y tipo de intervención. Esta situación genera incidencias que afectan tanto al bloque quirúrgico como a la Central de Esterilización, dificultando la eficiencia de los procesos y comprometiendo la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal:

- Estandarizar las necesidades de instrumental quirúrgico según especialidad y tipo de intervención.

Objetivos específicos:

- Disminuir la variabilidad en la dotación instrumental.
- Fomentar la calidad y seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico.
- Mejorar la comunicación entre Quirófano y Central de Esterilización.
- Facilitar la incorporación de nuevo personal mediante protocolos claros y uniformes.

METODOLOGÍA

El proyecto surgió en la Central de Esterilización del hospital tras detectar múltiples incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico. En una primera fase, se elaboraron tablas informatizadas por especialidad quirúrgica, detallando los instrumentos requeridos por tipo de intervención.

Para ello, se realizó una revisión sistemática de 301 intervenciones de las siguientes especialidades: cirugía general y digestivo, urología, ginecología, cirugía ortopédica y traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía oral y maxilofacial, cirugía plástica, cirugía vascular y dermatología. En la segunda fase, el personal de quirófano participó en la revisión de dichas tablas, aportando sugerencias que permitieron alcanzar un consenso interdisciplinario. Finalizada esta etapa, el proyecto fue implementado en el bloque quirúrgico y remitido a la Unidad de Calidad. Actualmente, se encuentra aprobado y a la espera de su publicación oficial como protocolo institucional.

RESULTADOS

El proyecto ha completado todas sus fases previstas. La colaboración entre quirófano y esterilización ha permitido mejorar la coordinación y reducir las incidencias vinculadas a la dotación instrumental. Desde su puesta en marcha, se ha observado mayor homogeneidad en los procesos, optimización del tiempo quirúrgico y una mejor integración del nuevo personal, gracias a pautas claras y estandarizadas. El proyecto, validado por la Unidad de Calidad, está listo para su publicación como modelo de referencia en el centro.

CONCLUSIONES

La estandarización del instrumental quirúrgico es una herramienta clave para fortalecer la calidad asistencial. Este proyecto ha generado un entorno más seguro, organizado y eficiente, favoreciendo la eficacia de los procedimientos quirúrgicos. Su implementación mejora la logística entre servicios y aporta beneficios directos a la seguridad y bienestar del paciente. Los resultados ya evidencian mejoras sustanciales en la práctica diaria, consolidando el valor de esta iniciativa a largo plazo.

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PROA

 **SERGIO POLITE DELFA;** Amaya Alonso Bernal; Ana Carina Silva Klug; Natalia García Fernández; Maria del Carmen Martos Jimenez; Yanina Lujan Feldman Gossler

 Hospital Quirónsalud Málaga

Identificador: 460

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La actual complejidad en el manejo de las enfermedades infecciosas y el aumento de la resistencia antimicrobiana, hace imprescindible el establecimiento de programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) en los centros sanitarios. Por ello, en noviembre de 2023, este hospital de nivel III constituyó formalmente el Grupo PROA e inició la implantación del programa en el centro. Transcurrido poco más de un año de este inicio, se hace necesario evaluar su implementación y analizar la eficacia de las acciones desarrolladas.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de la implantación del programa PROA en un centro hospitalario de nivel III.

METODOLOGÍA

Para evaluar los resultados se utilizan indicadores de estructura, proceso y resultado del Programa PROA. Se realiza una valoración cuanti-cualitativa de su resultado en común por parte del equipo PROA.

RESULTADOS

Estructura:

- Se cuenta con un Grupo PROA formalmente constituido, que incluye profesionales multidisciplinares (especialista en enfermedades infecciosas, especialista en microbiología, farmacéutico hospitalario, enfermera especialista en medicina preventiva, profesional especialista en calidad asistencial).
- La provisión de estos recursos humanos al PROA supera los 1,25 ETC.
- Se han realizado 47 reuniones del Grupo PROA (nov.23 a may.25). Levantando acta de ellas y todas con asistencia superior al 75% del equipo PROA.

Proceso:

- Se han realizado 23 asesorías de prescripción de antimicrobianos y 7 de profilaxis prequirúrgica. Además de resolver 147 interconsultas clínicas y 22 valoraciones microbiológicas (nov.23 a may.25).
- Se han elaborado, difundido e implantado 4 procedimientos de trabajo.
- Se han identificado, analizado y trabajado con 17 antimicrobianos vigilados prescritos.
- Se ha elaborado y analizado un mapa de sensibilidades (antibiograma agregado) del centro.
- Se han revisado y analizado 324 prescripciones de tratamiento antibiótico como profilaxis quirúrgica.

Resultado:

- Se ha analizado el consumo de antimicrobianos por estancia.
- Se han detectado 151 pacientes que presentaron gérmenes multirresistentes (GMR) durante su ingreso en el centro.

CONCLUSIONES

La implantación del Programa PROA ha supuesto un cambio en la cultura de calidad y seguridad en el centro hospitalario ya que se evidencia que los profesionales del centro conocen el Grupo PROA y han requerido su colaboración y apoyo de forma creciente a lo largo de estos primeros meses de implantación.

Se han elaborado e implantado procedimientos y unificado aspectos de la práctica médica, reduciendo variabilidad en la atención a los pacientes.

Gracias al desarrollo de indicadores de consumo de antimicrobianos se han identificado aquellos que tienen un consumo considerado elevado y se dispone de la información de los clínicos que las prescriben, pudiendo darles soporte.

Por estas razones se concluye que la implantación del Programa ha sido beneficiosa y adecuada.

TRATAMIENTO CON ROMOSUZUMAB: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN SALUD EN VIDA REAL

 Marta Turu Pedrola ⁽¹⁾; Dídac Llop Paredes ⁽²⁾; Sílvia Paredes González-Albo ⁽³⁾; Carles Llop Margalef ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Regió Sanitaria Camp de Tarragona, Servei Català de la Salut (CatSalut); ⁽²⁾ Imperial College of London; ⁽³⁾ Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Identificador: 461

Tipo de comunicació: Comunicació Oral Larga

Área temática: Gestió de la qualitat assistencial

JUSTIFICACIÓ

La osteoporosis (OP) es una enfermedad ósea caracterizada por una pérdida de masa ósea y un deterioro de la calidad de los huesos que conlleva una mayor fragilidad ósea y un mayor riesgo de fractura. El objetivo principal del tratamiento de la OP es prevenir las fracturas y deformidades óseas. El tratamiento farmacológico de la OP ha consistido, tradicionalmente, en fármacos antiresorptivos y osteoformadores.

La innovación farmacológica reciente ha comportado la aparición de nuevos fármacos, uno de ellos el romosozumab, con mecanismo dual novedoso. La evaluación de la efectividad de los fármacos en vida real es fundamental para optimizar su uso y mejorar los resultados en la población.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la utilización de romosozumab en una CCAA y comparar los resultados en salud (fracturas) en vida real respecto a los obtenidos en los ensayos clínicos. Evaluar determinantes de su eficacia en esta población.

Estudio caso-control anidado; multiámbito, multicéntrico y multidisciplinar

Ámbito y periodo de estudio: CCAA con más de 7 millones de habitantes. Se seleccionan pacientes tratados con romosozumab entre septiembre 2022 (fecha comercialización) y diciembre 2024. Cohorte dividida en dos grupos: pacientes con nuevas fracturas tras inicio de tratamiento y aquellos que no las presentaron.

Fuente de datos: características demográficas y antecedentes de fracturas obtenidas del conjunto mínimo básico de datos (altas hospitalarias, urgencias, atención primaria y atención hospitalaria ambulatoria).

Variables estudiadas: edad, género, tratamiento farmacológico previo, incidencia fracturas, localización

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado, fueron tratados 945 pacientes.

Nuestra cohorte difiere sustancialmente de la población de los ensayos pivotaes disponibles hasta la fecha. Los rangos de edad en vida real fueron mucho más amplios, con presencia de hombres y con incidencia de nuevas fracturas en términos más parecidos al estudio FRAME que al estudio ARCH.

El número de pacientes con fractura tras tratamiento con romosozumab fue de 56, mientras que en 890 pacientes no se observó ninguna fractura posterior. Al comparar características demográficas (edad, sexo) y clínicas (tipo de tratamiento anterior; existencia de fracturas previas y localización) entre pacientes fracturados tras romosozumab y los que no, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Los pacientes en vida real difieren de la población de los ensayos pivotaes en cuanto a características y resultados.

En vida real, no se observaron diferencias significativas entre los pacientes que se fracturan post-tratamiento y los que no se fracturaron, sugiriendo que la eficacia antifractura no está condicionada por estos factores.

Deberían estudiarse estos determinantes evaluados con mayor población, e incorporar otros posibles factores relevantes en la respuesta del fármaco (DMO, comorbilidades, cumplimiento...) para posicionar romosozumab en las situaciones que mayor beneficio pueda proporcionar.

TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES OROFACIALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PARA FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA

 Verónica Gracia García-Uceda; GEMA FLORES SÁNCHEZ

 Hospital de Getafe

Identificador: 462

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Desde el Servicio de “Ginecología y Obstetricia” del hospital de Getafe, y en concreto desde la Consulta de “Apoyo al Alta del Recién Nacido” se ha realizado una gran labor asistencial y educativa encaminada a lograr los objetivos marcados. En ocasiones, desde dicha consulta o en los primeros días de vida del recién nacido, se detectan perturbaciones del patrón succión-deglución-respiración causadas por disfunciones orofaciales, es decir, presentan conductas o movimientos orales atípicos durante la toma que le dificultan o imposibilitan un amamantamiento eficaz. Estas conductas suelen aparecer, entre otros, en prematuros, recién nacidos que han sufrido un trauma durante el parto, o con mucha hipotonía, entre otros. Esta succión inadecuada se transforma rápidamente en hábitos difíciles de corregir; aunque posibles de ser revertidos si las dificultades se detectan en el periodo neonatal, y así evitar el abandono de la lactancia con el consiguiente perjuicio para la salud de la díada madre-hijo. El “Proyecto De Disfunciones Orofaciales Y Craneocervicales del Recién Nacido En Lactancia” propone un enfoque interdisciplinar.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Tratar y reconocer a todos los recién nacidos con problemas de lactancia.

Ayudar con logopedia y fisioterapia en los primeros días el abandono de la lactancia materna.

Seguimiento del proceso y evitar complicaciones.

Promoción de la lactancia materna abordando las alteraciones del patrón succión-deglución-respiración causadas por disfunciones orofaciales que dificultan o imposibilitan un amamantamiento eficaz y que en la mayoría de los casos desembocan en un abandono de la lactancia con el consiguiente perjuicio para la salud de la díada madre-hijo

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Repercute positivamente sobre la salud del recién nacido con dificultad para la lactancia materna y su madre. Existe suficiente evidencia científica sobre los beneficios que tiene la lactancia materna sobre la salud y el correcto desarrollo del recién nacido.

En el caso de las disfunciones orofaciales el abandono de la lactancia materna es una de las consecuencias más directas pero no la única, ya que estas disfunciones pueden expresarse externamente en el futuro con patologías como pueden ser tortícolis congénitas y/o plagiocefalias. Reduce costes sanitarios: Corrigiendo el problema desde el nacimiento de forma precoz. Mejora la comunicación entre Servicios y fomenta el trabajo en equipo. Este proyecto propone un enfoque interdisciplinar, en el que participan profesionales del Área Materno-Infantil y de Rehabilitación.

El trabajo en equipo repercute positivamente en las familias y en los propios profesionales. Además, se evitan las derivaciones tardías de patología ya instaurada o futuras complicaciones, desde los Servicios de Atención Primaria. Además, promueve un campo de aplicación de la Rehabilitación, más concretamente de la Fisioterapia y Logopedia, poco conocido, pero con grandes beneficios para la población.

COORDINACIÓN ENTRE REHABILITACIÓN Y UCI Y UNIDAD DE GRANDES QUEMADOS

 Verónica Gracia García-Uceda; Gema Flores Sánchez

 Hospital de Getafe

Identificador: 463

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Nueva coordinación del equipo de rehabilitación con especialistas en las distintas unidades de estancia en el hospital.

Hasta ahora en el Hospital de Getafe no había una coordinación de los profesionales que atendían al paciente. De tal manera que funcionabamos como un equipo multidisciplinar y no interdisciplinar.

Implantamos un único profesional o profesionales en diversas unidades, de tal manera que formásemos equipos integrados con las unidades.

Con ello hemos mejorado nuestra participación en los equipos, integrándonos en ellos, formando parte de ellos con colaboración estrecha y con una repercusión en la calidad aportada en la atención integral del paciente.

Hemos empezado por unidades como UCI y grandes quemados, seguidos de neumología y cardiología, con la idea de extenderlo y hacerlo en todos los servicios del hospital mejorando la atención del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejora en la coordinación y con ello, la comunicación entre servicios de rehabilitación y grandes quemados que tiene un impacto directo sobre la atención al enfermo en UCI y grandes quemados:

- **Fisioterapia:** fisioterapia respiratoria precoz, mejora la movilidad, fuerza muscular, control postural, flexibilidad y coordinación a través de ejercicios terapéuticos y técnicas específicas
- **Logopedia:** para abordar problemas relacionados con la vía aérea artificial (intubación oro-traqueal prolongada, traqueotomías), así como problemas relacionados con la deglución y el lenguaje, especialmente en enfermos neurocríticos ("código ictus").
- **Terapia ocupacional:** manejo postural, realización de férulas/órtesis, y ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con la nueva formación de los equipos, el paciente tiene un inicio precoz del tratamiento rehabilitador, que nos permite acortar tiempos de estancia en UCI, evitar secuelas, complicaciones y posibles síndromes post-UCI, extensibles al resto de unidades o equipos del hospital.

Mejoría en la comunicación interdisciplinar.

Atención integral del paciente (nuevas incorporaciones de profesionales).

Feedback de los profesionales.

Mejorar eficiencia y efectividad de las actuaciones profesionales y asistenciales, con una mejora en todas las actividades de rehabilitación y cuidados intensivos, llevados a cabo en estas unidades.

Con este proyecto, además, intentamos que reducir la estancia en UCI-UGQ de nuestros pacientes, y las secuelas funcionales del síndrome post-UCI.

Extensible al resto de servicios del hospital para hacer una mejora en la atención integral del paciente hospitalizado.

GESTIÓN CON IMPACTO: INTEGRACIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO PROFESIONAL Y PROCESOS

VERÓNICA ORTIZ DÍAZ; RUBÉN MARÍN SÁNCHEZ; MIGUEL ANGEL SERRANO RODRIGUEZ; SILVIA GÓMEZ FERNÁNDEZ; DAVID SER-
NA GARCÍA; OSCAR HERRÁEZ CARRERA


SERVICIOS CENTRALES SESCOAM

Identificador: 464

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Desde el Plan Regional de Calidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), se busca a través de la implicación de los profesionales de nuestra organización, y su formación teórico-práctica, trabajar a nivel regional en proyectos que ayuden a la mejora de la calidad asistencial en nuestra organización. Con ello, se busca crear una red de mejora y colaboración dentro de los profesionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Favorecer la formación, coordinación y puesta en práctica de proyectos de mejora que ayuden a impulsar a la organización en la práctica clínica y de gestión.

- Vincular a la bolsa de mentores a profesionales interesados en la mejora continua de la organización.
- Garantizar la adquisición de competencias teórico-práctica de los miembros.
- Coordinar proyectos de mejora a nivel central, que permitan poner en práctica la formación teórica de una forma adecuada.

Metodología y desarrollo:

Desde la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora (CRGCM) de la organización, se ha trabajado por:

- Gestionar la convocatoria de la Bolsa de Talento de Mentores (BTM)
- Diseñar un programa formativo teórico-práctico para los mentores
- Impartir formación teórica que garantice respuesta a las necesidades competenciales
- Dotar de herramientas y apoyo a los mentores en el desarrollo práctico de proyectos de mejora regionales

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La convocatoria de la BTM se realizó en 2023, contando con 70 profesionales implicados. Se ha diseñado un programa formativo de 4 cursos, enfocados al diseño de procesos, implantación de modelos de gestión, metodología LEAN y gestión de proyectos de mejora.

Desde entonces han completado su formación teórica 17 profesionales, y 9 de ellos han realizado su formación práctica.

Desde la CRGCM durante 2023-2024, se han impartido 14 actividades formativas para cubrir las competencias de los mentores, con un total de 358 horas.

Se ha acompañado, a través de un consultor, a 9 profesionales, en el desarrollo de tres proyectos de mejora en procesos asistenciales; en el ámbito de la gestión regional de vacunas, la continuidad asistencial y la desburocratización de la atención primaria.

CONCLUSIONES

La formación teórico-práctica en la gestión de la mejora, de profesionales de la organización, acompañados y coordinados desde un nivel estratégico, favorecerá a crear redes de profesionales competentes e implicados en la mejora, pudiendo implantar acciones y proyectos que nos ayuden a mejorar la calidad asistencial de nuestro servicio de salud.

ADECUACIÓN DE LA SOLITUD DE PROTEINOGRAMAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO: HACER VS NO HACER.

 Laura Criado Gomez; Santiago Villanueva Curto; María De Belén Pérez Sebastián; Melisa Duque Duniol; Carmelo Tafalla Bordonada; Raquel Fernández García

 Hospital Universitario de Mostoles

Identificador: 465

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El proteinograma es una prueba clave en el diagnóstico de las gammopatías monoclonales. Esta patología tiene una prevalencia baja por debajo de los 50 años, siendo la edad media al diagnóstico de 65 años.

El laboratorio clínico debe ser capaz de intervenir en la solicitud analítica adecuando la demanda tanto por exceso como por defecto. Existe la recomendación de “No hacer proteinograma en pacientes menores de 50 años sin sospecha de gammopatía monoclonal”. Se considera que la gammopatía monoclonal puede ser una entidad infradiagnosticada y cuyas alteraciones analíticas pueden señalar patología.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de nuestro estudio es la adecuación de la solicitud de los proteinogramas en aquellas peticiones ambulatorias que llegan a nuestro laboratorio.

Se analizaron dos tipos de solicitudes:

Solicitudes por exceso (innecesarias): Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Edad < 50 años.

- Motivo de la petición no justificado clínicamente.
- Resultados analíticos dentro de los valores de referencia: calcio, hemoglobina, filtrado glomerular, inmunoglobulinas, proteínas totales y proteínas en orina.

Solicitudes por defecto (que se dieron de alta en el laboratorio): Se consideraron los siguientes criterios: Edad > 45 años y proteínas totales > 8.3 g/dL.

- Proteínas entre 6.5 y 8.4 g/dL y albúmina < 3 g/dL.
- Hipogammaglobulinemia (sospecha de Bence Jones).
- Resultado de inmunoglobulina elevada a expensas de otra.
- Proteínas en orina elevadas en pacientes sin otras justificaciones clínicas (como hipertensión o diabetes).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 8 meses de intervenciones, desde octubre de 2024 hasta mayo de 2025.

Solicitudes por exceso: Se solicitaron 3390 proteinogramas, de los cuales 635 (18.7%) correspondían a menores de 50 años. De estos, 108 no cumplieron los criterios establecidos y no se realizaron. Del resto: 486 fueron normales, 7 dudosos (recomendando repetir pasados 12 meses), 9 patológicos de novo, y 25 solicitudes de pacientes en seguimiento. Ninguno de los casos patológicos correspondió a pacientes menores de 40 años.

Solicitudes por defecto: Se realizaron 95 proteinogramas no solicitados por el clínico, pero que cumplían alguno de los criterios mencionados. De estos, 18 fueron patológicos: 5 estaban en seguimiento en otros hospitales, 8 estaban en tratamiento activo, 3 fueron diagnosticados con gammopatía monoclonal de significado incierto, y 2 en estudio.

El laboratorio es clave en el diagnóstico de esta patología, puesto que es capaz de detectar precozmente pacientes en estadios precoces, repercutiendo en una mejora de la actividad asistencial empleando para ello una estrategia coste efectiva.

Por otro lado, se adoptará la estrategia no hacer en menores de 40 años, ya que nuestros datos muestran que ese rango de edad junto los factores estudiados nos llevan a una estrategia de mayor sensibilidad, y entre 40- 50 años se pueden perder casos.

HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD: EVALUACIÓN ESTRUCTURADA DE LA INFORMACIÓN PARA PACIENTES

 ANA ISABEL ALGUACIL PAU; RAQUEL VALERA MONSALVE; MARIA CARMEN HERNANDO DE LOS MOZOS

 HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Identificador: 466

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El derecho de los pacientes a recibir información sanitaria clara, veraz y comprensible está recogido en la legislación. Para garantizar este derecho, se han creado Comisiones Técnicas de Valoración de la Información Sanitaria en los centros del Servicio de salud. En nuestro centro, el Comité Técnico de Valoración de Información Sanitaria a Pacientes evalúa la calidad, legibilidad y adecuación de los materiales informativos elaborados por profesionales sanitarios, ya sean escritos o audiovisuales, destinados a pacientes y familiares

OBJETIVOS

El objetivo es asegurar que la información sanitaria difundida cumpla criterios de calidad técnica, claridad, utilidad y adecuación al perfil del paciente.

METODOLOGÍA

Para ello se crea el Comité integrado por representantes de Calidad, Admisión, Medicina Preventiva, Atención al Paciente, Enfermería de Enlace y pacientes.

El proceso de evaluación se basa en un procedimiento normalizado que incluye:

- Revisión formal y técnica de los documentos
- Evaluación colegiada según criterios de veracidad, claridad, accesibilidad, lenguaje inclusivo y evidencia científica (alineados con OMS, NICE y GRADE)
- Aplicación de la escala INFLESZ para valorar la legibilidad
- Uso de plantillas estructuradas y recomendaciones específicas para materiales escritos y audiovisuales
- Validación por parte de asociaciones de pacientes y revisión de accesibilidad digital.

Además se ha desarrollado un procedimiento específico para pacientes oncológicos, con contenidos validados por comités multidisciplinarios de tumores y publicados en la web, organizados por tipo de cáncer

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su puesta en marcha en 2017, el Comité ha evaluado más de 500 materiales informativos dirigidos a pacientes, con un promedio de 45 documentos/año. Durante 2024, el Comité valoró 44 documentos informativos procedentes de 19 servicios clínicos. El 100% fueron revisados por al menos seis miembros del Comité. Los formatos más frecuentes fueron dípticos (59%) y librillos (20%). En Oncología se elaboraron materiales específicos para tumores sólidos y hematológicos, integrados en un portal web que centraliza la información sobre cáncer, con enlaces a recursos fiables, ensayos clínicos y asociaciones de pacientes.

El uso de plantillas y criterios homogéneos ha mejorado la calidad, claridad y utilidad de los materiales. También se han incorporado recomendaciones específicas para la elaboración de materiales audiovisuales accesibles, validados por pacientes y asociaciones de pacientes.

CONCLUSIONES

La existencia del Comité ha permitido estandarizar y mejorar la calidad de la información sanitaria dirigida a pacientes en nuestro centro. La aplicación de criterios homogéneos para elaborarlos y evaluarlos y el uso de plantillas facilita la comprensión, promueve la autonomía del paciente y refuerza la seguridad clínica. La experiencia en Oncología demuestra la utilidad de integrar la información en plataformas digitales accesibles, con contenidos validados y adaptados a las necesidades reales de los pacientes.

IMPLEMENTACIÓN DEL TELETRABAJO PARA COORDINADORAS DE ENFERMERÍA Y COORDINADORAS TÉCNICAS EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN.

 David Buján Leiva; Luis Barceló Querol; Raquel Crespo Calvo; Jesús Cortés Gracia; Cristina Miró Callís; Sara Vizcaíno González

 Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 467

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El teletrabajo es un modelo laboral que ya se aplica en sectores no sanitarios y su utilización ya es una rutina en los países desarrollados. Fomentar y promocionar este modelo en el sector sanitario, y más en concreto, como opción y herramienta para el rendimiento y la conciliación familiar de la coordinadora de enfermería o técnica, ayuda a la organización hospitalaria y, en este caso, en el área de diagnóstico por la imagen. El trabajo va dirigido a valorar y evaluar la utilidad del teletrabajo y el grado de satisfacción del coordinador que decide realizar esta opción de trabajo. Será beneficioso el teletrabajo para la coordinadora de enfermería y la coordinadora técnica? Será beneficioso para el equipo humano que gestiona? Será beneficioso para el Hospital?

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad del teletrabajo en la coordinadora de enfermería o técnica de diagnóstico por la imagen.

Identificar los beneficios del teletrabajo en la coordinadora de enfermería o técnica, en el equipo humano que gestiona, en la organización hospitalaria y en el paciente.

METODOLOGÍA

El inicio del teletrabajo se ha aplicado a todos los coordinadores de enfermeras, TCAEs y TSID que tenemos en diagnóstico por la imagen. Su aplicación ha sido de 1 día a la semana. Desde la puesta en marcha del teletrabajo en coordinadores de enfermería de diagnóstico por la imagen, 6 de mayo de 2019, se ha solicitado un informe diario con las actividades realizadas. El teletrabajo es una metodología usada para mejorar la conciliación familiar y social del personal y facilitar el entorno laboral a las personas elegidas, con lo que se ha llevado a cabo una encuesta de satisfacción a todo el personal implicado en dónde evalúan del 0 al 10 (siendo 10 la puntuación más positiva) una serie de ítems que reflejen la satisfacción personal del trabajador y la evaluación de la implementación del proyecto de teletrabajo para coordinadoras de enfermería o técnicas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la evaluación mediante encuesta a las coordinadoras que han realizado teletrabajo, han sido muy positivos, obteniendo como nota más baja un 6 sobre 10 en una de las preguntas de la encuesta y en más de un 50% de las preguntas, un 10 como nota máxima. La nota media de las encuestas realizadas ha sido de 9,1 puntos sobre los 10 máximos posibles.

CONCLUSIONES

La incorporación del teletrabajo para coordinadoras de diagnóstico por la imagen, ha sido un éxito en cuanto a resultados, satisfacción de las coordinadoras y modelo de éxito que puede ser referente para otros servicios de diagnóstico por la imagen de otros Hospitales. No ha habido impacto negativo en el equipo de profesionales gestionado por cada coordinadora desde la implementación del teletrabajo ni ha tenido impacto negativo en los pacientes atendidos por los equipos. La adaptación a las nuevas metodologías de trabajo, como es el teletrabajo, también es viable en servicios de diagnóstico por la imagen de nuestro Hospital.

INTEGRACIÓN DE SIFCO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: EFICIENCIA Y SEGURIDAD

 Susana Lorenzo Martínez ⁽¹⁾; Israel Martín Herrera ⁽²⁾; Pilar Sanchez-Pobre Bejarano ⁽³⁾; Ana Chacón García ⁽⁴⁾; M^a Castillo Inmaculada Perez Macho ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ⁽²⁾ SERMAS; ⁽³⁾ Gerencia de Hospitales; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario Clínico San Carlos; ⁽⁵⁾ Servicio Madrileño de Salud

Identificador: 468

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En el marco del Sistema Nacional de Salud, la atención a pacientes derivados entre comunidades autónomas mediante el Fondo de Cohesión se gestiona a través de la aplicación ministerial SIFCOWEB. Esta herramienta, diseñada para registrar los movimientos interterritoriales de pacientes, no estaba integrada en los sistemas clínicos locales de un Servicio regional Salud (SRS), generando duplicidades administrativas, posibles errores de registro y pérdida de trazabilidad. Esta situación impactaba especialmente a los hospitales de alta complejidad con múltiples unidades CSUR.

OBJETIVOS

Integrar la aplicación ministerial SIFCOWEB en la Historia Clínica Electrónica (HCE) para:

- Eliminar duplicidades administrativas y mejorar la eficiencia en la gestión de pacientes derivados mediante el Fondo de Cohesión.
- Incrementar la trazabilidad y la seguridad de los procesos clínico-administrativos relacionados con los pacientes SIFCO.
- Facilitar el seguimiento y la monitorización de la actividad asistencial derivada de la atención a pacientes de otras comunidades autónomas (CCAA).

Optimizar los procesos de codificación, facturación y gestión institucional a nivel del Servicio Madrileño de Salud

METODOLOGÍA

Primero se diseñó un procedimiento operativo por un grupo de trabajo de la Gerencia del SRS con los responsables de digitalización, equipos directivos y servicios de Admisión de hospitales. Una vez validado, se pilotó en un hospital

Periodo: 2023-25

Ámbito: hospital con HCE Selene. Se ha desarrollado un proyecto de integración desde SRS en colaboración con el Ministerio de Sanidad, y el servicio de admisión. Se consensuó un procedimiento operativo que permite incorporar las solicitudes de SIFCO directamente en la HCE, automatizando el flujo de información entre plataformas. Así mismo se diseñaron mejoras específicas en marcado SIFCO y actualización automática en la base de datos regional.

RESULTADOS

El piloto se ha desarrollado durante mayo de 2025. Las solicitudes SIFCO se integran directamente en la HCE, donde son validadas por los profesionales clínicos responsables. Una vez aceptadas, se programan las atenciones, se codifican las actuaciones y se emiten los informes clínicos correspondientes. El proceso vuelca automáticamente en SIFCOWEB. La integración ha reducido la carga administrativa, minimizado errores y mejorado la trazabilidad de la atención. Además, permite una monitorización precisa por parte del SRS y facilita la identificación de pacientes procedentes de otras CCAA, su trazabilidad y la gestión de la facturación asociada. Conclusiones La integración de SIFCOWEB en la HCE constituye un avance relevante en términos de eficiencia, seguridad y trazabilidad clínica. Este modelo de interoperabilidad refuerza la cohesión territorial del SNS y mejora tanto la gestión como la calidad asistencial. Representa un ejemplo de colaboración institucional orientada a resultados y escalable a otros entornos del SNS.

INPATIENT QUALITY INDICATORS (IQI) COMO BRÚJULA ESTRATÉGICA DE VALOR Y MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Kenneth Planas Real; Cristina Berbel Bertolo; Emma Espelt Riera; Esther Martínez García*

 *Hospital Quirónsalud Barcelona*

Identificador: 469

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la calidad asistencial en hospitales requiere herramientas objetivas y comparables. Los Inpatient Quality Indicators (IQI) desarrollados por la AHRQ, permiten medir el desempeño hospitalario en mortalidad, complicaciones y prácticas clínicas. El uso de estos indicadores en nuestro hospital proporciona una visión estandarizada que facilita el benchmarking nacional e internacional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este análisis tiene como objetivo destacar el uso de los IQI como instrumento de gestión clínica y palanca de mejora organizativa, promoviendo decisiones basadas en valor. Los datos proceden del Conjunto Mínimo Básico de Datos, codificados con CIE-10. Los indicadores se agrupan en dimensiones clave: mortalidad en procesos críticos, complicaciones quirúrgicas, seguridad del paciente y calidad perinatal. Su diseño permite evaluar procesos específicos, facilitando la identificación de áreas prioritarias para intervención clínica.

RESULTADOS

La implementación de los IQI permite una lectura transversal de la práctica clínica desde la perspectiva del valor en salud. Los indicadores permiten monitorizar procesos de alta complejidad como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, neumonía o fractura de cadera, así como evaluar eventos evitables como úlceras por presión, sepsis posquirúrgica o infecciones asociadas a catéter. Más allá del dato bruto, los IQI permiten detectar desviaciones respecto a la mortalidad esperada, ajustada por edad y sexo, ofreciendo así un análisis más justo y clínicamente relevante. En conjunto, los IQI no solo permiten evaluar lo que se hace, sino cómo se hace y con qué resultados, aportando así un valor tangible a la toma de decisiones clínicas y estratégicas.

Los resultados reflejan una evolución coherente con una práctica clínica orientada al valor. En 2025, la mayoría de los indicadores presentan una evolución favorable respecto a 2024. Nuestro hospital presenta una consolidación en áreas de bajo riesgo clínico, manteniéndose en tasas nulas o inferiores al estándar internacional en complicaciones como neumotórax iatrogénico, punción accidental o fallo respiratorio posquirúrgico. Asimismo, destaca la ausencia de mortalidad en procedimientos complejos como cirugía cardíaca y fractura de cadera. Las áreas más sensibles, como la mortalidad por hemorragia gastrointestinal, la tasa de cesareas o las úlceras de decúbito requieren una revisión estratégica y plan de actuación específico.

CONCLUSIONES

Los IQI constituyen una herramienta de alto valor estratégico para los hospitales, al permitir integrar la medición del desempeño clínico con la gestión de calidad. Su enfoque, centrado en resultados clínicos, permite priorizar intervenciones seguras y eficientes. En el marco de la medicina basada en valor, el uso de los IQI permite identificar áreas de mejora en el hospital y reconocer buenas prácticas seguras, así como el benchmarking entre hospitales.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS PARA GESTIÓN DE CITAS

 *Susana Martín Jiménez; Enrique Gruss Vergara; M^a Esther Renilla Sánchez; M^a Teresa Rodríguez Muñoz*

 *Centro sanitario*

Identificador: 470

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Siendo nuestro centro sanitario de Referencia en Hemodiálisis, con dos Centros Renales asociados, desde Admisión se detecta la necesidad, tras gestionar numerosas incidencias a la hora de citar pacientes en Hemodiálisis en otras consultas, de identificar en el programa de Gestión de Citas (Selene), de manera gráfica e intuitiva, a estos pacientes, sabiendo así los administrativos qué días pueden acudir a otras consultas y qué días no pueden por estar dializándose.

OBJETIVOS

El objetivo es tener identificados administrativamente a los pacientes en tratamiento con Hemodiálisis en nuestro centro sanitario y sus centros dependientes.

METODOLOGÍA

A tal fin, se organiza desde los Responsables de Admisión un grupo de trabajo, en el que participan el Jefe de Servicio de Nefrología, la Jefa de la Unidad de Gestión de Pacientes y Procesos Transversales, la Coordinadora de la Unidad Central de Administración y Admisión, la Responsable Administrativa de Admisión - Gestión de citas CEX, y la representante de Sistemas de Información del hospital.

La idea es crear una marca identificativa del paciente en Hemodiálisis en el programa de citación, una marca viva que los facultativos de Nefrología se comprometen a asignarles, en su captación como pacientes sometidos a dicho tratamiento, y que los administrativos que gestionan sus citas, además de tener a este tipo de pacientes identificados, puedan modificar, atendiendo a los días de dialización de los mismos.

De esta manera, cualquier administrativo del centro sanitario, apoyando el cursor en la marca, sabe qué días se dializa el paciente y cuándo se le puede citar otras consultas y/o pruebas diagnósticas, de manera general, salvo indicación en contrario del nefrólogo responsable.

RESULTADOS

Si bien lleva poco tiempo de implantación y, dada la novedad del protocolo, no todos los administrativos están igual de habituados a la marca, a día de hoy ya van disminuyendo, paulatina pero sustancialmente, las incidencias de citación en estos pacientes.

Tanto los propios pacientes como sus acompañantes, siendo estos últimos los que se encargan habitualmente de las citas, han mejorado su grado de satisfacción, dado que no tienen que perder el tiempo en reprogramar sus consultas en las ventanillas, vía Formulario WEB y/o teléfono, porque están correctamente citados.

CONCLUSIONES

Las conclusiones son las siguientes:

- Mejora la Calidad Asistencial.
- Mejora el Grado de Satisfacción del Paciente y sus Acompañantes.
- Supone un avance en nuestro compromiso con la Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Mejoran las Encuestas anuales de Satisfacción del hospital.

En definitiva, demuestra que toda pequeña acción conduce a una gran mejora.

DISEÑO DE UNA NUEVA ESTRUCTURA DE GESTIÓN POR PROCESOS ALINEADA CON LA NUEVA ESTRATEGIA Y LA DETECCIÓN DE NECESIDADES

 Ana Isabel Guinea García; Maria Isabel Montes Álvaro; Rosa María Blanco Zapata; David Arechavaleta Urrutia; Aranzazu Arroitauregi Gutiérrez; Eugenia Patricia Blanco Betes

 Hospital Gorliz

Identificador: 472

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión por procesos se desplegó en la organización hace años dando como resultado el establecimiento de una sistemática de monitorización de los procesos relevantes a través de indicadores de actividad y calidad definidos en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

La reflexión estratégica realizada en la organización en la época postpandemia para definir el propósito que orientara el camino a recorrer en los siguientes años reuniéndolos en un nuevo Plan Estratégico (PE) detecta la necesidad de una profunda revisión del sistema para responder de manera coherente a la nueva orientación, que pone a la persona en el centro del sistema e incorpora la innovación, la creatividad, el uso de las tecnologías y el compromiso social.

OBJETIVOS

Analizar la operativa del sistema de gestión para alinearla con el nuevo PE e integrar los procesos de manera que el mapa resultante fuera representativo de la actividad de valor del centro.

METODOLOGÍA

Dentro del marco conceptual orientado por las normas ISO y el modelo MGA, con las estrategias corporativas del sistema sanitario como referencia y asesorados por una persona experta en gestión avanzada, se valida un programa de trabajo para la ejecución del proceso de revisión. El equipo directivo y la persona responsable de calidad analizan las fuentes de los datos de indicadores de actividad del sistema de información a la dirección (SID) y los reportes recogidos en el sistema de gestión documental. Se lleva a cabo un análisis de los registros de los indicadores del último año y se identifican aquellos que resultan significativos y aportan valor a la práctica asistencial y a la toma de decisiones según los principios de la mejora continua.

RESULTADOS

Se diseña un nuevo mapa de procesos con la integración del enfoque multidisciplinar e interdepartamental en la composición y el trabajo de los equipos profesionales. Éstos articulan su desempeño con el foco puesto en la persona paciente, no en la actividad o en la tarea. Cambia la operativa aligerando la gestión pasando de 28 procesos a sólo 6, con la constitución y el despliegue de 46 equipos de trabajo. Los procesos definen su plan de mejora anual, establecen objetivos anuales y los asignan a los equipos de trabajo. Los equipos de personas son los ejecutores que van a desarrollar cada mejora para conseguir el objetivo designado y a aportar retroalimentación y detección de necesidades para el seguimiento y evaluación continua del plan, en una construcción compartida.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de requisitos de la gestión por procesos es un medio y no un fin en sí mismo, una valiosa herramienta para determinar y en su caso acreditar que la organización mantiene un SGC adecuado, orientado a la excelencia y a resultados de valor. Si la estructura de gestión y el mapa de procesos son funcionales y representativos del esfuerzo dedicado por las personas.

CUANDO EL PACIENTE TAMBIÉN REDISEÑA: LEAN PARTICIPATIVO EN MEJORA ASISTENCIAL

 BARBARA MARTINEZ DE MIGUEL; MANUEL SÁNCHEZ SÁNCHEZ; ANA MARTINEZ VIRTO; CARMEN SOBRINO JIMENEZ; MERCEDES HERMOSILLA MINGUEZ; JAVIER COBAS GAMALLO

 HOSPITAL LA PAZ

Identificador: 473

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el contexto actual de transformación del sistema sanitario, la mejora continua de procesos asistenciales es clave para garantizar una atención eficiente, segura y centrada en la persona. La metodología Lean ha demostrado ser una herramienta eficaz en la identificación y eliminación de desperdicios en los procesos sanitarios. Sin embargo, la verdadera innovación surge al incorporar de forma activa a los pacientes en estos proyectos, reconociendo su experiencia como una fuente valiosa de conocimiento. Desde la creación de nuestra Oficina Kaizen, hemos apostado por un enfoque participativo, incluyendo a los pacientes en el análisis y rediseño de procesos mediante grupos focales, asegurando que las mejoras implementadas respondan a sus necesidades y expectativas reales.

OBJETIVOS

Describir la experiencia de integración de la voz del paciente en los proyectos Lean liderados por la Oficina Kaizen del centro para implicar a los pacientes en el análisis de procesos asistenciales.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo retrospectivo de cuatro proyectos de mejora realizados en 2024 por la Oficina Kaizen del HULP. Fases principales: Selección de procesos críticos: (oncocardiología, altas tempranas, rehabilitación vascular, proceso quirúrgico) Formación de equipos de mejora participativos: Integrados por profesionales clínicos y no clínicos, junto a pacientes o representantes de asociaciones de pacientes. Recogida de la voz del paciente: entrevistas semiestructuradas y grupos focales, orientados a identificar momentos críticos, barreras percibidas, y oportunidades de mejora desde su punto de vista. Análisis colaborativo con herramientas Lean (como VSM, análisis causa-raíz y A3), integrando aportaciones de los pacientes. Diseño de soluciones compartidas: Se priorizaron acciones según impacto percibido y viabilidad operativa. Evaluación de impacto: indicadores operativos y percepción del usuario

RESULTADOS

Se desarrollaron 4 proyectos de mejora en procesos clave durante 2024. Participación activa de pacientes mediante grupos focales en el 100% de los proyectos seleccionados. En cada caso se implementaron un mínimo de tres acciones directamente derivadas de sus aportaciones. Las mejoras generaron ajustes operativos y aumentaron la percepción positiva del proceso por parte de los pacientes.

CONCLUSIONES

- El enfoque LEAN participativo fortalece la calidad asistencial al alinear los procesos con las necesidades reales del paciente
- La inclusión sistemática de su voz empodera a los equipos y contribuye a una atención más humana, eficaz y centrada en la experiencia

CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE HOSPITALES EN ESPAÑA

 *Fermin Roqueta Egea ⁽¹⁾; Santiago Tomás Vecina ⁽¹⁾; Fatima RUano Ferrer ⁽²⁾; Àngels Fumás Coma ⁽³⁾; Yolanda Agra Varela ⁽⁴⁾; Grupo de Investigación SECA FIDISP ⁽⁵⁾*

 ⁽¹⁾ Fundación FIDISP; ⁽²⁾ Servicio Canario de Salud. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas;; ⁽³⁾ Badalona Serveis Assistencials; ⁽⁴⁾ Grupo Trabajo Seguridad Paciente SECA, Patronato Fundación FIDISP; ⁽⁵⁾ SECA-FIDISP

Identificador: 474

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La medición de la Cultura de Seguridad de los servicios quirúrgicos es una recomendación de la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESPSNS) 2015-2020 así como un indicador de seguridad del programa de cirugía segura. Según el informe de evaluación de la ESPSNS del año 2020, el cumplimiento de la realización de la encuesta se sitúa en el 8,8% en España y se dispone de pocos datos globales.

OBJETIVOS

Analizar cómo perciben los profesionales del bloque quirúrgico las distintas dimensiones de la seguridad del paciente, el grado de seguridad y la tasa de notificaciones para determinar los puntos fuertes y las áreas que requieren mejora. Asimismo, analizar si existen diferencias de percepción con el resto de los servicios del hospital.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal utilizando la encuesta HSOPS versión 1.0 de la AHRQ con adición de 3 preguntas que hacen referencia a aspectos estructurales relevantes para la cultura de seguridad del paciente y promovidos en las líneas estratégicas de la ESPSNS 2015-2020 (responsable de seguridad, plan de respuesta ante eventos adversos graves, plan de apoyo al profesional).

RESULTADOS

991 de 5212 respuestas (19%) pertenecían a profesionales de servicios quirúrgicos y áreas de quirófano, 48% enfermeras, 28% médicos y 16% TCAE. Los grupos más numerosos de profesionales son los de más de 20 años en el hospital (31%) y en la profesión (54%) y los de 1 a 5 años en la unidad (33%). La valoración del grado de seguridad fue de 7,3, mismo valor que el global. Las dimensiones con un mayor número de respuestas positivas fueron “trabajo en equipo en la unidad (74%) y “expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad” (68%). Las dimensiones con un mayor número de respuestas negativas fueron “dotación de recursos humanos” (63%) y “percepción de seguridad” / “apoyo de la dirección/gerencia” (42% cada una). Las dimensiones mejor y peor valoradas son las mismas que en los datos globales sin diferencias significativas en cuanto a puntuación excepto en “apoyo de la gerencia/dirección” que es inferior. La tasa de notificaciones “zero” es del 62% respecto al 58% del total. Un 16% desconoce el sistema de notificación. Se constata una mejor valoración del grado de seguridad en los centros que disponían de estructuras relacionadas con la SP con cifras de 21% en hospitales con una o dos estructuras y 25% en hospitales con las tres estructuras.

CONCLUSIONES

La percepción del grado de seguridad en los servicios y áreas quirúrgicas es similar a la del global del hospital y las dimensiones mejor y peor valoradas respecto a este global son las mismas. La dotación de recursos humanos-carga de trabajo sigue siendo un punto que conviene abordar analizando detalladamente sus causas para poder proponer las soluciones más apropiadas. Se valoran muy positivamente la existencia de las estructuras relacionadas con la SP mencionadas lo que refuerza la recomendación de su implantación en los centros.

ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SEGURIDAD PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD.

 Jose Ramon Tost Valls; Elisabeth González Lao; Beatriz Urrutia Casado; Kilian Borrmann .; Maria Carmen Varo Albala

 Consorcio Sanitario de Terrassa

Identificador: 477

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias es un elemento clave para mejorar la seguridad de los pacientes. Mejorar la cultura de seguridad precisa formar y entrenar a los profesionales en Seguridad, fomentar la notificación de incidentes y la participación de los profesionales y evaluar periódicamente a través de encuestas validadas el clima de seguridad de la organización para conocer sus puntos débiles y fuertes que permitan desarrollar estrategias dirigidas a la mejora.

OBJETIVO

Conocer la tendencia a lo largo del tiempo en la participación y puntuación en seguridad de los profesionales para valorar el impacto de las acciones realizadas con los profesionales en la mejora de la cultura de seguridad, diferenciando entre la atención especializada y la primaria.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo de los resultados de las encuestas de seguridad a los profesionales desde 2019 hasta 2024. En la evaluación de la cultura de Seguridad a nivel de la atención primaria se utilizó la Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) y a nivel de la atención hospitalaria la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), ambas encuestas validadas a nivel nacional. Las encuestas eran anónimas y voluntarias y se pasaron anualmente de forma alterna a los profesionales de la atención especializada y de la atención primaria de la organización. Los resultados obtenidos fueron analizados comparando con el número de notificaciones anuales.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 728 encuestas, de las cuales 593 correspondían a la atención especializada y 135 a la atención primaria. En la atención especializada, la participación media fue del 9,8% (8,5-10,6%). Destacó como fortaleza el trabajo en equipo y la respuesta no punitiva a los errores y como debilidad la dotación de personal. El colectivo más participativo fue enfermería (36%), seguido del médico (23%). En la atención primaria, la participación media fue del 12,5% (10-15%) y la participación fue equiparable en enfermería y el colectivo medico. La puntuación media global en Seguridad fue 7,2 sobre 10 tanto en la atención especializada como en la primaria.

El numero de notificaciones de Seguridad entre 2019 y 2022 fue decreciente y a partir de entonces hasta ahora en claro ascenso. No se detectaron diferencias significativas a lo largo de los años en la participación, colectivo participante, puntuación global de Seguridad, ni en las fortalezas o debilidades detectadas en la atención especializada.

CONCLUSIONES

Los resultados de las encuestas no varían a lo largo de los años en la atención especializada y primaria a pesar de las acciones desarrolladas para mejorar la cultura de seguridad. El impacto en la notificación de incidentes es difícil de valorar por la influencia de la pandemia durante los primeros años de análisis. La implementación sistemática y periódica de las encuestas de seguridad es útil para monitorizar la cultura de seguridad en las organizaciones.

REVISAR LO DIAGNOSTICADO: CUANDO RESTAR ES SUMAR EN SEGURIDAD

😊 *Montserrat Gens Barberà⁽¹⁾; Imma Hospital Guardiola⁽²⁾; David Ayala Villuendas⁽³⁾; Angel Vila Rovira⁽⁴⁾; Nuria Mansergas Collado⁽¹⁾; Eva Oya Girona⁽⁵⁾*

🏢 ⁽¹⁾ *Gerencia Camp de Tarragona;* ⁽²⁾ *Centro Salud Valls;* ⁽³⁾ *GAPiC;* ⁽⁴⁾ *Unidad de Calidad;* ⁽⁵⁾ *Centro de Salud de Salou*

Identificador: 478

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico constituye un elemento esencial en la práctica clínica, siendo el punto de partida de múltiples decisiones asistenciales. En los últimos años, se ha observado un incremento progresivo del número de diagnósticos registrados, motivado por la disponibilidad de pruebas más sensibles, la ampliación de criterios diagnósticos y la tendencia a etiquetar cualquier síntoma, comportamiento o circunstancia personal como problema de salud. Esto ha favorecido un aumento de la multimorbilidad y de la polifarmacia, con potencial impacto negativo en la seguridad del paciente. En línea con el lema de la OMS para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2024 —“Diagnósticos seguros, pacientes seguros”— se impulsó una intervención desde la Gerencia de Atención Primaria para revisar, adecuar y eliminar diagnósticos innecesarios, mejorando así la calidad de la información clínica y la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Revisar, optimizar y adecuar los diagnósticos registrados en las historias clínicas, aplicando criterios de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Para ello, se diseñó y desplegó una intervención estructurada con el apoyo de una aplicación informática que permitía revisar automáticamente los diagnósticos por paciente (mediante CIP), incluyendo edad, sexo y centro de salud. Previamente, se realizó una formación de formadores dirigida a referentes de calidad y seguridad, abordando conceptos clave como sobrediagnóstico, hipertrofia diagnóstica, medicalización de la vida y cascada diagnóstica. Esta formación se replicó posteriormente en todos los centros de salud participantes. La intervención consistió en inactivar, resolver, ajustar, adecuar o eliminar diagnósticos, y se registraron los motivos de cada cambio.

RESULTADOS

Participaron 175 profesionales de 24 centros de salud, que revisaron 1.627 pacientes e intervinieron en 1.508 casos (92,7%). Se redujeron de 25.944 a 17.006 diagnósticos (−34,5%). Las intervenciones más frecuentes fueron: resolución (77,7%), inactivación (66,9%), diagnóstico erróneo (9,1%), duplicidades (24,7%) y adecuación o reajuste (30%). Los principales motivos fueron: resolución del problema (83,1%), sobrediagnóstico (34,5%), registros automáticos (15,5%), incidentalomas (8,6%), medicalización (8%) y cribados (7,35%). Posteriormente, se realizó un seguimiento evolutivo: entre agosto y febrero se desdiagnosticaron 327.362 problemas, lo que representa el 8,37% del total de diagnósticos registrados en el sistema.

CONCLUSIONES

La intervención ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad del registro clínico, reducir diagnósticos innecesarios y contribuir a una atención más segura. Desdiagnosticar permite disminuir la carga artificial de enfermedad, favoreciendo decisiones más ajustadas a las necesidades reales de los pacientes. Esta práctica se alinea con las estrategias globales de seguridad del paciente, evidenciando que una gestión activa de los diagnósticos puede reducir riesgos y mejorar la efectividad asistencial desde la atención primaria.

INFOFARMA: CUANDO LOS ERRORES DE MEDICACIÓN INSPIRAN UNA SOLUCIÓN TECNOLÓGICA Y DE APRENDIZAJE ORGANIZATIVO

😊 *Montserrat Gens Barberà ⁽¹⁾; Ferran Bejarano Romero ⁽¹⁾; David Ayala Villuendas ⁽¹⁾; Angel Vila Rovira ⁽¹⁾; Georgina Vidal Mansilla ⁽²⁾; Yolanda Mengibar Garcia ⁽¹⁾*

🏢 ⁽¹⁾ *Gerencia Camp de Tarragona;* ⁽²⁾ *Centro Salut Alt Camp Est*

Identificador: 479

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación son una de las principales causas de incidentes evitables en atención primaria. El análisis de los incidentes notificados al Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente en una Gerencia de Atención Primaria y Comunitaria mostró que aproximadamente el 30 % estaban relacionados con medicamentos, especialmente con errores de dosificación y administración. Las estrategias convencionales no habían logrado revertir esta tendencia sostenida. Ante esta situación, se impulsó el desarrollo de InfoFarma, una herramienta digital que proporciona información clara, accesible y actualizada sobre medicamentos en contextos de urgencia.

OBJETIVOS

Desarrollar e implantar una herramienta tecnológica que actúe como barrera activa para reducir los errores de medicación y aumentar la seguridad en el uso de fármacos

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis estructurado de los errores de medicación notificados entre 2013 y 2024, mediante técnicas de análisis de causa raíz y matriz de riesgos. Se identificaron factores contribuyentes profesionales y organizativos. A partir de estos datos, se diseñó InfoFarma, una aplicación web y móvil —también accesible en modo offline— desarrollada de forma colaborativa por un equipo multidisciplinar. La herramienta permite el acceso a información crítica de 114 medicamentos, con 35 calculadoras pediátricas y contenidos clínicos validados. Incluye aspectos clave como indicaciones, dosificación, preparación, vías de administración, precauciones, efectos adversos, interacciones y condiciones de conservación. Se implementó mediante formación clínica, estrategias de comunicación interna y difusión institucional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su lanzamiento, InfoFarma se ha integrado en los 26 centros de la Gerencia de APyC, beneficiando a más de 1.500 profesionales. Ha facilitado el acceso rápido a información farmacológica clave, disminuyendo la variabilidad clínica y mejorando la toma de decisiones en tiempo real. Su implementación se ha reforzado mediante jornadas, sesiones clínicas y campañas de sensibilización interna y externa, incluidas las impulsadas por la iniciativa “ICSfluencer” https://ics.gencat.cat/ca/Professionals/expertesa-ics/histories_icsfluencers/page/index.html, superando las 15.000 visualizaciones. La herramienta se ha consolidado como un recurso clave en el portal de aplicaciones clínicas (<https://wsm.ics.gencat.cat/infofarma/>) y también está disponible como aplicación móvil (<https://play.google.com/store/apps/details?id=cat.gencat.ics.infofarma>).

InfoFarma ejemplifica cómo el análisis riguroso de incidentes puede transformarse en una mejora tangible, efectiva y transferible. A través de la innovación tecnológica, ha sido posible implementar una solución centrada en la seguridad del paciente, reduciendo riesgos, estandarizando prácticas y facilitando el acceso a información crítica. Esta experiencia evidencia que tecnología y compromiso profesional pueden generar un cambio real en la gestión segura del medicamento.

¿CÓMO MEJORAR EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA AUTOFORMACIÓN?

 Carmen Ruiz Tuñón ⁽¹⁾; Sergio Ruiz Alonso ⁽²⁾; Andrés López Romero ⁽³⁾; Esther Lázaro Martín ⁽⁴⁾; María Ruiz Gomes ⁽⁴⁾; Jose Manuel Pérez Seoane ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Unidad de Formación Continuada- Área de Docencia e Investigación- Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽²⁾ Dirección Técnica Sistemas Información- Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽³⁾ Área de Docencia e Investigación- Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽⁴⁾ Unidad de Formación Continuada-Gerencia Asistencial Atención Primaria

Identificador: 480

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La Hidradenitis Supurativa (HS) es una enfermedad dermatológica crónica, inflamatoria y recurrente, que provoca lesiones dolorosas y en ocasiones, malolientes, dejando cicatrices y afectando a la calidad de vida. Afecta al 1% de la población mundial, con unos 450.000 casos en España. Su desconocimiento y diagnóstico tardío generan sufrimiento físico y emocional, además de estigmatización y aislamiento social.

La Atención Primaria (AP), como primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario, desempeña un papel clave en la identificación temprana de la enfermedad, el inicio de tratamiento y la derivación al siguiente nivel asistencial cuando sea necesario, ayudando a prevenir complicaciones, reducir costes y mejorar la vida de los pacientes.

Para ello, se ha desarrollado un Proyecto de Optimización del Proceso Asistencial en HS, con el objetivo de mejorar la detección y manejo en AP, así como agilizar la valoración y derivación a Dermatología, mediante una solución digital integrada en la historia clínica electrónica y un plan formativo de sensibilización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implementar un programa de autoformación en los centros de salud (CS) para mejorar el conocimiento y detección clínica de la HS.

1. Modalidad Autoformación: seleccionada por ser una metodología consolidada en los CS de esta Comunidad, permitiendo a los profesionales acceder a la formación en su entorno, adaptada a sus necesidades. Garantiza, a través de la acreditación de la acción formativa, la calidad en el diseño, contenido, aprendizaje y competencia docente.
2. Programa “Manejo de la Hidrosadenitis en AP”: diseñado con recursos didácticos digitales para facilitar la enseñanza entre los facultativos del centro.
3. Seis sesiones: orientadas a mejorar el conocimiento y detección clínica de la HS, a través de la ecografía, además del uso de la solución digital para agilizar las derivaciones.
4. Contenidos digitales: elaborados por expertos clínicos y miembros grupos ecografía de las SSCC.
5. Ecografía HS: herramienta diagnóstica esencial para detectar lesiones subclínicas, determinar localización, tipo de lesión, extensión y actividad inflamatoria, mejorando el estadiaje, tratamiento y seguimiento clínico.
6. Coordinación: la Unidad Formación Continuada AP pone a disposición de todos los CS el programa en la Intranet Salud@ y solicita su acreditación a la Comisión Formación Continuada SNS. La aplicación informática FormaciónAP, facilitará la auto gestión del proceso formativo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Incrementar la tasa diagnóstica de HS en AP.
2. Reducir el tiempo de diagnóstico con la ecografía.
3. Agilizar la valoración dermatológica en menos de 72 horas mediante la e-consulta HS.
4. Disminuir los costes asistenciales asociados.

La formación específica en AP mediante la Autoformación es clave para optimizar el proceso asistencial en HS, sensibilizar a los profesionales sanitarios y promover un abordaje integral. Además, contribuye a la motivación y desarrollo profesional.

¿INFLUYE LA EXISTENCIA DE ESTRUCTURAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS CENTROS SANITARIOS?

😊 Yolanda Agra Varela ⁽¹⁾; Yuri Fabiola Villán Villán ⁽²⁾; Santiago Tomas Vecina ⁽³⁾; Angels Fumas Coma ⁽⁴⁾; Fermin Roqueta Egea ⁽⁵⁾; María Pilar Astier Peña ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ SECA-FIDISP; ⁽²⁾ Hospital Universitario La Paz y Fundación Avedis Donabedian; ⁽³⁾ FIDISP; ⁽⁴⁾ Badalona Serveis Assistencials; ⁽⁵⁾ Fundación FIDISP; ⁽⁶⁾ Centro de Salud de Universitat

Identificador: 481

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Organizaciones, como el National Quality Forum y la Organización Mundial de la Salud, recomiendan promover la cultura de seguridad del paciente (CSP) a través de estructuras organizacionales específicas en los centros sanitarios. La Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP) del Sistema Nacional de Salud (SNS) impulsa con las comunidades autónomas (CA), la creación y evaluación de estas estructuras. Su relación con la percepción de los profesionales sobre la CSP, no ha sido aun evaluada en España.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la relación entre la CSP y la existencia de estructuras de SP implantadas en los centros sanitarios de España. Análisis descriptivo realizado en el marco del estudio “Cultura de seguridad del paciente en España 2024”. Se utilizó la versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture v1.0 (HSOPS), en Atención Hospitalaria (AH), y Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) en Atención Primaria (AP). Los factores estructurales incluían la existencia de: 1. Responsable de calidad/SP, 2. Unidad de apoyo a las segundas víctimas y 3. Plan de gestión de eventos adversos. Además, se analizó el conocimiento y uso por los profesionales de los sistemas de notificación de incidentes. Se analizaron frecuencias absolutas y porcentajes del grado de CSP y su comparación según factores estructurales para AH y AP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

AH: Contestaron 5212 (73%) profesionales (92% hospitales públicos, 62% hospitales de agudos, 39% enfermería, 28% medicina, 81% en contacto directo con el paciente). Percepción global de CSP: 7,3 (escala 1-10). En su mayoría trabajaban en centros con algún factor estructural (ningún factor: 170; alguno: 4.313). Los centros con algún factor presentaban mejor grado de CSP (ninguno: 5,7; uno o dos: 7,3; tres: 7,8). El grado de CSP se incrementaba un 28% en los hospitales con uno o dos factores y un 38% con los tres. El 79% conocía el sistema de notificación de su CA. Un 41% notificaron algún incidente de seguridad del paciente en el último año.

AP: Contestaron 2196 (70,6%) profesionales (49% enfermería, 34% medicina, 71% contrato fijo, 41% hacen guardias, 58% en contacto directo con el paciente). Percepción global de CSP: 3,57 (escala 1-5). La mayoría trabajaban en centros con algún factor (ninguno: 148 vs alguno: 1.543). Los centros con algún factor tenían mayor grado de CSP (ninguno: 2,6; uno dos: 3,1; tres: 3,4). El grado de CSP se incrementaba un 18% en los centros con uno o dos factores y un 27% con los tres. El 70% conocía el sistema de notificación de su CA. Un 43% había notificado un incidente de seguridad del paciente en el último año.

LA HUMANIDAD COMO BASE DE LA CALIDAD: SEMBRANDO VOCACIÓN DESDE LA DOCENCIA Y LA ENTREGA

 Isabel Aragón Gómez ⁽¹⁾; Cristina Gómez Moreno ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ FJD; ⁽²⁾ Escuela de Enfermería FJD

Identificador: 482

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial —base de la transformación sanitaria— no se construye únicamente desde la tecnología o la gestión de procesos, sino desde la esencia humana del cuidado. Para construir un sistema sanitario verdaderamente transformador, necesitamos profesionales motivados, conscientes del valor de su labor. Y para lograrlo, debemos volver a las raíces: formar desde la vocación, la entrega y la humanidad. Necesitamos profesionales que no solo sepan hacer, sino que recuerden por qué lo hacen. Y eso comienza mucho antes de que lleguen a un hospital: comienza en las aulas, donde se siembra la vocación. En este sentido, recuperar testimonios reales y profundamente humanos puede ser una herramienta poderosa para sembrar, en quienes comienzan, una vocación que dure toda la vida. Con historias que les lleguen al alma. Relatos reales, crudos y llenos de humanidad, como el de un enfermero que ejerció en medio de la guerra de Vietnam. Porque cuando un testimonio así entra en un aula, ya no se habla de teoría: se habla de vida, de coraje, y de lo que significa cuidar incluso cuando el mundo se desmorona.

OBJETIVOS

- Provocar una reflexión profunda sobre la identidad profesional enfermera.
- Utilizar el testimonio de un enfermero en un contexto extremo como recurso formativo motivador y humanizador.
- Sembrar en los futuros profesionales las bases de una práctica asistencial comprometida, consciente y empática.

METODOLOGÍA

Se organizó una sesión formativa de dos horas con estudiantes de Historia de la Enfermería. En ella, un enfermero veterano relató su experiencia durante la guerra de Vietnam. La conferencia fue grabada íntegramente y se extrajo un fragmento audiovisual de cinco minutos con fuerte carga emocional y ética, utilizado posteriormente como material formativo. Aunque la actividad no incluyó evaluación formal, se estructuró como una experiencia vivencial, con espacio para el diálogo espontáneo, las preguntas y la reflexión colectiva.

RESULTADOS

El testimonio impactó profundamente a los estudiantes, generando un espacio de silencio, escucha y respeto difícil de lograr en el aula. Las intervenciones del alumnado demostraron una conexión emocional directa con valores como la entrega, el sacrificio, la dignidad y la compasión. El fragmento audiovisual ha sido reutilizado en otros entornos formativos, con resultados similares. Más allá del contenido académico, se produjo una revalorización del cuidado como acto ético, humano y vocacional.

CONCLUSIONES

Los profesionales que sostienen la calidad asistencial del sistema sanitario necesitan algo más que técnica: necesitan sentido. Experiencias formativas como esta permiten recordar por qué elegimos esta profesión, por quién lo hacemos y para qué. En una época en la que el sistema necesita renovarse desde su base, la vocación es la semilla más valiosa que podemos cuidar. Y si esa semilla se cultiva desde la escuela, la calidad asistencial y humana del mañana estará garantizada.

OPTIMIZAR LA PRESCRIPCIÓN DE FENTANILO ORAL TRANSMUCOSO: PREVENIR EL DESVÍO Y USO INDEBIDO

 *María Mercedes Pereira Pía; Begoña Amenedo Losada*

 *Sagrado Corazón*

Identificador: 483

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El fentanilo oral transmucoso (FOT) es una herramienta clave en el manejo del dolor irruptivo oncológico, pero su elevada potencia y rápida absorción lo convierten en un medicamento de alto riesgo para desvío y uso indebido. A escala internacional, su abuso se ha vinculado a la crisis de opioides, especialmente en EE.UU., con graves consecuencias sanitarias. En España, la experiencia con las BDZ, ampliamente prescritas y posteriormente desviadas al mercado ilícito, refuerza la necesidad de actuar de forma preventiva con el FOT. En este contexto, el farmacéutico de atención primaria (FAP) desempeña un papel esencial en la revisión terapéutica y la protección del circuito asistencial frente a un posible nuevo foco de abuso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir una intervención del FAP orientada a optimizar la prescripción de FOT, minimizando el excedente disponible para desvío mediante entrevista clínica y dispensación ajustada a necesidad. Estudio observacional retrospectivo (enero-diciembre 2024) en dos servicios urbanos (14.000 usuarios). Se incluyeron pacientes con tratamiento ≥ 3 meses. Se analizaron envases prescritos, dispensados y dosis consumidas, duración media del tratamiento e impacto económico estimado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 98 pacientes en tratamiento activo con FOT. Se excluyeron 40 por fallecimiento o reciente inicio. Edad media: 71,3 años. Se prescribieron 17.460 envases de FOT (523.800 dosis), de los cuales solo se facturaron 1.239 (37.170 dosis), con un uso real del 21%. La duración media del tratamiento fue de 8,8 meses. Frente al patrón inicial de 6 envases/mes, el consumo real medio fue de 2,14 envases/mes. Gracias a la intervención del FAP, se evitó la salida innecesaria de más de 16.000 envases al circuito asistencial. El coste evitado estimado, considerando un precio medio de 60 €/envase, asciende a 963.600 €. No se detectaron efectos adversos por infrautilización ni retrasos en el acceso a la medicación. La prescripción inicial de FOT en contexto oncológico tiende a sobredimensionarse, generando un volumen excedente de medicación de alto riesgo. La intervención del FAP permite alinear la prescripción con las necesidades reales del paciente, mejorando la seguridad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. A diferencia de lo ocurrido con las BDZ, donde el desvío no fue contenido a tiempo, esta experiencia demuestra que una intervención temprana y estructurada puede prevenir una crisis futura. El modelo colaborativo, con el FAP como figura accesible y experta, permite actuar con visión estratégica: protege al paciente, reduce riesgos poblacionales y optimiza el uso de recursos públicos. Es una práctica de alto valor y fácilmente replicable.

REVISIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE POLIMEDICADA CON SPD PRIVADO: OPORTUNIDAD PARA LA SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL

 *María Mercedes Pereira Pía ⁽¹⁾; María Jesús Basanta Castro ⁽²⁾; Begoña Amenedo Losada ⁽²⁾; Olga Roca Bergantiños ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ *Sagrado Corazón*; ⁽²⁾ *CS Sagrado Corazón*; ⁽³⁾ *Hospital Universitario Lucus Augusti*

Identificador: 484

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso de sistemas personalizados de dosificación (SPD) fuera del circuito público sanitario puede ocultar problemas de adherencia, errores en la administración y falta de adecuación terapéutica. En Galicia, el protocolo oficial del SERGAS establece requisitos estrictos para garantizar la seguridad y trazabilidad de estos sistemas, pero su desconocimiento por parte del equipo sanitario puede comprometer la atención a pacientes frágiles. Este caso muestra cómo un cambio de farmacia en una paciente polimedicada reveló errores que activaron un proceso de revisión estructurada, reforzando el papel clave de enfermería como profesional de entrada y coordinación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir una intervención iniciada tras el cambio de farmacia de una paciente con SPD privado, que desencadenó una revisión completa de la medicación y su incorporación al protocolo público. Estudio de caso de una mujer de 75 años, con 20 prescripciones activas y múltiples patologías crónicas (HTA, FA, artrosis, parkinsonismo, hipotiroidismo, IRC leve, depresión). Vive sola. La intervención parte de la nueva farmacia comunitaria, en coordinación con enfermería, medicina y farmacia de atención primaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El cambio de farmacia destapó varios problemas:– Toda la medicación había sido facturada, sin recetas disponibles para la nueva dispensación.– La levotiroxina se administraba incorrectamente con la comida, junto con múltiples fármacos.– La paciente no identificaba sus medicamentos, lo que impedía cualquier control activo sobre su tratamiento.– El pastillero no diferenciaba tomas en ayunas ni momentos críticos respecto a las comidas.– Ninguna prescripción indicaba hora o condición de toma; solo se empleaban frecuencias estándar (1 c/24h, 1 c/8h). Ante esta situación, enfermería jugó un papel activo: identificó el uso previo de SPD privado, inició la revisión de medicación con el médico y el farmacéutico de atención primaria, y lideró la actualización de la hoja de prescripción, incorporando instrucciones específicas, revisando el visado y proponiendo la inclusión en el protocolo oficial de SPD. El caso puso en marcha, además, una revisión más amplia de pacientes con SPD fuera del circuito público.

El seguimiento farmacoterapéutico en pacientes polimedicados con SPD privado puede verse comprometido si no se informa ni se registra adecuadamente. Enfermería, como profesional de contacto frecuente, tiene un papel determinante en la detección de estos casos y en la activación del proceso de revisión multidisciplinar. La integración formal de esta información en la historia clínica, junto con la revisión del árbol de prescripción, permite corregir errores, prevenir eventos adversos y optimizar la adherencia terapéutica. Este caso real refuerza la importancia del trabajo colaborativo y del protocolo SPD como herramienta de calidad asistencial y seguridad del paciente.

UNA HERRAMIENTA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS PARA NO CONFORMIDADES EN EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DE FARMACIA

 CRISTINA MARTÍN BLAS; ÁNGELA CARRASCO PINTOR; MARINA MARTÍN RODRÍGUEZ; ISABEL MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO; MARTA MACÍAS MAROTO; GEMA BALDOMINOS UTRILLA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 485

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Una no conformidad según ISO 9001 es el incumplimiento de un requisito de la norma, legal o de los procedimientos del sistema de gestión de la calidad (SGC) relacionado con productos o servicios de la organización. Una fuente habitual de detección es interna, es decir, la autodetección de incumplimientos con el objetivo de mejorar el SGC. La incorporación de nuevas tecnologías como sistema de notificación rápida permite agilizar estos procesos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implementar y analizar un sistema telemático de notificación de incidencias para la identificación de no conformidades en el SGC del Servicio de Farmacia. Evaluar el conocimiento y nivel de satisfacción del personal con la herramienta. Se diseñó un formulario con los siguientes campos: área del Servicio, fecha del incidente, detectado por, descripción, resolución, si está solucionado y si requiere acciones correctivas, así como propuestas de mejora. Se utilizó una herramienta web para registrar incidencias y se propuso el acceso mediante código QR. Se elaboró un plan de difusión a todos los profesionales del servicio de farmacia y se elaboraron carteles con QR que fueron colocados en zonas claves del servicio de farmacia. Se analizaron las incidencias registradas entre mayo 2024 y mayo 2025, y se realizó una encuesta de satisfacción global, con escala de 1 a 5, siendo 5 la de mejor satisfacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 171 incidencias, distribuidas así: 22,1% dispensación a pacientes externos, 20,3% a hospitalizados, 17,4% oftalmología, 15,7% gestión de adquisiciones, 10,5% sistemas automatizados, 8,1% neumología, 3,5% reenvasado y 2,3% elaboraciones. El 57,8% se resolvieron de forma inmediata. Se propusieron 78 acciones correctivas; el 61,5% se implementaron con una eficacia del 83,98%. En los casos no resueltos, a pesar de la propuesta de acciones correctivas ($n=8$), se han abierto no conformidades para su tratamiento intensivo. Respondieron a la encuesta 27 profesionales (12 farmacéuticos y 15 técnicos/enfermería/administración): 9 conocían la herramienta pero no la habían usado, y una persona no la conocía por reciente incorporación. De los 17 que la usaron, la satisfacción global fue de 4,4. Por perfil, el 91,7% de los farmacéuticos la usaron al menos una vez, con una satisfacción media de 4,72. En el grupo restante, el 33,3% la utilizó al menos una vez, con una media de 3,6.

CONCLUSIONES

La implantación del sistema de notificación mediante QR en el Servicio de Farmacia ha agilizado el registro de incidencias y facilitado la detección de problemas, lo que permite identificar no conformidades en el SGC y establecer acciones de mejora continua. La satisfacción global con la herramienta es alta, aunque se debe fomentar su uso entre el personal no farmacéutico.

CUIDAR DESDE LA EXACTITUD: APRENDER A CALCULAR PARA NO FALLAR

 isabel Aragón Gómez ⁽¹⁾; Cristina Gómez Moreno ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ FJD; ⁽²⁾ Escuela Universitaria Fundación Jiménez Díaz

Identificador: 486

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Sabemos que cuidar bien implica, muchas veces, calcular bien. Un número mal puesto, una dosis mal interpretada, un descuido al diluir pueden tener consecuencias irreversibles. Por eso, aunque la competencia matemática pueda parecer un contenido puramente técnico, en realidad es una cuestión profundamente humana: se trata de la seguridad de quienes confiarán en nuestras manos. Durante el seguimiento de la asignatura de Competencia Matemática en el rotatorio PT IV, detectamos que algunos estudiantes, a pesar de obtener buenas calificaciones, cometían errores que, de trasladarse a la práctica clínica, podrían comprometer seriamente la salud del paciente. Decidimos entonces hacer lo que haríamos en cualquier otro contexto enfermero: detenernos, observar y actuar. Aunque supusiera más tiempo, sabíamos que esa pausa podía salvar vidas. Porque ese minuto extra podía ser el que salvara a alguien mañana.

OBJETIVOS

Detectar errores clínicamente significativos en el cálculo enfermero
Reforzar el vínculo entre el conocimiento técnico y la seguridad del paciente.
Promover una cultura de aprendizaje reflexiva, rigurosa y humana.
Acompañar al estudiante en la toma de conciencia de su responsabilidad profesional.

METODOLOGÍA

Renunciamos a la corrección automática de los exámenes y revisamos uno a uno, con mirada crítica y clínica. A 11 estudiantes se les convocó a sesiones individuales, donde se explicó detalladamente el error y se contextualizó desde la práctica asistencial. Además, se enviaron ejercicios personalizados como refuerzo, centrados en dosis de adrenalina, insulina, sueros con KCl y perfusiones, acompañados de una reflexión ética sobre las posibles consecuencias de un fallo de cálculo en un entorno real.

RESULTADOS

La intervención permitió que los estudiantes no solo corrigieran un error, sino que comprendieran su dimensión real. Las revisiones se convirtieron en espacios de aprendizaje emocional y profesional. Muchos expresaron que no eran plenamente conscientes del impacto de su fallo hasta enfrentarse a la posibilidad de daño al paciente. El refuerzo individualizado consolidó los conocimientos, pero también sembró algo más profundo: el compromiso con una práctica enfermera segura, rigurosa y consciente.

CONCLUSIONES

En un sistema sanitario que necesita transformarse, también hay que revisar cómo y desde dónde estamos enseñando. Esta experiencia demuestra que la calidad asistencial comienza mucho antes del hospital: nace en las aulas, en los detalles, en la forma en que decidimos enseñar. Tomarse tiempo para corregir puede parecer un lujo, pero para quienes cuidamos, es una forma de salvar. Porque, al final, calcular bien es cuidar bien, y enseñar a hacerlo con sentido es una de las formas más puras de calidad. El sistema sanitario se transforma desde las aulas, pero no con prisas sino con pausas

REFLEXIONAR PARA HUMANIZAR: TUTORÍAS CLÍNICAS COMO SEMILLA DE UNA ENFERMERÍA MÁS CONSCIENTE

 isabel Aragón Gómez ⁽¹⁾; Cristina Gómez Moreno ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ FJD; ⁽²⁾ Profesora en la Escuela de Enfermería FJD

Identificador: 487

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial, base de la transformación sanitaria, necesita más que técnica: requiere sensibilidad, escucha y presencia. Las prácticas clínicas deben ser no solo espacios de aplicación de competencias, sino también de construcción ética y humana del rol profesional. En ellas, las estudiantes viven situaciones que pueden reproducir formas de atención impersonales. Para contrarrestarlo, desde las tutorías académicas se impulsó una estrategia de reflexión crítica sobre el cuidado. Partimos de una pregunta sencilla pero profunda: “¿Qué cambiarías en este lugar para hacerlo más humano para el paciente, su familia y el personal de salud?”. Esta herramienta no solo promovió el pensamiento crítico, sino que permitió identificar carencias y oportunidades de mejora en los entornos asistenciales desde la mirada del estudiante. Esta experiencia enlaza con los objetivos del congreso: innovar en la formación para asegurar calidad, humanización y compromiso profesional desde la base.

OBJETIVOS

Explorar cómo las reflexiones guiadas durante tutorías clínicas contribuyen a la integración del concepto de humanización del cuidado.

Promover la sensibilidad moral y la mirada crítica ante situaciones asistenciales.

Fomentar propuestas viables para transformar los entornos sanitarios desde la perspectiva del estudiante.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, descriptivo, con estudiantes en prácticas clínicas. Durante las tutorías académicas se integró una pregunta reflexiva orientada a observar el entorno con mirada crítica. Las respuestas se recogieron en notas de campo y reflexiones escritas. Se aplicó análisis temático inductivo para identificar categorías emergentes relacionadas con la humanización del entorno sanitario.

RESULTADOS

Las estudiantes propusieron mejoras como: mayor intimidad para los pacientes, acompañamiento familiar, escucha activa, entornos físicos más acogedores, adaptación de la alimentación hospitalaria y aumento del tiempo de atención. Estas propuestas no requerían grandes recursos, sino cambios de actitud y cultura. Emergieron ocho categorías clave: entorno físico, privacidad, relación humana, presencia familiar, atención a la vulnerabilidad emocional, canales de comunicación, recursos humanos y alimentación. Las reflexiones revelaron una comprensión profunda del cuidado como acto integral y ético.

CONCLUSIONES

Las tutorías clínicas reflexivas son una herramienta eficaz para interiorizar la humanización del cuidado en estudiantes de enfermería. Fomentan conciencia, pensamiento crítico y compromiso con una atención centrada en la persona. Formar desde la ética y la reflexión es una apuesta segura por la calidad asistencial. Enseñar a mirar, escuchar y sentir también es enseñar a cuidar. Porque la calidad comienza en cómo formamos... con las manos y con el corazón. Y todo gran cuidado empieza con una buena pregunta.

NO ES NECESARIO REALIZAR CISTOSCOPIA EN LA MAYORÍA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VEJIGA HIPERACTIVA.

😊 Héctor Garde García ⁽¹⁾; Raquel González López ⁽²⁾; Carmen González Enguita ⁽²⁾; Luis Miguel Quintana Franco ⁽²⁾; Adriana Cercas Duque ⁽²⁾; Ana Leal Orozco ⁽²⁾

🏢 ⁽¹⁾ Fundación Jiménez Díaz; ⁽²⁾ Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Identificador: 488

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La vejiga hiperactiva es un complejo sintomático caracterizado por urgencia urinaria, normalmente acompañado por frecuencia y nocturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección del tracto urinario u otra patología evidente. En estudios poblacionales la prevalencia de la vejiga hiperactiva varía entre el 7% al 27% en hombres y el 9% y 73% en mujeres, incrementándose con la edad. El diagnóstico de esta patología se realiza mediante una cuidadosa historia clínica, la exploración física y un urianálisis. En algunos pacientes, pueden ser necesarios realizar un cultivo de orina, un residuo postmiccional y un diario miccional. La cistoscopia es una prueba invasiva y no exenta de riesgos, como presentar una infección de orina o hematuria después de la misma, pero no es infrecuente observar que se incluye en el algoritmo diagnóstico de estas pacientes sin una justificación clínica clara, ya que como decíamos, el diagnóstico es clínico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el objetivo de disminuir el número de cistoscopias no adecuadas, se definieron unos criterios de bajo valor y se creó un formulario integrado en la historia clínica digital, que guía la petición médica con dichos criterios.

Se consideraron criterios para definir una cistoscopia de bajo valor todas las cistoscopias en pacientes diagnosticados de vejiga hiperactiva que no presenten alguno de los siguientes antecedentes:

- Hematuria macroscópica/microscópica reiterada
- Antecedente de radioterapia pélvica
- Procesos oncológicos vesicales o ginecológicos
- Cirugía vaginal para prolapso con malla
- Dolor pélvico
- Refractoriedad al tratamiento médico (fracaso de medidas de primera línea como son la pérdida de peso, la reeducación miccional y la rehabilitación del suelo pélvico; y al menos el uso de un fármaco anticolinérgico y/o agonista B3)

Como medidas de apoyo se dió una sesión clínica inicial en el Servicio de Urología explicando el proyecto y el por qué de los criterios. Posteriormente, mientras se creaba el formulario, se da una sesión mensual reforzada con un mail a todos los miembros del Servicio, con el análisis de todas las cistoscopias de bajo valor detectadas en estas pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En cuanto a los resultados obtenidos, partíamos de un periodo de revisión de 6 meses (enero-junio 2021) en el que hasta el 55% de cistoscopias realizadas no aportaban valor, destacando que en ninguna paciente se diagnosticó de tumor vesical. Durante el periodo de sesión y mail recordatorio mensual (Diciembre-Abril 2022) el % de cistoscopias sin valor bajó al 36%, sin ningún paciente diagnosticado de tumor. Posteriormente entró a funcionar el formulario de ayuda a la petición, siendo el % de cistoscopias sin valor para el periodo de abril a junio de 2022 del 16%. En el análisis de 2023 y 2024, el % se ha mantenido estable entorno al 20%.

INNOVACIÓN EN CONTROL DE INFECCIONES: OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS Y ALERTAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 *María Delicias Quintana Estellés; Sara de Miguel García; Elena García Montes; Sarita Rodríguez Restrepo; Jaime Cruz Rojo; Alvar Blanco Martínez*

 *Hospital Universitario 12 de Octubre*

Identificador: 489

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La prevención y el control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IRAS) constituyen un pilar fundamental para garantizar la seguridad del paciente. La transición hacia sistemas más integrados y eficientes fortalece la capacidad de los centros sanitarios para actuar de forma proactiva. En este marco, el Servicio de Medicina Preventiva junto con Transformación Digital implementa una estrategia centrada en el rediseño y la digitalización de procesos, con el objetivo de mejorar la efectividad en la prevención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Optimizar la eficiencia y seguridad en la vigilancia y gestión de infecciones mediante la implementación de tres intervenciones complementarias:

Realización de rondas de vigilancia y control de infección en unidades asistenciales para observación directa de prácticas clave (higiene de manos (HM), medidas de prevención de transmisión y procedimientos invasivos).

Creación de un sistema digital de vigilancia epidemiológica basado en herramienta REDCap, una plataforma institucional que garantiza el registro seguro, confiable y conforme a los estándares de confidencialidad y trazabilidad en la gestión integral de datos epidemiológicos.

Introducción de un sistema automatizado de alertas en la historia clínica electrónica (HCE), que facilita la detección temprana de pacientes y la aplicación oportuna de medidas preventivas en transmisión de microorganismos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante 2024 y 2025, se realizaron rondas de vigilancia de control de infección en servicios clave utilizando metodología propia y documentos de registro, generando informes de recomendaciones en todos los casos y organizando reuniones para seguimiento de acciones propuestas. La media de cumplimiento de HM fue de 58,58%. Además, se implementó el sistema REDCap, proporcionando un registro más seguro y fiable de los datos epidemiológicos y la incorporación de un sistema de alertas en la historia clínica electrónica (HCE) mejorando significativamente la visibilidad y accesibilidad de la información sobre precauciones a los clínicos asistenciales, facilitando la intervención de los profesionales y fomentando un entorno asistencial más seguro. Estas tres estrategias están siendo monitorizadas para consolidar avances y detectar nuevas áreas de mejora.

La incorporación de herramientas digitales junto con enfoques participativos en la vigilancia y control de infecciones contribuye a la optimización de los procesos asistenciales, fortaleciendo la seguridad del paciente y mejorando la capacidad de respuesta de los hospitales ante riesgos infecciosos garantizando así el cumplimiento de medidas de control y monitorizando periódicamente condiciones higiénicas. La evidencia obtenida destaca que una perspectiva integral, con colaboración multidisciplinar, es fundamental para el éxito de estas intervenciones contribuyendo a mejorar la adherencia de los profesionales. Esta propuesta presenta alto potencial de replicabilidad y escalabilidad en diferentes entornos hospitalarios.

USO DE IA GENERATIVA PARA AUDITAR CODIFICACIÓN CLÍNICA: MEJORA DE LA COMPLEJIDAD, CALIDAD Y EFICIENCIA ASISTENCIAL

 Marina Clarambo Semís; Touria Makhoukhi Laaroussi; Maria Rosa Forné Albó; Toni Alonso Solís; Anna Cáceres Toledo; Daniela Velasquez Villegas

 Fundación Privada Hospital Asil Granollers

Identificador: 490

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El modelo de financiación de altas hospitalarias en Cataluña (CatSalut) incorpora una parte variable basada en el peso del Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD), derivado del CMBDAH. La precisión y exhaustividad de la codificación clínica son clave para reflejar de forma fidedigna la complejidad del proceso asistencial. Para mejorar la exhaustividad de la codificación se plantea una auditoría sistemática de la codificación a partir del curso clínico. En este contexto, se incorpora la Inteligencia Artificial (IA) generativa como herramienta de soporte para agilizar la auditoría, facilitar la identificación de comorbilidades y complicaciones, y reforzar la calidad del proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la calidad de la codificación clínica mediante la auditoría del curso clínico con asistencia de IA generativa, optimizando el tiempo y la precisión del proceso. Como objetivos secundarios, se persigue mejorar los indicadores asistenciales y maximizar el retorno económico.

Se selecciona una muestra del año 2024 a través de la herramienta BS3, incluyendo episodios con una diferencia superior a 10 días entre la estancia observada y la esperada. Se excluyen episodios con complejidad ya maximizada, hospitalización a domicilio y financiación privada. El proceso de auditoría se basa en la revisión del curso clínico y la recodificación cuando se identifican elementos no codificados previamente. Para esta tarea se utiliza un prompt de IA generativa entrenado durante el último trimestre del 2024, que permite resumir de forma selectiva la evolución clínica e identificar comorbilidades y complicaciones relevantes. Se registran los cambios en el peso del GRD, la estancia esperada y la fuente de las diferencias entre el pre y el post auditoría en una base de datos comparativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se auditaron y recodificaron 1.081 altas hospitalarias. El peso medio del GRD pasó de 1,0710 a 1,5771 con un aumento de 0,0127 puntos en la complejidad media global del hospital. Esta mejora ha supuesto una mejora del 8% en el peso relativa frente al benchmarking sanitario. Además, se ha observado una mejora en el indicador de estancia media. El impacto económico directo fué de 249.174,80 €, debido a la mejora del peso de los GRD. Gracias al entrenamiento del modelo, el tiempo necesario para auditar con asistencia de IA se ha reducido a la mitad respecto al procedimiento manual tradicional. La codificación clínica es una herramienta estratégica, no solo para la financiación, sino también para disponer de indicadores de calidad ajustados a la realidad clínica.

Este proyecto demuestra que la revisión del curso clínico, asistida por IA generativa, permite mejorar de forma eficiente la calidad de la codificación, incrementando la complejidad registrada, optimizando indicadores clave de gestión y mejorando el retorno económico. La incorporación de esta tecnología no solo reduce el tiempo de auditoría, sino que aporta mayor consistencia y objetividad al proceso.

INCORPORACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA: PROYECTO GELTRU

 Marina Clarambo Semís; Judit Sabaté Piñol; Mari Carmen De Tena Pérez; Begoña Garcia Guadix; Marta Jiménez Torrado; Maria Carme Ferrer Badia

 Fundación Privada Hospital Asil Granollers

Identificador: 491

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Las Oficinas de Atención al Paciente son espacios clave para canalizar consultas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de pacientes y familias. En los últimos años, especialmente tras la pandemia, se ha producido un aumento significativo en el volumen de reclamaciones y en los tiempos de respuesta, lo que ha sobrecargado a los equipos y ha generado tensión en el clima laboral. Estas oficinas requieren profesionales empáticos, resolutivos y con habilidades redaccionales excepcionales, capaces de ofrecer respuestas cuidadas y de calidad en un contexto complejo. En este escenario, la integración de herramientas basadas en inteligencia artificial generativa (IAG) se presenta como una oportunidad estratégica para mejorar la eficiencia y humanización del proceso comunicativo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Reducir los tiempos de respuesta a pacientes y familias; mejorar la calidad y personalización de las respuestas; optimizar la gestión de reclamaciones y sugerencias; y empoderar a los profesionales de atención a la ciudadanía.

La metodología se basó en un proceso de cocreación entre los profesionales del área y el Departamento de Transformación Digital, que desarrollaron un prompt específico integrado en ChatGPT. Este prompt recoge directrices, criterios y modelos de respuesta alineados con el estilo institucional. Se llevó a cabo un piloto durante el 3er trimestre del 2024, en el que se utilizaron las respuestas generadas por GELTRU como asistencia en la redacción, siempre con supervisión humana. No se modificaron los procesos de análisis ni revisión, asegurando la transparencia y el rigor. Se evaluaron indicadores de eficiencia (tiempo de respuesta), calidad percibida y satisfacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El piloto mostró una reducción significativa del tiempo medio de respuesta, pasando de 15 días a solo 4. Las respuestas generadas fueron más claras, precisas y con menos errores, lo que se tradujo en una mayor satisfacción por parte de pacientes y familias. Asimismo, se observó un impacto positivo en los profesionales, que manifestaron sentirse más empoderados y respaldados, y se mejoró el clima laboral. GELTRU también facilitó la labor de los mandos intermedios, al permitir una gestión más ágil de las comunicaciones y una trazabilidad más sencilla de los casos.

La incorporación de la inteligencia artificial generativa en la atención a la ciudadanía ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la calidad comunicativa y la eficiencia en entornos hospitalarios. GELTRU no solo ha optimizado la respuesta institucional ante las demandas de los usuarios, sino que ha fortalecido el papel de los profesionales en la gestión de estas interacciones. Este proyecto representa una experiencia pionera en el uso de IAG en el ámbito asistencial y abre la puerta a futuras aplicaciones de esta tecnología en otros procesos hospitalarios. Nuestro centro reafirma así su compromiso con la innovación y la mejora continua de la atención centrada en la persona.

HOSPITAL CON CORAZÓN: CUANDO LA CALIDAD TAMBIÉN SE MIDE EN ABRAZOS, CONFIANZA Y ESCUCHA

 Marina Clarambo Semís; Mari Carme Ferrer Badia; Marta Jiménez Torrado; Gemma Pérez Giménez; Miquel Noguer Aliguer

 Fundación Privada Hospital Asil Granollers

Identificador: 492

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El Plan Estratégico 24-28 definido por nuestro centro impulsa la línea estratégica de humanización con un proyecto llamado Hospital con corazón: este enfoque promueve un hospital más próximo y sensible a las necesidades de pacientes y familias. Con una atención holística, que va más allá del abordaje biomédico, incorporando el bienestar emocional y social como dimensiones fundamentales.

En el 2019 los pacientes oncológicos manifestaban la necesidad de apoyo emocional, orientación y encuentro. Como respuesta, y con la colaboración de la Fundación Nou Cims, se creó el programa DOMUM en nuestro centro y desde entonces se ofrece actividades gratuitas para mejorar la salud emocional de las personas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: Atender las necesidades no cubiertas del paciente oncológico, con especial énfasis en su bienestar emocional.

Objetivos secundarios:

1. Mejorar la experiencia del paciente a lo largo del proceso asistencial.
2. Facilitar la implicación activa de los profesionales sanitarios en acciones de acompañamiento.
3. Promover espacios de encuentro físicos y virtuales para pacientes y familias.
4. Fortalecer la relación de confianza de los pacientes con el centro.

Se llevó a cabo una fase diagnóstica cualitativa y participativa, que incluyó entrevistas y grupos focales con pacientes y profesionales. A partir de los hallazgos, se diseñó un programa de soporte psicosocial y gestionado por un Grupo Dinamizador Multidisciplinar, compuesto por profesionales, pacientes y entidades colaboradoras. Este grupo planifica, evalúa y coordina las actividades. El modelo de sostenibilidad económica combina financiación externa (a través de la industria) y aportaciones en especie (donadas por entidades), garantizando una autofinanciación sostenible.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Des del 2022 se han desarrollado 236 actividades, agrupadas: Lúdico-sociales 1,6%; Bienestar emocional 86,8%; Información y orientación 11,6%

Con 1.912 asistencias en los últimos tres años. Programas específicos dirigidos a un tipo de cáncer. Las encuestas de satisfacción con 9,4 /10, destacando el impacto emocional percibido y el sentimiento de acompañamiento durante el proceso oncológico.

El programa DOMUM Granollers representa una estrategia sólida y replicable de humanización. Su impacto positivo en la vivencia emocional, la calidad de vida percibida y la creación de red entre pacientes y profesionales lo convierten en un ejemplo de innovación centrada en las personas. El reto actual es medir de forma sistemática los resultados en salud y calidad de vida, e integrarlos en los sistemas de evaluación del programa DOMUM. Actualmente en el marco de Hospital con Corazón se inicia la expansión del modelo a pacientes no oncológicos, identificando perfiles que se beneficiarían del mismo acompañamiento.

Esta experiencia pone en valor y confirma que la atención psicosocial es un eje estratégico clave en la evolución hacia un hospital verdaderamente humano. Humanizar no es una moda: es un cambio cultural que ha venido para quedarse

DEPURACIÓN DE LISTAS DE ESPERA CON ALMA: PROYECTO DE MEJORA EN MEDICINA NUCLEAR.

 ALBA GUTIÉRREZ HURTADO; NICOLÁS FERNÁNDEZ ARRIZABALAGA; FRANCISCO JOSÉ JIMENO DEMUTH; PATRICIA SOL GÓMEZ; YOLANDA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ; RICARDO DE DIOS DEL VALLE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Identificador: 493

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La confianza ciudadana es un pilar esencial para la sostenibilidad de los servicios públicos. Contar con información veraz sobre aspectos sensibles como las listas de espera no solo es clave para la rendición de cuentas, sino también para una gestión eficiente y equitativa. La Agenda 2030, a través del ODS 16, refuerza promover instituciones responsables y el acceso a información pública. Sin embargo, vivimos una época marcada por la epidemia de la desinformación, donde la saturación de mensajes falsos o distorsionados erosiona la confianza social, debilita los servicios públicos y amenaza la legitimidad de los estados democráticos. Frente a ello, iniciativas como este proyecto de mejora, centrado en la depuración rigurosa de los datos de listas de espera en Medicina Nuclear, contribuyen no solo a una mejor gestión asistencial, sino también a blindar la transparencia institucional frente a los riesgos de la manipulación informativa.

OBJETIVOS

Evaluar el proyecto de mejora del sistema de información de la lista de espera del Servicio de Medicina Nuclear (MNU).

METODOLOGÍA

Proyecto de Mejora: Identificación oportunidad de mejora: Datos Lista de espera de MNU preocupantes.

Actuación:

- Grupo Multidisciplinar: Admisión/Informática/MNU.
- Análisis descargas de infolistas: Demora máxima: se detectan citas en agenda de derivaciones al Hospital de Jove sin capturar. N° pacientes: Duplicidad de registros debido al circuito funcional en la que con cada solicitud se genera doble indicación (tipo de prueba-radiofármaco). Detectada agenda MNU_0 de trámites administrativos.
- Acciones:
 - 1ª Fase: Depuración antiguas derivaciones a Hospital JOVE. Febrero-25.
 - 2ª Fase: Eliminación duplicidades prueba-radiofármaco y agenda MNU_0. Marzo-25.

Evaluación: Diseño: estudio descriptivo pre-post. Corte pre: enero-24. Cortes post: Febrero-25 para evaluar primera fase; marzo-25 evaluar la segunda. Fuente: INFOLISTAS. Indicadores: n° activos, estructurales, demora máxima.

RESULTADOS Pre: 1100 activos, 578 estructurales, Demora Máx: 2033 días. Post-1ª Fase: Activos: 454, Estructurales: 270, Demora Máx: 357. Post-2ª Fase: Activos: 273, estructurales: 104. Demora Máx: 350. Para ver sostenibilidad se evalúa abril-25: Activos: 263, estructurales: 95, D.Máx: 380. El 100% indicadores se reducen, activos un 47,19%, estructurales 70,62% y demora máxima en 85,41%.

CONCLUSIONES

Resultados positivos, por impacto en lista de espera como por sostenibilidad de los cambios y la confianza en profesionales. Es necesario reflexionar sobre el efecto paradójico del principio de la transparencia total como compromiso absoluto. Este principio provoca el miedo a la ausencia de información, y esto genera información no depurada. Esos datos distorsionan la realidad y contribuyen a la desinformación. Lejos de reforzar confianza, contribuyen a desinformar. Competimos en inmediatez, y debemos competir en rigurosidad.

IMPLANTACIÓN DE LA APP “MIASTURSALUD” EN UN ÁREA SANITARIA: MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD MEJORAMOS LA EFICIENCIA.

 ALBA GUTIERREZ HURTADO; ALEJANDRO GARCÍA HUERGO; MATILDE NAVARRO DORBERT; NATALIA VARILLAS HUERGO; ESTHER LAFUENTE ROBLEDO; RICARDO DE DIOS DEL VALLE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Identificador: 494

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En la era de las nuevas tecnologías se ha puesto el foco por parte de las instituciones en facilitar el acceso al sistema sanitario con aplicaciones informáticas como “Mi asturSalud” (MaS), pero su implementación no siempre se realiza con circuitos definidos o de forma acorde a la capacidad de respuesta de los servicios, que pueden estar condicionados por la gran complejidad interna del centro. Este proyecto se orienta desde el punto de vista del funcionamiento interno de la organización, y no de la accesibilidad de los ciudadanos a la App.

OBJETIVOS

Evaluar el proyecto de mejora de la implantación de la app MaS en el hospital para el cambio/anulación de citas de atención hospitalaria.

METODOLOGÍA

Identificación oportunidad mejora: En enero-24 1800 solicitudes sin tramitar.-Plan Acción: Grupo multidisciplinar: admisión, informática. Análisis inicial: estudio flujos de trabajo desde recepción de solicitud hasta respuesta. Actuación: Nuevos acceso al MaS. Acceso diario desde agosto 2024 a las peticiones/día. Definición procedimientos trabajo desde solicitud a resolución por servicio/agenda con responsables. -Evaluación: Estudio descriptivo pre-post intervención (Febrero 2025 [https://app.bipeek.com/u/eventos/913/comunicaciones4-Febrero 25](https://app.bipeek.com/u/eventos/913/comunicaciones4-Febrero%2025)). Variables: fecha, edad, sexo, demora solicitud-respuesta, demora solicitud-cita, demora respuesta-cita, tipo(anulación/cambio), servicio. Análisis estadístico: Cuantitativas: media y DE, Cualitativas: frecuencias. Chi-cuadrado, t-student, ANOVA, U de Mann-Whitney, Correlación Pearson.

RESULTADOS

447 solicitudes. Excluidas: 77 duplicados (14,7%). Sexo: 64% mujeres. Edad media:45.17. Servicio:12.5% Ginecología, 12.8% No informado (de ellas 52.6% son de salud mental). Tipo cita: 38,9% revisiones, 27,5% primeras. 95.7% destinadas al HUCA inicialmente, 1,8% al HUSA. Resolución: 47% reprogramadas. Día: 27,1% de viernes a domingo.Pre-post: Diferencias significativas: edad media (47,5vs43,9; $p=0,024$), días Solicitud-Trámite (215,8vs0,98, $p<0,001$); Se responden: (17,5%vs98,6%; $p<0,001$). Reprogramación/cancelación: 48,8%vs70,7%; $p<0,001$. No diferencias significativas en el resto (demora solicitud-cita: 43,1vs 36,9), petición cambio cita (69,4vs71,8%), solicitud mismo día cita (18,8%vs20,2%), solicitud 7 días antes(44,4vs42,9).

CONCLUSIONES

Los resultados son positivos en todas las dimensiones, tanto en % de respuesta, como en aprovechamiento (reprogramación) de las citas y en demora en responder al ciudadano. En la incorporación de innovación tecnológica a las organizaciones es imprescindible analizar los flujos de trabajo y diseñar un plan de implantación detallado para evitar el rechazo de la tecnología y lograr su incorporación exitosa. Es necesario analizar el porcentaje de solicitudes realizadas a 7 días de la cita, coincidiendo con envío de sms recordatorio y 20% de solicitudes el mismo día que impide la gestión. Estrategias informativas destinadas a la ciudadanía podrían optimizar el uso de esta aplicación.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA “NO ASISTENCIA A CONSULTAS”: UN PROBLEMA DE TODOS.

 ALBA GUTIÉRREZ HURTADO; ALEJANDRO GARCIA HUERGO; EVA MARÍA GONZALEZ PEREZ; VIOLETA RODRIGUEZ RAMIREZ; ESTHER LAFUENTE ROBLEDO; RICARDO DE DIOS DEL VALLE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Identificador: 495

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las listas de espera se han convertido en uno de las principales preocupaciones para los ciudadanos, profesionales, gestores y planificadores. El foco de atención social esta centrado en la situación de las listas de espera por encima de cualquier otro aspecto del sistema sanitario, como sostenibilidad, calidad científico-técnica, etc. A pesar de ser un problema complejo y multicausal, las posibles soluciones se orientan desde la perspectiva del incremento de la oferta, y pocas veces desde el control de la demanda por otros niveles asistenciales o de los ciudadanos. Introducir otras perspectivas en el análisis es imprescindible para alcanzar otros resultados; siendo necesario corresponsabilizar a los ciudadanos en la gestión de las listas de espera desde ópticas múltiples.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de las citas a las que no acudio el paciente en consultas de un hospital de alta complejidad durante dos años y el impacto estimado de las mismas.

METODOLOGÍA

Diseño: descriptivo transversal. Período: 2023-2024. Variables: fecha, servicio, tipo de cita. Análisis: se compara la evolución de las citas “no acuden” entre ambos años en los diferentes tipos. Se valora el tiempo estimado anual perdido por esas citas, así como la estimación teórica en reducción de lista de espera.

RESULTADOS

En 2023, 37.994 pacientes no acudieron a consulta (primera/sucesiva). 39.757 en 2024. Primeras consultas fueron 11.613 en 2023 vs 11.254 en 2024. Sucesivas: 26.381 en 2023 y 28.503 en 2024. Si se estiman 30 minutos por primera consulta y 15 por sucesiva, nos encontramos que en dos años se perdieron 1.166.265 minutos por citas no ocupadas, lo que equivale a 19.437 horas, 2776 días, 12,56 años (días laborables), lo que equivale al coste de 6-7 médicos/año. Estimando el impacto que esas citas no ocupadas hubieran podido tener en la lista de espera, podemos ver que hay unos 57.000 activos de primeras consultas, 45.000 estructurales; esas 11.254 citas en 2024 no usadas, significaría una reducción del 19,8% de activos o del 25,2% de los estructurales.

CONCLUSIONES

La introducción de la experiencia del paciente en los servicios sanitarios es un elemento imprescindible, el emponderamiento de los pacientes en el manejo de su salud es clave para obtener buenos resultados de salud. Pero pocas veces se aborda un aspecto imprescindible en la mejora de nuestros servicios sanitarios, y es la corresponsabilidad de los ciudadanos en su funcionamiento, en su utilización y en su demanda. En este trabajo vemos el impacto estimado que tiene la decisión individual de cada persona cuando no acude a una consulta. Se ha incrementado enormemente las vías de comunicación de incidencias para no perder esa oportunidad de atención, pero también es cierto que deberíamos fomentar una reflexión social colectiva sobre la responsabilidad en la utilización de los servicios públicos para optimizar su funcionamiento y valorar el coste y la importancia de los mismos.

PROYECTO OPTIMUS: OPTIMIZAR CONSULTAS Y PRUEBAS PARA ELIMINAR LAS QUE NO APORTAN VALOR

 *Adriana Pascual Martinez; Maria Herrera Abian; Angel Jimenez Rodriguez*

 *Hospital Universitario Infanta Elena*

Identificador: 497

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Analizar y anular consultas, pruebas que no aportan valor en pacientes con enfermedades avanzadas, geriátricos y pluripatológicos. El médico analiza situación y anula prestaciones, convirtiéndose en gestor del caso

OBJETIVOS

Reducir número de consultas no necesarias, pruebas y tratamientos. Mejor utilización recursos médicos, reducción lista espera y optimización del flujo de pacientes en el hospital, permitir huecos a otros pacientes que lo necesitan

METODOLOGIA

Definir criterios de anulación

Desarrollar el sistema de gestión de consultas: explotar el cuadro de mandos ya existente, definiendo el tipo de prestación solicitada y el médico responsable para poder establecer comunicación con él en caso necesario

Integrar la función de anular en HC

Trazabilidad de la anulación: sistema registre cuando se anula, quién y la razón de la anulación.

Información a médicos implicados: Internistas, geriatras y paliativistas centran el proyecto. Sesión informativa por parte de los responsables y proporcionar capacitación sobre cómo utilizarlo y anular consultas de manera adecuada, según los criterios establecidos y exportar así el modelo. Si especialista tiene revisiones crónicas, dejar dialogo web abierto a estos pacientes.

Implementación y seguimiento, Definir Plan de mejora según los resultados obtenidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Inicio Mayo 2024. 5 médicos en el piloto ya hay más de 30. Buena aceptación de los pacientes, sin problemas de seguridad.

Anulado en torno a 120 prestaciones/mes, tutorizando a más de 900 pacientes y el beneficio es doble porque todos los huecos liberados que no aportan valor e incluso podía ser un potencial daño, se dejan disponibles para pacientes que lo precisan.

Explicar a pacientes la importancia de priorizar consultas significativas y la necesidad de evitar visitas médicas innecesarias

Alternativas de atención: proporcionar información sobre otras opciones de atención médica, no presenciales con consultas virtuales, diálogos web, chatbot o programas de manejo de enfermedades crónicas, que pueden ser igual de efectivos para abordar ciertos problemas médicos sin la necesidad de una visita presencial.

Mejorar la eficiencia operativa del hospital al reducir el número de consultas no necesarias, pruebas y tratamientos. Para una mejor utilización de los recursos médicos, reducción de lista de espera y optimización del flujo pacientes en el hospital, y permitir huecos de primeras a otros pacientes que lo necesitan. Esta reducción de consultas innecesarias lleva un ahorro significativo en costos operativos, incluyendo tiempo del personal, recursos materiales y gastos de cada consulta programada

Mejora la calidad de la atención: los médicos se centran en consultas que realmente aportan valor y mejoran los resultados de salud de los pacientes. Mayor satisfacción del paciente Este sistema para anular consultas innecesarias puede ayudar al hospital a cumplir con los estándares normativos y éticos relacionados con la prestación de atención médica de alta calidad y centrada en el paciente.

CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL: PROTOCOLOS CLÍNICOS, GUÍAS Y HOJAS INFORMATIVAS

 Iratxe Regidor Fuentes; Miren Begoñe Hormaetxea Urkullu; María Victoria Ondarre Goenaga

 OSI DEBABARRENA-OSAKIDETZA

Identificador: 498

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Somos una Organización Sanitaria Integrada compuesta por 5 Unidades de Atención Primaria y un Hospital Comarcal, que dan cobertura a una población de más de 76.000 habitantes; y un Hospital orientado a la atención crónica compleja, referente para una población de más de 190.000 personas de los municipios de nuestra comarca y de otros limítrofes.

Las guías y los protocolos clínicos son una herramienta clave para la toma de decisiones en la asistencia, por su contribución a:

- La mejora de la calidad asistencial, al practicar la asistencia basada en la evidencia y reducir la variabilidad clínica.
- La mejora de la seguridad de pacientes, previniendo errores y logrando una detección precoz de complicaciones
- La optimización de recursos sanitarios, logrando un uso eficiente de pruebas y tratamientos
- El adiestramiento del personal en formación o de reciente incorporación

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El servicio de Calidad, renovado en 2024, decide promover la centralización en la Intranet de toda la documentación utilizada para la práctica asistencial y el acceso a la misma por parte de lxs profesionales, a través de ella. La consulta y descarga de los protocolos, guías y hojas informativas utilizando la Intranet como herramienta de comunicación, permite el control de la documentación por la Unidad de Calidad. Dicha Unidad es la única repsonsable en la organización de las actualizaciones documentales. De esta forma se minimiza el riesgo de uso de documentación obsoleta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente la Intranet de la OSI cuenta con 851 procedimientos de trabajo (protocolos, guías y hojas informativas), fruto del trabajo interdisciplinario de las personas que componen los servicios, que muestra el alto grado de compromiso del equipo profesional por ofrecer la mejor asistencia posible. Desde 2024 se han actualizado 221 documentos (26% del total), y existe un flujo constante de creación y actualización de la documentación disponible en la Intranet, lo que evidencia buenos resultados en los objetivos planteados desde la Unidad de Calidad.

CITE: PERSONALIZACIÓN DEL NPS PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LA EXCELENCIA CLÍNICA

 *Esther Concha León*

 *Territorio Barcelona Vallès de Quironsalud Catalunya*

Identificador: 499

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del paciente es crucial para la calidad asistencial, sin embargo, las encuestas anónimas tradicionales de Net Promoter Score (NPS) no facilitan la identificación de áreas de mejora concretas a nivel individual. El Proyecto CITE surge de la necesidad de personalizar la retroalimentación del paciente para empoderar a los facultativos con información procesable, impulsando así la excelencia clínica y una atención más centrada en el paciente.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue incrementar el NPS CITE global mediante la personalización de los resultados y la implementación de acciones de mejora individualizadas por facultativo. Se buscó mejorar dimensiones clave de la experiencia del paciente: Confianza, Información clínica/familia, Trato y Eficiencia, en los servicios de Hospitalización, Urgencias, Cirugía Ambulatoria y Consultas de los centros del Territorio.

METODOLOGÍA

Se empleó una metodología cuantitativa, comparativa pre-post intervención, en facultativos con más de 50 respuestas de NPS en el periodo de estudio. Se adaptó la encuesta NPS para incluir ítems específicos sobre Confianza, Información clínica/familia, Trato y Eficiencia. La recogida basal de datos (Septiembre 2024) precedió a la intervención (Septiembre-Noviembre 2024), que consistió en reuniones individuales con cada facultativo para presentar resultados personalizados y pactar acciones de mejora en comunicación y verificación de la comprensión. Una segunda recogida de datos (Marzo 2025) evaluó el impacto. El análisis fue estadístico descriptivo, comparando las medias del NPS global y por dimensiones.

RESULTADOS

Se observó un incremento estadísticamente significativo del NPS CITE global, pasando de 60,22 a 71,13 tras la intervención. Se identificaron mejoras en las puntuaciones de las dimensiones específicas de Confianza, Información clínica/familia, Trato y Eficiencia. La retroalimentación cualitativa de los facultativos fue positiva, destacando el valor del feedback individualizado para identificar áreas de mejora concretas. La personalización del NPS generó valor al paciente, fomentando mayor Confianza, mejor Información, un Trato más Humanizado y una mayor Eficiencia percibida.

CONCLUSIONES

El Proyecto CITE demuestra el valor de la retroalimentación individualizada y la colaboración médico-paciente para impulsar la mejora continua de la experiencia del paciente. La eliminación del anonimato y el enfoque en acciones concretas resultaron en un incremento significativo de la satisfacción. Este modelo promueve una atención más centrada en el paciente, procesos más eficientes y el potencial de impactar en la reducción de costes a largo plazo al aumentar la lealtad del paciente. Se sugiere una futura integración tecnológica, ampliación de dimensiones, benchmarking interno, formación continua y correlación con resultados clínicos para optimizar y escalar el proyecto.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA EN ESPAÑA: PERCEPCIÓN PROFESIONAL Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

😊 Marina Martínez Payá ⁽¹⁾; Meritxell Davins Riu ⁽²⁾; Lola Ruiz Iglesias ⁽³⁾; Soledad Sañudo García ⁽⁴⁾; Juan Antonio Marqués Espí ⁽⁵⁾; Manel Santiñà Vila ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ Grupo Casaverde; ⁽²⁾ Hospital Germans Trias i Pujol; ⁽³⁾ Freelance, consultant; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario Río Hortega; ⁽⁵⁾ Hospital Universitario San Juan de Alicante; ⁽⁶⁾ Sociedad Española de Calidad Asistencial

Identificador: 500

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El informe de alta hospitalaria es una herramienta esencial para garantizar la continuidad asistencial, la seguridad del paciente y una adecuada coordinación entre los niveles de atención sanitaria. A pesar de su relevancia, existen importantes variabilidades en su estructura, contenido, accesibilidad y utilidad clínica, lo que puede comprometer su efectividad. Esta investigación surge ante la necesidad de disponer de datos sistemáticos que permitan valorar y mejorar la calidad de estos informes en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue conocer y analizar la percepción de los profesionales sanitarios sobre la calidad de los informes de alta en España. Se desarrolló un estudio cualitativo en tres fases: constitución de un Comité de Dirección Científico con participación de representantes de diversas sociedades científicas (SECA, SEDOM, SEC, SEIS, SEDISA, SEDAP, FAISS, FACME); validación de un cuestionario mediante grupo experto; y difusión del mismo entre profesionales sociosanitarios. Se recopilaron 421 respuestas a través de Google Forms, abarcando diferentes perfiles profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados evidencian una gran variabilidad en la calidad percibida de los informes de alta. Solo el 54 % de los profesionales conocían el Real Decreto 1093/2010, y menos de la mitad consideraba que los informes se ajustan a su estructura. Aspectos clave como la comprensión del contenido para pacientes o la adecuación para atención primaria mostraron puntuaciones medias inferiores a 5, en una escala de 0 a 10, lo que reflejaba áreas de mejora importantes. Además, se constató un uso frecuente del “copia y pega”; baja formación específica sobre la historia clínica electrónica y escasa evaluación sistemática de la calidad de los informes. Un 98% de los profesionales consideró necesaria una política que garantizase la calidad documental y la interoperabilidad de la información clínica.

Los resultados indican la necesidad de mejorar la calidad, estructura y utilidad clínica de los informes de alta. Se identificaron deficiencias relacionadas con la usabilidad, la comprensión para pacientes, la integración con atención primaria y la codificación diagnóstica. Sería recomendable avanzar hacia una historia clínica interoperable, introducir herramientas de apoyo como la inteligencia artificial, reforzar la formación y auditoría sistemática de estos documentos. Evaluaciones periódicas de la situación de la calidad de los informes de alta, con la identificación de punto fuertes y aspectos a mejorar podría ayudar en el objetivo de conseguir mejorar la calidad de los datos registrados en los Sistemas de Información de las organizaciones de Salud.

MEJORA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) CON LA NORMA DE CALIDAD ISO 9001

 Beatriz Jara Chinarro ⁽¹⁾; Silvia Aguado Ibañez ⁽²⁾; Ainhoa Izquierdo Perez ⁽²⁾; Manuel Valle Falcones ⁽²⁾; Ernesto Gómez Cubillo ⁽²⁾; Dolores Montserrat Capella ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Centro sanitario; ⁽²⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Identificador: 501

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La UCRI es un área de atención especializada para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, que requieren soporte respiratorio no invasivo y monitorización avanzada. Para garantizar una atención segura y estandarizada se implantó un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015.

OBJETIVOS

Estructurar, evaluar y mejorar los procesos asistenciales a través de la aplicación de la norma ISO

Comparar indicadores antes y después de su implementación, en ausencia de estándares bibliográficos o de otros centros, de forma independiente al resto del servicio de Neumología.

METODOLOGÍA

En 2023 se creó un grupo multidisciplinar con formación específica en ISO que definió el alcance, la política de calidad, análisis DAFO, objetivos estratégicos y operativos, mapa de procesos e indicadores clínicos, de satisfacción y rendimiento. El seguimiento de su cumplimiento se integró en el contrato de gestión del servicio. La certificación se obtuvo en febrero de 2024. Se ha comparado la actividad de 2023 y finales de 2024 teniendo en cuenta los siguientes indicadores por objetivos:

- Mejora en formación continua de los profesionales: N° de reuniones planificadas/ n° ejecutadas >80%. N° participantes/ sesión > 50%. Evaluación anual
- Desarrollo de un plan de acogida para nuevas incorporaciones. N° profesionales con formación completada/ total incorporaciones > 95%. Evaluación continua
- Mejora de la documentación clínica: evaluación ciega de 8 ítems del informe de alta. Índice de calidad de informes >1.5.
- Evaluación de la seguridad del paciente: medición de tasa de incidentes de seguridad (IS) por base horaria (24h x 6 camas= 52.560 horas) y una relación de los incidentes de UCRI independiente respecto al total del servicio inferior al 50%, anual.

RESULTADOS

En el año 2024 frente al 2023 la actividad aumentó un 79% (235 vs 131 pacientes). La tasa de traslados a UCI se redujo del 28% al 3% y la mortalidad del 16% al 4,7%.

Se ejecutaron el 100% de sesiones de formación planificadas (17h en 2023; 20 h en 2024), con participación >55% de plantilla y una evaluación de satisfacción de 4,88/6 (tasa respuesta 64%) en 2023 y 5,18/6 (tasa respuesta 95%) en 2024.

En 2024 se implementó la guía de acogida. El 100% de las nuevas incorporaciones completaron la formación, con una satisfacción de 4,8/5.

Se elaboraron informes de alta estandarizados, alcanzando un índice de calidad de 1.41 en 2023 vs 1,86/2 en 2024.

La tasa IS pasó de 0.00017 (9 IS) a 0.000057 (3 IS). En 2024 se creó un registro de incidentes propios de UCRI. El 37% del total de Neumología se notificaron en esta unidad.

CONCLUSIONES

La aplicación de la norma ISO 9001:2015 ha permitido estructurar un modelo orientado a la mejora continua y la seguridad en la actividad asistencial.

Se observa mejora en los indicadores clínicos y en los procesos de soporte y seguridad en relación al año 2023 y a los objetivos establecidos.

SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) SEGUN LA ISO 9001.

 Beatriz Jara Chinarro; Silvia Aguado Ibañez; Ainhoa Izquierdo Perez; Antonia Cachinero Murillo; Natalia Garcia Ortiz; Pablo Cazallo Navarro

 Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

Identificador: 502

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La UCRI es un área de atención especializada para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, que requieren soporte respiratorio no invasivo y monitorización avanzada. Para conseguir una mejora continua en la calidad asistencial es prioritario conocer la percepción y satisfacción de las expectativas de los grupos de interés identificados.

OBJETIVOS

- Evaluar las necesidades percibidas por los pacientes y familiares ingresados en la UCRI.
- Evaluar la relación e información recibida por los servicios en continuidad asistencial.
- Comparar los resultados de satisfacción tras un año de implementación de la ISO 9001:2015.

METODOLOGÍA

En 2023 se creó un grupo multidisciplinar, con formación específica en ISO que definió los objetivos de mejora de la calidad asistencial de la Unidad. Entre ellos:

- Mejora de la satisfacción del paciente, mediante la evaluación anual de encuestas disponibles de forma continua en las habitaciones de la unidad, de acceso digital, para pacientes y familiares. Indicador: Nº encuestas alta satisfacción/total encuestas. Estándar > 80%
- Mejora en la satisfacción de los profesionales de las unidades de cuidados intensivos médica y quirúrgica, como servicios de procedencia y destino de los pacientes atendidos en la UCRI. Indicador: Nº encuestas con respuesta satisfactoria valoración UCRI/total encuestas. Estándar > 80%

RESULTADOS

Las encuestas estuvieron disponibles desde noviembre de 2023. Se presentan los resultados de las dos evaluaciones realizadas en enero de 2024 y 2025:

- En 2024 los pacientes y familiares evaluaron su satisfacción con la atención recibida en la UCRI durante su ingreso, sobre una escala de 6 puntos, con una puntuación de 5.89 (n=11; un 80% de los ingresos realizados en los dos últimos meses de 2023). Se mejoró la formación del personal, disminuyó la variabilidad de la asistencia con procedimientos y protocolos por procesos, aumentó la detección y declaración de incidentes de seguridad. En 2025 la puntuación fue de un 5.85/6 (n=55; un 26% del total de ingresos del año 2024).
- Los servicios en continuidad encuestados puntuaron su relación con nuestra unidad un 4.73/6 en 2024 (n=11; tasa respuesta 30% total facultativos del centro) y un 5.62 en 2025 (n=16; tasa respuesta 40%) tras la consecución de mejoras en la información con un informe de alta estandarizado y la realización de reuniones periódicas.

CONCLUSIONES

La satisfacción con la actividad asistencial realizada en la UCRI es alta en más del 80% de las encuestas realizadas.

La aplicación de la norma ISO, la consecución de los objetivos planteados y su evaluación periódica ha permitido identificar acciones de mejora que aumentan la satisfacción de los grupos relacionados.

Es necesario mejorar la tasa de respuesta para mejorar la precisión de la valoración.

Para la próxima revisión anual se han incluido nuevos indicadores que ampliarán la información por estamentos y a otros servicios.

ABORDAJE DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS, UN COMPROMISO DE FUTURO

😊 Eva Patricia Blanco Díaz ⁽¹⁾; Maria Jesús Puyol Díaz ⁽¹⁾; Remedios Rojano Pérez ⁽²⁾; Lucía Martínez Hormigos ⁽¹⁾; Maria José Jiménez Cebrián ⁽³⁾; Almudena Díez Menéndez ⁽³⁾

🏠 ⁽¹⁾ Grupo emeis. Residencia Bouco Rincón de la Victoria; ⁽²⁾ Unidad de residencias Distrito Guadalhorce.; ⁽³⁾ Grupo emeis

Identificador: 503

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La preocupación que existe en los centros sociosanitarios para mantener la seguridad de los residentes en relación a las bacterias multiresistentes y su control utilizando medidas preventivas y un uso racional de los antibióticos.

OBJETIVOS

1. Importancia del control de las Multiresistencias en residencias y del control de las mismas. las residencias actúan como nosocomio.
2. Importancia de la existencia de un protocolo / procedimiento consensuado con todos los niveles asistenciales : atención primaria, unidades gestoras de casos (Unidad de residencias), hospital. trabajo con guía PRAN
3. Problema de salud pública. Establecer circuitos con las unidades de salud pública y epidemiología para control de casos.

METODOLOGÍA

Obtención de la información a través de las historias clínicas de los residentes

Revisión de los protocolos de las residencias e implantación por parte de todo el equipo multidisciplinar de las residencias. Estudio de los resultados de las analíticas. Control sobre los antibióticos pautados, seguimiento de los residentes. Colaboración con los niveles asistenciales estableciendo circuitos con las unidades de salud pública y epidemiología.

Integración del modelo ACP, para la implementación de los procedimientos revisados en aquellos residentes del estudio.

RESULTADOS

Del total de los resultados analizados a través de las historias clínicas de los residentes, se obtienen los siguientes datos:

El 1,21% de las infecciones registradas en 2024, son de BMR, datos de todas las residencias.

El 29,27 % de dichas infecciones se corresponden a un solo centro, el cual es el objeto del estudio.

Una vez que se aplica el procedimiento y se establecen las medidas definidas, en 2025 no hay residentes portadores BMR en el centro de estudio.

CONCLUSIONES

Posteriormente al estudio de los datos analizados, se establecen las siguientes conclusiones:

Para un buen control de las bacterias multiresistentes es esencial la protección de todas las partes implicadas y la aplicación de todos los protocolos establecidos.

Residente: Ubicación, Equipo para el cuidado, Higiene del residente, Lencería, lavandería y vajilla, Higiene respiratoria y la tos. Gestión de los residuos. Limpieza de habitación. Traslados.

Protección de los Trabajadores: Higiene de manos y Uso de guantes; Uso de mascarillas, Protección ocular, gafas, Uso de batas. Educación del personal

Familiares y visitas: Evitar la soledad de los residentes. para ello se establecen las siguientes medidas preventivas: precauciones estándar básicas, sobre todo en lo referente a la adecuada higiene de manos y las recomendaciones para la tos.

Realización de un buen control analítico a través de cultivos y un uso racional del antibiótico, controlado a través del PROA de la organización y guía PRAN

Se han mantenido las necesidades del residente adaptando su proyecto de vida, garantizando la seguridad del paciente, controlando la infección, integrando todos los protocolos.

UNA EXPERIENCIA, UNA VOZ: MEDICIÓN DE LA ATENCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE: RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

 BARBARA MARTINEZ DE MIGUEL; ISABEL VILLAR CIRUJANO; ANDREA SAN JOSE CARRASCO; VANESA CARRILLO MORALES; MARIA PAZ VILLEN GONZALEZ; JAVIER COBAS GAMALLO ⁽²⁾

 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Identificador: 504

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medición sistemática de la experiencia del paciente es clave para orientar la mejora continua de los servicios sanitarios. Con el objetivo de obtener una retroalimentación ágil, directa y representativa, el hospital ha puesto en marcha un programa de encuestas de satisfacción por SMS, dirigidas a todos los pacientes atendidos en consultas externas, pruebas diagnósticas, hospitalización y urgencias.

OBJETIVOS

- Evaluar la experiencia del paciente de forma continua, estructurada y accesible, identificando puntos fuertes y áreas de mejora desde la perspectiva del usuario.
- Incorporar la visión del paciente en la toma de decisiones y en los planes de mejora institucionales.
- Obtener indicadores comparables a lo largo del tiempo y entre servicios.

METODOLOGÍA

Hace un año se implementó el envío automático de un SMS con un enlace a una encuesta breve de satisfacción a todos los pacientes atendidos en: Consultas externas, Hospitalización médica, Hospitalización quirúrgica y Urgencias. Recientemente, se ha añadido el ámbito de procedimientos diagnósticos.

La encuesta evalúa aspectos como: Trato recibido, claridad de la información, organización, tiempo de espera, percepción general , y se han añadido preguntas sobre movilidad.El cuestionario es anónimo y voluntario y recoge sugerencias abiertas.

La información es analizada por la Unidad de Calidad junto con la Comisión de Calidad Percibida, así como por los responsables y coordinadores de calidad de las áreas implicadas.

RESULTADOS

Durante el primer año de implementación, se han recibido un total de 285.298 encuestas, 225.006 del segmento consultas externas, 48.326 de urgencias, 3.625 de hospitalización médica y 4.766 de hospitalización quirúrgica. En el mes de implementación de pruebas diagnósticas se han recibido 3.573 encuestas.

El NPS global ha sido de 58, 61 en consultas externas, 59 en hospitalización médica, 64 en hospitalización quirúrgica, 35 en urgencias y 66 en pruebas diagnósticas.

Ítems mejor valorados: agradecimientos, instalaciones y citaciones. Ítems peor valorados: tiempos de espera y atención del personal

Además, se han recibido más de 4881 comentarios cualitativos que han permitido detectar necesidades específicas y generar acciones de mejora.

CONCLUSIONES

La implementación de encuestas de satisfacción por SMS ha demostrado ser una herramienta eficaz, ágil y sensible para captar la experiencia real del paciente en distintos ámbitos asistenciales. Sus resultados permiten orientar las estrategias de humanización y calidad desde una perspectiva centrada en la persona.

El análisis de este primer año confirma su utilidad como fuente continua de mejora y refuerza el compromiso institucional con una atención más cercana, eficiente y adaptada a las expectativas de los ciudadanos.

Este enfoque inclusivo y digital ha permitido alcanzar un alto volumen de respuestas, generando una base sólida para el análisis de la satisfacción en tiempo real y la identificación de oportunidades de mejora.

SESIONES CLÍNICAS DE EQUIPO: ACERCANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) A LOS PROFESIONALES

 *Maria José Bueno Domínguez; Anton Benet Català; Marta Serra Altès; Àngels Esquirol Solé; Misericordia Voltó Julve; Mila González Victorio*

 *Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp*

Identificador: 505

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La SP supone la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria. Desde el año 2005, es una línea estratégica de la organización.

En el 2024, para acercar la SP a los profesionales, se han realizado actividades al respecto, tanto como línea específica del Plan estratégico como objetivo de los profesionales de la organización: sesiones a los diferentes servicios.

OBJETIVOS

Acercar la SP a los profesionales y recoger soluciones a problemas específicos.

METODOLOGÍA

Se ha preparado una presentación PowerPoint sobre: temas generales de SP, proyectos de SP, estructura organizativa, plataformas del Departamento, indicadores de SP, segundas víctimas y la implicación del paciente en su seguridad.

Con este material se han realizado sesiones a los servicios para reforzar la SP y recoger áreas de mejora e inquietudes a trabajar.

RESULTADOS

En 2024 se han realizado sesiones de una hora de duración presenciales y on-line en los diferentes servicios del hospital.

En un Excel se ha recogido el cronograma de las diferentes sesiones tanto presenciales como por alguna plataforma.

Se han recogido las firmas de los profesionales que han asistido a estas sesiones.

Han asistido un total de 829 profesionales y se han realizado un total de 33 sesiones.

Se han recogido también diferentes áreas de mejora que se centran en diferentes ámbitos: nueva versión del programa de prescripción, reforzar el programa de higiene de manos, continuidad asistencial en ciertas patologías, problemas de infraestructuras, incidencias con aparataje, mantenimiento preventivo, estructura profesional, nuevas incorporaciones, recursos informáticos, adecuación de profilaxis antibiótica, profilaxis tromboembólica, educación del paciente en SP, ...

CONCLUSIONES

Ha sido una actividad de acercamiento de la SP a los profesionales y este año se realizarán sesiones a camilleros, administrativos y a profesionales de atención primaria.

Este año, se ha pasado una encuesta a los profesionales sobre si querían formar parte de alguna comisión de la entidad, y contestaron a 188 y de estos 69 profesionales quieren formar parte de la comisión de SP.

Se volverá a pasar en el Moodle la encuesta AHRQ para constatar si ha mejorado la cultura de SP.

Se realizará un grupo focal con pacientes para encontrar las principales líneas a desarrollar e implicarlos directamente en su propia seguridad.

La SP es una línea estratégica de la organización desde el año 2005 y se debe seguir manteniendo como meta de la organización.

CRECIENDO EN CALIDAD: 99 CERTIFICACIONES Y 9 NORMAS INTEGRADAS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO

 BARBARA MARTINEZ DE MIGUEL; SARA GUSI GIL; ANGELICA RIVERA NUÑEZ; ANDREA SAN JOSE CARRASCO; JAVIER COBAS GAMALLO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Identificador: 506

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, los sistemas sanitarios tienen el reto de avanzar hacia una gestión basada en la calidad total, sostenibilidad, seguridad y responsabilidad social. Frente a modelos fragmentados en estándares específicos, surge la necesidad de unificar criterios, optimizar recursos y avanzar hacia una visión integral.

Desde 2017, nuestro hospital ha implantado un Sistema de Gestión Integrado (SGI) que aúna nueve normas o modelos de gestión reconocidos y alineados con la estrategia institucional.

Este sistema permite mejorar los procesos asistenciales, así como consolidar una cultura organizativa orientada a la mejora continua, la seguridad del paciente y el compromiso con la sociedad y el medioambiente.

OBJETIVOS

Consolidar un modelo de gestión hospitalaria integral y eficiente, alineado con normas internacionales.

Integrar en un sistema múltiples certificaciones de calidad, seguridad, sostenibilidad y responsabilidad.

Garantizar la mejora continua a través de auditorías internas y externas, indicadores compartidos y participación profesional.

Extender progresivamente el alcance del sistema a más servicios asistenciales.

METODOLOGIA

Desde su primera certificación en 2017, el SGI ha ido incorporando 9 normas de referencia: ISO 9001, gestión de calidad, UNE 179003, seguridad del paciente, ISO 14001, gestión ambiental, IQNeT, responsabilidad social, Objetivos de Desarrollo Sostenible, ISO 15896, gestión de compras valor añadido, ISO 22000, seguridad alimentaria, ISO13485, producto sanitario y modelo comprometido con los mayores. El modelo ha evolucionado hacia enfoque de gestión transversal, donde los procesos están interconectados y se gestionan de forma coherente. Se realiza una planificación anual de auditorías, revisiones por la dirección y acciones de mejora. Cada año se amplía el alcance tanto en nuevas normas como en nuevos servicios certificados. El modelo se basa en la participación activa de profesionales y en la revisión periódica de resultados para tomar decisiones.

RESULTADOS

Desde 2017, el número de servicios/unidades certificados ha crecido de forma constante, con un total de 99 certificados: 48 unidades certificadas según ISO 9001 y 43 unidades con estándares de seguridad del paciente. 9 modelos/normas integradas en un único sistema. Se han identificado mejoras relevantes en organización de procesos, reducción de riesgos y sostenibilidad ambiental. Alta implicación de los profesionales en las auditorías y planes de mejora. Reconocimiento externo.

CONCLUSIÓN

El Sistema de Gestión Integrado ha demostrado ser una herramienta eficaz para estructurar la calidad en el entorno hospitalario desde una visión amplia, sostenible y centrada en el paciente. Su evolución y crecimiento continuo reflejan el compromiso institucional con la excelencia, la seguridad y la responsabilidad social. Este modelo permite cumplir con estándares exigentes, generar cultura de calidad y fortalecer la imagen del hospital como organización innovadora y comprometida.

AUMENTO DE CASOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JÓVENES (15-19 AÑOS) DETECTADOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

😊 IGNACIO VIDAL NAVARRO ⁽¹⁾; CAROL INGRID CASTELLARES GONZALEZ ⁽²⁾; SARITA RODRIGUEZ RESTREPO ⁽²⁾; CAROLINA VARELA RODRIGUEZ ⁽²⁾

📅 ⁽¹⁾ HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS; ⁽²⁾ H12OCTUBRE

Identificador: 507

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en pacientes de 15 a 19 años representan un problema de salud pública de creciente preocupación, con un alarmante aumento en el número de casos. La identificación temprana es crucial para prevenir complicaciones graves a largo plazo, como la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), la infertilidad y un mayor riesgo de cáncer ginecológico. Este estudio analiza la incidencia de ITS en urgencias de un hospital de segundo nivel en esta población.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se analizaron los diagnósticos de ITS en pacientes de 15 a 19 años atendidos en el servicio de urgencias del Hospital X durante el segundo semestre de 2024. Este hospital gestionó 76.426 urgencias en dicho periodo, de las cuales 3.689 (4,8%) correspondieron a jóvenes de 15-19 años. Las tasas de incidencia anuales se calcularon utilizando la población del Padrón Municipal del Hospital X (11.582 personas de 15-19 años: 5.607 mujeres, 5.975 hombres en 2024) y se compararon con datos nacionales de Clamidia de 2022 (Padrón Continuo de España, 2.446.368 personas de 15-19 años) y se compararon con las tasas nacionales, procedentes del informe de vigilancia de la RENAVE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período estudiado, se registraron un total de 33 diagnósticos de ITS en urgencias en el grupo de 15 a 19 años. La clamidia fue la ITS más frecuente (16 casos), con una marcada predominancia en mujeres (14 casos; 8 extranjeras, 6 españolas) frente a hombres (2 casos). La gonorrea sumó 10 casos, con una distribución más equitativa entre mujeres (6 casos; 4 españolas, 2 extranjeras) y hombres (4 casos; 3 españoles, 1 extranjero). Se detectaron 6 casos de herpes genital (4 en mujeres españolas, 2 en hombres extranjeros) y 1 caso de sífilis (mujer extranjera). El predominio femenino fue constante para todas las ITS.

CONCLUSIONES

Estos hallazgos confirman el aumento sostenido de ITS en la población adolescente, con una alta carga de casos diagnosticados en servicios de urgencias hospitalarias, lo que sugiere posibles retrasos en el diagnóstico. Las tasas locales elevadas, particularmente en mujeres, y el predominio femenino en todos los diagnósticos, resaltan la necesidad de abordar factores como la presentación asintomática y las barreras de acceso. Considerando que los casos registrados en urgencias son solo una parte de los diagnósticos totales, y no se pudieron hallar las infecciones comórbidas, las tasas calculadas podrían estar infravaloradas. Es imperativo reorientar los esfuerzos hacia la promoción y facilitación del diagnóstico en las consultas médicas de atención primaria, en lugar de depender de la atención de urgencia. Esta transición optimizará el acceso, el inicio temprano del tratamiento y un seguimiento integral, mejorando la estrategia preventiva. Se considera fundamental implementar y reforzar programas de promoción de salud sexual y prevención de ITS específicos para la población adolescente.

REDUCCIÓN HUELLA MEDIOAMBIENTAL FACTURACIÓN ASISTENCIAL

 INMACULADA C. POSADAS FRUTOS; MARIA GARCIA DE MATIAS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

Identificador: 508

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

En un mundo cada vez más comprometido con la sostenibilidad y la justicia social, la Agenda 2030 establece un camino claro hacia un futuro más responsable. Como Administración pública, estamos implicados en esta hoja de ruta, trabajando para contribuir a estos objetivos globales.

Este proyecto se alinea con varios de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente en áreas como Salud y Bienestar, Producción y Consumo Responsables, y Acción por el Clima.

En línea con estos compromisos, el Hospital cuenta con un plan de Eficiencia Energética para reducir las emisiones de CO₂. Nuestro proyecto busca apoyar estos esfuerzos, ayudando a disminuir la huella ambiental y promoviendo prácticas más sostenibles.

OBJETIVOS

- Contribuir a la reducción de las emisiones de CO₂ del Hospital.
- Ahorrar espacio de almacenamiento físico de expedientes.
- Mejorar la accesibilidad a los datos desde cualquier dispositivo autorizado.
- Evitar la pérdida de documentación, garantizando mayor seguridad y eficiencia en la gestión de la información.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio detallado:

- Revisión de la documentación imprescindible y de las anotaciones particulares que pueden surgir en los expedientes de facturación.
- Análisis de la procedencia de los distintos documentos que conforman el expediente.
- Evaluación de la utilización posterior de esa documentación, ya sea para informar al paciente, enviar notificación, gestionar el pago, publicación en el BOE, envío de Providencia de apremio, entre otros usos.

Desde Gestión Económica se han estudiado las posibilidades de la herramienta utilizada para la Facturación a terceros, y solicitado al soporte técnico las modificaciones necesarias para incorporar la documentación, facilitar el acceso a la misma.

Adicionalmente, se han establecido protocolos y procedimientos para el tratamiento de la información de manera que sea más accesible y mecanizada para evitar posibles errores.

Se inicia el proyecto con los expedientes de Accidentes Laborales y de Tráfico, por considerarlos más sencillos en su tratamiento.

RESULTADOS

Hemos optimizado nuestros resultados al eliminar los expedientes físicos, lo que nos ha permitido ahorrar papel y reducir el tiempo de trabajo. Además, esto ha incrementado la agilidad en el acceso y manejo de la información, facilitando un proceso más eficiente y ecológico.

En el último año, se han podido realizar todos los trámites sin los expedientes físicos, lo que nos anima a continuar la puesta en marcha próximamente con las facturas emitidas a Pacientes Privados.

CONCLUSIONES

La implementación de esta iniciativa refleja nuestro compromiso con un Hospital más responsable, eficiente y respetuoso con el planeta. Juntos, podemos hacer una diferencia significativa y contribuir a un futuro más sostenible para todos. El reto continúa a futuro avanzando en prácticas sostenibles que benefician tanto a la comunidad como al medio ambiente.

HUMANIZACIÓN EN LA INFORMACIÓN AL PACIENTE FACTURADO POR ASISTENCIA SANITARIA

 INMACULADA C. POSADAS FRUTOS; MARIA GARCIA DE MATIAS; TERESA DE ANDRES CALVO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

Identificador: 509

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El S.N.S. garantiza el acceso universal a la asistencia sanitaria (Art. 43 de la C.E.). Sin embargo, no implica que toda atención esté financiada con fondos públicos. La LGS 14/1986, Art. 1 especifica quienes tienen derecho a la financiación pública en casos de enfermedad común. Accidentes de tráfico, laborales o deportivos, o sin derecho a tarjeta sanitaria, la atención se considera privada y debe ser facturada al paciente o a la aseguradora.

Muchos pacientes desconocen esta diferencia y no entienden por qué reciben una factura. Es necesario ofrecerles información clara y cercana.

OBJETIVOS

Tenemos la responsabilidad de colaborar para mantener un sistema solidario y sostenible. Esto implica distinguir los diferentes tipos de asistencia y orientar a los pacientes sobre los procedimientos adecuados. Si la financiación pública no es posible, debemos asesorarles sobre cómo gestionar la documentación necesaria para su financiación.

METODOLOGÍA

La atención a pacientes sin derecho a financiación pública, debe facturarse según los precios públicos. Desde Admisión, se realiza un primer filtro para determinar el tipo de asistencia y se entrega a los pacientes una hoja informativa. Luego, en Gestión Económica, contactamos con los pacientes susceptibles de ser facturados y les indicamos qué documentación deben aportar.

En accidentes de tráfico, laborales o deportivos, es suficiente con que se aporte los datos de su seguro privado, ya que estos cubren la asistencia. En pacientes extranjeros, no residentes en España, o sin tarjeta sanitaria (por situación irregular, desconocimiento u otras causas), la situación puede ser más compleja.

En estos casos, revisamos si en las plataformas del SNS o CIBELES existe posibilidad de financiación, o si, por su situación (como ser refugiado, menor de edad o embarazada), tienen derecho a gratuidad. Informamos sobre los trámites para obtener la tarjeta sanitaria o formas de pago, ayudándoles a superar barreras como el idioma o desconocimiento del proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Garantiza la identificación de casos en que la asistencia no pueda ser gratuita o deba ser financiada por otros medios.
- Potencia la coordinación Admisión-Gestión Económica asegurando una atención eficiente y transparente.
- El estudio individualizado de cada caso, permite ofrecer soluciones adaptadas a situaciones especiales, promoviendo la equidad en el acceso a la atención sanitaria.
- La orientación y apoyo a los pacientes extranjeros o en situación irregular facilita su integración social.

La cercanía y empatía con el paciente humanizan un proceso que puede resultar complicado, “facturar un servicio que el paciente espera que sea gratuito”. Esta actitud ayuda a reducir reclamaciones y recursos, facilitando que los pacientes regularicen su situación administrativa. Promueve que abonen sus facturas en caso de ser necesario, evitando embargos de la Agencia Tributaria.

CALIDAD Y MEJORA DE LA GESTION – GESTION DE REGISTRO DE INCIDENCIAS

 INMACULADA C. POSADAS FRUTOS; MARIA GARCIA DE MATIAS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

Identificador: 510

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los objetivos del Centro incluyen, entre otros, la mejora de la calidad asistencial, sostenibilidad, digitalización, bajo un marco de innovación constante de los servicios y procesos que se desarrollan, para garantizar una atención más eficiente, segura y satisfactoria para todos. Somos el Hospital de la comunidad con más servicios certificados en Sistema De Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001 y se intenta seguir en esa línea.

Se hace necesaria la implementación de un registro de incidencias con la finalidad de identificar, documentar y analizar las incidencias, documentar las causas, consecuencias y soluciones aportadas, además de realizar un seguimiento y control de las acciones correctivas encaminadas a evitar que se repitan.

OBJETIVOS

A través de la identificación y gestión de incidencias, se pretende promover una mejora continua en nuestros procesos y servicios. Este enfoque busca fomentar una cultura de calidad, transparencia, responsabilidad y compromiso por parte de todo el equipo. El objetivo es reducir errores, optimizar recursos y, en consecuencia, mejorar la calidad de la atención y los servicios ofrecidos a nuestros pacientes, garantizando así una atención más segura, eficiente y satisfactoria.

METODOLOGÍA

En el momento en que se detecta una situación que incide en el normal funcionamiento de un proceso en el servicio se pone en marcha el registro de la incidencia:

- Identificación de la incidencia, y documentación sistemática de la misma.
- Análisis de las causas y las consecuencias
- Evaluar las posibles acciones correctivas y decidir la opción más ventajosa.
- Realizar un seguimiento y control de la acción correctiva que se ha llevado a cabo
- Implementar acciones preventivas que reduzcan el riesgo de repetición de la incidencia.

RESULTADOS

Desde que se realiza el registro de incidencias, se observa que existe:

- Mejor seguimiento de los posibles fallos del sistema, o errores humanos
- Reducción del tiempo de respuesta ante nuevos fallos, ya que se implementan respuestas sistemáticas y mejoras de los procesos.
- Mejora en la comunicación interna, que es válida para todos los integrantes del equipo. Las soluciones de un miembro pueden ser beneficiosas para todos.
- Incremento en la participación del personal, facilitando la corresponsabilidad y fomentando la cultura de mejora continua.
- Documentación estructurada, con causas, consecuencias y soluciones que aportan información de cara a posibles, auditorías o intervenciones.

CONCLUSIONES

Este sistema de registro, se ha convertido en una herramienta clave para fortalecer la eficiencia del servicio, consolidando el compromiso por la calidad, transparencia y mejora continua.

Aporta confianza a los miembros del equipo, optimiza los recursos, y reduce riesgos que repercuten en el buen funcionamiento de la unidad y por tanto en la satisfacción del usuario.

SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. TAMIZAJE EN CENTROS EDUCATIVOS

😊 Albina Melo Almiñana ⁽¹⁾; Marta Ruiz Hernandez ⁽²⁾; Enrique Baca Garcia ⁽³⁾; Óscar Gómez Martín ⁽³⁾; Carmen Plaza Nohales ⁽²⁾; Jesús Fernández Tabera ⁽⁴⁾

📄 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Infanta Elena; ⁽²⁾ Hospital Universitario Rey Juan Carlos; ⁽³⁾ Fundación Jiménez Díaz; ⁽⁴⁾ Hospital General Vallalba

Identificador: 511

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, la importancia de la salud mental en niños y adolescentes ha ido en aumento.

Problemas como el acoso escolar, el uso excesivo de tecnología, consumo de sustancias y autolesiones son cada vez más frecuentes de lo que nos gustaría. Los trastornos mentales son muy comunes en los jóvenes, y se estima que el 50% de ellos comienzan antes de los 14 años, y el 75% antes de los 24 años. Una vez presentes, estos trastornos tienden a persistir y afectar la capacidad de desarrollo de las personas, lo que puede llevar a una educación limitada, poca oportunidad laboral, estigmatización, aislamiento social, discriminación y violación de los derechos humanos.

Es fundamental dirigir nuestros esfuerzos hacia la prevención y detección temprana de estos problemas para evitar posibles repercusiones a largo plazo.

Los programas de cribado en medio escolar pueden ayudar a mejorar la eficiencia en la detección temprana de problemas de salud y a brindar intervenciones oportunas antes de que los problemas empeoren.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es valorar la factibilidad y eficacia de un proyecto de prevención y promoción de la salud mental en el desarrollo infantil y juvenil en centros educativos.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, multicéntrico (con la participación de cuatro centros sanitarios de la Comunidad Autónoma). Se han seleccionado 8 centros de educación secundaria tras hacer una invitación a centros dentro del área de influencia de los centros sanitarios seleccionados, con los que se vienen colaborando. El protocolo se aprobó por un Comité de Ética previamente.

El screening se administró de forma anónima a través de un web page. Previamente los padres/tutores habían firmado consentimiento informado y los alumnos el asentimiento informado.

RESULTADOS

El estudio se ofreció a un total de 2487 alumnos de entre 12 y 22 años de 6 Centros de educación secundaria de la Comunidad Autónoma. A un total de 760 alumnos se les dio acceso al cuestionario tras la autorización de padres/tutores.

Un total de 452 alumnos respondieron:

312 Menores de 18 años con los siguientes test con puntuaciones por encima del punto de corte: 80 ansiedad, 50 depresión, 10 problemas de conducta alimentaria, 34 drogas, 2 riesgo de suicidio.

140 Mayores de 18 años con estos resultados: 31 ansiedad, 32 depresión, 17 suicidio, 1 alcohol, 17 riesgo de suicidio,

CONCLUSIONES

EL tamizaje es una herramienta factible para detectar problemas de salud mental en el medio escolar. 1/3 de los padres aceptan que sus hijos participen el tamizaje. El 60% de los niños respondieron a los cuestionarios.

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL ENTORNO LABORAL DEL SERVICIO DE GESTIÓN ECONÓMICA (SGE)

 *María García de Matías; Inmaculada Concepción Posadas Frutos*

 *Hospital Universitario de Móstoles*

Identificador: 512

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El estrés y la carga de trabajo en el SGE puede manifestarse negativamente en el clima laboral del equipo de trabajo. La complejidad de los procedimientos, la diversidad de tareas y la atención al usuario (paciente facturado y proveedores pendientes de pago) hacen que cada miembro mantenga una responsabilidad y tareas concretas que requieren de una especial proactividad individual.

OBJETIVOS

- Mejorar la satisfacción laboral y el compromiso con el servicio.
- Contribuir al impulso de un modelo de gestión participativo.
- Promover la salud individual, el bienestar del equipo y el clima positivo.
- Reducir el absentismo y las rotaciones del personal.
- Incrementar el compromiso y el sentimiento de pertenencia a la organización.
- Ayudar a los nuevos profesionales adaptarse y controlar sus funciones.
- Reducir la resistencia al cambio y a la asunción de nuevas tareas.

METODOLOGÍA

- Identificación de fuentes de estrés: cumplimiento de plazos, carga de trabajo, problemas, errores... Apoyo puntual de todo el equipo en las tareas de determinadas áreas.
- Formación intraservicio (planificación de reuniones): conocimiento del conjunto de tareas del grupo, comunicación y colaboración.
- Identificación de fuentes de conflicto para ser discutidas en las reuniones del grupo antes de que se desarrollen los problemas (sugerencias, aportaciones, análisis, feedback). Fomento del respeto mutuo.
- Disposición de los procedimientos, normativas, fichas, bases de datos, etc., de manera actualizada y clara, para su disponibilidad e integración de todos los miembros.
- Promoción de oportunidades de desarrollo profesional y fomento del sentido de valía (asistencia a cursos, apoyo para participar en proyectos, congresos, grupos de trabajo/comités).
- Reconocimiento claro de las contribuciones de cada miembro del equipo.
- Fomento del autocuidado: apoyando la participación en actividades de cuidado físico, emocional y mental (mindfulness, ejercicios de mantenimiento, etc.).

RESULTADOS

- Mejora del clima laboral: Relaciones positivas entre el equipo.
- Cohesión de grupo: Identificación y orgullo de pertenencia al SGE.
- Aumento de la motivación, la productividad y la proactividad del trabajador.
- Disminución del absentismo y rotaciones del personal: interés por realizar un trabajo que aporte al equipo y se mantengan las buenas relaciones entre los compañeros.
- Reducción del estrés: El profesional se siente arropado por su grupo.

CONCLUSIONES

La aplicación de las citadas estrategias nos permite mejorar considerablemente como equipo, dar la mejor respuesta posible en los diferentes momentos de la gestión del SGE, y hacer que el trabajador se sienta bien en su puesto de trabajo y con su entorno.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA DE TALENTO POR JUBILACIÓN EN EL Sº DE GESTIÓN ECONÓMICA (SGE)

 *María García de Matías; Inmaculada Concepción Posadas Frutos*

 *Hospital Universitario de Móstoles*

Identificador: 513

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En pocos años, gran porcentaje de profesionales del SGE van a jubilarse. La complejidad en estos puestos requiere una trayectoria importante, manejo de numerosos procedimientos, así como, al conocimiento de la legislación, normativa y directrices que van cambiando con el tiempo. Por todo ello, se pretende evitar la pérdida de conocimiento (habilidades técnicas, experiencia, tareas complejas, etc.) con la marcha del personal, haciéndose necesaria una planificación para el correcto relevo generacional. La situación plantea un desafío importante que precisa análisis, organización y toma de decisiones estratégicas.

OBJETIVOS

Retener en los equipos el conocimiento y la experiencia de muchos años, afrontando la pérdida de talento por jubilación y diseñando acciones integrales que permitan integrar al nuevo personal a la dinámica actual.

METODOLOGÍA

- Identificación de las áreas que pueden verse afectadas: responsabilidades y tareas.
- Mantenimiento de una comunicación fluida con los futuros jubilados, que comprendan necesidades y expectativas, viéndolos como figuras clave que aportan valor a la organización.
- Análisis de necesidades y acciones a desarrollar (cronograma) para el traspaso.
- Revisión y actualización de todos los procedimientos, registros, modelos, software, bases de datos, etc.
- Repaso de la legislación/normativa para su difusión.
- Transmisión de experiencia y conocimiento mediante sesiones/talleres de formación grupales o sesiones individuales de capacitación y mentoría, para a largo plazo conseguir ir delegando las tareas.
- Aprovechando los cambios, estudiar la posibilidad de reestructuración de tareas y gestiones adaptándolo a las nuevas tecnologías y formas de organización, optimizando la distribución de recursos.
- Implementación de estrategias que fomenten la retención del personal existente (clima laboral positivo) y la atracción de nuevos profesionales preparados para asumir estas tareas (futuros traslados).

RESULTADOS

Dichas estrategias están permitiendo que el equipo siga funcionando correctamente, minimizando el riesgo de errores y problemas, y preparándose para la incorporación del nuevo personal. Además, la revisión documental que se está haciendo y la continuidad en la dinámica de transmisión de información, está aumentando la productividad reduciendo algunas tareas y proporcionando al profesional mayor seguridad en el trabajo que desarrolla. Durante todo el proceso de cambio, será necesario monitorizar los resultados y evaluar su efectividad, realizando los ajustes necesarios para su buen funcionamiento.

CONCLUSIONES

Asegurar que el conocimiento y experiencia no se pierda, y se transfiera correctamente a las próximas generaciones, es un compromiso con la calidad y continuidad de nuestra organización, y requiere una respuesta integral periódica en la que seguiremos trabajando.

MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PAGO DE FACTURAS DE LOS PROFESIONALES QUE IMPARTEN CURSOS EN EL HOSPITAL

 *María García de Matías; Inmaculada Concepción Posadas Frutos*

 *Hospital Universitario de Móstoles*

Identificador: 514

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Formación Continuada y Docencia (UFCyD) programan la impartición de los cursos contando como docentes con los profesionales más experimentados del centro. La tramitación del pago por la impartición de los cursos es una labor compartida entre el docente/coordinador, UFCyD y el Sº de Gestión Económica (SGE). Su tramitación correcta y ágil depende de varios factores: claridad del circuito para la elaboración de la factura (datos necesarios y normas de elaboración), documentación adjunta, coordinación de las unidades administrativas para su tramitación, cumplimiento de los plazos para su facturación, y otras muchas variables.

OBJETIVOS

- Diseñar un proceso de pago claro, fijo en el tiempo y eficiente, que mejore la gestión y evite los problemas del pasado.
- Mejorar significativamente la satisfacción del docente, así como de los trabajadores encargados de las labores administrativas para la tramitación.

METODOLOGÍA

- Análisis de problemas y errores de años anteriores.
- Elaboración de Instrucción Técnica de tramitación de facturas de FC y Docencia, para la correcta gestión de las unidades administrativas tramitadoras (documentación necesaria, registro, alta de terceros, creación de contrato menor, circuito NEXUS, autorizaciones y firmas, etc.).
- Elaboración de Hoja informativa de Requerimientos para la facturación de cursos de FC y Docencia, para que el docente/coordinador tenga disponible la información necesaria.
- Mantenimiento de base de datos con la planificación de cada curso (fecha de impartición, fecha estimada de pago, autorizaciones, nº de docentes, horas, importe, etc.).
- Comunicación constante del SGE con las UFCyD respecto a la situación de cada curso (autorizaciones, acreditaciones, modificaciones, anulaciones, fechas previstas de impartición).
- Establecimiento de plazos y responsabilidades a los docentes/coordinadores para la entrega correcta de cada factura.
- Requerimiento a los docentes/coordinadores de la utilización de modelo normalizado de factura (ficha de retribución) con todos los datos necesarios, firma digital del documento, así como, la documentación necesaria a aportar.

RESULTADOS

La metodología aplicada está ofreciendo actualmente una mejora de la gestión y control de la facturación por formación. Por otro lado, tanto el docente como el personal de gestión, tienen claro el circuito a seguir y la responsabilidad que mantiene cada parte, lo que se traduce en mayor seguridad y satisfacción.

CONCLUSIONES

La formación y el desarrollo profesional son esenciales para el buen funcionamiento del Hospital, por todo ello, buscar la mejora continua en la gestión administrativa interna es una tarea clave en el que debemos seguir progresando.

EFFECTIVIDAD DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA EN LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN HOSPITALIZACIÓN

 Laura Comellas Fernandez ⁽¹⁾; *Pilar Girbal Portela* ⁽¹⁾; *Yuri Fabiola Villán* - ⁽²⁾; *Carola Orrego* - ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Fundació Salut Empordà; ⁽²⁾ Fundación Avedis Donabedian

Identificador: 515

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos (HM) es una medida esencial para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Sin embargo, su cumplimiento continúa siendo variable entre categorías profesionales y áreas asistenciales. La observación directa permite identificar patrones de cumplimiento y orientar intervenciones específicas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la evolución del cumplimiento de la HM tras la implementación de observaciones sistemáticas en distintas unidades de hospitalización de un hospital comarcal, comparando los resultados obtenidos entre 2024 y 2025.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, basado en observaciones directas de oportunidades de HM en unidades de hospitalización durante los años 2024 y 2025 mediante cortes transversales. La recogida de datos se basó en el formulario estandarizado de la OMS y se completó in situ por observadores formados en la metodología. Los datos fueron transcritos a una base electrónica para su análisis. El estudio fue aprobado por el comité de investigación del centro.

RESULTADOS

Se observaron 1487 oportunidades de HM entre agosto de 2024 y mayo de 2025. El cumplimiento global fue del 67,32%, con un incremento significativo respecto al año anterior (59,45% en 2024 vs. 72,31% en 2025; $p<0.05$).

Por categoría profesional, se observaron mejoras en médicos ($p=0,0108$), celadores ($p=0,0003$), TCAE ($p=0,0133$) y también en enfermería ($p=0,0468$). Por áreas asistenciales, se observaron incrementos significativos en hospitalización médica y quirúrgica (+16,75% y +12,00% respectivamente; $p<0,0001$ y $p=0,0029$). En cuanto a los momentos definidos por la OMS, las mejoras más destacadas fueron antes del contacto con el paciente (+26,63%; $p<0,0001$) y después de exposición de fluidos (+17,89%; $p=0,0263$), el resto de momentos no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

La proporción de HM inadecuada por uso de guantes disminuyó del 28,08% al 22,53% ($p=0,0184$). Por categoría profesional, la disminución más destacada se observó en celadores (-65,71%; $p<0,05$) y TCAE (-7,49%; $p=0,0467$). Finalmente, por momento de la OMS, se observó una reducción significativa antes del contacto con el paciente (-19%; $p<0,05$) y después de exposición a fluidos (-17,89%; $p=0,0263$).

CONCLUSIONES

La implementación de observaciones directas basadas en la metodología de los 5 momentos de la OMS contribuyó a una mejora significativa en el cumplimiento de la HM y a una reducción del uso inadecuado de guantes en hospitalización. Esta estrategia demostró ser útil no solo como herramienta de medición y evaluación, sino también como elemento de sensibilización y de impulso a la mejora continua de las prácticas seguras en la atención sanitaria.

EVOLUCIÓN DE LA DISCAPACIDAD MENTAL E INTELECTUAL EN JÓVENES EN ESPAÑA LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN ESPAÑA (2019-2023)

 IGNACIO VIDAL NAVARRO ⁽¹⁾; CAROL INGRID CASTELLARES GONZALEZ ⁽²⁾; CAROLINA VARELA RODRIGUEZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS; ⁽²⁾ H12OCTUBRE

Identificador: 516

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, hemos sido testigos de un creciente enfoque en la integración de las personas con diversas capacidades. Este cambio responde a una mayor conciencia social y al impulso constante hacia la creación de entornos más inclusivos y equitativos. Este estudio se centra en analizar precisamente cómo ha evolucionado el reconocimiento oficial de la discapacidad en España durante un período crucial de cinco años. Nuestro objetivo es comprender las transformaciones que se han producido en la importancia otorgada a la inclusión y cómo esto se ha reflejado en el marco legal y social.

OBJETIVOS

Este estudio busca evaluar el reconocimiento de diversas capacidades por grupos etarios, con un enfoque específico en las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, y los trastornos del desarrollo, así como en las condiciones que afectan el sistema nervioso y la función mental.

METODOLOGÍA

Para este estudio, analizamos datos de reconocimiento de discapacidad en España desde 2019 hasta 2023 obtenidos desde IM-SERSO. Excluimos los datos anteriores a 2019 porque presentaban inconsistencias que impedían un análisis preciso. Agrupamos las discapacidades en dos categorías principales: Intelectual o Trastorno del Desarrollo y del Sistema Nervioso o Función Mental. Realizamos una comparación exhaustiva por sexo (hombres y mujeres) y por el año de reconocimiento de la discapacidad. Además, segmentamos el estudio por grupos de edad para un análisis más detallado, comparando el reconocimiento en menores de 18 años, y posteriormente en el grupo de 18 a 34 años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El período de estudio muestra una evolución significativa en el reconocimiento de la discapacidad. Se observó un aumento drástico y generalizado en todas las categorías de discapacidad mental e intelectual en 2023, especialmente en las discapacidades intelectuales o del desarrollo, las cuales experimentaron un salto masivo en los reconocimientos. En el grupo de 18 a 34 años, la categoría de “Intelectual o trastorno del desarrollo” para hombres superó a la de “Sistema nervioso o función mental” por primera vez en 2023. Las desigualdades de género persistieron, con un mayor número de reconocimientos en hombres que en mujeres en ambas categorías principales a lo largo de todo el periodo.

CONCLUSIONES

Los hallazgos sugieren una mayor visibilidad y potencial mejora en los procesos de diagnóstico y reconocimiento de la discapacidad en España, particularmente a partir de 2023. El notable incremento en las discapacidades intelectuales o del desarrollo podría indicar una mayor concienciación, cambios en los criterios de evaluación, (RD 888/2022), o cambios epidemiológicos. Las persistentes diferencias de género, sin embargo, requieren una investigación más profunda para comprender sus factores subyacentes. Este estudio provee una valiosa panorámica de la evolución del reconocimiento de la discapacidad, sentando las bases para futuras investigaciones y la formulación de políticas de inclusión.

ABORDANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ANTIBIOTERAPIA: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS

 Beatriz Isidoro Fernández; Silvia Buendía Bravo; Pablo Velasco Martínez; Daniel Roger Zapata; Alberto Vaquero Rodríguez; Ariel Jullien Petrelli

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 517

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se estima que más del 50% de las prescripciones antibióticas realizadas en un hospital son innecesarias o inapropiadas, lo cual incrementa directamente la morbilidad de los pacientes con infecciones graves y reduce el número de antibióticos eficaces. Los programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) han demostrado contribuir a un uso más apropiado de los mismos, mejorando los resultados clínicos y disminuyendo la incidencia de infecciones resistentes a los antibióticos y el coste asociado.

OBJETIVOS

Describir los resultados obtenidos con la implantación de un PROA, mediante el análisis de los indicadores de proceso (tratamientos antimicrobianos inadecuados y cumplimiento de las recomendaciones) e indicadores de resultado (consumo de antimicrobianos).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de las asesorías antibióticas realizadas a los pacientes durante el año 2024, definiéndose éstas como la recomendación emitida por un médico asesor del PROA a un médico prescriptor. Las asesorías se realizaron mayoritariamente a pacientes del Servicio de Cirugía General y Digestivo (CGD), a aquellos con bacteriemia, a aquellos cuya duración de la pauta antibiótica era prolongada, presentaban aislamiento de microorganismos multirresistentes (MMR) o recibían antifúngicos.

RESULTADOS

De las 119 asesorías antibióticas realizadas, 80 (67,2%) estuvieron relacionadas con la antibioterapia en el Servicio de CGD, 23 (19,3%) con bacteriemias, 13 (10,9%) con asesorías realizadas por duración prolongada de antibiótico, 2 (1,7%) por aislamientos de MMR y 1 (0,8%) por tratamiento con antifúngicos. La tasa global de tratamientos antimicrobianos inadecuados fue del 36,3%, siendo la elección incorrecta del antibiótico el motivo fundamental de inadecuación, seguido de la ausencia de indicación de prescripción de antibiótico y de la duración excesiva del mismo. Tras la recomendación emitida por el médico asesor, la proporción de cumplimiento de las recomendaciones por el médico prescriptor fue de un 81,3%. El número de DDD (Dosis Diaria Definida) totales de antimicrobianos por 100 estancias fue de 91,1, destacando el consumo de amoxicilina-clavulánico (11,8), piperacilina-tazobactam (9,7) y fluoroquinolonas (9,6).

CONCLUSIONES

La tasa global de antimicrobianos inadecuados superó ligeramente las recomendaciones nacionales y el número de DDD totales de antimicrobianos no se vio disminuida con respecto a 2023. Sin embargo, se confirmó una disminución en el consumo de fluoroquinolonas y amoxicilina-clavulánico, y de piperacilina-tazobactam en el Servicio de CGD, con respecto a 2023. El cumplimiento de las recomendaciones realizadas fue elevado. La mayor seguridad en la prescripción antibiótica generada ha propiciado un clima y una cultura de aceptación del programa, que se va instaurando en el hospital progresivamente. Los PROA son programas de mejora de la calidad que, sin duda, benefician a los pacientes con infecciones y garantizan la utilización de tratamientos coste-eficaces.

EL MODELO EFQM 2025 Y LA PLANIFICACIÓN DE UNA GERENCIA DE CUIDADOS: RETO Y REALIDAD

 MARIANELA BAYON CABEZA; ELENA FERNANDEZ CANO; MONTSERRAT ESTEPA MUÑOZ; ISABEL SALCEDO DE DIEGO; LORETO GONZALEZ PATO

 GERENCIA DE CUIDADOS. DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIAL. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Identificador: 518

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En junio de 2024 se recupera la Gerencia de Cuidados (GdC) en nuestra Comunidad como estructura organizativa. Su fin es liderar y promover cuidados profesionales que añadan valor a la atención prestada en todos los ámbitos asistenciales, y responder a los desafíos actuales: envejecimiento poblacional, cronicidad, dependencia, inequidades en salud, sostenibilidad, relevo generacional y avances competenciales y tecnológicos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar y desarrollar la planificación estratégica y operativa de la GdC tomando como marco de referencia el modelo de excelencia EFQM 2025, adoptado por la Comunidad.

En octubre 2024 se comienza el trabajo de planificación con reuniones quincenales. Se revisa el modelo basado en 3 pilares (Dirección, Ejecución, Resultados) y 7 criterios. Se establecen 3 fases a desarrollar en 2 años. La 1ª fase (Dirección) da respuesta a las preguntas: ¿por qué existe la organización, qué propósito cumple y por qué su estrategia? La 2ª fase (Ejecución) establece cómo implicar a los grupos de interés (GI), crear valor sostenible y gestionar el funcionamiento. La 3ª fase (Resultados) determina el rendimiento estratégico y operativo: ¿qué se ha logrado?

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La GdC ha completado los criterios 1-2 de la 1ª fase definiendo un Propósito inspirador: Cuidamos de las personas y cuidamos en equipo, y una Visión motivadora: Queremos ser un referente nacional en la gestión de los cuidados profesionales garantizando un modelo asistencial donde cada persona reciba cuidados eficientes centrados en sus necesidades y preferencias. Aspiramos a liderar la innovación en prácticas de cuidado que pongan en valor el rol de los profesionales de los cuidados y su contribución a la sociedad. Ha identificado, segmentado y priorizado a sus GI clave: clientes (usuarios, familiares, personas cuidadoras, plataforma de pacientes), personas (profesionales que lideran y ofrecen cuidados en hospitales, centros de salud y emergencias: enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales), reguladores (Consejerías, Direcciones Generales), Sociedad (medios y redes sociales) y Aliados (sociedades científicas, colegios, asociaciones, sindicatos profesionales y universidades). Ha definido 6 valores que fundamentan su cultura: atención centrada en la persona, equidad, eficiencia, liderazgo, confianza y transparencia. Ha seleccionado como marco conceptual el Modelo de Suplencia o Ayuda que fomenta el autocuidado, para dar coherencia a la gestión, formación e investigación en cuidados. En la 2ª fase las Direcciones de enfermería (GI clave) han revisado y aprobado las propuestas y se está definiendo el Comité Autonómico de Cuidados, como órgano multiprofesional consultivo y foro de encuentro para la co-creación relacionada con los cuidados.

El Modelo EFQM 2025 está permitiendo definir y elaborar la estrategia de la GdC de forma organizada, estructurada y enfocada en ofertar cuidados profesionales basados en el valor y en satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés clave

“PUNTO DE ENCUENTRO ATENCIÓN PRIMARIA (AP): 3 TEMPORADAS”

☺ *MARÍA SONIA RÚA SANZ ⁽¹⁾; ANA BELEN RAMIREZ PUERTA ⁽¹⁾; CRUZ DEL POZO JUDEZ ⁽²⁾; ANGELES BEATRIZ ALVAREZ HERMIDA ⁽³⁾; MARÍA ELENA AGUILAR HURTADO ⁽⁴⁾*

🏢 ⁽¹⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽²⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE; ⁽³⁾ CENTRO DE SALUD GOYA; ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE

Identificador: 519

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Para fomentar la innovación, mejorar la comunicación interna y difundir nuevos proyectos, la Gerencia AP creó hace 3 años el espacio: PUNTO DE ENCUENTRO AP (PEAP).

Con el fin de facilitar el acceso a la información para profesionales del PEAP se habilitó un entorno específico en la intranet de AP.

OBJETIVOS

- Permitir a los profesionales de AP intercambiar experiencias.
- Difundir proyectos puestos en marcha en los centros de salud (CS).
- Crear un espacio de cuidado al profesional.

METODOLOGÍA

Grupo multiprofesional se reúne al inicio de temporada (T) para definir criterios de la misma (duración: septiembre a junio) y cada 3 meses para planificar contenidos.

Sesiones (S) del PEAP: formato entrevista online, Webinar de 1 hora, turno solapado, 1 miércoles al mes (inicio quincenal). Tipos de S: proyectos (Pr), minipildoras formativas (MF), cuidando al profesional (CP)

Preparación y difusión:

- Reserva de licencia Zoom y publicación trimestral en intranet de la programación y enlace acceso.
- Reuniones preparativas entre ponentes y moderador de cada entrevista.
- Difusión por envío masivo de correo y POP-UP informativo al arrancar los equipos, 2 días previos a la sesión.

Grabación de cada sesión: formato vídeo y podcast. Se suben a intranet (In) para su acceso en diferido.

Cuestionario de evaluación (CE) para cada sesión mediante formulario específico, disponible en la In.

Buzón de sugerencias (BS): propuestas de mejora (PM), oferta de contenidos (OC) y/o ponentes (Po), también visible en la In.

Emisión certificados de asistencia: requisito es cumplimentar el 80% de los CE de las S.

RESULTADOS

Análisis de datos por sesión: puntos conexión (PC), duración en minutos (D), minutos totales (MT) y preguntas/respuestas (PR).

· Total S= 34: Pr=2, MF=14 y CP=18.

· PC= 3073, D=1825, MT=113.490 y PR= 442.

Datos preliminares CE:

· 1ª T=No se realiza.

· Resto T:

· Complimentan EV: 196 profesionales (P)= 12,79%.

· Certificado: 7 P= 3,25%.

· Nota (sobre 5): 4,38

· Recomendarían S: 261 P (98,65%)

· Qué mejorar:

· Aspectos Técnicos= 72,58%

· Contenido=22,45%

· Docentes=3,39%

· Moderador=1,58%

· Acceso intranet =18.227. Descargas audios= 34 y videos= 408

· Sugerencias: PM=8, OC=0; Po=0

Se actualizarán datos en la defensa.

CONCLUSIONES

Por la dificultad de disponibilidad de tiempo por profesionales se modifica la temporalidad de las sesiones. Además, se dejan grabadas en Intranet en formato video y podcast para visualizar de forma asíncrona o descargar, lo que supone una innovación para AP. Desde 2ªT se establecen mejoras en el sistema de evaluación y con posibilidad de obtener certificados de asistencia para incentivar

la participación de los P.

El tipo de sesión mejor valorada es la de CP, por ello se planifican mayor proporción de sesiones en esta modalidad.

Observamos que principalmente se descargan las S en formato video.

Se requiere mejorar los aspectos técnicos (audio durante las S).

ACTIVIDAD DEL FARMACEUTICO DEL EQUIPO PROA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

 ANA GINES PALOMARES; ROSARIO SANTOLAYA PERRIN; GONZALO RAGUAN YÁÑEZ; ANTONIO GONZALO LOPEZ DEL RIO; GEMA BALDOMINOS UTRILLA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 520

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El plan nacional de resistencia a antimicrobianos establece que los servicios de urgencias son áreas prioritarias de mejora de uso de anti infecciosos. A pesar de ello, existen criterios de acreditación de equipos PROA hospitalarios y ambulatorios, pero no de equipos PROA específicos de urgencias. La incorporación de un farmacéutico en los servicios de urgencias permite trasladar las políticas de los grupos PROA a la atención de los pacientes y contribuir a crear una cultura de uso adecuado de antibióticos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es medir la actividad del farmacéutico dentro del equipo de urgencias relacionada con el uso adecuado de antibióticos e identificar puntos clave de mejora en la seguridad de uso de anti infecciosos.

Diariamente se revisa el tratamiento de los pacientes atendidos en el área de urgencias con infección. Cuando se detecta algún problema relacionado con la antibioterapia alineado con la política de uso de antibióticos del centro, se comunica al profesional implicado (médico prescriptor y/o enfermero) mediante comunicación directa y registro en la historia clínica electrónica. La recomendación realizada se registra y se analiza la aceptación o no de la misma.

Se realiza un análisis retrospectivo de las recomendaciones realizadas durante un año. Se analiza el tipo de intervención realizada según la clasificación acordada con el equipo PROA hospitalario y se mide el grado de aceptación de las recomendaciones realizadas. Así mismo, en consenso con el equipo PROA, se identifican puntos de mejora y diseñan estrategias para la prevención de los problemas detectados.

RESULTADOS

Durante el año 2024 se realizan 306 intervenciones con un grado de aceptación de las recomendaciones del 68,63%. La mayoría de las intervenciones se refieren a ajustes de dosis (n=123; 40,2%). El resto se distribuyen en: 59 (19,28%) cambios de antibiótico (escalar, desescalar, ajuste según antibiograma, rotar antibiótico, antibiótico inadecuado para el paciente), 45 (14,71%) errores de prescripción/replanificación de administración con riesgo potencial de omisión de antibioterapia, 20 (6,53%) activaciones de la alerta “código sepsis” en la historia clínica electrónica, 15 (4,95%) inicios de antibiótico, 14 (4,6%) suspensiones de antibiótico redundante y 33 (10,8%) recomendaciones de otro tipo.

Los resultados se discuten con al equipo PROA y se prioriza como punto de mejora la prevención de errores asociados a la prescripción y administración electrónica en el paciente séptico. Se diseña una píldora informativa con instrucciones acerca del manejo de la aplicación resaltando la importancia de prevenir errores que conduzcan a omisiones de dosis en patología tiempo dependiente.

CONCLUSIONES

La actividad del farmacéutico del equipo PROA en el servicio de urgencias ha permitido mejorar la calidad de utilización de antibióticos en urgencias e identificar puntos clave para aumentar la seguridad en el uso de antibióticos.

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA EVALUAR LA DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS DE BASE ALCOHÓLICA PARA LA HIGIENE DE MANOS

 Beatriz Isidoro Fernández; Lourdes Sainz de los Terreros Soler; María Dolores Voces Herrera; Alejandra Abad González; Patricia Torrero González; Adrian García Romero

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 521

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La estrategia multimodal para la mejora de higiene de manos (HM) de la OMS incluye actuaciones relacionadas con la medición de indicadores, entre los que se encuentra la disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención (PA). Si bien las aplicaciones existentes a día de hoy para monitorizar las observaciones del cumplimiento de HM se han extendido recientemente, la evaluación de la disponibilidad de PBA no está tan definida en los centros hospitalarios.

OBJETIVOS

Describir la metodología y los resultados obtenidos tras el desarrollo de una aplicación móvil para evaluar la disponibilidad de PBA en el PA en las diferentes áreas de un hospital, con el fin de mejorar la adherencia a la higiene de manos.

METODOLOGÍA

El Servicio de Control de Gestión del hospital, con la colaboración del Servicio de Medicina Preventiva, ha desarrollado una aplicación accesible desde móviles y otros dispositivos, conectada directamente a la base de datos del sistema de información de la historia clínica electrónica. Esta herramienta permite consultar en tiempo real el mapa de camas habilitadas de todas las unidades y servicios del hospital. Las observadoras de higiene de manos del hospital, mediante las auditorías de los PBA realizadas trimestralmente, anotaban la disponibilidad de PBA en cada PA, pudiendo calcular así el porcentaje de disponibilidad por unidad y periodo, así como trasladarlo directamente a gráficos para realizar el feedback a los profesionales.

RESULTADOS Desde noviembre de 2024 a mayo de 2025 se realizaron 3 auditorías de disponibilidad de PBA en el PA, abarcando todas las unidades del hospital, incluyendo Urgencias y Bloque Quirúrgico. En la auditoría de 2024, de los 191 PA evaluados, 159 disponían de PBA (el 83%). Sin embargo, en las dos auditorías realizadas en 2025, de los 392 PA evaluados, únicamente disponían de PBA 228 (el 58%). Las unidades que en las tres auditorías obtuvieron mayores porcentajes de cumplimiento fueron UCI, Diálisis, Bloque Quirúrgico y la Unidad de hospitalización quirúrgica. Por el contrario, la Unidad de hospitalización materno-infantil, Urgencias y Hospital de Día Médico mostraron los menores porcentajes de disponibilidad de PBA en el PA en el momento de las auditorías. La Unidad de hospitalización médica osciló su porcentaje de disponibilidad de un 100% a un 33%, dependiendo del momento de la auditoría realizada.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de una aplicación digital a tiempo real conectada con el mapa de camas del hospital ha permitido monitorizar de forma periódica la disponibilidad de PBA en el PA. Con ello se ha logrado una mayor concienciación por parte de todos los profesionales sanitarios, fundamentalmente los referentes de HM de las Unidades, de la importancia del control diario de los PBA. La obtención automática de los datos facilita la retroalimentación de la información a las Unidades, permitiendo así establecer medidas de mejora rápidas y eficientes.

SEGUIMIENTO DE LA DIABETES MEDIANTE HBA1C CON DISPOSITIVO POINT-OF-CARE (POCT):

 Pablo García Hernández; Adela Cortés Giménez-Coral; Patricia Martín Fernández; Guadalupe Alonso Díaz-Villabella; Graciela del Castillo Esteban; Jennifer García López

 Fundación Hospital de Jove

Identificador: 522

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La hemoglobina glicada (HbA1c) es un parámetro que refleja el promedio glucémico de un paciente en los últimos 2-3 meses, cuantificando la glucosa ligada a la hemoglobina. En sus últimas recomendaciones de 2023, la American Diabetes Association (ADA) señala como estrategia eficaz el empleo de dispositivos point-of-care-test (POCT), para el seguimiento de pacientes diabéticos en la consulta médica.

Los dispositivos POCT pueden emplear diferentes tecnologías más o menos complejas, pero todos se caracterizan por proporcionar resultados inmediatos, que pueden emplearse en lugares alejados al laboratorio central (quirófano, ambulancia, consulta), y pueden emplearse por cualquier profesional sanitario debidamente entrenado, sin necesidad de una formación específica del laboratorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se realizó una puesta en marcha de un equipo POCT para HbA1c (Cobas b101) en la consulta de endocrinología para el seguimiento de pacientes diabéticos, bajo la supervisión y coordinación por parte del laboratorio clínico, siguiendo las directrices de la norma ISO 15189 (específica de competencias técnicas del laboratorio). El laboratorio implantó así las siguientes acciones:

a) formación del personal de consulta y restricción del acceso mediante contraseña al dispositivo solo a usuarios que hubieran superado la formación b) implementado criterios de aceptación de resultados mediante lecturas fotométricas (controles ópticos) y control de calidad interno c) participando de un programa de intercomparación de control de calidad externo d) verificando de transferibilidad de resultados con respecto al método de referencia del laboratorio (turbidimetría) mediante regresión de Passing-Bablok, verificando que no se detectaran errores sistemáticos ni aleatorios e) protocolización de la identificación correcta del paciente mediante código de barras e integrando el resultado en la historia clínica electrónica

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los 6 primeros meses, se procesaron 208 muestras de pacientes en la consulta. La mediana de edad de los pacientes fue de 65 años, beneficiando a población envejecida, dependiente o con domicilio alejado al centro sanitario. El tiempo de procesamiento de muestras (12 minutos), no afectó al funcionamiento de la consulta

En los últimos años el mercado de los POCT ha experimentado un incremento significativo, especialmente a raíz de la pandemia por COVID-19, debido a que los POCT pueden mejorar el proceso de actividad asistencial debido a que permiten tomar decisiones clínicas más ágiles. Sin embargo, existen riesgos por manejo incorrecto de los equipos, interpretación errónea de los resultados, formación inadecuada, o equipos que no estén siendo sometidos a controles de calidad

Esta experiencia pone en valor el trabajo realizado con los POCT. El futuro pasa por impulsar la gestión transversal de todos los dispositivos POCT (glucómetros, gasómetros, coagulómetros) por un equipo multidisciplinar que asegure la calidad analítica y participe estratégicamente en su seguimiento, adquisición y gestión

TRANSFORMACIÓN DEL PROCESO FARMACOTERAPEUTICO EN HOSPITAL DE SALUD MENTAL: 10 AÑOS MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Elena López Lunar; Beatriz Fidalgo Hermida; M^a Carmen Gutierrez Fernandez; M^a Dolores Romero Gonzalez; Jose Manuel Carrascosa Bernáldez

 Hospital Universitario Jose Germain

Identificador: 523

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión de los medicamentos es un componente esencial en la seguridad del paciente. La identificación y análisis de errores de medicación (EM), que son eventos adversos prevenibles asociados a la utilización de medicamentos, constituye el primer paso para diseñar intervenciones preventivas que garanticen una mayor seguridad en la práctica clínica. En los últimos diez años, el hospital ha implantado diversas estrategias para mejorar el proceso de utilización de medicamentos.

OBJETIVOS

Mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos en un Hospital monográfico de salud mental.

METODOLOGÍA

1. Detección del riesgo;
2. Análisis situacional: análisis del sistema de distribución de medicamentos a las unidades de hospitalización, procesos e incidencia de EM que se producen entre las fases de prescripción y administración de medicación en el hospital con el sistema de dispensación de medicación mediante reposición de stock.
3. Mejora de las herramientas informáticas y cambios en los procesos de trabajo;
4. Cambio del proceso de dispensación de la medicación a pacientes hospitalizados desde el Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

2014: Detección del riesgo: 3 notificaciones de EM en la Unidad Funcional de Gestión de riesgos sanitarios (UFGRS) relacionados con la transcripción de tratamientos.

2014-2015 : “Proyecto para la mejora en la detección y disminución de la incidencia de errores medicación”.

- Diagnóstico situacional: 11 medicamentos prescritos por paciente. 81,3% de los fármacos prescritos eran transcritos. Variabilidad en la forma de trabajar. Sistema de distribución de la medicación desde el Servicio de Farmacia: reposición semanal de stocks.
- Creación de 2 grupos de trabajo para el análisis de las causas subyacentes a los EM y rediseño de procesos.
- Implantación de barreras para disminuir el riesgo de que los riesgos alcancen al paciente.
- Medición de la eficacia de las nuevas herramientas implantadas: disminución del 12% de la transcripción de tratamientos y de los EM.

2019-2020: Cambios en las herramientas informáticas: nuevo programa informático que permite la validación farmacéutica de los tratamientos prescritos y creación de nuevos formularios y Listados.

2022: Implantación del sistema de distribución de medicamentos mediante dosis unitaria (SDMDU) a pacientes de automedicación: preparación semanal por paciente en el Servicio de Farmacia.

2022-2024: Implantación SADME (Sistemas automatizados de dispensación de medicamentos) en las unidades de hospitalización para pacientes sin automedicación: dimensionamiento, adquisición, configuración e integración con los programas informáticos del hospital. Formación al personal de farmacia y enfermería.

CONCLUSIONES

La seguridad en el proceso de utilización de medicamentos en el hospital ha mejorado de forma progresiva con las medidas que se han ido implantando según los medios disponibles en cada momento, lo que ha logrado mejorar la seguridad del paciente hospitalizado.

MEJORA EN EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES INCORPORANDO LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

😊 Nieves Camañes Garcia ⁽¹⁾; Ferran Bejarano Romero ⁽¹⁾; Raquel Girona Real ⁽²⁾; M.Trinidad Mañas Urendez ⁽³⁾; Baltasar Santos Fernandez ⁽⁴⁾

📋 ⁽¹⁾ Institut Català de la Salut Camp de Tarragona; ⁽²⁾ Equipo Atención Primaria Alt Camp Est; ⁽³⁾ Unidad experiencia de paciente Camp de Tarragona; ⁽⁴⁾ Unidad de experiencia de paciente Camp de Tarragona

Identificador: 524

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los anticoagulantes se utilizan para evitar la formación de coágulos en la sangre que alteren el flujo sanguíneo y que aumenten la posibilidad de sufrir una trombosis. Los anticoagulantes orales han contribuido a disminuir la mortalidad en la población evitando el riesgo de sufrirla. El equipo de mejora (EdM) de tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) de atención primaria confirma que un alto porcentaje de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales presentan baja adherencia terapéutica. La baja adherencia representa un problema de gran trascendencia para la práctica clínica, a la vez que constituye una oportunidad para identificar necesidades no cubiertas de los pacientes que, una vez resueltas, pueden suponer una mejora en la adherencia y, por tanto, una mejora en la efectividad del tratamiento y en la prevención de incidencias, así como una mejora en la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La finalidad de esta intervención es analizar la experiencia de los pacientes para incorporarla al diseño de acciones de mejora en los diferentes servicios que realizan su seguimiento: sus Centros de Atención Primaria y el servicio de Hematología de referencia. El proyecto de intervención se ha ejecutado en varias fases: 1. Elaboración del Journey Map del Paciente con el grupo motor. 2. Grupo focal con profesionales para recoger datos cualitativos relevantes sobre el proceso asistencial y la experiencia del paciente desde el punto de vista de los profesionales. 3. Grupo focal con pacientes. 4. Recogida de datos de los pacientes mediante una encuesta dirigida a los pacientes. La encuesta incluía un total de doce aspectos relacionados con las actitudes, creencias y valoraciones del paciente respecto a diferentes aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se espera obtener información tanto cuantitativa como cualitativa, que permita realizar un diagnóstico de los factores que inciden en la adherencia al TAO desde la experiencia de los pacientes, así como un plan de acción de mejora del servicio que permita aumentar la adherencia de los pacientes, la calidad asistencial y la calidad de vida de los pacientes. Se presentan los resultados agrupados por: accesibilidad equipos de salud, información, comunicación, impacto del tratamiento en el estilo de vida, aspectos relacionados con circuitos de prescripción, seguimiento y renovación de la medicación

¿POR QUÉ NO APLICAR LA METODOLOGÍA LEAN-SIX SIGMA EN LA GESTIÓN DE LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN?

 JAIONE BILBAO AGUIRREGOMEZCORTA; CRISTINA GARAY SARRIA; VANESA MARTIN GONZALEZ; SANDRA LAVANDEIRA FERNANDEZ; MARIA INMACULADA REINOSO MARTIN; SONIA GONZALEZ CALDERON

 HOSPITAL SAN ELOY. OSI BARAKALDO-SESTAO

Identificador: 526

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Mayor eficiencia en la gestión de los botiquines de medicamentos gracias a la aplicación de la metodología Lean-Six Sigma eliminando tareas que no aportan valor y reduciendo la variabilidad del proceso.

OBJETIVOS

Implantación de un modelo estandarizado de almacenaje de medicación aplicando esta metodología.

METODOLOGÍA

Se creó un grupo multidisciplinar con representación de Farmacia, Calidad, Enfermería y Auxiliar de Enfermería que recibió instrucción sobre esta metodología y después impartió formación en cascada en sus respectivos equipos. Para su implantación se aplicó la metodología DMAIC (Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar). Para mejorar la seguridad del paciente se realizó el proceso dentro del OKR, el desarrollo del VOC to CTQ permitió establecer la prioridad del cliente que en este caso era una mejor gestión del botiquín. Se representó el proceso mediante la herramienta SIPOC identificando y analizando el proceso desde la prescripción de la orden médica hasta la administración del medicamento. El proceso de transformación fue recogido mediante la cumplimentación del Project Charter. La realización del Value Stream Map actual y futuro permitió al equipo detectar las ineficiencias y Mudas actuales del proceso y diseñar el proceso a futuro y por último se desarrollaron las prioridades mediante la cumplimentación del Priority Matrix.

RESULTADOS

Se contabilizó el 100% de unidades de medicamentos existentes, diferenciando si estaban incluidas en el petitorio de la unidad y en la guía farmacoterapéutica del centro. Se contabilizaron también los medicamentos caducados.

Para el establecimiento de la relación causa-efecto se realizó el diagrama de Ishikawa y el desarrollo del AMFE permitió cuantificar los riesgos. Una vez diseñado el Plan de Acciones se acondicionó el botiquín utilizando las herramientas 5S, Standardized Work y Flow. Para el seguimiento del proceso se ha establecido la realización de rondas periódicas.

Se realizó el pilotaje en una unidad y posteriormente se replicó en el resto de las unidades de hospitalización. Como resultado de esta implantación se ha unificado la distribución de la medicación en todas las unidades, se han identificado el 100% de medicamentos de acuerdo con un código de colores atendiendo a sus características: alto riesgo, fotosensible y medicación multidosis. Se ha establecido las cantidades máximas de medicamentos en función del consumo, rediseñado el circuito de distribución de la medicación por personal celador y estandarizado la sistemática de petición de medicamentos al servicio de farmacia y su dispensación en días determinados.

CONCLUSIONES

La aplicación de esta metodología permite eliminar tareas del proceso que no aportan valor, rediseñar el flujo del proceso reduciendo las interrupciones, sincronizar las tareas de los distintos profesionales que participan en el proceso y principalmente ha permitido mejorar la seguridad del paciente.

CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA: PRACTICA CLÍNICA DE ESCASO VALOR Y PUNTOS CRÍTICOS EN LA PRESCRIPCIÓN

 ISABEL MARIA SANCHEZ NAVARRO; GONZALO RAGUAN YAÑEZ; GEMA BALDOMINOS UTRILLA; CRISTINA GONZALEZ TRIGUEROS; MARIA CONSUELO PINTADO DELGADO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 527

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Son múltiples las iniciativas relacionadas con la Seguridad del Paciente que promueven las Autoridades Sanitarias. En concreto, el Ministerio de Sanidad ha impulsado el Proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, dirigido a detectar prácticas clínicas de escaso valor.

Por otro lado, el análisis de las notificaciones de errores de medicación (EM) y la validación farmacéutica sistemática permite identificar errores, particularmente en la etapa de prescripción, considerada crítica en la cadena del uso de medicamentos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje estructurado y multidisciplinar para detectar y mitigar errores asociados.

OBJETIVOS

- Identificar y abordar una práctica clínica de escaso valor durante el ingreso hospitalario.
- Identificar áreas de mejora relacionados con la prescripción electrónica y difundir los resultados a los servicios médicos.

METODOLOGÍA

- Selección y abordaje de una práctica clínica de escaso valor desde el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica del Hospital.
- Desde el Servicio de Farmacia, a través del análisis de notificaciones de EM y de la validación farmacéutica sistemática, detección de puntos críticos relacionados con la prescripción electrónica (PE) y difusión de los resultados a los Servicios Médicos.

RESULTADOS

- Se define como práctica clínica de escaso valor la prescripción indefinida de paracetamol intravenoso (IV) y la no realización de terapia secuencial (TS) del mismo, en aquellos pacientes con tolerancia a la vía oral (VO), con el fin de disminuir la manipulación y complicaciones asociadas a la vía IV y la formación de residuos plásticos. Se realiza un primer corte (julio 2024) donde un 79% de las unidades médicas tiene >50% de los pacientes con paracetamol IV durante más de 3 días, con tolerancia a la VO.
- Para aumentar la TS del paracetamol IV se envía una nota informativa a los servicios médicos y se crea una posología predefinida de paracetamol IV de 3 días de duración. En mayo 2025 se realiza un nuevo corte y se observa un descenso en el dato: 15,38% (79% en julio 2024).
- Puntos críticos detectados en la PE: duplicidades, error en la hora de inicio de antibióticos, escasa utilización de sueros con potasio pre-diluidos y deficiente actualización del registro de alergias y del Módulo Único de Prescripción al alta hospitalaria. Hasta la fecha se ha elaborado y difundido una pílora informativa “Prescripción y administración segura” y se han impartido dos sesiones formativas: Servicio de Cirugía General y Digestivo (22 asistentes) y Servicio de Medicina Interna (27 asistentes).

CONCLUSIONES

La detección proactiva de prácticas de escaso valor y EM permite implementar medidas correctoras específicas orientadas a maximizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial. El abordaje colaborativo entre farmacia hospitalaria y los servicios clínicos es clave para fortalecer una cultura de mejora continua en la atención sanitaria.

DESARROLLO DE UN PLASMA RICO EN PLAQUETAS EFICIENTE

 *Diego Ciborro Gonzalez; Pablo García Hernández; Juan José Corte García; Guadalupe Alonso Díaz-Villabella; Beatriz Martínez Lastra; Laura Calvo Fernández*

 *Fundación Hospital de Jove*

Identificador: 528

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El plasma rico en plaquetas (PRP) se ha consolidado como una de las terapias biológicas más utilizadas en los últimos años, especialmente en traumatología, medicina estética y dermatología. Su auge se debe a su capacidad regenerativa, bajo riesgo inmunológico y posibilidad de obtención autóloga. Sin embargo, los costes asociados y la variabilidad técnica suponen un reto para su implementación hospitalaria.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fue diseñar un circuito propio para la obtención de PRP en nuestro hospital, maximizando su concentración plaquetaria y permitiendo la administración inmediata de la primera dosis in vivo, evitando así la pérdida de viabilidad plaquetaria por congelación. Buscamos un método replicable, eficiente, y que garantice la máxima calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de los principales protocolos utilizados en hospitales nacionales e internacionales, con especial atención a aquellos de alta concentración final. Se compararon variables como la temperatura de procesamiento, el número y tipo de centrifugaciones, la velocidad y duración de las mismas, así como diferentes métodos de aceleración y frenado. A partir de ello, se diseñó un protocolo y circuito adaptado a los recursos disponibles en nuestro centro, que fue posteriormente validado con muestras reales. Todas las concentraciones se midieron con el mismo equipo de hematimetría (Sysmex XN1000) y en varias ocasiones para minimizar el error por variabilidad biológica analítica. Se realizó un análisis de costes según los materiales empleados.

RESULTADOS

Se obtuvo una concentración elevada (3 veces la inicial) usando una sola centrifugación a 2.100rpm durante 10 minutos y una deceleración lenta. Se observó que factores como temperatura alta, vibraciones en la muestra una vez centrifugada, y tiempo que transcurre hasta que se aísla el producto final influyen enormemente en la concentración del producto final. Todas las alícuotas fueron medidas pre y post congelación para verificar una concentración óptima. Se consiguió una reducción de un 12% en la pérdida plaquetaria post- descongelación, debida en gran medida a eliminar la fase de transporte del producto hasta el Hospital y a utilizar la jeringa como método de almacenamiento. El coste final (75-85€ por paciente) es aproximadamente un 50% inferior respecto al proveedor actual.

CONCLUSIONES

Con el auge actual del PRPA es fundamental recordar que se trata de un medicamento en términos legales, es por esto que deben asegurarse todas las medias de calidad en el mismo: verificar la concentración final del producto, serologías negativas del paciente y esterilidad en su extracción preparación. Estas medidas son frecuentemente incumplidas en el sector privado, lo que genera un debate acerca de la efectividad y seguridad del tratamiento bajo estas condiciones.

Asegurar estas medidas aumenta la eficiencia y calidad asistencial del circuito de preparación y uso de estas terapias en centros hospitalarios.

APAGÓN GENERAL: ABORDAJE DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA DESDE EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE.

 ANA MARÍA RUIZ VELÁZQUEZ; LORENA DE LA GUÍA JIMENEZ; ENRIQUE LOPEZ LAVADO; JUAN ANTONIO PINGARRÓN LÓPEZ; DOLORES ROBLEDO TIRADOR; SANTIAGO ZAPATER GUALLAR

 SUMMA112

Identificador: 529

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El apagón eléctrico generalizado del 28/04/2025, generó una situación crítica para los pacientes que dependen de ventilación mecánica domiciliaria (VMD), tanto adultos como pediátricos. Estos pacientes, que requieren dispositivos eléctricos esenciales como respiradores, monitores o suministro de oxígeno para mantener sus funciones vitales, se vieron vulnerados ante la falta de energía. La autonomía limitada de los equipos y la incertidumbre sobre la duración del corte eléctrico aumentaron el riesgo clínico, suponiendo un gran reto para el mantenimiento de la seguridad de este tipo de pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: garantizar una respuesta sanitaria rápida y coordinada para evitar eventos adversos graves.

Objetivos secundarios: 1) organizar de forma anticipada y no urgente la derivación a Centros Sanitarios cercanos a sus domicilios donde pudieran conectarse a una fuente de energía estable. 2) minimizar episodios que pudieran requerir asistencia urgente o emergente en las horas siguientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo para analizar las necesidades requeridas por los pacientes con VMD durante el apagón general del 28 abril del 2025.

Se estableció una coordinación operativa entre el servicio de transporte sanitario, los centros hospitalarios de referencia de estos pacientes y las empresas encargadas de llevar a cabo los traslados.

Se puso en marcha un protocolo específico de actuación rápida que permitió una respuesta estructurada y eficiente. Este protocolo contempló la localización proactiva de usuarios de ventilación mecánica domiciliaria gracias a la colaboración de las unidades de pacientes especiales que facilitaron mediante correo electrónico registros de listados actualizados. La priorización se realizó en función del nivel de dependencia y autonomía respiratoria, prestando atención a grupos especialmente vulnerables como pacientes con ELA, pediátricos crónicos complejos y personas con obesidad mórbida que utilizan BIPAP. El trabajo se organizó en equipos, asignados según esta clasificación, y se activaron unidades de transporte sanitario no urgente para gestionar traslados a puntos seguros.

RESULTADOS

Se consiguieron listados de pacientes siendo un total de 62. No se registraron eventos adversos graves, y la actuación precoz evitó ingresos hospitalarios innecesarios.

CONCLUSIONES

La respuesta coordinada desde el transporte sanitario no urgente ante una crisis no prevista como un apagón general ha demostrado ser una estrategia eficaz y segura para proteger a pacientes frágiles y vulnerables. La experiencia subraya la importancia de incorporar planes de contingencia específicos, y herramientas de comunicación alternativos. Además, refuerza el valor de una atención centrada en la persona, integradora y humanizada, que considera las necesidades clínicas, emocionales y logísticas del paciente en situaciones críticas. Se pone de manifiesto la importancia de innovar y estar preparados para posibles eventos futuros similares.

ANÁLISIS DE INCIDENTES EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO: DIFICULTADES PARA IMPLEMENTAR BARRERAS

ANDREA PRIETO PORRAS; PAIRICIA LARA MARCOS; SILVIA GARCÍA DE GARAYO DÍAZ; LUCÍA TRAPOTE EGUREN; ANTONIO JOSE BLANCO GUTIERREZ; RAFAEL SANCHEZ BERNAL

 OSAKIDETZA-OSI ARABA

Identificador: 531

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente constituye una prioridad en la asistencia sanitaria, por sus directas implicaciones en la calidad de la asistencia proporcionada.

Los EA relacionados con procedimientos quirúrgicos aumentan los costes, la estancia hospitalaria y la mortalidad de los pacientes. El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) se hace eco de la alta incidencia de EA (10,5%), ocasionados a pacientes en servicios quirúrgicos. Además, alerta de que la gravedad de éstos era mayor a la de otros pacientes de servicios médicos (30% de carácter grave).

OBJETIVO

Se plantean los siguientes objetivos:

1. Explicar la importancia de los sistemas de notificación de incidentes
2. Describir los incidentes de seguridad más prevalentes en el entorno quirúrgico
3. Incidir en las barreras descritas como probadas y eficaces
4. Reflexionar sobre las dificultades para implementar dichas barreras de seguridad

METODOLOGÍA

Se realiza

- Explotación retrospectiva de los datos de los incidentes de seguridad en el entorno quirúrgico más notificados a nivel nacional (SINASP) y local (SNASP)
- Se realiza el análisis del último bienio así como la comparativa de porcentajes
- Se recopilan las barreras implementadas
- Se hace una enumeración de las dificultades para implementarlas en nuestro día a día

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestra organización, la tendencia de tipología de incidentes notificados en nuestros bloques quirúrgicos se mantiene con respecto al nacional:

Medicación (25%), Tareas organizativo (20%), Comunicación (9%), Procedimientos (12%), Educación al paciente (10%). Los incidentes relacionados con la identificación (8%), no son los más notificados. Sin embargo, sí son de los más trascendentales por las repercusiones y consecuencias que acarrearán.

A pesar de tener identificado el patrón sistemático de ocurrencia, todavía enfrentamos importantes desafíos para establecer barreras eficaces que protejan a nuestros pacientes: la variabilidad en las prácticas clínicas, la comunicación entre los diferentes equipos y profesionales de la salud, la resistencia al cambio, la falta de recursos, falta de información, falta de formación en seguridad del paciente, fatiga y estrés, incumplimiento de protocolos (check lists por ejemplo), resistencia a la notificación.

La seguridad del paciente constituye un aspecto primordial de la calidad asistencial que debemos seguir trabajando, poniendo un énfasis especial en:

1. Identificación inequívoca.
2. Implementando modelos de transmisión de la información estructurada.
3. Establecer no solo circuitos o protocolos específicos del área quirúrgica, también una evaluación continua de su grado de cumplimiento.
4. Aplicar medidas correctoras para conseguir que se respete el valor “barrera”, intentado lograr tasas de cumplimiento cercanas al 100%.
5. Establecer programas formativos específicos mediante el trabajo de las habilidades.
6. Fomentando la cultura de seguridad del paciente.

ACTIVIDAD DEL GRUPO PROA Y EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADOS EN SU CONSUMO

 Juan José Corte García; María Vanessa López Peláez; Julio Díaz Gigante; Daniel Rodríguez Zuñiga; Eva García- Alcalde Suárez; María Esther Mata Peón

 Fundación Hospital de Jove

Identificador: 532

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El uso adecuado de antibióticos es uno de los pilares para la prevención y lucha ante las resistencias bacterianas. Los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) son una estrategia clave de todo hospital, con independencia de su nivel asistencial, para lograr este objetivo. En estos últimos años, se ha promovido el uso de indicadores estandarizados, como los propuestos por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) bajo el aval del Programa nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), para evaluar el impacto de las intervenciones del grupo PROA.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la evolución de los indicadores de uso de antimicrobianos, basados en su consumo, de 2021 a 2024. Analizar su vinculación con la actividad global del grupo PROA local.

Se realizó un análisis retrospectivo del grado de cumplimiento de los 13 indicadores de uso de antimicrobianos incluidos en el Observatorio Nacional de la SEFH. Para cada año del periodo estudiado (2021-2024), la plataforma calculó la posición del centro, en forma de percentil, respecto al resto de hospitales participantes del mismo rango de camas (200-500). Además, se revisaron las intervenciones clínicas realizadas por el PROA, orientadas a adecuar la terapia antibiótica, incluyendo la promoción del tratamiento dirigido, reducción de tratamientos innecesariamente prolongados, terapia secuencial, ajustes posológicos...

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se constata la mejora progresiva de los indicadores evaluados a lo largo del periodo de análisis. En 2024, el hospital alcanzó la máxima puntuación relativa (percentil 100) en consumo de carbapenems (indicador 3) y quinolonas sistémicas (indicador 5), situándose como el hospital con mejor desempeño entre aquellos de 200 a 500 camas que compartieron voluntariamente su datos en la plataforma nacional. Se alcanzaron percentiles 95 en otros indicadores clave como el uso de cefalosporinas de 3ª generación, piperacilina/tazobactam y antifúngicos. En conjunto, la plataforma concede en 2023 y 2024 una valoración global de 100 sobre 100 al hospital, lo que consolida su posición como centro de referencia en el uso adecuado de antimicrobianos en su grupo de comparación (N=35).

En el mismo periodo se registraron 4.749 intervenciones clínicas PROA relacionadas con la optimización del uso de antibióticos. Esta actividad clínica multidisciplinar se alinea con la evolución positiva de los indicadores de consumo, lo que sugiere una asociación razonable entre la labor sistémica y los resultados obtenidos.

La evolución positiva de los indicadores nacionales de uso de antimicrobianos en nuestro hospital respalda el papel estratégico del PROA en la mejora de la calidad asistencial, especialmente en el uso racional de antibióticos de amplio espectro o uso restringido. Su elevada actividad, clínicamente documentada, especialmente sobre fármacos recogidos específicamente en los indicadores nacionales, refuerza la hipótesis de este impacto.

REVOLUCIONANDO LAS URGENCIAS: MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR PARTE DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES

 Carme Ferrer Badia; Marina Clarambo Semis; Monica Buqueras Carbonell; Laia Cruells Francisco; Anna Masferrer Martí; M. Pilar Medina López

 Hospital General de Granollers

Identificador: 533

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto nace de la necesidad detectada, en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Granollers (centro de referencia en una zona de 430.000 habitantes), de promover una atención humanizada a través del liderazgo interno, con el objetivo de mejorar la calidad percibida por los pacientes.

Los datos de las encuestas PLAENSA (del CatSalut) y NPS, de los años (2022/2023), muestran unos indicadores por debajo de la media territorial, al tiempo que las reclamaciones en materia de trato, representan el 44% de las reclamaciones de trato, de todo el centro.

Este proyecto es particularmente relevante porque surge de los propios profesionales del servicio quienes, ante estos datos, detectan la necesidad de poner en marcha la iniciativa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es promover mejoras significativas en la satisfacción del paciente, a través de una mayor empatía y amabilidad, por parte del profesional, la optimización de la percepción de la espera y una mejor comunicación, entre paciente y profesional.

A largo plazo, el proyecto aspira a transformar la cultura organizacional del servicio, mejorar la experiencia de los profesionales, aumentar la fidelización, mejorar la reputación del servicio y desarrollar competencias profesionales mediante la integración de tecnologías digitales y herramientas de evaluación continua.

Fases del proyecto:

1. Análisis (datos 2022/23)
 - Revisión de 48 reclamaciones de trato y de los resultados de las encuestas Plaensa y NPS.
 - 4 grupos focales on line con 14 usuarios y 9 entrevistas en profundidad a usuarios.
 - Encuestas a 111 profesionales del servicio.
 - Acciones de observación Directa, en los espacios de Urgencias.
 - 6 entrevistas a responsables del servicio.
2. 2. Sensibilización y alineamiento del proyecto entre los profesionales.
3. 3. Implantación del modelo: cocreación con un equipo multidisciplinar de 30 personas; capacitación de los agentes de cambio y formación en cascada, al resto de profesionales del servicio.

RESULTADOS PRELIMINARES: (2024/25)

Incremento 20 puntos en satisfacción (NPS) y posicionamiento por encima de la media catalana (encuestas Plaensa).

Descenso de las reclamaciones de trato.

Optimización de la percepción personal del paciente y la familia, sobre el tiempo de espera.

Mejora de la comunicación entre profesional y paciente.

El Proyecto de Trato y Humanización del Servicio de Urgencias está demostrando ser eficaz para mejorar la calidad de la atención y la experiencia de los pacientes y su entorno. Con una metodología estructurada y participativa, se ha implementado un modelo que aborda las necesidades emocionales, sociales y espirituales de pacientes y sus familias, mejorando tanto la percepción del servicio como la eficiencia y calidad de la atención sanitaria.

PRE-RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTRATEGIA PROACTIVA PARA FORTALECER LA CULTURA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL

😊 LAURA ALFARO CADENAS ⁽¹⁾; BEATRIZ GARCÍA VELASCO ⁽²⁾; RODRIGO ALBERTO COMINERO MARTÍNEZ ⁽³⁾; REBECA MUÑOZ BUIL ⁽⁴⁾; ADRIANA PASCUAL MARTÍNEZ ⁽³⁾; CARMEN MATEOS SEGURA ⁽⁴⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital Universitario General de Vallalba y Hospital Universitario Infanta Elena (RED 4H Hospitales Públicos de Quirónsalud); ⁽²⁾ Red 4H Hospitales Públicos de Quirónsalud; ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA; ⁽⁴⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Identificador: 534

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las Pre-Rondas de Seguridad del Paciente son una estrategia proactiva que permite anticipar riesgos en los diferentes servicios y unidades asistenciales del hospital. Se realizan periódicamente mediante la aplicación de check lists estructurados y específicos por unidad, con la participación activa de profesionales y pacientes. Su implementación responde a la necesidad de reforzar la cultura de seguridad y establecer dinámicas sostenibles de control y mejora en el entorno asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: evaluar la eficacia de las Pre-Rondas como herramienta para identificar oportunidades de mejora y fomentar la cultura de seguridad. Se desarrolló un estudio descriptivo, transversal, con aplicación periódica de Pre-Rondas en unidades clave: Hospitalización, Urgencias, UCI, Bloque Quirúrgico, Hospital de Día, Urgencias Pediátricas, Radiodiagnóstico y Farmacia. Se utilizaron check lists adaptados y encuestas dirigidas a profesionales y pacientes. Los resultados se analizaron en sesiones de retroalimentación con responsables de unidad y miembros de la Dirección Médica, Dirección de Calidad, Dirección de Enfermería y Dirección de Experiencia de Paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las Pre-Rondas han permitido identificar oportunidades recurrentes de mejora en la identificación del paciente, el uso seguro de la medicación, la prevención de caídas, la gestión de infraestructuras y la comunicación en la transferencia de pacientes. La participación de profesionales y pacientes ha sido elevada, y se ha potenciado la percepción positiva sobre la cultura de seguridad en las unidades. Asimismo, se consolidan como una herramienta eficaz y sostenible para la identificación temprana de riesgos y la promoción de la corresponsabilidad en la seguridad asistencial. Su periodicidad y enfoque participativo refuerzan la cultura de seguridad en el hospital.

AUMENTANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CRUCIAL LA FORMACION Y LA CONCIENCIACION

 Lizzy Paola Cisneros Almeida ⁽¹⁾; Beatriz Fidalgo Hermida ⁽¹⁾; José Manuel Carrascosa Bernáldez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario José Germain; ⁽²⁾ Hospital Universitario José Gerain

Identificador: 535

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En nuestro hospital, tras la implantación de una herramienta oficial (CISEM) de comunicación para el registro y gestión de Incidentes de seguridad/errores de medicación (IS/EM), el año 2017 recogimos 85 notificaciones IS/EM y el 2018, 103 notificaciones. Sin embargo, los siguientes años, observamos una disminución de notificaciones, pasando a 89 el 2019 y 65 el 2020.

OBJETIVOS

Impulsar la cultura de seguridad del paciente a través del rediseño del proceso de análisis de IS/EM y la concienciación de los trabajadores de la importancia de la notificación de IS/EM a través de una estrategia educativa (EE).

METODOLOGÍA

Actuaciones: los miembros de la UFGP se reunieron para determinar mediante “Tormenta de ideas”, las causas de la infranotificación de lo IS/EM, detectándose entre otras la falta de conocimiento de qué se debe documentar y porque, miedo a acciones disciplinarias o falta de familiaridad con CISEM.

Etapas de diseño e intervención:

1. Se constituyó un grupo de trabajo para el rediseño del circuito de análisis de notificaciones, actualizando y difundiendo la instrucción técnica (octubre del 2020).
2. Se planteó una EE de “formación de formadores” utilizado por expertos previamente formados para formar posteriormente a otras personas quienes a su vez trasladan el conocimiento al mayor número de trabajadores en la organización. Se diseñó la EE en dos fases:
 - I: Formación de formadores (junio 2021): La Coordinadora de Gestión de Riesgos Sanitarios, aplicó la intervención educativa a 8 FORMADORES (RSU). Además de los contenidos generales, se abordó estrategias de comunicación.
 - II: Actividad formativa de los formadores a los trabajadores, a través de sesiones formativas y de concienciación sobre notificación de IS/EM, se realizó talleres prácticos, interactivos, de resolución de problemas, ofreciendo tutoría y asistencia.

Evaluación: Se midió el N° de participantes a las sesiones y el N° IS/EM notificados en CISEM en los siguientes años.

RESULTADOS

La 1ra etapa de la intervención concluyó con la formación de un “Grupo de Análisis de IS/EM” constituido por 10 profesionales formados en la herramienta. Además, de la IT aprobada y difundida. En la 2da etapa se formaron 8 profesionales (RSU), que a su vez concienciaron y formaron a otros 68 (26% del total de profesionales). Respecto a las notificaciones de IS/EM, en el año 2021 se notificaron 202 IS/EM; al siguiente año 375 IS/EM y, si bien, en el año 2023 se evidenció un ligero descenso en el número de notificaciones (309 IS/EM), para el año 2024, se notificaron 359 IS/EM.

CONCLUSIONES

La formación de un grupo de trabajo para el rediseño del proceso y la estrategia educativa de “formación de formadores” nos permitió procurar a profesionales con “actitud”, la necesaria “aptitud” para transmitir la formación, información y concienciación a la mayor parte de los profesionales sobre la importancia de la notificación de IS/EM consiguiendo así optimizar la cultura de seguridad de la organización.

IMPACTO DEL CAMBIO DE PROTOCOLO DE INGRESOS MÉDICOS DESDE URGENCIAS

😊 MARIA LUISA TAMAYO CANILLAS; ROBERTO RODRIGUEZ REGO; FRANCISCO JAVIER LEÓN ALONSO; SUSANA GARCÍA GONZÁLEZ;
BEGOÑA GARCÍA RODRÍGUEZ; LILIANA MEANA SÁNCHEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

Identificador: 536

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En agosto de 2024, en el Hospital Universitario San Agustín (HUSA) se modificó el protocolo de ingresos médicos desde Urgencias (IMDU), pasando a indicar el ingreso Medicina Interna y especialidades médicas, en lugar de los médicos de Urgencia hospitalaria. La previsión del descenso de ingresos/estancias fue de 125 altas/mes, lo que suponía 600 estancias/mes menos.

OBJETIVOS

Valorar el impacto de este cambio en el comparativo 2023/2024 en altas, ocupación, reingresos y estancia media (EM), tanto en el global del HUSA, como en los 2 servicios de mayor impacto previsto: Medicina Interna (MIR) y Cardiología (CAR).

METODOLOGÍA

Se analizan las variables altas, reingresos y estancia media con la aplicación DecisysR a través de Oracle Business IntelligenceR (OBI), con datos procedentes de SeleneR, consolidados en Data WarehouseR (DWH). Datos de ocupación de DWH.

Se analizan 2 periodos de ambos años: Periodo de control (PC) entre enero y julio, y Periodo de análisis (PA) entre agosto y septiembre.

RESULTADOS

Globales

- En 2024 las altas descendieron en 970 con respecto a 2023. De ellas, 960 corresponden al PA, equivalente a una reducción mensual de 192.
- La ocupación pasó del 76,05% en 2023 al 70,46% en 2024.
- El número de reingresos bajó en 652 en 2024, manteniéndose la EM bruta en 5,9 días, lo que supuso un ahorro de estancias mensual de 1132.8 durante el PA.

MIR

- El descenso de altas en todo el año 2024 fue de 483. En PA fue de 513, equivalente a una reducción mensual de 102,6.
- La ocupación pasó del 98,72% en 2023 al 85,47% en 2024.
- El número de reingresos en el PA disminuyó en 318, reduciéndose levemente la EM (6,69 en 2023, frente a 6,58 en 2024).

CAR

- El descenso de altas en 2024 fue de 273, 120 durante el PA, equivalente a una reducción mensual de 24.
- La ocupación pasó del 82,16% en 2023 al 59,19% en 2024.
- El número de reingresos en PA disminuyó en 38, reduciéndose la EM (de 4,01 en 2023 a 3,62 en 2024).

CONCLUSIONES

El cambio de protocolo ha supuesto una reducción del IMDU superior al previsto a nivel global, equivalente a casi 1.000 altas/año, concentrada en el PA.

Más del 67% de los ingresos evitados son reingresos, sin que aumente la EM. Al contrario, la EM global bruta se mantiene (-0.11 en MIR y -0.39 en CAR).

La ocupación global ha bajado en un 5,59%, teniendo en cuenta que la medida se aplicó sólo durante 5 meses de 2024 y que servicios quirúrgicos como Traumatología o Urología, incrementaron sus ingresos programados, al asumir más lista de espera.

La ocupación, tanto en MIR como en CAR, disminuyó (13,27% y 22,97% respectivamente), tanto por el descenso de altas, como por la disminución de EM. Todo ello con un importante descenso de reingresos.

La mejora en la ocupación de camas médicas, permite seguir avanzando con cambios en otros ámbitos de atención de estas especialidades (consultas externas, hospital de día médico) y de las quirúrgicas (lista de espera quirúrgica).

FORMACIÓN DE GESTORES DE RIESGOS EN EL MARCO DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN: RESULTADOS Y APRENDIZAJES

 *Montserrat Alcalde Martín; Esther Arrieta Cerdán; Alberto Vegas Miguel; Rocío Villa Pizarro; Tomás Maté Enríquez; Josefa González Pastrana*

 *Gerencia Regional de Salud*

Identificador: 537

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La figura del gestor de riesgos desempeña un papel esencial en la promoción de la seguridad del paciente. Su participación activa en los sistemas de notificación de incidentes permite identificar y abordar de manera oportuna los problemas de seguridad presentes en los distintos entornos asistenciales. Asimismo, su liderazgo es clave para fomentar una cultura de seguridad sólida, impulsando un cambio de enfoque en la organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El programa tiene como objetivo principal capacitar a los profesionales para liderar la transformación hacia una cultura de seguridad, gestionando de forma eficaz los riesgos identificados mediante sistemas de notificación.

Para ello, se ha diseñado una propuesta formativa que trasciende los aspectos teóricos y prácticos tradicionales, generando condiciones que favorezcan la superación de las barreras asociadas a la implementación y desarrollo de dichos sistemas.

Además, se ha adaptado la formación a las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías, ampliando su alcance mediante el desarrollo de contenidos visuales, accesibles y contextualizados, que faciliten la inmersión del profesional sanitario en situaciones reales del entorno asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La evolución del programa formativo ha permitido mejoras significativas tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

La incorporación de la modalidad en línea ha favorecido una mayor cobertura y accesibilidad, logrando en solo tres ediciones formar al 45 % de los profesionales capacitados en las 64 ediciones previas, alcanzando un total de más de 2.100 gestores de riesgos formados.

Asimismo, la inclusión de acciones de apoyo a la implantación del proyecto y la formación en los propios centros ha incrementado la satisfacción de los participantes en más de un 11 %.

El impacto en el sistema de notificación ha sido notable, con un aumento del 44,28 % en el número de notificaciones registradas y un incremento del 49,79 % en las propuestas de mejora derivadas de estas en el último año.

El fortalecimiento del liderazgo local mediante la formación en los propios centros, así como la creación de espacios que faciliten la conformación de equipos de apoyo a los gestores de riesgos, se traduce en una implementación más efectiva del sistema de notificación.

Además, considerar los factores que influyen en las barreras de uso de estos sistemas permite avanzar hacia una programación formativa más eficaz y adaptada a las necesidades reales de los profesionales del ámbito sanitario.

NEED: UNA HERRAMIENTA PARA ESTRUCTURAR LA EDUCACIÓN AL PACIENTE

 Alba Rapela Freire; Alicia Díaz Redondo; Francisco Javier Pichardo Galán; Alejandro Rodríguez Quirós; Carmen Medina Bailón; Isabel Almendro Martínez

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 538

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La educación al paciente es un componente clave en la atención sanitaria. Sin embargo, la forma en que se imparte y registra esta intervención educativa en la historia clínica no suele ser homogénea, lo que dificulta la evaluación de su efectividad.

La Joint Commission International (JCI) establece la necesidad de hacer partícipe al paciente, proporcionar educación sanitaria y documentarla de manera estructurada. Ante la ausencia de un modelo sencillo y específicamente orientado a este propósito, se propone la herramienta NEED como un acrónimo para guiar y estandarizar la educación proporcionada a pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue diseñar una herramienta acronímica sencilla y orientada a la práctica clínica diaria, que permita de manera estructurada y completa la educación al paciente, alineándose con los estándares de calidad de la JCI. Para ello, se realizó una revisión de la literatura en bases de datos como PubMed, identificando modelos existentes de educación sanitaria y se evaluó su aplicabilidad al registro clínico.

A partir de los vacíos identificados en el hospital y teniendo en cuenta los estándares de la JCI, se elaboró la herramienta NEED:

- N (Necesidades identificadas): evaluación educativa y barreras de aprendizaje.
- E (Educación proporcionada): contenidos, métodos y recursos utilizados.
- E (Evaluación de la comprensión): validación del aprendizaje.
- D (Disposición y seguimiento): actitud del paciente y plan futuro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La herramienta NEED permite capturar de forma clara y estructurada los aspectos clave de la intervención educativa. Su diseño facilita la planificación y aplicación de la educación adaptada a necesidades del paciente, la integración en registros electrónicos, notas clínicas o plantillas, promoviendo la homogeneización entre profesionales y el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente.

La propuesta es original: no se ha encontrado evidencia del uso de esta herramienta con este enfoque en la literatura científica revisada. La herramienta se encuentra en proceso de validación mediante implementación piloto en un entorno hospitalario.

En conclusión, NEED representa una herramienta útil, original y alineada con los estándares internacionales para mejorar el registro de la educación sanitaria en la historia clínica. Su sencillez y aplicabilidad lo convierten en una opción viable para fomentar la continuidad asistencial, la trazabilidad del proceso educativo y la evaluación de su efectividad. La implementación práctica y validación en distintos contextos asistenciales permitirá determinar su impacto real en la calidad del registro y de la atención prestada.

MODELO DE GOBIERNO MULTIDISCIPLINAR PARA LA GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

😊 Alba Rapela Freire; Alicia Díaz Redondo; Francisco Javier Pichardo Galán; Benjamín Muedra (Vacío); Marta Sánchez-Celaya Del Pozo; Sonia García De San José

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 539

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) constituye una alternativa asistencial segura y eficiente. Su consolidación dentro del entorno hospitalario exige una estructura robusta, capaz de coordinar múltiples especialidades, optimizar los recursos disponibles y garantizar una atención centrada en el paciente. En este contexto, nuestro hospital ha desarrollado un modelo de gobierno específico, con el objetivo de integrar la atención domiciliaria en la gestión clínica institucional y asegurar la calidad y seguridad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de esta comunicación es describir el modelo de gobierno de la HaD, analizar su estructura organizativa y sus principales funciones, así como valorar su capacidad para fomentar la coordinación interdepartamental, la gestión por procesos y la toma de decisiones basada en resultados.

Para ello, se realiza un análisis estructural y funcional del modelo implantado, con especial atención a los órganos de decisión y los canales de participación profesional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La HaD de nuestro hospital está organizada en unidades funcionales agrupadas por perfil de paciente (adultos, pediatría, salud mental, hematología), que responden a una estructura común de gobierno con tres niveles: Grupos Funcionales, Grupo Director y Comité de Dirección.

Los Grupos Funcionales agrupan al personal asistencial y técnico de cada unidad, con funciones asistenciales y no asistenciales asignadas, así como responsabilidades comunes en la calidad, la seguridad del paciente y el clima laboral.

El Grupo Director, de composición multiprofesional, tiene funciones ejecutivas en la implementación del modelo asistencial, el seguimiento del plan de calidad, la elaboración de protocolos y la definición de indicadores. Se reúne trimestralmente y sus decisiones son vinculantes.

El Comité de Dirección es el órgano estratégico, presidido por la Subdirección Gerencia y con representación de todas las áreas implicadas (direcciones asistenciales, responsables médicos y de enfermería de cada unidad, servicios clínicos y centrales, representantes de pacientes). Se encarga de aprobar el plan anual de gestión, los protocolos institucionales, la cartera de servicios, el plan de calidad y el sistema de evaluación profesional. Mantiene una visión integral del servicio y facilita la toma de decisiones desde una perspectiva organizativa.

En conclusión, el modelo implantado en la HaD de nuestro hospital representa una experiencia innovadora de gestión clínica transversal y multidisciplinar, alineada con los principios de calidad, seguridad y eficiencia.

La implicación de múltiples servicios y estamentos, junto con la formalización de los órganos de decisión y sus funciones, ha permitido mejorar la coordinación, optimizar recursos y favorecer la implantación de estándares internacionales de calidad asistencial. Este enfoque puede servir de referencia para otros centros hospitalarios interesados en fortalecer su modelo de atención domiciliaria bajo criterios de gobernanza clínica compartida.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECK-LIST DE SALUD Y SEGURIDAD PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGURA

 Alba Rapela Freire; Francisco Javier Pichardo Galán; Alicia Díaz Redondo; Carmen Medina Baiñón; Javier Calatayud García; Nieves López Fresneña

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 540

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria en el domicilio presenta una oportunidad para la continuidad asistencial, pero también implica riesgos específicos relacionados con la prestación de asistencia en el entorno no hospitalario.

En el contexto del proceso de acreditación Joint Commission International (JCI) en Hospitalización a Domicilio (HaD), se identificó la necesidad de establecer herramientas estandarizadas que permitan verificar la idoneidad clínica, social y estructural del entorno doméstico.

Para ello, nuestro hospital desarrolló un Check-List de Salud y Seguridad, utilizado por los profesionales durante la evaluación inicial y primera visita en domicilio, con el objetivo de garantizar que las condiciones clínicas y del entorno permiten una atención segura y eficaz.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Presentar el diseño e implementación del Check-List de Salud y Seguridad, describir su estructura y utilidad práctica, así como su integración en los procesos asistenciales y de calidad.

El diseño es multidisciplinar: participaron profesionales médicos, de enfermería, trabajo social, farmacia, seguridad, ingeniería, PRL y calidad. Sus ítems están alineados con el Manual de Organización de HaD y los estándares JCI.

La herramienta fue pilotada e incorporada al proceso de ingreso en todas las unidades de HaD y permite consensuar entre los distintos actores implicados la decisión de incluir o no al paciente en el programa de HaD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El Check-List se estructura en dos bloques:

Evaluación inicial: verifica la adecuación clínica del paciente (criterios de inclusión/exclusión), la aceptación por parte del paciente y familia, y las condiciones mínimas del domicilio, incluyendo accesibilidad, comunicación y almacenamiento de medicamentos.

Primera visita al domicilio: analiza condiciones de seguridad exterior e interior del domicilio, riesgos estructurales o ambientales, comprensión por parte del cuidador, gestión de medicación y adecuación del espacio para la atención sanitaria.

Ambas fases culminan con la valoración profesional sobre la idoneidad para la atención domiciliaria.

Esta herramienta ha facilitado la detección de riesgos, la toma de decisiones compartidas y la documentación sistemática de los criterios de ingreso. Además, permite generar recomendaciones personalizadas a las familias y establecer planes de mejora o seguimiento cuando se identifican condiciones subóptimas.

En conclusión, la implantación de un Check-List estandarizado de salud y seguridad ha contribuido significativamente a mejorar la calidad y la seguridad de la atención en el domicilio en nuestro hospital, mediante criterios multidisciplinarios consensuados.

La herramienta permite una evaluación objetiva, homogénea y documentada de los factores clínicos, ambientales y sociales que influyen en el éxito del ingreso domiciliario. Además, refuerza el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad y seguridad exigidos por la JCI, y puede ser extrapolable a otros centros que desarrollen programas de hospitalización a domicilio.

ALINEANDO CALIDAD ASISTENCIAL, BUENAS PRÁCTICAS Y ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA EN PROYECTO INTERGENERACIONAL

 José Raúl García Rodrigo ⁽¹⁾; María del Prado Prieto Portela ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Residencia de Mayores “Virgen del Prado”, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha; ⁽²⁾ Hospital General Universitario Ntra. Sra. del Prado, GAI Talavera de la Reina

Identificador: 541

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La creciente implementación de proyectos intergeneracionales exige evaluaciones estandarizadas que validen no solo su impacto real, sino también las sinergias generadas entre participantes. Se busca trascender el enfoque de “buenas prácticas” para consolidarse como proyectos basados en evidencia que potencian beneficios mutuos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el impacto de un proyecto intergeneracional entre adultos mayores institucionalizados y niños de educación primaria. Medir el grado de satisfacción desde la perspectiva de los residentes y los beneficios percibidos. Identificar áreas de mejora. Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se firmó convenio de colaboración para realizar actividades intergeneracionales entre residencia y colegio, con inicio en octubre de 2024. Las actividades fueron seleccionadas a partir de los intereses identificados durante la evaluación inicial de Terapia Ocupacional, utilizando el Listado de Intereses Modificado de Kielhofner y fueron adaptadas a nivel físico, cognitivo, sensorial y del entorno. Las actividades elegidas fueron de tipo tradicional, convivencial, físicas y de aprendizaje mutuo. Posteriormente, se diseñó un cuestionario de satisfacción para los adultos mayores, anónimo, utilizando los ítems del Generations United Quality Standards Tool, modificados para incluir sostenibilidad, de lectura fácil y respuestas con escala de 5 puntos (Likert con emoticonos). El acceso al cuestionario de satisfacción estuvo condicionado a la participación del usuario en un mínimo de tres actividades. Se analizaron datos demográficos y 5 dimensiones de calidad asistencial. Posteriormente, el terapeuta ocupacional utilizó la herramienta Best Practices Checklist (Jarrot et al. 2008) para evaluar y mejorar el proyecto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 10 cuestionarios, con edad media de los participantes de 76.6 ± 5.93 años. La satisfacción global fue 4.8 ± 0.59 . La distribución por sexo fue de 70% mujeres 4.72 ± 0.68 y 30% hombres 4.97 ± 0.14 . Finalmente, los resultados por dimensiones fueron: satisfacción general 4.76 ± 0.43 , calidad de las interacciones 4.76 ± 0.77 , impacto personal 4.9 ± 0.4 , buenas prácticas organizativas 4.6 ± 0.85 y sostenibilidad y continuidad 4.96 ± 0.18 . Respecto a la Best Practice Checklist, se obtuvo un 88% de adherencia. Los hallazgos evidencian una elevada satisfacción global, destacando beneficios como aprendizaje, utilidad percibida y recuerdos positivos. La muestra estuvo predominantemente compuesta por mujeres, pero los hombres registraron puntuaciones más altas. Las interacciones intergeneracionales fueron menores cuando la actividad se realizó fuera de la residencia con participación desigual. Como áreas de mejora se necesitan ajustes metodológicos en diseño para garantizar una distribución equilibrada de participantes y entornos más adaptados a sus necesidades.

CUANDO MEDIR CAMBIA LA PRÁCTICA: MEJORA DEL PROCESO DEL USO DE TEST VISCOELÁSTICOS EN UNA UCI

 Marina Cherchi Pepe; Ana María Ruiz Ruiz; Zenaida Bolivar Gutiérrez; Paula Robles Mier; Marina Gonzalez Parcha; Miguel Ángel Hernández Hernández

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 542

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los test viscoelásticos (TVE) son pruebas rápidas sobre la estabilidad del coágulo que permiten obtener resultados rápidos a pie de cama en pacientes con hemorragia en cirugía cardiovascular, trasplante hepático, hemorragia obstétrica y enfermedad traumática grave. A diferencia de los estudios de coagulación convencionales permite guiar la resucitación en 5 – 10 minutos repercutiendo en el ahorro de hemoderivados y programas de Patient Blood Management.

Las unidades de Cuidados Intensivos tenemos a cargo pacientes susceptibles de requerir un manejo guiado por TVE por ello, desde 2023-24 se han realizado diferentes intervenciones para incluir estos test en los algoritmos de tratamiento de estos pacientes. Participó en el análisis del proceso que realizó el hospital mejorando el acceso a las pruebas, integrando los resultados en HCE, planificando la formación, protocolizando su uso y midiendo resultados en ahorro de sangre. Sin embargo, aún no hay disponible un dispositivo cercano a la UCI.

OBJETIVOS

Medir uso de cada dispositivo y optimizar su distribución. Establecer el plan formativo anual para el personal.

METODOLOGÍA

se midió el consumo de fungibles en los seis dispositivos hospitalarios a través de los datos integrados en HCE y los propios dispositivos. Se analizó el impacto de la ampliación de patologías y su uso en UCI. Se amplió la formación al personal de UCI (TCAE y enfermeras).

RESULTADOS

Los TVE disponibles son tromboelastómetros situados en Cardiología Críticos, quirófanos, paritorio y laboratorio de coagulación. En Cardiología Críticos (cercano a UCI) aumentó su consumo de 117 a 264 (del 31,8% a 51,7%), el de quirófano de CCV disminuyó de 97 a 80 (41,8 a 32,7) y el de especialidades de 26,4 a 15,7%. En menor uso el de paritorio (10 pruebas en 2024, 1,85%) y sin uso el de laboratorio de coagulación centralizado y el quirófano híbrido, por falta de fungibles. El primer dispositivo se usa desde marzo de 2024 en críticos generales, con un aumento de uso al incluir pacientes con trauma grave y postoperatorios hepáticos, ECMO y hemorragia obstétrica.

Se ha elaborado una ayuda cognitiva colocada en cada sala de críticos y en los equipos para asegurar la correcta gestión de la muestra. Se han realizado sesiones clínicas para médicos, un curso teórico práctico por personal experto de sociedades científicas y píldoras formativas para enfermería y TCAE (153 profesionales).

CONCLUSIONES

La revisión del proceso de uso de TVE ha mejorado su integración en el manejo de pacientes críticos con hemorragia. El dispositivo más cercano a la UCI duplicó su uso, reflejando una mejor accesibilidad y adecuación clínica. La formación alcanzó a todo el personal de UCI, mejorando el manejo y la seguridad en el uso de los dispositivos. Persisten limitaciones logísticas, como la falta de un dispositivo en la UCI, pero el análisis del proceso nos permite justificar su reorganización y petición de un nuevo dispositivo.

HERRAMIENTA PARA LA SUPERVISIÓN DEL SERVICIO DE COCINA: DE LA SANCIÓN A LA PREVENCIÓN

 Pablo Ortiz Sáez; Mónica García Pérez; Héctor Miguel Rojo; Engracia Mira Sanz

 Hospital General de Alicante

Identificador: 543

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La gestión de servicios de cocina hospitalaria externalizados y supervisados por personal público presenta una alta complejidad, frecuentemente abordada desde un enfoque sancionador ante las incidencias. Este modelo reactivo dificulta la prevención de errores y repercute negativamente en la calidad del servicio recibido por el paciente.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar una herramienta de supervisión que permita anticiparse a las incidencias en el servicio de cocina, orientando la gestión hacia la prevención y mejora continua, con impacto directo en la seguridad alimentaria y la satisfacción del paciente.

METODOLOGÍA

En una primera fase, se digitalizaron los registros del servicio, incluyendo tanto las encuestas de satisfacción de pacientes como los partes de incidencias del personal supervisor. Se clasificaron las incidencias en cuatro categorías según su origen:

Condiciones del pliego técnico de contratación

Deficiencias en equipos e instalaciones

Problemas atribuibles a personal ajeno al servicio de cocina

Fallos internos en la gestión del servicio de cocina

Para cada categoría se diseñó un plan estratégico específico.

En el caso de las incidencias de gestión interna, se elaboró un check-list horario, a cumplimentar por los supervisores en cada turno.

Cada ítem lleva asociado un procedimiento de actuación, con posibilidad de identificar reincidencias, lo que activa la intervención del jefe de servicio.

RESULTADOS

La implementación del check-list permitió una detección más temprana de incidencias y una mejora en los tiempos de respuesta. Además, se integró un sistema de reporte diario que facilita el análisis de datos. Desde su puesta en marcha, 1 de marzo de 2025, se ha observado una disminución significativa en el número de incidencias, en torno al 35%, y un aumento en la satisfacción percibida de 0,7 puntos (sobre una escala de 7) por parte de los pacientes, según los resultados de las encuestas.

CONCLUSIONES

El enfoque preventivo, apoyado en herramientas digitales y protocolos estandarizados, ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad del servicio de cocina hospitalaria. Esta experiencia subraya la importancia de pasar de una cultura sancionadora a una de mejora continua, con beneficios tanto para el paciente como para la organización.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS: EJE EN LA CAPACITACIÓN DE LÍDERES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 *María Cristina Cedrún Lastra; Gerardo Garzón González; Elvira Clemente Lirola; Ángela Bravo Navajón; Elena Fernández Pérez; María Concepción Hernández de Luna*

 *Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid*

Identificador: 544

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Durante una reunión con los responsables de seguridad del paciente (RS) de los centros de salud, se identificó una necesidad formativa común: muchos desconocían conceptos y herramientas básicas. Esta situación se agravaba por la alta rotación en los cargos, lo que hacía que algunos asumieran el rol sin formación previa. Para dimensionar el problema, se realizó una encuesta a los centros, que confirmó que una parte importante (26%) de los RS no estaba bien formada.

OBJETIVOS

La unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios (UFGRS) asumió un rol activo para abordar esta carencia, con los siguientes objetivos:

Asegurar que todos los RS conozcan las herramientas básicas en seguridad del paciente(SP). Capacitar a los RS para que actúen como formadores del resto del equipo en sus centros. Fomentar la cultura de SP desde un enfoque práctico y alineado con las líneas estratégicas institucionales. Aumentar el sentido de pertenencia y compromiso de los responsables con su rol en la mejora de la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se organizó una formación acreditada con sesiones presenciales, impartidas por todos los miembros de la UFGRS lo que permitió integrar diferentes enfoques prácticos. Se elaboraron materiales específicos y se recomendó formación online. Esta formación se caracteriza por estar dirigida específicamente a RS; la formación “teórica” se hace con una minipíldora después de que hayan reflexionado en grupos pequeños sobre casos concretos propuestos; la mitad de la sesión es “formación práctica”: trabajo en grupos pequeños sobre cómo abordar situaciones concretas a las que se enfrenta un RS; en cada grupo hay RS veteranos y nuevos: la experiencia de unos sirve a los otros.

RESULTADOS

Todos los RS participaron en las sesiones formativas. El NPS dio un resultado de 9,1. En una escala del 1 al 5 (de menor a mayor puntuación) el 80% puntuaron este tipo de formación como útil o muy útil para capacitarles en el desempeño de su papel. Tras su finalización, entre el 75 y 90% han revertido las sesiones a sus compañeros, variando en función de la temática tratada. Esto ha favorecido la sensibilización y capacitación del conjunto de profesionales de los centros. Además, los RS han expresado la necesidad de profundizar en algunos contenidos y han solicitado recursos más adaptados para facilitar su rol como formadores, así como una continuidad formativa que refuerce lo aprendido y les apoye en su implementación práctica diaria.

CONCLUSIONES

La implicación de la UFGRS ha sido determinante para garantizar una formación estructurada, accesible y orientada a resultados. Se ha logrado homogeneizar los conocimientos básicos en SP entre los RS y activar una formación en cascada en los centros. La estrategia ha demostrado ser eficaz y sostenible, gracias a la implicación directa de la UFGRS, el diseño de materiales específicos y la combinación de formación presencial y online. Como siguiente paso, se plantea reforzar el acompañamiento a los RS y ampliar los recursos didácticos, en respuesta a sus necesidades.

CREACIÓN DE UNA IA CAPAZ DE PREDECIR Y REDUCIR EL GASTO DE HEMOCOMPONENTES

 *Diego Ciborro Gonzalez; Iván Cueva Fernández; Begoña Álvarez Muñoz; Jose Antonio González Sánchez; Pablo García Hernández; Jose María García Fernández*

 *Fundación Hospital de Jove.*

Identificador: 545

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La gestión eficiente de los hemoderivados representa un pilar fundamental para garantizar una atención sanitaria segura, equitativa y oportuna. La creciente presión sobre los sistemas de salud debido al envejecimiento poblacional, la complejidad de los tratamientos hemato-oncológicos y el incremento de procedimientos quirúrgicos, hace necesario implementar soluciones tecnológicas que optimicen los recursos disponibles. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) ofrece un potencial significativo para la predicción de necesidades transfusionales y la mejora de la toma de decisiones en bancos de sangre. DropFlow surge como una herramienta inteligente capaz de analizar datos reales de transfusión, reconocer patrones clínicos y logísticos, y generar predicciones fiables que se traducen en una mejor distribución de recursos, mayor seguridad transfusional y optimización del stock.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Recopilación y estructuración de datos (2022-2024): Se consolidó una base de datos con miles de registros de transfusión en hospitales españoles, incluyendo: Fecha de transfusión, Tipo de hemoderivado, Grupo sanguíneo, Patología, Sexo del paciente, Servicio solicitante, Urgencia y Complicaciones.
2. Normalización y enriquecimiento clínico del dataset: Se integraron lógicas clínicas como la hemoglobina baja para hemáties, coagulopatía para plasma y plaquetopenia con cirugía para plaquetas. También se añadió un manual especializado en Banco de Sangre (técnicas), y una database de vocabulario específico para mejorar ya no solo los consejos y predicciones, sino la posibilidad de consultar dudas de forma fácil y accesible.
3. Desarrollo de modelos de IA: Random Forest para importancia de variables Gradient Boosting para predicción mensual por grupo y servicio Ajustes estacionales y límites máximos por tipo de componente.
4. Sistema de aprendizaje continuo: DropFlow incorpora nuevos datos mes a mes para mejorar la precisión de sus predicciones, ajustándose de forma personalizada al servicio de Banco de Sangre del Hospital de Jove.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Dropflow, promueve el uso racional de los hemoderivados. Su capacidad predictiva anticipa los picos de demanda, especialmente en meses quirúrgicos (enero, febrero, septiembre y octubre), facilitando la planificación del stock y evitando cancelaciones o retrasos en tratamientos, lo que mejora la continuidad asistencial. Ante escenarios de escasez, DropFlow prioriza de forma automática los servicios más críticos (Urgencias, UCI, Quirófano), y sugiere una distribución estratégica del recurso según impacto clínico. Además, su interfaz ágil y visual, con estadísticas en tiempo real, mejora la toma de decisiones por parte del personal sanitario, empodera al personal de enfermería y permite integrar la inteligencia artificial en la práctica asistencial diaria. Su uso permite una atención más segura, eficiente y equitativa, integrando la inteligencia artificial como consejera en la gestión clínica diaria.

EVALUACIÓN PROCEDIMIENTO TSNU EN OBESIDAD MÓRBIDA

 JESUS MARIA MONTERO GOMEZ; ENRIQUE FELIPE LOPEZ LAVADO; SONIA GOMEZ HERNANDEZ; MARIA JESUS IBARRA ARROYO; ANA MARIA RUIZ VELAZQUEZ; JUAN ANTONIO PINGARRON LOPEZ

 SUMMA 112

Identificador: 546

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La obesidad mórbida (OM) es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de quienes la padecen. Además, tiene un impacto significativo en los sistemas de atención médica como el Transporte Sanitario No Urgente (TSNU), influyendo en las decisiones de transporte de los pacientes. Desde nuestra responsabilidad social corporativa, podemos trabajar hacia soluciones más efectivas que mejoren la atención y la calidad de vida de las personas que viven con OM y garantizar que el transporte sanitario esté preparado para atender sus necesidades específicas. Por este motivo, se analizaron las mejoras que se podrían realizar en el TSNU en estos pacientes y se elaboró un procedimiento para mejorar su traslado.

OBJETIVOS

Principal: evaluar la percepción de los pacientes tras implantar el procedimiento TSNU en paciente con OM a través de una encuesta de satisfacción.

Secundarios: 1) Describir el proceso del TSNU en pacientes con obesidad mórbida en un Servicio de Urgencias Médicas Extrahospitalarias de una gran ciudad . 2) Incluir intervenciones que mejoren la seguridad del paciente con OM en el TSNU.

METODOLOGIA

Estudio observacional transversal cuantitativo para evaluar la implantación del procedimiento TSNU en obesidad mórbida mediante encuestas de satisfacción.

Descripción del procedimiento: 1) en 02/2020 se incluyó dentro del programa de la web de transporte sanitario una pestaña para solicitar de forma específica el TSNU en pacientes con OM. Se genera un registro de pacientes constatados como OM y un seguimiento con encuesta de satisfacción telefónica. En un paciente nuevo, los profesionales se desplazan al domicilio para valorar las necesidades de su traslado. 2) En abril 2022 se envía el procedimiento de actuación a los hospitales, incluyendo elementos de seguridad identificados a través de la casuística previa de incidentes. 3) Se incluye un filtro para minimizar el riesgo de enviar un transporte inadecuado al paciente con OM. 4) Se realiza seguimiento diario por los coordinadores del TSNU y Hospitales para identificar y depurar las solicitudes erróneas. Además, se unifican las citas ambulatorias (cuando se detentan varias en el sistema) evitando riesgos de desplazamiento innecesarios y mejorando la experiencia, y la eficiencia del servicio. Variables: Se consideraron como variables los ítems de la encuesta.

RESULTADOS

En el análisis descriptivo de la encuesta el 96% de los pacientes afirmó que la información recibida previa al traslado le resultó útil y disminuyó su nivel de ansiedad respecto al mismo. Un 92% de los pacientes afirmó sentirse seguro durante el traslado y un 88% afirma que hubo una buena comunicación entre profesionales. En una escala de 1-10 el promedio de la puntuación total del transporte fue de 8,6.

CONCLUSIONES

La gestión del transporte sanitario en pacientes con obesidad mórbida exige protocolos específicos que garanticen calidad, seguridad y un trato humanizado, evitando riesgos y promoviendo dignidad.

GESTION DEL RIESGO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: MAPA VISUAL

 NÚRIA HERNÁNDEZ VIDAL ⁽¹⁾; David Ayala Villuendas ⁽²⁾; Montserrat Gens Barberà ⁽¹⁾; Marta Pujol Vidal ⁽³⁾; Yolanda Mengibar García ⁽¹⁾; Sara Martínez Torres ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Unidad de Calidad; ⁽²⁾ Tecnologías de la información; ⁽³⁾ EAP Salou; ⁽⁴⁾ Unidad de soporte a la formación, docència e investigació

Identificador: 547

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la fragilidad en poblaciones envejecidas constituye un reto para los sistemas sanitarios, incrementando la prevalencia de eventos adversos (EA) como caídas, complicaciones relacionadas con la medicación y hospitalizaciones evitables. Los programas de atención domiciliaria han demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero la fragmentación de la información clínica limita la capacidad de los profesionales sanitarios para identificar y gestionar los riesgos. .

OBJETIVOS

Diseñar y evaluar la eficacia de la implementación de un mapa visual integrado en las historias clínicas electrónicas (HCE) para mejorar la seguridad y efectividad de las intervenciones sanitarias en la atención domiciliaria.

METODOLOGÍA

El estudio consta de tres fases: 1. Diseño de un mapa visual del programa de atención domiciliaria mediante la identificación de las áreas críticas y los factores contribuyentes. 2. Ensayo clínico aleatorizado por clúster para evaluar si el mapa visual reduce los ingresos hospitalarios, las caídas y las lesiones a la vez que mejora la calidad de vida. 3. Estudio cualitativo: Para evaluar el impacto del mapa visual del programa de atención domiciliaria en la usabilidad y satisfacción de los profesionales.

RESULTADOS

Publicación del protocolo de estudio. Se presentan los resultados de la Fase 1 finalizada en diciembre de 2024: Grupo de expertos creado, Identificación y consenso de las áreas de riesgo, Identificación de los registros actuales en la HCE, consenso y ponderación de las variables de cada área de riesgo, creación del prototipo de mapa visual y validación mediante pilotaje por un grupo de expertos en 10 centros de salud con la evaluación de 404 pacientes. Resultados: se evaluó la correspondencia entre la información de la HCE i las imágenes que proporciona el mapa visual el mapa (96%) y su usabilidad y satisfacción por parte de los profesionales (99%). Se realizaron las modificaciones propuestas a partir de las aportaciones del pilotaje. Presentación del proyecto en diferentes entornos asistenciales y estratégicos. Mapa visual diseñado y disponible que se actualiza cada 24h. Fase 2: ensayo clínico iniciado en mayo de 2025, con la participación de 20 centros de salud, que finaliza en mayo de 2026.

CONCLUSIONES

La integración de un mapa visual dentro de los EMR de los pacientes de atención domiciliaria representa una innovación para mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. Se pretende evaluar su eficacia en la prevención de eventos adversos, facilitando la toma de decisiones proactiva y las intervenciones de los profesionales sanitarios. La implementación de un mapa visual en EMR, tendrá potencial para mejorar la toma de decisiones y mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en su domicilio y su calidad de vida.

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DIAGNÓSTICA PARA REFORZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

 Georgina Vidal Mansilla; Anna Balauder Carrera; Raquel Girona Real; Cristina Lizano Vallverdú; Jose Joaquin Gerona Alarcon; Carme Grau Pérez

 EAP Alt Camp Est

Identificador: 549

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el marco del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2024 cuyo lema era “Diagnósticos correctos, pacientes seguros”, la Unidad de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria presentó el proyecto “Desdiagnosticar” para los Equipos de Atención Primaria (EAP). Mediante los responsables de calidad de cada equipo se ofreció y realizó una formación para impulsar una revisión sistemática de los diagnósticos registrados en la historia clínica de cada paciente, a cargo de su equipo asistencial.

OBJETIVOS

Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de evaluar el equilibrio riesgo/beneficio en el proceso diagnóstico para frenar la expansión injustificada de enfermedades e implantar una práctica segura basada en la revisión de los diagnósticos registrados en la historia clínica, con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes.

METODOLOGÍA

El equipo asistencial revisó activamente los diagnósticos registrados, considerando las preferencias del paciente, las acciones derivadas de cada diagnóstico y el impacto que este podía tener en la salud del paciente (beneficios o perjuicios). Cuando fue posible, se incluyó información pronóstica. Cada intervención se registró en una aplicación específica.

RESULTADOS

Nuestro EAP de ámbito rural, tiene 17 consultorios locales y 1 centro de atención primaria (CAP), participaron 8 equipos asistenciales. Se revisaron 105 pacientes, con una reducción del 46% de los diagnósticos revisados. El 98,8% de los pacientes fueron desdiagnosticados y se realizó una adecuación diagnóstica en el 32,6% de los casos. Posteriormente, se analizó la continuidad de la práctica y, entre agosto de 2024 y febrero de 2025, se redujeron 15.202 diagnósticos registrados en nuestro EAP.

CONCLUSIONES

La implementación del proyecto “Desdiagnosticar” en nuestro EAP rural ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la seguridad diagnóstica y optimizar la práctica clínica. La revisión sistemática de diagnósticos ha permitido reducir significativamente diagnósticos innecesarios, priorizando el beneficio real del paciente y fomentando una medicina más racional y centrada. La alta participación del equipo asistencial y los resultados obtenidos avalan la viabilidad y el impacto positivo del proyecto. Esta metodología es fácilmente extrapolable a otros equipos de Atención Primaria, favoreciendo una cultura de seguridad y calidad asistencial sostenible.

MODELO PROPIO DE GESTIÓN Y RECONOCIMIENTO PARA IMPULSAR LA TRANSFORMACIÓN

 *Alberto Vegas Miguel; Josefa González Pastrana; Tomás Maté Enríquez; Mónica Robles García; Montserrat Alcalde Martín; Esther Arrieta Cerdán*

 *Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl)*

Identificador: 550

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Es frecuente que la calidad se perciba por los profesionales como un trabajo añadido a la actividad asistencial que desarrollan en los centros sanitarios. Por ello, es necesario impulsar iniciativas orientadas a incorporar una nueva visión sobre la calidad y la seguridad como “valores” intrínsecos e inseparables de una adecuada asistencia sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Hemos diseñado un sistema propio de gestión y reconocimiento a unidades asistenciales para conseguir acercar a los profesionales los principios de la calidad en la práctica asistencial y en la gestión de dichas unidades. El objetivo final es obtener mejores resultados clínicos y de gestión, y además poder identificar, premiar y dar visibilidad a esas unidades comprometidas con la excelencia. El Modelo agrupa los estándares en 4 categorías principales: derechos de los pacientes (DP), atención segura (AS), gestión de procesos (GP) y dirección de la unidad (DU).

Para obtener el reconocimiento es necesario que la unidad haya desarrollado un ciclo completo de autoevaluación y mejora, que consiste en realizar una autoevaluación inicial de los estándares que están definidos en el Modelo, implementar un plan que aborde las áreas de mejora identificadas, y por último, actualizar la autoevaluación realizada tras la puesta en marcha de las mejoras. Esto nos ha permitido comparar los resultados de las autoevaluaciones iniciales con los de las autoevaluaciones tras implementar el plan de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la primera Convocatoria de Reconocimiento en 2024 han participado 6 equipos de atención primaria (EAP) y 16 servicios hospitalarios. Tras la implantación de los planes de mejora por parte de dichas unidades, hemos observado un incremento del 36,68% en el cumplimiento de los estándares definidos en el Modelo (37,88% en Atención Primaria y 36,29% en Atención Hospitalaria). En relación con las distintas categorías de estándares, ha aumentado la implementación de las prácticas de gestión recomendadas el 58,03% en DP, el 38,70% en AS, el 23,28% en GP y el 21,36% en DU.

Además, un número creciente de EAP y servicios hospitalarios se ha adherido voluntariamente a este Modelo, siendo en este momento 52 las unidades asistenciales incorporadas, lo que supone 1.028 profesionales involucrados activamente en sus equipos para mejorar la calidad y la seguridad.

Los resultados observados nos permiten ser optimistas al lograr un incremento cercano al 40% en el cumplimiento de los estándares recomendados para prestar una atención de calidad y segura. Principalmente han mejorado en estándares relacionados con los derechos de los pacientes y con la seguridad del paciente.

El Modelo diseñado está teniendo una buena acogida por parte de las unidades consiguiendo que se implique un gran número de profesionales de forma voluntaria.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE UN MODELO PROPIO DE GESTIÓN Y RECONOCIMIENTO A UNIDADES ASISTENCIALES

 Josefa González Pastrana; Tomás Maté Enríquez; Alberto Vegas Miguel; Mónica Robles García; Soledad Montero Alonso; Noelia De Miguel Alonso

 Gerencia Regional de Salud de Castilla y Leon (Sacyl)

Identificador: 551

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Durante 2024 nuestro Sistema de Salud ofertó a las unidades asistenciales un Modelo propio de gestión y reconocimiento. Para que este modelo sea incorporado voluntariamente por dichas unidades, es necesario que los profesionales que las integran lo consideren una herramienta útil, un marco de referencia que realmente les ayude a implementar buenas prácticas y con ello a mejorar la calidad y la seguridad en su práctica asistencial.

Considerar la perspectiva de los profesionales de las unidades que han incorporado el Modelo, basada en su experiencia personal con este, permitiría identificar las oportunidades de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar la satisfacción de los profesionales con la utilización del Modelo e identificar tanto las fortalezas como las posibles oportunidades de mejora que deben abordarse.

Para ello se realizó una encuesta de opinión y satisfacción, para la que se elaboró un cuestionario ad hoc dirigido a recoger percepciones tanto cuantitativas como cualitativas, entre ellas sugerencias y propuestas de mejora, que se incorporó a la herramienta Microsoft Forms y se remitió por correo electrónico a los profesionales de las unidades asistenciales participantes en la primera convocatoria de reconocimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hasta el momento hemos obtenido 86 respuestas (tasa de respuesta: 29,05%). La satisfacción global con la participación en el proyecto de gestión fue de 8,06/10, pese a considerar que su desarrollo requiere mucha dedicación y esfuerzo (incluso fuera del horario laboral). El NPS obtenido fue 26.

Otros resultados a destacar: el Modelo de gestión y reconocimiento globalmente recibe una valoración de 7,6/10, siendo valorado con una puntuación ≥ 8 por un 64% de los profesionales. Las herramientas diseñadas para desarrollar el proyecto (modelos para autoevaluación y plan de mejora y espacio colaborativo), reciben puntuaciones que oscilan entre 7,45 y 7,85/10.

Como puntos fuertes del proyecto destacan: ha fomentado el trabajo en equipo, permite identificar áreas de mejora, es ilusionante y motivador, acerca la calidad a la clínica, el Modelo es transversal y muy completo, multidisciplinar y centrado en el paciente y sus derechos y les ha permitido revisar y actualizar protocolos.

Como áreas de mejora se indica la necesidad de simplificar estándares y proporcionar aplicativos/herramientas que faciliten el proceso, necesidad de formación y apoyo metodológico en gestión y seguridad del paciente y mejor accesibilidad a resultados.

Dos tercios de los profesionales valoraron muy positivamente el Modelo y la satisfacción global de su participación en el proyecto alcanzó los 8 puntos sobre 10.

Con esta valoración inicial, pensamos que el Modelo de gestión y reconocimiento va por buen camino y cumple las expectativas y objetivos para los que fue creado. Por otro lado, El Modelo es una herramienta viva y las áreas de mejora identificadas nos permitirán mejorarlo progresivamente y trabajar para facilitar su implantación.

UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD: EVALUACIÓN DEL EMPLEO DE OPIOIDES MAYORES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

 Marta Quirós Cano ⁽¹⁾; Sonia Ruiz Sanchez ⁽²⁾; Rocío Pardo Sánchez ⁽¹⁾; Cristina Del Pozo Carlavilla ⁽¹⁾; Francisco Tomás Pagán Nuñez ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia de Atención Integrada de Almansa; ⁽²⁾ Hospital general almansa

Identificador: 552

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los fármacos opioides desempeñan un papel bien definido en el manejo del dolor agudo, el dolor oncológico y durante las etapas terminales de la vida. A pesar de esto, su uso prolongado en el dolor crónico no oncológico (DCNO) no ha mostrado una relación beneficio-riesgo positiva. El indicador de seguridad relacionado con la cantidad de opioides mayores en nuestra gerencia se encuentra bajo el foco de atención por sus elevadas cifras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar el impacto de la intervención del Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) mediante el análisis de la situación actual de los pacientes, corroborar si siguen o no con el opioide trascurrido este tiempo, si ha habido modificación de dosis y/o medicación concomitante asociada al riesgo de uso de opioides como ansiolíticos/hipnóticos, antidepresivos o gabapentinoides.

- **Primera fase**, junio de 2022: se determinó el número de pacientes tratados de forma ininterrumpida con opioides mayores durante al menos dos años en DCNO de tres zonas básicas de salud que conforman la Gerencia de Atención Integrada (G.A.I). Acto seguido, se extrajeron los datos de las dosis estimadas de opioides en 2021 y medicación concomitante asociada al riesgo de su uso.
- **Segunda fase**: se realizó una intervención por parte del FAP facilitándoles estos datos a los médicos de cada zona para su revisión.
- **Tercera fase**, abril de 2025: se revisaron los pacientes de una de las zonas básicas de salud intervenidas. Para ello, se utilizaron programas de prescripción electrónica del ámbito de atención primaria y especializada. Los opiodes mayores evaluados fueron: oxicodona, tapentadol, fentanilo (parches) y buprenorfina (parches). Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, presencia/ausencia/sustitución del opioide, tipo de opioide prescrito, disminución/mantenimiento/aumento de la dosis, presencia/ausencia de medicación concomitante asociada al riesgo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 282 pacientes de la G.A.I con opioides en el DCNO durante más de 2 años, 74 fueron los correspondientes a la zona de salud analizada (excluyéndose 18 por fallecimiento). El 69,6 % fueron mujeres, siendo la media de edad de 76 años. Actualmente al 14,3 % de los pacientes se les ha deprescrito el tratamiento opioide. Al 21,4% se les ha disminuido la dosis (tapentadol 100% de casos). Se ha mantenido la dosis de opioide en el 25% de los pacientes mientras que se ha incrementado en el 30,4% (fentanilo en parches 41,2% de casos). En el 8,9% de los pacientes se ha llevado a cabo una sustitución del tratamiento opioide (tapentadol por fentanilo en parches 66,6% de casos). Además, en el 96% de los pacientes se ha mantenido la medicación concomitante asociada al riesgo del uso de opioides.

Tras la intervención del FAP en un 60,7% se ha obtenido deprescripción/bajada-mantenimiento de dosis en contraposición a un 39,3% en el que se produce aumento de dosis/sustitución del tratamiento opioide. Por tanto diremos, que la intervención del FAP contribuyó positivamente en base a los resultados obtenidos.

CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

 MELANIE ABREU DI BERARDINO; ALEJANDRA ASENJO VILLAMAYOR; CONSTANZA MUÑOZ HORNERO; EVA GLORIA FERNANDEZ COFRADES; ANA COSMEN SÁNCHEZ; RITA MARTINEZ MANZANAL

 HOSPITAL SANTA BÁRBARA

Identificador: 553

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un problema de salud pública significativo en todo el mundo. En nuestro hospital existía un infradiagnóstico por falta de tecnología actualizada, formación del personal o pérdida de seguimiento de pacientes. La implementación de una consulta especializada en ITS es clave para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

- Prevenir la propagación de ITS en la comunidad.
- Ofrecer diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los pacientes.
- Proporcionar educación y concienciación sobre prevención.
- Garantizar la seguridad del paciente en cada etapa del proceso.

METODOLOGÍA

- **Planificación:** Se evaluaron recursos necesarios: médicos internistas a cargo de la consulta, enfermería especializada en toma de muestras, consulta equipada y laboratorio con pruebas específicas y protocolos de calidad.
- **Preparación:** La consulta se presentó en sesión general con formación clínica y diagnóstica sobre ITS. Se elaboraron guías de toma de muestras y se formó a personal de enfermería y laboratorio.
- **Ejecución:** En febrero de 2023 se inició la consulta. Se creó un circuito laboratorio-consulta para captar pacientes diagnosticados en otros servicios, tratarlos adecuadamente, estudiar contactos y ampliar el diagnóstico.
- **Evaluación:** Se compararon las muestras recibidas antes y después de iniciar la consulta. Se incluyeron exudados uretral, rectal, endocervical, faríngeo, vaginal y orina. Se testaron por cultivo y técnicas moleculares: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*. Se excluyeron ITS ulcerativas (sífilis, herpes) y sanguíneas (VIH, hepatitis).

RESULTADOS

En el 2022, previo a la inclusión de la consulta, se procesaron 8 muestras: 4 procedentes de MI y 4 de Atención Primaria (AP). En el 2023 se procesaron 80 muestras: 60 de MI, 9 de Ginecología (GIN), 4 de Urgencias (SU), 7 de AP. En el 2024 se procesaron 163 muestras: 123 de MI, 23 de GIN, 13 de SU, 20 de AP, 3 de otros servicios.

CONCLUSIONES

La creación de una consulta especializada en ITS en un hospital comarcal es una iniciativa fundamental para mejorar la salud pública y el bienestar de la comunidad. Los datos reflejan el éxito de la inclusión de la consulta al aumentar de forma exponencial las muestras recibidas. A través de este enfoque multidisciplinar se pudo lograr una disminución significativa en la propagación de las ITS y una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas. Se plantea para futuros estudios evaluar datos como el porcentaje de diagnósticos y tratamientos exitosos, así como el impacto en la reducción de la incidencia de las ITS.

ESTRATEGIA PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNÓSTICO DE CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMARCAL

 MELANIE ABREU DI BERARDINO; ALEJANDRA ASENJO VILLAMAYOR; ANA COSMEN SÁNCHEZ; RITA MARTINEZ MANZANAL; DAVID MELGUIZO MELGUIZO; JOSE ISMAEL LINDE RUBÍ

 HOSPITAL SANTA BÁRBARA

Identificador: 554

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Introducción La infección por *Clostridioides difficile* (CD) es una causa importante de diarrea, con alta morbilidad y mortalidad y costes sanitarios elevados. Su incidencia ha aumentado, posiblemente por la mayor virulencia de las cepas y la mejora en la sensibilidad de las técnicas diagnósticas. La detección precoz es clave para el tratamiento y la implementación de medidas de aislamiento que eviten la transmisión. Para ello, es esencial la sospecha clínica temprana y el uso adecuado de las estrategias diagnósticas.

En pacientes con diarrea, se utiliza el inmunoensayo enzimático (IE) para detectar glutamato deshidrogenasa (GDH) y toxinas A/B. Si hay discrepancia (GDH positiva y toxina negativa o viceversa), se requiere otra técnica para confirmar si la cepa es toxigénica. Hasta la introducción de la PCR, se usaba cultivo, que tenía menor sensibilidad y demoraba el resultado hasta 3 días.

Es importante no realizar determinación de CD en heces formes, ya que conlleva tratamientos innecesarios de portadores asintomáticos y sus consecuencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Optimizar el flujo de trabajo en el diagnóstico de CD para implementar un modelo de atención continuada.
- Adecuar la demanda para evitar determinaciones en pacientes asintomáticos.

METODOLOGÍA

Tras validar durante un año el uso de PCR para CD en casos de IE discordante, se impartió formación a facultativos de distintas especialidades con guardias en el laboratorio, para acortar el tiempo de respuesta y obtener un diagnóstico precoz.

Se adecuó la demanda rechazando heces formas, evitando tratamientos innecesarios. Para evaluar esta medida, se creó un indicador de peticiones rechazadas.

RESULTADOS

En 2024 se realizaron 273 determinaciones por IE, con 16 resultados discrepantes. A estas muestras se les realizó PCR: 11 resultaron positivas y 5 negativas. La adecuación de la demanda fue implantada recientemente y está pendiente de evaluación mediante el indicador creado.

CONCLUSIONES

La implantación de la PCR en guardias permite resolver discrepancias de forma más sensible y rápida, evitando las demoras anteriores. El rechazo de muestras inadecuadas contribuye a la optimización del uso de antibióticos, alineándose con la política antimicrobiana de la gerencia.

Todo esto ha supuesto un avance en el diagnóstico de CD en nuestro laboratorio, ofreciendo resultados más precisos y rápidos, que mejoran el manejo clínico, la calidad asistencial y la toma de decisiones para evitar la progresión, el tratamiento innecesario y la transmisión asociada a esta infección.

IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL PARA REALIZAR TRANSFUSIONES EXTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

😊 *ANGÉLICA MARTÍNEZ VELANDIA ⁽¹⁾; CRISTINA GRANADOS LAJARA ⁽²⁾; ANA COSMEN SÁNCHEZ ⁽¹⁾; RITA MARTINEZ MANZANAL ⁽³⁾; CELINE NKOUE EKOLA ⁽¹⁾*

🏥 *⁽¹⁾ HOSPITAL SANTA BÁRBARA; ⁽²⁾ C.S. PUERTOLLANO 1 - BARATARIA; ⁽³⁾ HOSPITAL SANTA BARBARA (PUERTOLLANO)*

Identificador: 555

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En nuestra área se detectó la necesidad de un equipo de enlace entre atención hospitalaria y primaria para pacientes institucionalizados, con deterioro cognitivo o dependencia funcional. En 2023 se crea la Unidad de Residencias (UR) en nuestro hospital comarcal, acercando la atención sanitaria al entorno del paciente, favoreciendo una asistencia más accesible, digna y centrada en la persona.

La medicina transfusional busca la administración eficiente y segura de hemocomponentes, tradicionalmente realizada en hospitales por sus exigencias técnicas y normativas. En este contexto, surge la necesidad de un protocolo que permita transfundir en entornos extrahospitalarios con los mismos estándares de calidad.

OBJETIVO

Implantar un protocolo para la transfusión de concentrados de hematíes (CH) fuera del hospital, garantizando calidad, seguridad y trazabilidad desde la solicitud hasta la finalización del procedimiento, con especial atención a la hemovigilancia.

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión: Pacientes clínicamente estables, sin criterio de ingreso, institucionalizados o con dificultad de traslado por distancia u otras circunstancias.

Personal implicado:

- Médicos y enfermería de la UR, formados en transfusión y detección de reacciones adversas.
- Personal técnico y facultativo del Banco de Sangre.

Recursos utilizados:

- Petición electrónica (Mambrino).
- Registro y trazabilidad en SIL y Delphin.
- Transporte en contenedores isoterms con termógrafos.
- Concentrados de hematíes.

RESULTADOS

El protocolo se instauró a finales de 2023 en residencias cercanas al hospital, facilitando el traslado en caso de complicaciones. Tras varias transfusiones exitosas, se amplió la cobertura a centros ubicados hasta 20 km. A finales de 2024, se incorporó una residencia a 100 km del hospital. Desde mediados de 2024, se iniciaron transfusiones en domicilio, desplazando progresivamente las realizadas en residencias durante el primer trimestre de 2025.

Desde la instauración del protocolo se han registrado:

- 77 CH transfundidos
- 36 actos transfusionales
- 25 pacientes atendidos (8 en domicilio)
- 0 eventos adversos comunicados

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia demuestra que es posible transfundir con éxito en medio extrahospitalario. Se trata de un proceso transversal, fruto de la coordinación entre medicina interna, laboratorio, banco de sangre y enfermería, seguro, eficiente y adaptable, incluso en contextos de mayor complejidad y distancia.

Este modelo permite que los pacientes permanezcan en su entorno, evitando ingresos hospitalarios innecesarios, favoreciendo una recuperación más rápida y con menor riesgo de infecciones nosocomiales y síndrome confusional agudo.

Todas las transfusiones han cumplido los requisitos de trazabilidad y cadena de frío, garantizando la seguridad bajo la supervisión de un Servicio de Transfusión certificado según ISO 9001:2015.

SISTEMA DE ALERTAS INFORMATICAS PARA LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

 **SERGIO RUIZ ALONSO;** José Carlos Estévez Muñoz; Marcos Muñoz Balsa; Sofía Pascual Martínez; María Dolores Conejos Mi-
quel; Sergio Vicente Perwz

 Gerencia de atención primaria

Identificador: 556

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema importante de salud pública que requiere una detección y seguimiento tempranos para mejorar los resultados clínicos y reducir la carga sobre el sistema de salud.

Prevalencia entre el 9,2- 15,1 % de la población adulta. Supone más del 20 % de las personas atendidas en Atención Primaria (AP) en la Comunidad, con importante infradiagnóstico y elevada morbilidad vascular. En 2017, causó 1,2 millones de muertes y fue la decimosegunda causa de muerte a nivel mundial.

La implementación de un sistema de alertas basado en tecnología de automatización puede optimizar la gestión de la ERC en AP, utilizando datos clínicos y analíticos para identificar y monitorizar a los pacientes en riesgo.

OBJETIVOS

1. Mejorar la detección temprana de la ERC mediante el uso de datos clínicos y analíticos.
2. Optimizar el seguimiento de los pacientes con ERC para prevenir la progresión de la enfermedad.
3. Definir una secuencia de actividades a implementar.
4. Reducir la carga administrativa sobre los profesionales de la salud mediante la automatización de procesos.

METODOLOGÍA

1. Recopilación de Datos Clínicos y Analíticos en un Big Data institucional lo que permitirá el acceso inmediato y continuado de la información en tiempo real con la creación de una datawarehouse o capa de consumo específico para este proyecto.
2. Diseño de las variables a considerar.
3. Programas/Sistemas que ayuden a hacer un correcto seguimiento del paciente con ERC,
4. Diseño de un sistema de alertas integrado con la HCE.
 - Alertas de cribado analítico en pacientes con determinadas características de edad o patologías y a los que no se les hubiera realizado la detección. Se crea un perfil analítico que engloba la solicitud de Filtrado glomerular junto con el cociente albúmina/creatinina.
 - Alertas en función de los resultados analíticos para la ampliación del estudio o su derivación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implementación de un sistema de alertas basado en tecnología de automatización para la detección y seguimiento de la ERC en atención primaria puede transformar la gestión de esta enfermedad, mejorando los resultados clínicos y optimizando los recursos del sistema de salud. Este enfoque innovador no solo beneficiará a los pacientes, sino que también aliviará la carga sobre los profesionales de la salud, permitiéndoles centrarse en la atención directa al paciente en todos los niveles asistenciales que requieren su atención.

El proyecto se someterá a evaluación continua mediante la elaboración de indicadores específicos para su seguimiento como se hace con todos los proyectos que implantamos. La cultura de nuestra organización tiene muy avanzados estos conceptos evaluativos. Para ello nos apoyaremos en indicadores de seguimiento de ERC que ya existen y desarrollaremos unos propios que se integran y mostrarán en los cuadros de mando que se establezcan y que se dirigirá tanto a las unidades de Gestión como a los mismos profesionales implicados en la atención.

EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MEDIANTE LISTAS DE VERIFICACIÓN

 XAVIER TEIXIDÓ HUERTAS; OLIVIA HERNÁNDEZ VILLÉN; CARME BERBIS MORELLÓ; ALBA HERRERO MEDINA; JOAN REVERTÉ CALL; SANDRA LÓPEZ ESTELA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA

Identificador: 557

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La OMS define seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daño al atenderlos. Todo ello, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se presta la atención.

Por su parte, las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria y a mejorar esta seguridad.

OBJETIVO

Determinar el cumplimiento de las prácticas seguras en seguridad del paciente en el hospital durante el año 2024 e identificar áreas de mejora.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo de corte transversal en el que se recopiló información sobre las auditorías internas que se llevaron a cabo durante el año 2024 relacionadas con las prácticas seguras.

El registro de estas auditorías se hacía mediante listas de verificación que eran cumplimentadas por los miembros de los grupos de buenas prácticas del hospital con el objetivo de determinar su cumplimiento, y también, con su participación, el de promover el liderazgo, la cultura de seguridad y el aprendizaje entre los profesionales.

RESULTADOS

Se realizaron 4952 auditorías internas distribuidas en 12 listas de verificación de prácticas seguras. De estas, en 1246, se detectó, al menos, una incidencia relacionada con la falta de cumplimiento de alguna de las acciones recomendadas.

A partir del análisis de estos resultados, cada grupo de buenas prácticas identificó áreas de mejora y diseñó un plan de acción con el objetivo de mejorarlos.

CONCLUSIONES

Se han detectado áreas críticas y oportunidades que permitiran llevar a cabo acciones de mejora que impacten de manera positiva en la seguridad del paciente en el Hospital.

Podemos abordar las buenas prácticas desde un enfoque proactivo, llevando a cabo acciones preventivas que disminuyan el riesgo, o desde un enfoque reactivo, implementando acciones correctivas posteriores a la auditoría.

QUÉ SUPONE UNA CERTIFICACIÓN UNE (UNE179003)

 Eve Ángela Zurita Márquez

 Hospital Vithas Sevilla

Identificador: 561

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Vithas Sevilla se planteó la certificación multisitio (multisite certification) para gestionar el riesgo sanitario según la norma UNE 179003, para mejorar la seguridad del paciente y reducir la probabilidad de eventos adversos.

La mejora continua en estos dos factores (conocidas como PDCA, plan-do-check-act) estaban en marcha en el Hospital, pero la Dirección propuso obtener en 2025 la certificación UNE para fomentar las acciones en desarrollo y avalar esta cultura.

OBJETIVOS

- Conseguir la certificación para el centro.
- Ampliar los riesgos identificados por proceso y reducir el nivel de los analizados.
- Mejorar el análisis de los incidentes y las técnicas de comunicación.
- Revisar servicios para avanzar en la atención y la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

1. Diseño del plan de trabajo:
 - Aumentar el número de riesgos revisados por proceso: revisión basada en matriz de triple factor (impacto, probabilidad y detectabilidad) completada con nivel de oportunidad (factibilidad y viabilidad).
 - Mejorar el análisis de incidentes de seguridad: Iniciado con un equipo, se pasó a cuatro, y otro de apoyo, formados en las metodologías AMFE y ACR.
 - Mejorar el circuito de bioseguridad del Área Quirúrgica: estudio exhaustivo del área, propuesta de creación de un área de CMA, calendario de acciones y validación de las implantadas.
 - Potenciar las rondas de seguridad: con participación diversa, incluida Dirección y, en especial, del personal de base, y seguimiento directo de las acciones.
2. Seguimiento de indicadores:
 - Número de riesgos evaluados por proceso y trabajados anualmente, así como evolución del nivel de riesgos por proceso.
 - Aumento de incidentes notificados y, gestión y cierre de las comunicaciones.
 - Mejora de indicadores de revisión de historias clínicas y acuerdos de gestión.
 - Seguimiento de acciones definidas en las rondas.
3. Ámbito y agenda:
 - Todos los profesionales del Hospital entre mayo.24 y mayo.2025.

RESULTADOS

1. La certificación multisite del Hospital Vithas Sevilla en la UNE 179003.
2. El avance considerable en los objetivos previos para la certificación:
 - Riesgos revisados: de 54 en 2023, a 201 en 2025.
 - Nivel de riesgos: descenso de la criticidad a pesar del aumento de los identificados.
 - Riesgos seguidos: en 2023 y 2024, 2; en 2025, 13, con al menos uno de cada proceso.
 - Incidentes cerrados: del 73 % de 104 comunicados en 2023, al 95 % de 438, en 2024.
 - Incidentes cerrados en menos de 15 días: de 0 % en 2024, a más del 50 % en 2025.
 - Indicadores de revisión de historias clínicas y acuerdos de gestión: del 45,4 % en 1T.24, al 58,7 % en 1T.25.
 - Mejoras en servicios: circuito de bioseguridad del Área Quirúrgica y servicio de CMA, y potenciación de las rondas de seguridad.

CONCLUSIONES

Impulso general de las acciones implicando a todos los profesionales y seguimiento más efectivo de ellas con indicadores afinados. La certificación ha ayudado a definir con más eficacia los pasos para mejorar la Calidad y la Seguridad del Paciente.

EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL PROGRAMA EDUCATIVO” VIVIENDO PLENAMENTE”

 MARCIA MELENDEZ ESPINOZA; JULITZA MENA GARCIA; TATIANA SANCHEZ CHAVEZ; JORDAN AVILA QUISHPE

 UNIVERSIDAD TECNICA ESTATAL QUEVEDO

Identificador: 562

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En Ecuador la Constitución de la República garantiza el derecho a la salud, por sí mismo con la finalidad de lograr el Buen vivir, la vida plena. El plan nacional establece políticas y metas, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

En este contexto, el programa educativo implementado por los estudiantes de la carrera de enfermería en el centro de salud titulado “Viviendo Plenamente: Programa Integral para el Bienestar del Adulto Mayor” está dirigida a mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de un enfoque integral que abarca la educación en salud, la promoción de hábitos saludables y el fortalecimiento de la integración social.

La investigación es de tipo Observacional, y experimental y da a conocer las experiencias de los participantes en el programa, a través de una encuesta realizada al final, este trabajo permitirá a la comunidad, estudiantes, personal de salud, esbozar un rostro, a las actividades que se dan usualmente en los centros de salud como una tarea más o como un trabajo cotidiano.

Al analizar las experiencias nos enriquece y nos va a permitir en el tiempo la sostenibilidad de más programas educativos con un ingrediente de responsabilidad social.

OBJETIVOS

Conocer las experiencias de los participantes durante las sesiones del programa educativo

Implementación de un programa educativo de acuerdo a la necesidad detectada en la comunidad.

Analizar la sostenibilidad en el futuro del programa a través del análisis de los resultados

METODOLOGIA

La investigación fue cuantitativa, experimental y observacional,

se realizó encuesta a los participantes y valoración de su autonomía

se solicitó a los participantes firmar consentimiento informado.

Criterio de inclusión ser adulto mayor 65 años en adelante, compromiso de asistir al programa 1 vez por semana,

RESULTADOS

Un total de 400 adultos mayores fueron invitados a participar, pero debido a que el cuidador no disponía de tiempo no pudieron participar. La experiencia de los 13 participantes adultos mayores fue significativa, participaron en todas las clases, realizaron actividades cognitivas y físicas durante el programa educativo.

El índice de Katz, los pacientes gozan de autonomía y se mantuvo como autónomos. 100%, La encuesta del programa el 100% manifestó haber estado satisfecho y recomendaría asistir, una copia fue entregada al director médico para las nuevas rotaciones de internos.

CONCLUSIONES

Al exponer las experiencias del programa educativo “Viviendo Plenamente: Programa Integral para el Bienestar del Adulto Mayor” permito al personal de salud y a la comunidad integrarse y conocer al paciente por su nombre y no por una estadística de morbilidad en adulto mayor. Este trabajo fue enriquecedor y se mantendrá con los usuarios que deseen participar

CINCO AÑOS FORMANDO EN SEGURIDAD DEL PROCESO DE INMUNIZACIÓN

 ANA BELEN RAMIREZ PUERTA ⁽¹⁾; AURORA BARBERA MARTIN ⁽²⁾; MONICA VICENTE DEL HOYO ⁽³⁾; ANA DIEZ ALCANTARA ⁽⁴⁾; EVA PRIETO UTIEL ⁽⁵⁾; JESÚS RAMÓN CASTRO HERRANZ ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ DTICP. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽²⁾ AREA DE CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽³⁾ UAT. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽⁴⁾ DIRECCION ASISTENCIAL SURESTE; ⁽⁵⁾ DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE; ⁽⁶⁾ AREA DOCENCIA. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA

Identificador: 563

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Tras la pandemia por SARS-COVID y la implantación de la campaña de vacunación masiva, desde la Gerencia de Atención Primaria (GAP) se realiza un análisis de incidentes de seguridad (IS) relacionados con el proceso de vacunación (r/c PV). Se identifican un número importante de errores de vacunación (EV), errores de registro (ER) y dosis perdidas por caducidad, conservación o almacenamiento inadecuado con un impacto económico elevado.

Se detecta la necesidad de planificar una formación específica en seguridad r/c PV dirigida a profesionales sanitarios (PS): médicos/ pediatras y enfermeras/matronas.

OBJETIVOS

Adquirir nociones básicas de cultura de seguridad (CS) en las organizaciones sanitarias y seguridad del paciente (SP).

Conocer IS y EM en AP r/c PV notificados en AP y las barreras necesarias para su control para incorporarlas a la práctica diaria.

Conocer e implementar el análisis causa-efecto (C-E) de incidentes de seguridad.

Conocer el Proceso de Inmunización Segura de la GAP.

Conocer las Unidades Funcionales Gestión Riesgos Sanitarios (UFGRS) y las competencias del responsable de vacunas y seguridad del paciente.

Conocer el módulo de registro vacunas (MRV) en Historia Clínica Electrónica (HCE)

METODOLOGIA

Desde Formación Continuada y Área Calidad se planifican varias ediciones (ed) del curso de 10 horas: Seguridad Proceso Vacunación en AP en formato online (O) (herramienta Zoom): 2021=4 ed; 2022= 10 ed .

Pos pandemia se modifica la acreditación. Curso: Cómo mejorar Seguridad del paciente en el Proceso de Vacunación, modo presencial (P)

2023=6 ed; 2024=4 ed; 2025=4 ed

Docentes: Farmacéuticos, técnicos de calidad, gestión en vacunas y sistemas información.

Se utilizan casos prácticos para el análisis C-E de EM reales notificados.

Se revisan procesos de solicitud, recepción y almacenamiento de vacunas, así como se aclaran dudas del uso del MRV de HCE y almacén virtual de vacuna.

RESULTADOS

Plazas ofertadas: 960/ Inscritos 860 (89,58%) y Finalizan 544 (64%)

28 ed= 14 Online/ 14 Presencial

Evaluación (EV): Complimentan encuesta: 95%

Puntuación sobre 10:

EV Curso: 8,8

EV Docentes: 9,14

Contenidos: 8,82

Aprovechamiento: 8,85

Documentación/ Pedagógico: 8,78

Organización: 8,79

Duración: 8,45

CONCLUSIONES

- Los asistentes se han sensibilizado en CS, pilar esencial para la mejora continua de la calidad asistencial y la prevención de EM.
- El análisis C-E es la herramienta clave para investigar IS y EM. Permite identificar factores contribuyentes y barreras para establecer medidas correctoras eficaces e integrarlas en la práctica clínica.
- Los PS han manifestado satisfacción por resolver dudas en el uso del MRV, herramienta fundamental para garantizar la trazabilidad, seguridad y calidad en los PV.

- Es preciso seguir planificando estrategias formativas que proporcionen a los PS herramientas para fomentar CS proactiva, basadas en el aprendizaje continuo, notificación de incidentes y mejora sistemática de los procesos asistenciales.



IMPACTO DE AUDITORÍAS FORMATIVAS EN LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

 Begoña Fariñas Lorenzo; Ana Gonzalez Silva; Macarena Chacon Docampo; Rebeca Rodriguez Iglesias; Ana Carballo Gonzalez

 Hospital Álvaro Cunqueiro

Identificador: 564

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos es la medida más eficaz para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Pese a la existencia de guías y auditorías periódicas, los niveles de adherencia siguen siendo subóptimos. Las auditorías formativas, que combinan observación directa con formación inmediata, podrían ser una herramienta útil para mejorar el cumplimiento de esta práctica esencial.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue estimar el impacto de auditorías formativas sobre la adherencia a la higiene de manos en cuatro unidades hospitalarias.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio prospectivo, cuasi-experimental y descriptivo, con recogida de datos antes y después de una intervención educativa realizada durante tres meses. La muestra estuvo compuesta por profesionales de distintas categorías y servicios, expuestos a 215 oportunidades de higiene en la auditoría inicial y 202 en la final. Las observaciones se basaron en los cinco momentos definidos por la OMS. Se recogieron variables relacionadas con la técnica, el tipo de producto utilizado y el cumplimiento de recomendaciones complementarias (uso de guantes, ausencia de joyas, etc.). Se contó con el dictamen favorable del CEIC y conformidad de gerencia. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente.

RESULTADOS

La adherencia global a la higiene de manos (correcta o parcial con productos a base de alcohol o jabón) disminuyó del 42,8% al 32,7% ($p = 0,033$). El cumplimiento sin complementos también descendió significativamente (20,5% vs. 10,4%; $p = 0,005$). Aunque se observaron mejoras en algunas categorías profesionales (como TCAE y médicos) y en una de las unidades (medicina interna), en general se registró un descenso en la adherencia. El mayor cumplimiento se dio tras el contacto con el paciente, y los momentos con menor adherencia fueron los previos a procedimientos asépticos. Persistieron problemas como el uso de joyas (33,7%) y uñas no adecuadas (89,6%).

CONCLUSIONES

Las auditorías formativas representan una estrategia viable y de bajo coste para reforzar la higiene de manos, pero su impacto puede verse limitado si no se sostiene en el tiempo. Los resultados sugieren la necesidad de rediseñar el enfoque educativo, incorporando componentes motivacionales y estructurales que favorezcan cambios duraderos en la práctica clínica.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN PARA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA

 JOSE LUIS LARREA GIMENO ⁽¹⁾; FERNANDO GARZA BENITO ⁽²⁾; Betsabe Melcon Sanchez Frieria ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL ROYO VILLANOVA; ⁽²⁾ HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA; ⁽³⁾ Serv. Oftalmología - Hosp. Universitario Royo Villanova

Identificador: 565

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La rehabilitación cardíaca es un componente esencial en el tratamiento de pacientes que han sufrido un evento cardiovascular agudo. Este proceso interdisciplinar busca mejorar la salud cardiovascular general del paciente, reducir el riesgo de futuros eventos y mejorar su calidad de vida. Estos programas han demostrado reducir la morbilidad y mortalidad en un 25% y las guías clínicas europeas y americanas recomiendan la inclusión de estos pacientes con un nivel de evidencia de IA.

En el caso de nuestra Comunidad Autónoma, hay una Unidad de Rehabilitación Cardíaca, situada en un centro hospitalario, que presta servicio a los pacientes de toda la CCAA que han sufrido un evento cardiovascular agudo. El acceso de los pacientes a la Unidad es valorado por los Servicios de Cardiología de cada hospital, derivando a los que cumplen los criterios establecidos (aprox. 30% del total). El aumento de su capacidad de atención y la puesta en marcha de herramientas que mejoren la continuidad asistencial, se hace indispensable en el proceso de mejora continua de esta Unidad.

OBJETIVOS

Actualizar la herramienta de registro de actividades y datos clínicos de los pacientes atendidos (NUMICU) e integrar la información automáticamente en la Historia Clínica Electrónica, Implementar una herramienta de Business Intelligence (BI) que permita monitorizar en tiempo real, actividades realizadas y datos clínicos de pacientes, para que los profesionales puedan poner en marcha acciones de mejora.

METODOLOGÍA

Para la consecución de estos objetivos, se ha utilizado metodología Lean Healthcare, identificando el flujo de valor y los desperdicios, analizando las causas raíz, definiendo y priorizando contramedidas y poniendo en marcha un plan de acción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha del proyecto hemos conseguido reducir las actividades de gestión de la información en un 75%, no disponiendo actualmente de registros en papel en casi todas las actividades que realizamos. La implementación de la herramienta de Business Intelligence (Qlik Sense) nos permite disponer de información en tiempo real de indicadores de proceso (hospital de origen, tiempos de derivación desde el alta hospitalaria, pacientes incluidos y excluidos, grupos de realización del programa y disponibilidad de instalaciones, pacientes por tipología de programa...) e indicadores clínicos de los pacientes (factores de riesgo cardiovascular, diagnóstico y situación clínica del paciente, antropometría, resultados de análisis clínicos, resultados de ergometrías, ecocardiogramas y electrocardiogramas, así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos a los pacientes que atendemos). Como conclusión, la gestión efectiva de los procesos internos de la unidad y los datos derivados, son esenciales para mejorar la eficiencia de los recursos disponibles y garantizar la continuidad de la atención que prestamos, a través de la monitorización del progreso de los pacientes y el ajuste de los planes terapéuticos de forma personalizada.

MODIFICACIÓN DE LAS NOTAS DE CITA Y REPROGRAMACIÓN PARA UNA ATENCIÓN MÁS ACCESIBLE Y AMABLE

 ISABEL VILLAR CIRUJANO ⁽¹⁾; BÁRBARA MARTÍNEZ DE MIGUEL ⁽²⁾; JAVIER COBAS GAMALLO ⁽²⁾; YOLANDA MORÁN BENITO ⁽³⁾; NELLY GÓMEZ PAVÓN ⁽²⁾; SARA GUSI GIL ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. CEP PEÑAGRADE; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ; ⁽³⁾ HOSPITAL CARLOS III

Identificador: 566

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Ante las quejas que los pacientes expresan en el Servicio de Atención al Paciente relacionadas con la dificultad para comprender la información contenida en las notas de cita y de reprogramación, sumado a la percepción que los profesionales tenemos cuando acudimos de pacientes o acompañantes a áreas del hospital no conocidas y ante la necesidad de responder continuamente por los pasillos a las dudas planteadas por los pacientes en su búsqueda de consultas, salas de exploración etc., en la Comisión de Calidad Percibida y Humanización, surge la idea de proponer una revisión de las notas actuales.

OBJETIVOS

Mejorar la comprensión, claridad y utilidad de las notas de cita y reprogramación

- Reducir los errores, ausencias y retrasos debidos a desinformación o malentendidos sobre el lugar, hora o requisitos previos de la cita
- Disminuir el número de reclamaciones asociadas a fallos de comunicación
- Reforzar la percepción de cercanía, profesionalidad y organización del hospital, fortaleciendo la confianza del paciente
- Minimizar el estrés y la incertidumbre previos al acto asistencial que ya es, por sí mismo, angustioso para el paciente
- Aumentar la satisfacción general y la calidad percibida del proceso

METODOLOGÍA

Se planteó el rediseño de las notas de cita y reprogramación con una nueva estructura más sencilla, clara y visual que incluye los datos del paciente, logotipo del hospital y tipo de documento, datos esenciales resaltados, tipo de cita, fecha y hora, servicio, prestación, centro, dirección postal, ubicación y sala, instrucciones específicas previas y contacto para cambios o anulaciones.

En una primera sesión con integrantes de la comisión de diferentes estamentos, áreas y servicios claves y con la participación activa de un paciente como principal protagonista, se analizaron las notas de cita y reprogramación actuales y se hizo un estudio de modelos de otros centros sanitarios llegando a la conclusión de la necesidad de realizar modificaciones.

Tras varias reuniones de trabajo, se acuerda la propuesta definitiva que fue presentada y aprobada por la Dirección del centro y el responsable de la empresa digital, para su adecuación al gestor de pacientes. Ambos borradores son presentados a los integrantes de la comisión en una reunión plenaria, a profesionales administrativos y a varios pacientes, con una acogida muy positiva.

RESULTADOS

Actualmente, se encuentra en fase de implementación progresiva en el hospital. Está prevista la difusión de encuestas breves de satisfacción dirigidas tanto a pacientes como a profesionales. Los resultados serán analizados por la Comisión, que elaborará un informe con conclusiones y propuestas de mejora adicionales, si procede.

CONCLUSIONES

La mejora en el diseño de las notas de cita y de reprogramación representa una intervención concreta y de bajo coste con alto impacto en la experiencia del paciente. Contribuye a una atención sanitaria más centrada en la persona, reflejando el compromiso del hospital con la excelencia en la calidad percibida.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN PARA AUMENTAR LA ACTIVIDAD DEL GABINETE DE HEMODINÁMICA

 Clàudia Aymerich Moreno; Monica Casas Calvo; Ana Val Martín; Bruno García del Blanco; Maria Gutiérrez-San Miguel Guilera; Emma Pasto Serra

 Hospital Universitari Vall d'Hebron

Identificador: 567

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son en nuestro medio la primera causa de muerte. El envejecimiento de la población y las mejoras en las técnicas diagnósticas y terapéuticas han generado un aumento continuo en la demanda de servicios asociados.

En un hospital de tercer nivel, se detectó el aumento progresivo de la lista de espera del gabinete de hemodinámica. La metodología Lean se centra en la persecución de la eficiencia a través de la mejora de los procesos reduciendo los pasos que no agregan valor al paciente. Se acordó realizar una intervención con metodología Lean para aumentar la actividad del gabinete sin añadir ningún recurso extra.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de una intervención de metodología Lean para el aumento de la actividad de un gabinete de hemodinámica de un hospital terciario sin incremento de recursos estructurales ni humanos.

La intervención consistió en la creación de un grupo multidisciplinar con el equipo de cardiología, enfermería y administrativos y el uso de la herramienta A3 para estructurar la resolución del problema. Se realizó un análisis de datos de ritmo de entrada de procedimientos y de lista de espera y se clasificó la demanda por tipo de procedimiento. Se identificaron las causas raíces con la herramienta 5WHY y se priorizaron según viabilidad. Se realizaron observaciones para la identificación de oportunidades y se definió un nuevo estándar de programación. Se llevó a cabo una prueba piloto para la implementación del nuevo estándar.

Se realizó un estudio pre-post para la evaluación basado en datos de actividad semanal ambulatoria. Se compararon dos meses pre vs. dos meses post intervención. Se elimina el periodo vacacional. Los datos se obtuvieron de los sistemas de información del hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis A3 revela una falta de camas para el drenaje del paciente como principal punto limitante para el aumento de actividad. La observación al dispositivo de drenaje ambulatorio (hospital de día) evidencia una alta ocupación de las camas por pacientes en espera antes de la intervención, así como una falta de ocupación de las camas post cateterismo, reservadas para pacientes que drenan a un dispositivo de hospitalización. Se identifica la oportunidad de incrementar el porcentaje de ocupación de cama de hospital de día a través de un nuevo estándar de programación. Consiste en citar los pacientes justo antes del procedimiento e aprovechar la misma cama para más de un paciente al día, permitiendo un aumento del número de cateterismos semanales ambulatorios del 30% respecto al estándar usado hasta la fecha (20 vs. 26 cateterismos/semana).

Para la evaluación se incluyeron un total de 354 cateterismos. Se observó una mejora total de la actividad del 27% (156 vs. 198 cateterismos)

Este estudio muestra como la metodología Lean permite identificar oportunidades de mejora y optimizar los recursos del hospital. Construir el nuevo estándar junto al equipo es clave para garantizar la sostenibilidad de la medida.

IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Victoria Olalla Martín; Joaquín González Revaldería; Susana Arias Rivera; Sonia Soria Domingo; Patricia Fernán Pérez; Zita Quintela González

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 568

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Desde la implantación del sistema de notificación de incidentes de la Comunidad de Madrid, CISEMadrid, nuestro hospital ha hecho énfasis en promover estas por parte de todos los profesionales. En 2018 y 2019 detectamos que, además de realizar un número de notificaciones inferior a la media de nuestro grupo de hospitales, una elevada proporción de los mismos no eran, realmente, incidentes de seguridad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer una estrategia que optimizara el uso de la herramienta de notificación de incidentes CISEMadrid.

Para ello, se planificaron acciones formativas propias y se estableció un sistema de verificación del contenido de las notificaciones rechazando, razonadamente, aquellas que no cumplían un mínimo de requisitos para ser consideradas incidentes de seguridad. Una vez que se disminuyó el porcentaje de notificaciones inadecuadas, se estableció un sistema de revisión trimestral del estado de análisis y validación de las notificaciones, de manera que se enviaba un recordatorio a los referentes de seguridad que tenían pendientes análisis o validaciones de los incidentes que les eran adjudicados.

Estas actuaciones se acompañaron de formación en incidentes al personal de nueva incorporación, de la promoción de la notificación mediante recordatorios en la intranet y promoviendo la realización de los cursos de forMadrid (tanto de notificación como de seguridad del paciente, básicos y acreditados) desde que estuvieron disponibles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implantación de esta estrategia ha permitido pasar de un 45% de incidentes validados, en 2019, a un 83% en 2024, al tiempo que las notificaciones “adecuadas” pasaban de 263, en 2019, a 393 en 2024. En el mismo periodo, el porcentaje de incidentes validados en nuestro grupo de hospitales ha pasado de un 70% a un 78% y, en la Comunidad de Madrid, de un 66% a un 74%.

La promoción de la formación en seguridad mediante forMadrid ha hecho que en 2023 y 2024 hayamos sido el segundo hospital de nuestra Comunidad donde más personas se han formado en seguridad del paciente, tanto en número absoluto como relativo a la plantilla.

El abordaje conjunto de las acciones implantadas: mejora de la “calidad” de las notificaciones, mayor agilidad de su análisis y validación y formación específica en seguridad del paciente, ha representado una importante mejora en el uso de la herramienta de notificación de incidentes que nos ha permitido alcanzar los niveles de nuestro grupo de hospitales y de la Comunidad de Madrid.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Rocío Villa Pizarro; Tomás Maté Enríquez; Montserrat Alcalde Martín; Esther Arrieta Cerdán; Josefa González Pastrana; María Soledad Montero Alonso

 Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Identificador: 569

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura organizacional reúne las creencias, valores y normas compartidas por el personal, que influyen en su comportamiento. En sanidad, esto se traduce en la cultura de seguridad del paciente, que refleja hasta qué punto se promueve una atención segura. Una cultura positiva se basa en la confianza, la prioridad compartida de la seguridad y la creencia en la eficacia de la prevención. Es fundamental para reducir riesgos asistenciales, ya que muchos eventos adversos pueden evitarse si se detectan y corrigen los fallos que los generan.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción de los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, de los centros públicos de atención primaria sobre la cultura de seguridad del paciente en sus lugares de trabajo. Para ello, en 2024, SECA y FIDISP llevaron a cabo el estudio nacional “Cultura de la Seguridad del Paciente en España”, utilizando un cuestionario digital validado, basado en el modelo SOPPS® del AHRQ. La difusión del cuestionario se realizó entre marzo y abril, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y la colaboración de los servicios de salud de las comunidades autónomas. En nuestra comunidad autónoma, el equipo responsable analizó las respuestas recogidas mediante la herramienta Medical Office Survey Excel Tool del AHRQ. Los resultados obtenidos se presentan en esta comunicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 525 respuestas de profesionales (sanitarios y no sanitarios) de nuestra comunidad. Este tamaño muestral es representativo de la población objeto de estudio y supone el 23,91% del total nacional (2.196 respuestas en toda España).

Los resultados regionales son similares a los nacionales, destacando el porcentaje de respuestas positivas en los componentes del trabajo en equipo (76% vs. 78%) y el seguimiento de la atención (82% vs. 75%). La carga de trabajo sigue siendo el componente con más respuestas negativas (46% vs. 51%). La comunidad presenta más valoraciones positivas en las preguntas de calidad y seguridad del paciente, especialmente en A5 (adecuación de equipamiento médico: 82% vs. 48%) y A8 (disponibilidad de resultados de pruebas a tiempo: 83% vs. 43%). También mejora en las preguntas de coordinación asistencial: B1 (con servicios externos: 83% vs. 47%) y B2 (con otras consultas médicas: 71% vs. 34%). En el resto de las preguntas individuales, las diferencias son menores a 10 puntos. Los resultados de la comunidad autónoma son, en general, similares a los del conjunto nacional, lo que refleja una percepción compartida del entorno laboral. Sin embargo, se observan diferencias destacables en algunos aspectos: la comunidad presenta mejores valoraciones en calidad y seguridad del paciente, así como en la coordinación con otros dispositivos asistenciales. Por el contrario, la carga de trabajo sigue siendo el aspecto más negativo en ambos niveles.

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

 Rocío Villa Pizarro; Tomás Maté Enríquez; Esther Arrieta Cerdán; Montserrat Alcalde Martín; Mónica Robles García; María Soledad Montero Alonso

 Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Identificador: 570

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura organizacional reúne las creencias, valores y normas compartidas, que influyen en el comportamiento del personal. En sanidad, esto se traduce en la cultura de seguridad del paciente, que refleja cuánto se promueve una atención segura. Una cultura positiva se basa en la confianza, la prioridad compartida de la seguridad y la creencia en la eficacia de la prevención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción de los trabajadores de los hospitales públicos sobre la cultura de seguridad del paciente en sus lugares de trabajo. Para ello, en 2024, SECA y FIDISP llevaron a cabo el estudio nacional “Cultura de la Seguridad del Paciente en España”, mediante un cuestionario validado basado en el SOPS® del AHRQ. La difusión se realizó entre marzo y abril, con el apoyo de las instituciones sanitarias. En nuestra comunidad autónoma, las respuestas recogidas se analizaron con la herramienta Medical Office Survey Excel Tool del AHRQ.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 912 respuestas de profesionales (sanitarios y no sanitarios) de nuestra comunidad (tamaño muestral representativo). Representan el 17,50% del total nacional.

También a nivel regional los componentes con mejores resultados son los de “trabajo en equipo” (75% nacional vs. 66% regional de respuestas positivas) y “expectativas y acciones de los responsables de la unidad/servicio que favorecen la seguridad” (69% vs. 62%). La “dotación de personal” sigue siendo el componente peor valorado (61% vs. 65% de respuestas negativas).

Las preguntas que obtienen más respuestas positivas a nivel regional son las mismas que a nivel nacional, aunque con una media 8,13 puntos menos en la comunidad: “el personal se apoya mutuamente” (81% nacional vs. 72% comunidad), “mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (interpretación en reverso; 78% vs. 70%) y “en esta unidad nos tratamos todos con respeto” (77% vs. 68%).

Las preguntas individuales con más respuestas negativas también se mantienen, de media con 5,13 puntos negativos más que a nivel nacional. “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (65% nacional vs. 72% comunidad, pregunta invertida), “a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (66% vs. 70%, pregunta invertida), “hay suficiente personal para la carga de trabajo” (61% vs. 66%) y “nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (55% vs. 61%).

La diferencia es menor de 10 puntos en todas las respuestas a preguntas individuales excepto en: “ante alta carga de trabajo, colaboramos como equipo” (71% nacional vs. 61% comunidad, de respuestas positivas) y “el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones/acciones de sus superiores” (26% vs. 36% de respuestas negativas).

En conclusión, los resultados regionales son similares a los nacionales, requiriendo mejoras especialmente en la dotación de personal.

CREACIÓN DE UN EQUIPO DE INFUSIÓN Y ACCESO VASCULAR

 RAQUEL GARCÍA MUÑOZ; MÓNICA DE LA VILLA SANTOVEÑA; ESTHER MATA PEÓN; VANESSA LOPEZ PELÁEZ; MARLEN GARCÍA MAÑANA; IVÁN CUEVA FERNÁNDEZ

 FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

Identificador: 571

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Valorando los datos obtenidos de tasa de flebitis y extravasaciones, cuyo seguimiento se viene realizando en nuestro hospital desde 2011 y 2023 respectivamente, con el objetivo de mejorarlos y partiendo de una iniciativa enfermera, se plantea la inclusión de nuevos dispositivos de acceso venoso, lo que lleva a proyectar la creación de un EIAV.

OBJETIVOS

Mejorar la incidencia de eventos adversos en accesos vasculares

METODOLOGÍA

En primer lugar, se elaboró un informe a Dirección exponiendo la necesidad detectada y su justificación, cronografía de implantación, miembros que lo compondrían, formación que sería necesario recibir/impartir, material a introducir y objetivos a conseguir. Una vez aprobado el proyecto:

- Las profesionales de referencia recibieron formación tutorizada con experto (rotación externa en CAHU) y realizaron un Experto Univesitario en Acceso Vascular.
- Se realizó elección de material ajustado a las necesidades potenciales del hospital.
- Se realizaron talleres para todo el personal de enfermería sobre cuidados de accesos vasculares, incidiendo especialmente en el manejo y cuidado de los nuevos dispositivos (LM y PICC), facilitándoles además una tarjeta de bolsillo recordando sus características y cuidados.
- Se define el circuito de solicitud de valoración al EIAV.
- Se actualizaron los protocolos de Accesos Vasculares.

RESULTADOS

Durante 2024 se canalizaron 11 PICC y 35 LM. Ninguno de los dispositivos tuvo complicaciones infecciosas.

En CVC hubo un descenso en la incidencia de BRC/1000 días de catéter de 1.9 a 0.

En CVP, la tasa de flebitis descendió de 7.3 % a 6%.

Se organizaron las I Jornadas sobre Acceso Vascular en FHJ, fomentando la colaboración y relación profesional con otros hospitales de la Comunidad.

CONCLUSIONES

1. La constitución de un Equipo de Infusión y Acceso Vascular (EIAV) ha mejorado nuestros datos.
2. Existen referentes para el personal de enfermería a los que dirigirse ante dudas, complicaciones o necesidad.
3. Se actualizaron protocolos existentes sobre inserción y cuidados de accesos venosos, de forma conjunta con el EIAV.
4. Impartió formación y reciclaje a todos los profesionales de enfermería.

CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD: MEDIR PARA MEJORAR.

 *María Cristina Cedrún Lastra; Gerardo Garzón González; Beatriz Becerril Rojas; Almudena del Pino de la Fuente; Belén Soriano Hernández; Mario López Martín*

 *Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid.*

Identificador: 572

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Construir una cultura de seguridad del paciente (CSP) es el primero de los siete pasos de la NPSA. Por eso, uno de los retos de los responsables de seguridad de los centros de salud es mejorar la CSP en sus equipos y para mejorar es necesario medir.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo: Medir la cultura de seguridad de los centros de salud de una zona de una comunidad autónoma (36 centros de salud). Se seleccionó el cuestionario MOSPS traducido y validado como instrumento de medida. Se construyó un formulario en MS Forms para recoger las respuestas. Cada responsable de seguridad difundió y motivó a todos los profesionales de sus centros a responder.

RESULTADOS

Se recibieron n=288 respuestas de los 36 centros con representación de todas las categorías profesionales. El ISSP (puntuación global) fue de 3,66. En el 23% de las respuestas fue “Claramente positivo” (≥ 4), en el 61% “Positivo” (3-4) y en el 6% “Negativo-neutro” (≤ 3).

Resultados por factores. Los factores con mejores puntuaciones fueron: Trabajo en equipo, Seguimiento del paciente y Aprendizaje organizacional, con más del 90% de respuestas positivas (“Positivo”+“Claramente positivo”). El factor con peor puntuación fue “Cargas de trabajo” con solo en 44% de respuestas positivas. El resto de factores tuvieron respuestas positivas en torno al 70%.

Resultados por centros. El 75% de los centros tuvo el 100% de respuestas positivas (“Positivo”+“Claramente positivo”), el 9% más del 40% “Claramente positivas” y el 8% más del 60% “Claramente positivas”.

Resultados por subclases. Los profesionales con responsabilidades directivas en su centro puntuaron levemente por encima de la media. No hubo diferencias significativas por edad, género, turno o situación laboral. Por categoría profesional, los médicos de familia fueron los que puntuaron más bajo y las enfermeras las que puntuaron más alto.

Los responsables de seguridad, con los datos de sus centros han identificado áreas de mejora de la CSP y han planteado acciones para abordarla.

CONCLUSIONES

Como conclusión, se ha medido la cultura de seguridad de 36 centros de salud que ha permitido identificar oportunidades de mejora y abordar acciones.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD LIBRE DE SUJECIONES: INNOVACIÓN, SEGURIDAD Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

 Begonya Carranzo Tomas

 Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Identificador: 573

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En muchos países avanzados, la eliminación de sujeciones restrictivas en el cuidado de personas dependientes es una práctica consolidada. No obstante, en nuestro entorno, su uso sigue siendo frecuente, especialmente en unidades de urgencias y servicios de agudos en psiquiatría. Esta situación motivó la transición hacia un modelo de atención centrado en la persona y libre de sujeciones, con el objetivo de identificar indicadores que permitan mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Tras nueve años sin aplicar contenciones en nuestra unidad de larga estancia sociosanitaria, y con la Norma Libera-Care plenamente implementada, decidimos abordar un nuevo reto: reducir las caídas sin comprometer la libertad ni la dignidad de los pacientes. Las caídas son una de las principales causas de lesiones, discapacidad y mortalidad en personas mayores. Constituyen un problema de salud pública y un marcador clínico de fragilidad. Su prevención requiere estrategias integrales, apoyadas en tecnología, innovación y trabajo interdisciplinario.

OBJETIVOS

1. Reducir las caídas en 12 meses mediante medidas preventivas y equipamiento tecnológico.
2. Mejorar la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales, evaluada mediante grupos focales.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló en siete fases:

1. Revisión del protocolo institucional de prevención de caídas.
2. Sensibilización del equipo profesional mediante reuniones periódicas.
3. Formación continua en identificación de riesgos y buenas prácticas.
4. Compra pública innovadora de equipamiento tecnológico.
5. Implementación de programas de rehabilitación física y cognitiva.
6. Adecuación del entorno físico para mayor accesibilidad y seguridad.
7. Evaluación del impacto comparando datos de 2023 y 2024.

RESULTADOS

Se logró una reducción de caídas, con un descenso especialmente significativo en el turno de noche :

Tasa caídas 2023 : 10.50 caídas / 1000 estancias

Tasa caídas moderadas 2023 : 2.40 / 1000 estancias

Tasa caídas 2024 : 8.17 caídas / 1000 estancias

Tasa caídas moderadas 2024 : 1.71 / 1000 estancias

Tasa caídas primer trimestre 2025 : 5.03 caídas / 1000 estancias

Tasa caídas primer trimestre 2025 moderadas : 0.83 / 1000 estancias

Caídas por turnos :

2023:

Turno mañana : 34

Turno tarde : 66

Turno noche : 108

2024:

Turno mañana : 40

Turno tarde : 53

Turno noche : 64

Primer trimestre 2025:

Turno mañana: 9

Turno tarde :10

Turno noche : 5

CONCLUSIONES

Este resultado se asocia a mejoras en protocolos, supervisión y uso de tecnología. Además, se observó un aumento en la percepción

de seguridad y satisfacción laboral del equipo.

La atención sanitaria de calidad debe ser digna, segura y centrada en la persona. La formación continua, el rediseño organizativo y la incorporación de tecnología son claves para avanzar hacia un modelo de cuidado más humano y eficaz. La innovación y el trabajo colaborativo son motores esenciales para la mejora continua en el ámbito sociosanitario.

INTEGRACIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN VALOR Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

😊 ADRIANA PASCUAL MARTÍNEZ ⁽¹⁾; MARTA DEL OLMO RODRÍGUEZ ⁽²⁾; JORGE SHORT APELLANIZ ⁽²⁾; RAÚL CÓRDOBA MASCUÑANO ⁽³⁾; RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ ⁽⁴⁾; LAURA ALFARO CADENAS ⁽⁵⁾

📄 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA; ⁽²⁾ H.U. INFANTA ELENA, H.U. GENERAL DE VILLALBA y H.U. REY JUAN CARLOS; ⁽³⁾ H.U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ; ⁽⁴⁾ H.U. GENERAL DE VILLALBA; ⁽⁵⁾ Hospital Universitario General de Villalba y Hospital Universitario Infanta Elena (RED 4H Hospitales Públicos de Quirónsalud)

Identificador: 574

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas sanitarios avanzan progresivamente desde modelos orientados al volumen hacia organizaciones centradas en el valor, entendiendo como tal la consecución de resultados que realmente importan a los pacientes. En este marco, la integración de la perspectiva del paciente y el fortalecimiento de la toma de decisiones compartidas son elementos estratégicos que permiten alinear la atención sanitaria con sus expectativas y necesidades. La utilización de herramientas como los Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) y plataformas digitales innovadoras representa una oportunidad para optimizar la calidad asistencial y la experiencia del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El presente trabajo tiene como objetivo describir la experiencia de implantación de un modelo de medicina basada en valor en hospitales públicos y privados, con especial foco en la toma de decisiones compartidas, a través de proyectos impulsados por la Unidad de Innovación Clínica y Organizativa (UICO). La metodología ha consistido en el diseño de itinerarios de decisión conjunta, el uso de plataformas electrónicas como el portal del paciente y la integración de la información subjetiva del paciente en la historia clínica electrónica. El modelo se ha aplicado de forma piloto en servicios de hematología (pacientes con linfoma folicular), entre otras áreas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha logrado avanzar en la construcción de un marco asistencial que prioriza lo que realmente le importa al paciente, facilitando su participación activa en las decisiones terapéuticas. La integración de PROMs y la explotación de herramientas digitales han permitido cerrar el círculo de la medicina basada en valor, fortaleciendo la personalización de la atención y mejorando la comunicación clínico-paciente. Asimismo, se ha observado una mayor satisfacción de los pacientes y un aumento en la adherencia a los tratamientos consensuados.

El tránsito hacia un modelo de medicina basada en valor requiere la transformación cultural y organizativa de las instituciones sanitarias. La toma de decisiones compartidas, soportada por tecnologías digitales y metodologías centradas en el paciente, constituye un componente esencial para alcanzar este objetivo. La experiencia desarrollada demuestra la viabilidad y el impacto positivo de estas estrategias, que deben consolidarse y extenderse en el conjunto del sistema sanitario.

CREANDO OPORTUNIDADES PARA FOMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

 ANA BELÉN DÍAZ SANZ; AURORA PÉREZ ZAPATA; NAROA ARCOS VARELA; EVA MARÍA SOLERA ABAD; ANA MARIA MORAL SORIANO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 575

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El trabajador es un todo, en su faceta laboral y no laboral. Es por lo que el médico del trabajo debe intentar que los profesionales tengan un completo bienestar. Una herramienta fundamental para conseguirlo es la promoción de la salud disminuyendo los factores de riesgo, formación, información y vigilancia de la salud (VS).

OBJETIVOS

- Promocionar hábitos de vida saludables en los trabajadores para conseguir mejorar su Salud mediante el autocuidado.
- Mejorar el trabajo en equipo mediante la interacción de categorías y servicios en las distintas actividades.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo estos objetivos se aprovecha cualquier oportunidad para promocionar la salud:

- VS: en los reconocimientos médicos se aprovecha para dar consejos de salud individualizados.
- Consulta deshabituación tabáquica para profesionales.
- Consulta nutrición para trabajadores.
- Semana de la Salud con motivo del Día Mundial de la Salud (7 de abril): se realizan diversas actividades de formación y talleres teórico prácticos de diferentes temáticas enfocadas a mejorar la alimentación, adicciones, salud mental y ejercicio.
- Día Sin Tabaco (31 de mayo): junto con el comité de Prevención frente al Tabaquismo se realizan distintas actividades como entrega de certificados de Unidades sin Humo, sesión clínica general del hospital y distintas informaciones (carteles y trípticos).
- Para fomentar el ejercicio físico se hacen rutas de senderismo y bicicleta, éstas se organizan en algunas ocasiones junto a otros departamentos (ej. Medioambiente para fomentar la movilidad sostenible)
- Para mejorar las relaciones entre servicios se intenta contar con expertos de otros servicios diferentes a SL y otras instituciones (Universidad, Policía Nacional, etc.).

RESULTADOS

- Consulta deshabituación tabáquica: en 2024 se han valorado 9 trabajadores y 6 han conseguido dejar de fumar.
- Consulta nutrición: en 2024 se han atendido a 14 trabajadores en un total de 51 consultas.
- Semana de la Salud: se han realizado 4 ediciones, en 2024 se han realizado más de 20 actividades en la que inscripciones han sido más de 200.
- Día Mundial Sin Tabaco: sesiones generales impartidas por expertos de Neumología, Urología y Ginecología. Sesiones por servicio. En 2024 fueron 17 unidades las que consiguieron el certificado de las Unidades sin Humo.
- Rutas senderismo y bicicleta: se han realizado 5 rutas de senderismo y 3 rutas en bicicleta.

CONCLUSIONES

- La Promoción de la Salud es una herramienta clave para elevar el nivel de salud de los profesionales y que así puedan desempeñar su trabajo en óptimas condiciones.
- Oportunidad de conocer a otros profesionales, servicios y actividades. Refuerza el sentido de pertenencia a la institución.
- Los profesionales identifican a SL como referente en su autocuidado para mejorar así su salud general.

HOSPITALES QUE PROMUEVEN LA SALUD: UNA ESTRATEGIA ORGÁNICA PARA UN NUEVO PARADIGMA QUE SE EXPANDE

 *Carme Mompó Avilés; Mònica Fernández Aguilera*

 *Consorci Sanitari Integral*

Identificador: 576

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el año 2012, nuestra organización (que ofrece servicios sanitarios y sociales) entra a formar parte de la Red de centros y Hospitales promotores de la salud (HPS Cataluña). En aquel momento pensábamos que la promoción de la salud (PS) “era cosa de atención primaria” y que los hospitales se dedicaban a curar enfermedades. Desde entonces hemos ido descubriendo la aventura de promocionar la salud desde todos los niveles asistenciales.

En 2017 se crea la Comisión de Promoción de la Salud de nuestra organización. Después de 2020, la comisión se transforma en en pequeños grupos adhoc para desarrollar acciones concretas con mayor agilidad.

OBJETIVOS

Describir la estrategia usada para facilitar la promoción de la salud: una estrategia orgánica, que observa y facilita los cambios que se producen de forma natural y que cuida aquellos aspectos estratégicos que no acaban de “florecer”.

METODOLOGÍA

Participación en los grupos de trabajo de la Red HPS para incorporar herramientas y propuestas de actuación generadas en ella. Identificación y puesta en valor de las actividades de PS que se realizan por iniciativa del propio funcionamiento de la organización, contabilizando las que han sido objeto de noticias publicadas en la Intranet y las acciones formativas. Creación de equipos internos de profesionales para analizar posibles áreas de mejora, así como proponer y desarrollar nuevas acciones estratégicas.

RESULTADOS 2024

111 acciones formativas y 59 actividades de PS difundidas en la Intranet.

Por grupos de interés: 27% de actividades enfocadas a usuarias, 36% a profesionales, 31% a sociedad y 7% a atención comunitaria.

Por ámbito: 63% de las actividades se enfocan a todos los ámbitos de la organización, 20% a hospitales, 10% a atención primaria y 7% al ámbito social.

Por tipología: 48% de actividades enfocadas en Atención centrada en la persona, 30% en Educar para la salud, 12% en Sostenibilidad, 7% en Responsabilidad social corporativa y 3% en Actividad física.

CONCLUSIONES

Solemos empujar para que sucedan las cosas. Actualmente, es más sencillo y efectivo facilitar que las personas sean conscientes de lo nuevo que ya está sucediendo. Observar el crecimiento orgánico de la PS y ponerlo en valor, favorece que se extienda y que no se viva como “una nueva moda” impuesta.

Sensibilizar es un factor clave en la PS. Por ello, en resultados, contabilizamos solo nuevas actividades difundidas en la Intranet, no actividades tradicionales de educación sanitaria.

Las grandes comisiones son poco operativas. Los grupos pequeños son más ágiles, resolutivos y fáciles de gestionar. Ambas tienen más potencial al enfocarse en:

Obtener una visión global de lo que ya se está haciendo y ponerlo en valor.

Identificar temas estratégicos aún no “florecidos” y valorar posibles acciones coherentes con la estrategia de la organización y su momento vital.

Alinear la estrategia de PS a la estrategia general de la organización (plan estratégico y otros proyectos) permite que broten las sinergias.

SALUD PSICOSOCIAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: QUÉ PODEMOS HACER DESDE SALUD LABORAL

 Aurora Perez Zapata; Ana Belén Díaz Sanz; Naroa Arcos Varela

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Identificador: 577

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La salud mental (SM) y el bienestar emocional del personal sanitario es clave para el buen desempeño del puesto, tanto en el cuidado de los pacientes como en el trabajo en equipo, lo cual mejora la satisfacción del profesional y su sentido de pertenencia a la institución. Además, se reducen los conflictos y el absentismo laboral.

OBJETIVOS

Detectar y abordar los factores de riesgo psicosociales para evitar o reducir daños a la SM y bienestar de los profesionales.

METODOLOGÍA

Se realizan acciones diversas en:

Prevención Primaria: Evaluación SM al inicio de la actividad laboral y de forma periódica. Formación/información. Evaluación de riesgos psicosociales. Promoción de la salud.

Prevención Secundaria: Actuación en conflictos internos y externos. Atención segundas víctimas tras eventos adversos graves (EAG).

Prevención terciaria: Tratamiento, seguimiento y/o derivación otras consultas. Adecuaciones de puesto.

RESULTADOS

Evaluación estado SM al inicio de la actividad laboral mediante reconocimiento médico (RM): historia clínica y cuestionarios específicos. Seguimiento.

Proyecto seguimiento residentes: inicio, segundo año (R2) y último año de residencia. Cita a RM (especial atención adaptación al trabajo y alteraciones SM). Taller formativo a R2.

Talleres formación: Gestionar el estrés. Gestión emocional en el trabajo. Regulando nuestras emociones. Meditación guiada. Estrategias para manejar conflictos en el entorno laboral. Clima laboral. Cómo mejorar el sueño. Actuaciones en conflictos externos.

Píldoras informativas: Desgaste profesional. Entorno seguro y saludable.

“Semana de la Salud” anual: promoción hábitos de vida saludables desde y para profesionales.

Protocolo de actuación para el abordaje de conflictos internos.

Protocolo de actuación en conflictos externos (con usuarios).

“Plan estratégico de evaluación de riesgos psicosociales 2023-2027”. Planificación preventiva.

Acuerdos colaboración con Psiquiatría para atención de profesionales. Derivación a otras consultas especializadas (MAP, Psiquiatría, PAIPSE).

Protocolo atención a segundas víctimas tras EAG. Grupo de trabajo.

Valoración y seguimiento de adecuaciones de puesto en caso de trastorno mental. Colaboración con responsables

CONCLUSIONES

La SM y el bienestar psicosocial de los profesionales puede verse afectada por múltiples causas de diferentes ámbitos (individuales, familiares, relaciones interpersonales, condiciones laborales). El SPRL aborda la SM del profesional ofreciendo herramientas individuales o grupales (talleres formación, píldoras informativas), detección precoz de alteraciones de la SM o factores de vulnerabilidad en las consultas de SL, tratamiento y/o derivaciones a otros niveles asistenciales (Servicio psiquiatría, PAIPSE, AP), aplicación de procedimientos específicos en conflictos internos y externos, evaluaciones de riesgos psicosociales y propuesta de medidas preventivas, propuestas de adecuación de puesto de trabajo.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE NEUMONÍAS COVID-19 Y NO COVID-19 EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL EN 2º SEMESTRE DE 2024

 IGNACIO VIDAL NAVARRO ⁽¹⁾; CAROL INGRID CASTELLARES GONZALEZ ⁽²⁾; CAROLINA VARELA RODRIGUEZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS; ⁽²⁾ H12OCTUBRE

Identificador: 578

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Durante el primer semestre de 2024, la Comunidad de Madrid experimentó una disminución generalizada en la incidencia y hospitalización por COVID-19, en el contexto de una fase más estable de la pandemia. No obstante, la aparición de nuevas variantes del SARS-CoV-2 provocó brotes localizados y ciertas fluctuaciones estacionales, lo que mantuvo la atención sobre las infecciones respiratorias agudas. En este escenario, las urgencias hospitalarias continuaron siendo un punto clave para la detección de neumonías, tanto de origen COVID-19 como no COVID-19.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio tiene como objetivo comparar la incidencia, características clínicas de ambos tipos de neumonía diagnosticados en el servicio de urgencias de un hospital de 2º nivel, con el fin de identificar su impacto asistencial durante este periodo. Estudio retrospectivo de episodios de neumonía diagnosticados en el servicio de urgencias de un hospital universitario entre julio y diciembre de 2024. Los casos fueron clasificados según el agente etiológico (neumonía por COVID-19 vs. neumonía no COVID-19), grupo etario y mes de atención. Se analizaron variables como el recuento de asistencias, distribución por edad y tendencias estacionales. La comparación se realizó mediante análisis descriptivo y comparativo, el objetivo de identificar diferencias en el perfil clínico y evolución de los pacientes. Los datos fueron extraídos de los registros clínicos electrónicos del hospital y tratados de forma anonimizada para garantizar la confidencialidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo analizado, se observó una disminución general en el número de casos de neumonía por COVID-19 en comparación con años anteriores. Se registraron picos esporádicos de incidencia asociados a la circulación de las variantes XBB.1.5 y XBB.1.16. En contraste, las neumonías no COVID mantuvieron una incidencia relativamente estable a lo largo del semestre. Los recuentos de asistencias fueron significativamente más altas en pacientes >60 años y en aquellos con comorbilidades, independientemente del tipo de neumonía. Las neumonías por COVID-19 mostraron un patrón estacional, con aumento notable en el mes de abril, las neumonías no COVID presentaron una distribución más homogénea, con incremento progresivo hacia el mes de junio. En ambos grupos, el segmento etario >60 años fue el más afectado. Los casos de COVID en menores de 60 años se mantuvieron en niveles muy bajos durante todo el período. Conclusión: Los resultados de este estudio reflejan una transición progresiva del COVID-19 hacia un comportamiento endémico, con una reducción significativa en su impacto sobre la atención hospitalaria. Esta evolución ha sido posible gracias a la elevada cobertura vacunal y a la implementación de estrategias sanitarias adaptativas, que han permitido una respuesta eficaz ante la aparición de nuevas variantes.

RESUMEN DE LA GUÍA “IT EN UNA PÁGINA “

 M^a SOCORRO DEL AMO BENITO; SOFIA DINIS COSTA; NURIA NIEVAS DIAZ; BEGOÑA SEGURA CAÑADA; M^a ANGELES DE GRACIA BALLARIN; LAURA MARTIN MARTINEZ

 CAP TARRACO

Identificador: 579

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La presente guía está diseñada para facilitar la correcta gestión de la Incapacidad Temporal (IT) en el ámbito sanitario, teniendo en cuenta la normativa vigente, promoviendo la correcta comunicación administrativa y velando por la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Proporcionar pautas claras para la tramitación de IT en distintas situaciones (corta duración, larga duración, situaciones específicas como embarazo o cuidado familiar). Asegurar el seguimiento de la IT mediante el ECAP, ICAM, INSS. Facilitar la gestión de IT con mutuas (MUFACE, MUJEU, ISFAS). Agilizar trámites administrativos de altas, modificaciones y reclamaciones relacionadas con IT.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica y recogida de información redactada por los referentes de IT de nuestro centro relacionada con la gestión de IT en atención primaria.

RESULTADOS

Se crea una guía constituida por un índice con todas las entradas vinculadas a los artículos correspondientes desarrollados en las páginas posteriores. A lo largo del texto se han recorrido tanto las disposiciones normativas estatales como las instrucciones a aplicar en el sistema informático operativo para nuestro centro, con la finalidad de facilitar la gestión administrativa y clínica de IT, garantizando la homologación de los procedimientos a seguir. La incorporación de las tablas resumen y referencias legales facilitan la interpretación y aplicación de la guía. La constante revisión de la misma garantiza el cumplimiento legal.

CONCLUSIONES

Esta guía ofrece un marco completo y accesible para manejar todas las variantes de IT, mejorando la calidad del servicio y evitando errores, promoviendo la seguridad del paciente.

INNOVACIÓN Y HUMANIZACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

 M. Teresa Rodríguez Tardío ⁽¹⁾; Sandra Merino Molina ⁽¹⁾; Ana Soria Verdugo ⁽¹⁾; M. Eugenia Otero Gómez ⁽¹⁾; Gema Mañogil Cortés ⁽²⁾; Juan Antonio Guerra Martínez ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de Fuenlabrada; ⁽²⁾ Estudiante URJC

Identificador: 580

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los datos publicados por la SEOM sobre las cifras de cáncer en España se incrementan año tras año, por el contrario, la mortalidad disminuye en la mayoría de tipos de cáncer.

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.

OBJETIVOS

- 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.
- Promocionar la investigación en cáncer, calidad de vida asociada y sus tratamientos.
- Poner en valor socialmente a los pacientes oncológicos y supervivientes.

METODOLOGÍA

Proyecto multidisciplinar y transversal (diferentes especialidades / departamentos y categorías profesionales) que en su fase inicial de una manera voluntaria y completamente desinteresada se disponen a trabajar con el objetivo de buscar el bienestar de los pacientes oncológicos y atender de forma más eficaz y eficiente los problemas físico-psico-sociales más prevalentes de esta población. Mejorar su calidad de vida y favorecer su adaptación personal, familiar, social y laboral.

Seguimiento y desarrollo de grupos de trabajo:

- Psico-social
- Salud neurocognitiva
- Nutrición
- Suplementación y dermofarmacia
- Sexualidad
- Planificación familiar
- Menopausia
- Ejercicio Terapéutico
- Dolor
- Salud Cardiovascular/Pulmonar
- Rehabilitación
- Salud ósea
- Salud bucodental
- Salud visual
- Comité Organizador Jornadas
- Comunicación App Web
- Continuidad Asistencial. AP

RESULTADOS

Más de 100 profesionales y pacientes involucrados.

14 áreas de atención.

130 documentos adaptados y descargables en nuestra web.

33 vídeos publicados de rehabilitación oncológica.

2 proyectos de investigación en marcha

1 proyecto de nutrición

4 nuevas consultas de: Ginecología, Oncogeriatría, Enfermería HDM y ejercicio terapéutico.

2 jornadas para pacientes

30 talleres para pacientes

Planta de Onco- Paliativos.

Proyecto ADAF: Ansiedad, Depresión y Afrontamiento.

CONCLUSIONES

InnovaHonco 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.

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 y su difusión mediante diferentes herramientas: Web, APP, jornadas educativas, talleres para pacientes y libros divulgativos.

TALLERES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES

 M. Teresa Rodríguez Tardío ⁽¹⁾; Sandra Merino Molina ⁽¹⁾; Ana Soria Verdugo ⁽¹⁾; M. Eugenia Otero Gómez ⁽¹⁾; Gema Mañogil Cortés ⁽²⁾; Juan Antonio Guerra Martínez ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de Fuenlabrada; ⁽²⁾ Estudiante URJC

Identificador: 581

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

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.

OBJETIVOS

- Buscar el bienestar 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.
- Promocionar la investigación en cáncer, calidad de vida asociada y sus tratamientos.

METODOLOGÍA

En primer lugar, creamos un comité de talleres dentro del proyecto, con reuniones periódicas, para lograr una óptima organización, basándonos en las áreas de atención ya planteadas en el proyecto.

Para la realización del taller:

- Búsqueda de los profesores expertos para impartir los talleres.
- Desarrollo de formulario para la creación del taller con los campos: Título, dirigido a..., objetivos, fundamentos, periodicidad, número de participantes, estructura, programa..., a rellenar por los profesores.
- Desarrollo de un segundo formulario para la inscripción a cada uno de los talleres enviándolo a los pacientes.
- Diseño de cartelería para cada taller y colocación en sitios estratégicos del hospital.
- Desarrollo para la publicación en web y redes sociales.
- Desarrollo de documento para la encuesta de satisfacción del taller que rellena cada paciente.

RESULTADOS

Hasta el momento, hemos realizado catorce talleres, contando con más de 250 participantes y un 4,9 sobre 5 de media en las encuestas de satisfacción. Son los siguientes:

- Autocuidado y dermocosmética
- Ejercicio terapéutico
- Yoga terapéutico
- Cuidados emocionales
- Estética, pelucas y pañuelos
- Herramientas integrativas
- Ventilación emocional. Vitaminas para la ilusión
- Danza y movimiento terapéutico
- Cuidado de ostomías y piel periestomal
- ¿Qué tengo que saber de mi cáncer de mama?
- Nutrición: Hábitos de vida saludable
- Sexualidad
- ¿Qué son los ensayos clínicos?

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.

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.

DE ABAJO HACIA ARRIBA: PROYECTOS PARA IMPULSAR LA COMUNICACIÓN ASCENDENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

 *María Cristina Cedrún Lastra; Gerardo Garzón González; Pilar Mestre Ortega; Juan Carlos García Antón; Francisco Javier López Tortosa; José Manuel Blanco Canseco*

 *Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid.*

Identificador: 582

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En una encuesta sobre comunicación interna, los ítems sobre comunicación ascendente obtuvieron baja puntuación.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar proyectos que mejoren la comunicación ascendente, entendida como la incorporación de la opinión del profesional en la toma de decisiones de los directivos.

METODOLOGÍA

5 grupos de trabajo con 47 profesionales en total (directivos y “dirigidos”) realizaron un total de 10 talleres: identificaron más de 150 dificultades y barreras para tener en cuenta la opinión de los profesionales; generaron más de 200 ideas de acción; priorizaron 17 actuaciones.

La dirección seleccionó tres de estos proyectos para diseñar e implementar.

RESULTADOS

Se han diseñado y se están implementando:

1. Red de Opinión. Es una red de 30 profesionales poco significados (ni los muy participativos y representativos ni los muy críticos; esas opiniones ya llegan). Se identifican a través de otros profesionales más significados y se pide su participación. La alta dirección pide su opinión sobre proyectos que se están diseñando, desplegando o ya implementados. Un técnico lanza al grupo la pregunta por Teams; se contesta en menos de 48 horas y su opinión “se pone sobre la mesa” de la alta dirección.
2. Reuniones de Escucha. Se trata de reuniones de los directivos con sus “dirigidos”, sistemáticas y exclusivamente de escucha.
 - Para diseñarlas un grupo de trabajo formado por directivos y “dirigidos” analizaron las barreras y dificultades y en base a esto se generaron ideas para evitarlas que se concretaron en unas reglas.
 - Las reglas incluyen, por ejemplo: el directivo no da explicaciones en la reunión, una actitud dispuesta al cambio del directivo, la existencia de un moderador, cada opinión que se exprese tiene que seguir los Tres Pasos: reconocer lo hecho, plantear el problema y proponer una solución; además hay un minidecálogo para facilitar la primera reunión y evitar que sea de quejas, y un sistema de feed-back.
 - Se ha establecido para cada directivo, con quienes, cada cuanto y por qué canal se reúne.
3. Buzón inteligente. Para evitar los cuellos de botella que suponen en ocasiones los mandos intermedios, se trata de un “buzón” que envía las opiniones que se dejen en él directamente al directivo que toma decisiones en ese tema. Se ha construido sobre un formulario en Forms incorporando un campo con las áreas temáticas vinculadas a las direcciones de mail de los directivos. Además tiene los Tres Pasos y un control de feed-back.

CONCLUSIONES

La Red de Opinión ha funcionado en dos ocasiones y en ambas la dirección ha modificado la idea inicial. La alta dirección ha validado las Reuniones de Escucha y comenzará su implementación en breve.

Como conclusión, varios grupos multidisciplinares han elaborado y están implementando 3 proyectos de comunicación ascendente que incorporan la opinión de los profesionales en la toma de decisión de los directivos

REDUCIENDO EL RIESGO DE CAÍDAS EN LA COMUNIDAD: IMPACTO DE UN ENFOQUE INTEGRAL.

 *Laura Veira Álvarez⁽¹⁾; Marta Morenza Corbacho⁽²⁾; Alfonso Samuel Martínez Vázquez⁽³⁾; Verónica Sanluis Martínez⁽⁴⁾; María del Sol Pérez Iglesias⁽⁵⁾; Fernanda Filgueiras Gándara⁽⁶⁾*

 ⁽¹⁾ Centro de Salud Novo Mesoio; ⁽²⁾ Centro de Salud Os Mallos; ⁽³⁾ Centro de Salud Meicende; ⁽⁴⁾ Atención Primaria; ⁽⁵⁾ Centro de Salud Laracha; ⁽⁶⁾ Centro de Salud O Ventorrillo

Identificador: 583

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las caídas son la 2ª causa de muerte por lesión accidental a nivel mundial, siendo los adultos mayores de 60 años los que más las sufren: el 30% de los mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 años tendrá, al menos, una caída anual, de las cuales el 5% tendrán como consecuencia una fractura. Además, muchas no son notificadas, dificultando así su diagnóstico.

Debido al aumento de la esperanza de vida cada vez la población está más envejecida, por lo que en un futuro aumentarán las caídas, se incrementará la dependencia y, por tanto, crecerá la carga asistencial.

Es por ello por lo que la OMS y las Guías de Buenas Prácticas recomiendan implantar programas de prevención de caídas en personas mayores que incluyan la identificación de riesgos, la modificación del entorno, el uso de dispositivos de apoyo y la actividad física multicomponente.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implantación de estrategias basadas en la evidencia para la prevención de caídas en personas mayores en la comunidad.

METODOLOGÍA

Estudio observacional pre y post implantación enmarcado en el Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.

Criterios de inclusión: personas de 70 o más años atendidas en consulta programada o en programa de crónicos en 22 Servicios de Atención Primaria (SAP) del área sanitaria.

Período: medición basal en diciembre de 2021 (n=975) y una post implantación de mayo a agosto de 2024 (n=2758).

Intervenciones: captación y formación de impulsores/as, diseño de algoritmos de actuación y adaptación de registros y materiales formativos para profesionales, pacientes y cuidadores/as.

Se han estudiado variables sociodemográficas e indicadores de estructura y proceso referentes a la formación de profesionales, cribado del riesgo de caídas y planificación de cuidados. Han sido recopilados anónimamente en la plataforma CarEVID+® y analizados posteriormente con el programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

De estructura: hemos formado a 179 profesionales de diferentes categorías: al 92,59% (25) de coordinadores/as, al 40% (136) de enfermeras/os, al 19% (6) de los fisioterapeutas, al 25% (3) de nutricionistas y a 9 facultativos/as.

De proceso: en el 50% de los SAP evaluados se observa un cumplimiento en el indicador de cribado del 1% al 35% (4,50% global), mejorando así una medición basal del 0%. El 78,09% de las personas cribadas presentaron riesgo de caídas, habiéndoseles realizado un plan de cuidados multifactorial al 88,18%.

CONCLUSIONES

Las estrategias implantadas han conseguido iniciar el cambio de la práctica clínica habitual, precisando combinarlas con intervenciones motivacionales. Además, se ha observado que aquellos SAP que han cribado también han completado las intervenciones definidas en los algoritmos de actuación.

ACTIVIDAD FÍSICA Y OSTOMÍA: EDUCACIÓN SANITARIA DESDE LA FISIOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE CALIDAD ASISTENCIAL

 ALICIA GONZÁLEZ MAZO; MAITE BLANCO DÍAZ

 H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 584

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La ostomía genera un impacto funcional, emocional y social significativo en el paciente. El miedo a moverse, la desinformación y la falta de protocolos específicos condicionan negativamente la recuperación y reducen la calidad de vida. Ante esta necesidad no cubierta, se propone una intervención fisioterapéutica estructurada como estrategia de mejora de la calidad asistencial, promoviendo el ejercicio seguro, el empoderamiento del paciente y la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad. Este enfoque desde la fisioterapia queda englobado en una actuación multidisciplinar: rehabilitadores, cirujanos, urólogos, enfermeros, psicólogos, TCAEs.

OBJETIVOS

- Incluir el ejercicio terapéutico como parte del abordaje integral en pacientes ostomizados.
- Demostrar que la actividad física es compatible y recomendable para personas con ostomía.
- Proponer un modelo de intervención progresiva que mejore la calidad de vida y aumente la autonomía del paciente.

METODOLOGÍA

Desde el Servicio de Rehabilitación se implementa un taller teórico-práctico incluido en unas jornadas dirigidas a personas ostomizadas, orientado a la recuperación funcional tras ostomía. Se basa en:

1. Evaluación funcional personalizada: análisis del patrón respiratorio, patrón postural, movilidad pélvica y control muscular.
2. Entrenamiento del complejo abdomino-lumbo-pelvi-perineal:
 - Reeducación diafragmática: optimiza el control de presiones.
 - Activación de los músculos transverso del abdomen y glúteos: aportan estabilidad, y ayudan a proteger el estoma.
 - Ejercicios de suelo pélvico: mejoría en las funciones de sostén y continencia, y en la esfera sexual y reproductiva.
3. Educación terapéutica: clave para la adherencia, el autocuidado y la toma de decisiones informadas.
4. Gestión de presiones y postura: como medida preventiva ante hernias y disfunciones musculares.

RESULTADOS

Se reducen los temores al ejercicio y se incrementa la autonomía funcional. Este enfoque asistencial permite anticiparse a complicaciones y mejora la satisfacción del usuario al sentirse acompañado, informado y capaz de participar activamente en su recuperación.

Tras la realización del taller teórico-práctico, surge la demanda por los pacientes de la implementación de un programa ampliado de ejercicio terapéutico desde la fisioterapia, en coordinación con la consulta de estomaterapia.

CONCLUSIONES

La inclusión de la fisioterapia como estrategia de calidad asistencial en el abordaje del paciente ostomizado permite mejorar resultados funcionales, reducir riesgos y aumentar la participación activa del paciente. El ejercicio terapéutico, correctamente pautado y adaptado, debe integrarse como estándar de atención dentro de los protocolos multidisciplinarios centrados en la persona.

PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA: EDUCACIÓN SANITARIA DESDE LA FISIOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE CALIDAD ASISTENCIAL

 ALICIA GONZÁLEZ MAZO; ELENA VALDERAS TERCERO; ALBA GUERRERO GÓMEZ

 H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 585

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Parálisis Braquial Obstétrica (PBO) es una patología neurológica poco frecuente pero con gran impacto funcional en el neonato. Su abordaje requiere intervención precoz, enfoque multidisciplinar y centrado en la familia. La fisioterapia pediátrica se posiciona como un pilar fundamental en el abordaje conservador.

Este proyecto propone una mejora asistencial desde la fisioterapia pediátrica, basada en la educación de familias y profesionales, la protocolización del tratamiento y la reducción del acceso a atención especializada.

A través de una revisión bibliográfica y entrevistas a familias y profesionales, se detectaron necesidades clave que guiaron el diseño de recursos educativos y estrategias de intervención.

OBJETIVOS

1. Fomentar la implicación activa de las familias
2. Capacitar a los profesionales sanitarios
3. Diseñar y difundir materiales educativos gráficos y audiovisuales accesibles
4. Protocolizar la atención fisioterapéutica5. Reducir los tiempos de acceso al tratamiento

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica: búsqueda en PubMed, UpToDate y Google Académico.

Recogida de datos: entrevistas a familias y profesionales para identificar inquietudes y necesidades.

Desarrollo de materiales: recursos gráficos con instrucciones para fomentar la continuidad terapéutica en el domicilio.

RESULTADOS

Se identificaron problemas clave: Desinformación inicial al diagnóstico, retrasos en la derivación a fisioterapia especializada, falta de coordinación entre niveles asistenciales, necesidad de formación continua específica en PBO.

Se desarrollaron tres ejes de mejora:

1. Educación sanitaria para familias mediante díptico validado, vídeos y acceso web.
2. Formación interdisciplinar para profesionales sanitarios.
3. Implementación de un protocolo de atención temprana.

CONCLUSIONES

La fisioterapia temprana mejora la evolución funcional del miembro afectado en la PBO. La falta de recursos educativos genera ansiedad en las familias, dificultando la adherencia. La propuesta responde a esa necesidad, mejora la experiencia del paciente y eleva los estándares de calidad asistencial. Se destaca la importancia de integrar la fisioterapia pediátrica en protocolos neonatales y reforzar la coordinación entre niveles asistenciales. La participación activa de la familia se convierte en un elemento indispensable para garantizar la eficacia del abordaje terapéutico multidisciplinar.

- La educación sanitaria empodera a las familias.
- La coordinación interdisciplinar y entre niveles asistenciales mejora la calidad asistencial.
- La protocolización garantiza equidad asistencial.

Se abre la puerta a futuras investigaciones sobre satisfacción familiar, seguimiento funcional y el impacto de la educación en la calidad de vida.

MANEJO DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA OSCILANTE ACAPELLA EN ADULTOS CON HIPERSECRECIÓN BRONQUIAL EN UCI

 ALICIA GONZÁLEZ MAZO; DIEGO MENÉNDEZ COCA; MARÍA BEATRIZ CORCES RIVERO

 H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 586

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo propone una alternativa en pacientes adultos con hipersecreción bronquial en UCI con Traqueostomías, con baja adherencia a las técnicas convencionales de fisioterapia respiratoria (EDIC, ETGOL, vibraciones y drenaje postural y técnicas manuales), como alternativa al tratamiento. Gracias al Connector 22M-22F-6MM STEM y Double swivel elbow 15M- Double flip top capcon seal-22M/15F conseguimos adaptar el dispositivo Acapella® a la cánula del paciente con traqueostomía.

OBJETIVOS

Favorecer el transporte de secreciones bronquiales de las vías aéreas medias y distales, facilitando el reclutamiento alveolar, aumentando la ventilación colateral y disminuyendo la hiperinsuflación pulmonar, producto de la resistencia a la salida del flujo aéreo que generan estos dispositivos adaptados para pacientes con traqueostomía.

METODOLOGÍA

Recursos Humanos Personal de Fisioterapia. Recursos Materiales. Dispositivos de presión espiratoria positiva oscilante Acapella®. Connector 22M-22F-6MM STEM y Double swivel elbow 15M- Double flip top capcon seal-22M/15F. Es un requisito indispensable para la aplicación de la técnica que el paciente tenga un nivel de conciencia adecuado y capacidad para entender las instrucciones de realización de la misma. En casos de cirugía programada, se insistirá en la necesidad de realizar los ejercicios en la fase preoperatoria, junto con las técnicas de fisioterapia respiratoria indicadas. Se realizará en todos aquellos pacientes que puedan ser desconectados a los respiradores o sistemas de respiración mecánica invasiva o no invasiva.

RESULTADOS

Los resultados de este trabajo indican que la inclusión de Acapella® junto con otras técnicas convencionales de fisioterapia aumentan el volumen pulmonar y la limpieza de las vías respiratorias en pacientes postoperatorios de CABG con traqueostomías. Se ha demostrado que la Acapella® es eficaz para ayudar a la eliminación del esputo en una variedad de afecciones. Los estudios en pacientes con SDRA con ventilación mecánica mostraron que Acapella® ayudó a eliminar de manera óptima las secreciones de las vías respiratorias.

CONCLUSIONES

Este trabajo sugiere que el efecto de las técnicas convencionales de fisioterapia en la mejora de los volúmenes pulmonares y la eliminación de secreciones se potencia con el uso de Acapella® en el período postoperatorio en pacientes con cirugía de revascularización coronaria con y sin traqueostomía.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SOBRE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA

 ALDARA MARÍA GÓMEZ MATO; MAITE LATASA BERASATEGUI; CLAUDIA ORALLO LUNA; LUCÍA VELASCO ROCES; MIGUEL ÁNGEL ALAGUERO CALERO; ANA LOZANO BLÁZQUEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Identificador: 588

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Farmacia desempeña un papel esencial asegurando la disponibilidad, seguridad, distribución y correcta utilización de medicamentos. Su colaboración con el personal de enfermería es clave para garantizar una atención eficiente y segura. Por ello resulta fundamental evaluar periódicamente el grado de satisfacción como indicador de calidad y para identificar áreas de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Análisis del grado de satisfacción del personal supervisor de enfermería de las diferentes unidades del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) con la UGC de Farmacia, identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

Estudio prospectivo de la satisfacción con el funcionamiento de la UGC de Farmacia entre 07/2024 y 01/2025 (6 meses). Se diseñó una encuesta anónima a través de "Google Forms", disponible en formato digital e impreso. Se recogieron datos respecto al funcionamiento (pedidos, botiquines, distribución, comunicación) y se evaluó con una escala desde 1 (muy deficiente) hasta 5 (muy satisfactorio) el nivel de satisfacción y la valoración global de la UGC. Se incluyó un apartado destinado a sugerencias de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se distribuyeron 64 encuestas, obteniéndose 35 contestaciones (tasa de respuesta del 54,69%). La mayoría fueron cumplimentadas en formato digital (88,57%). El 74,29% correspondían a unidades de hospitalización, hospitales de día (11,43%), bloques quirúrgicos (5,71%), otras unidades (5,71%) y consultas externas (2,86%). Respecto al sistema de peticiones, el 85,71% expresó la necesidad de realizar solicitudes fuera de los días asignados, debido a: necesidad de medicación no habitual (51,61%), ajuste inadecuado de las cantidades disponibles en el botiquín (29,03%) y aumento de la demanda (13%).

En cuanto a la revisión de botiquines, el 80% la realiza con periodicidad mensual o menor, fundamentalmente efectuada por el personal supervisor. El 57% consideró que el pacto de medicamentos se ajusta a sus necesidades, mientras que un 29% planteó aumentar y un 17% disminuir el stock. El aspecto mejor valorado fue la resolución de dudas relacionadas con medicamentos. Se detectó una peor percepción referente a los circuitos de distribución (especialmente de medicamentos urgentes), y en la comunicación de información (cambios, alertas...). Otros aspectos a destacar fueron la necesidad de optimizar el sistema de solicitudes y devoluciones y la posible implementación de circuitos nocturnos. El 74,28% de los encuestados expresaron estar satisfechos o muy satisfechos con el funcionamiento de la UGC.

Los resultados obtenidos son positivos en cuanto al funcionamiento de la UGC. Sin embargo, se han detectado deficiencias en cuanto a la comunicación y organización.

Es necesario plantear oportunidades de mejora orientadas a conseguir una atención más dinámica y resolutive, así como repetir la encuesta para evaluar su implantación y ampliar su alcance al Hospital Monte Naranco.

¿PODEMOS IMPULSAR LA ACCESIBILIDAD SIN PERDER LONGITUDINALIDAD? PROYECTO DE MEJORA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

 Jose María Mena Mateo; Charo Azcutia Gómez; Paloma Santos Álvarez; Juan Antonio Sarrión Bravo; José Enrique Villares Rodríguez; Sergio Ruiz Alonso

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio madrileño de salud

Identificador: 589

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mejora de la accesibilidad es una línea estratégica prioritaria para la Gerencia Asistencial de At. Primaria (GAAP), preservando al mismo tiempo la atención longitudinal

Es necesario reforzar la estrategia y los proyectos alineados con esta meta y establecer acciones para optimizar la demanda y su respuesta, y mejorar la percepción de la accesibilidad por parte de los grupos de interés

OBJETIVO

Definir e implantar una estrategia, elaborada desde una metodología de planificación y gestión de proyectos, para optimizar la accesibilidad y la longitudinalidad en toda la GAAP

METODOLOGIA

El proyecto, desarrollado por un equipo multidisciplinar de 23 profesionales, se articula en 5 fases:

1. Alineamiento
2. Lanzamiento
3. Análisis de situación
 - Cualitativo: identificación de causas raíz de baja accesibilidad, flujos y canales de acceso
 - Cuantitativo: indicadores de accesibilidad, demora y citas por canal
4. Diseño estratégico: Soluciones priorizadas según impacto y viabilidad, alineadas con la longitudinalidad de la atención y con el Plan Estratégico 2025-2027 de la GAAP
5. Hoja de ruta: Plan de implementación de iniciativas y planes asociados

RESULTADOS

El Plan de Mejora se articula en 3 ejes Adecuar la demanda, Establecer un modelo avanzado de acceso y Mejorar los canales de acceso, con 6 objetivos estratégicos, 21 líneas y 3 planes asociados que están desplegándose en 2025

Se ha desarrollado un nuevo cuadro de mando para todos los niveles profesionales, que unifica y mejora la información disponible
Se ha desplegado completamente la línea de la Gestión de la Demanda de enfermería y las UAU en todos los centros que contribuye significativamente a la longitudinalidad

Los proyectos tecnológicos asociados a los 3 ejes se recogen en un plan de desarrollos con financiación específica, e incluyen elementos de telemedicina, mejora de los canales o herramientas para mejorar la resolución en consulta. Se han licitado y adjudicado 4 grandes proyectos, que están en fase de desarrollo

Se han definido y desplegado los Planes de comunicación interno y de gestión del cambio

Se observa un impacto positivo en las demoras asistenciales (datos del último mes):

Más del 55 % de las agendas de Medicina de Familia están en rango óptimo (<3 días) o bueno (<5 días), alcanzando el 77 % en algunas Direcciones, superando en un 5% los datos promedio del último año. En Pediatría el porcentaje en rango óptimo-bueno supera el 86 %

La ocupación óptima de agendas, clave para mantener la longitudinalidad, (<34 pacientes/día en MF y <24 en Pediatría) se sitúa en el 67 % y 77 %, respectivamente

CONCLUSIONES

El proyecto está impulsado mejoras que contribuyen a:

Mejorar la accesibilidad y disminuir las demoras

Optimizar la información para la toma de decisiones

Favorecer la tecnología innovadora

Mejorar la percepción de los grupos de interés a través de un plan de comunicación interno y externo

Es posible mejorar la accesibilidad preservando la atención longitudinal, clave para mejorar los resultados en salud de la población

SISTEMATIZACIÓN DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

😊 José Carlos Estevez Muñoz; Sergio Ruiz Alonso; David Malillos Perez; Jose Luis Arejula Perez

Sermas

Identificador: 590

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria enfrenta desafíos crecientes relacionados con la sobrecarga asistencial, la complejidad clínica y la necesidad de una toma de decisiones más eficiente y basada en evidencia. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) se presenta como una herramienta clave para transformar la práctica clínica, reducir la variabilidad y mejorar la calidad asistencial. La Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ha impulsado una estrategia de digitalización centrada en la integración de soluciones de IA en la práctica diaria, con el fin de apoyar al profesional sanitario y optimizar los procesos asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es sistematizar el uso de la IA en Atención Primaria mediante el desarrollo e implementación de herramientas que mejoren la toma de decisiones clínicas, la eficiencia operativa y la calidad del registro asistencial. Para ello, se han desarrollado tres líneas de actuación:

- **SERMAS GPT:** Asistente conversacional basado en IA generativa, integrado en las historias clínicas electrónicas, que proporciona apoyo en diagnóstico para el diagnóstico de enfermedades raras.
- **Herramienta de ayuda a la toma de decisiones basada en GPC:** En fase de diseño y próxima licitación, esta solución busca automatizar la aplicación de guías clínicas mediante IA.
- **Transcripción de entrevista clínica:** Este proyecto piloto tiene como objetivo reducir la carga administrativa del profesional sanitario mediante la automatización del registro clínico. Utiliza modelos de reconocimiento automático del habla (ASR) combinados con procesamiento del lenguaje natural (PLN) para transcribir en tiempo real la conversación entre el médico y el paciente. La metodología incluye el desarrollo iterativo de las herramientas, su integración en los sistemas clínicos existentes y la evaluación continua mediante métricas de uso, satisfacción y eficiencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su implantación en 2023, SERMAS GPT ha sido utilizado por más de 6.000 médicos de Atención Primaria, acumulando más de 13.600 consultas y obteniendo una valoración media de 4 sobre 5. Su uso ha demostrado ser especialmente útil en el diagnóstico de enfermedades raras. La herramienta de ayuda a la toma de decisiones basada en GPC se encuentra en fase de diseño, con soluciones como Binpar valoradas para su integración. El piloto de transcripción clínica en curso actualmente permitirá junto a otros agentes de ayuda reducir las tareas y funciones administrativas de registro en la historia clínica y ayudará a la automatización de procesos repetitivos.

La experiencia demuestra que la IA puede integrarse de forma segura, ética y efectiva en el entorno asistencial, siempre que se acompañe de una estrategia clara de gobernanza, formación y evaluación. Esta sistematización representa un modelo replicable para otras comunidades autónomas y niveles asistenciales.

MEJORA DEL MANEJO DEL CÓDIGO PPT (PACIENTE POLI TRAUMÁTICO) EN UN HOSPITAL DE NIVEL 4

 ANTONIO JESÚS CRUZ ANTOLIN; ANNA DUART GONZALEZ; LUIS LORES OBRADORS; GRUPO DE MEJORA DEL PPT - -

 PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU

Identificador: 591

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El código PPT es el código de activación para la atención al paciente traumático grave. Es el instrumento de coordinación entre dispositivos asistenciales, que se utiliza para activar una serie de acciones que buscan la máxima calidad y eficiencia en la atención al paciente traumático coordinando la atención pre hospitalaria y hospitalaria. Por ello los centros hospitalarios debemos asegurar y garantizar la monitorización y el apoyo vital necesario, para estabilizar al paciente asegurando la continuidad de la cadena de supervivencia

OBJETIVOS

Disminuir el número de incidencias en el manejo de los pacientes atendidos en el centro con activación del código PPT

METODOLOGÍA

Revisión de manejo de los pacientes atendidos por código PPT tanto interno como externo en el periodo 2022 a 2024. Se crea un grupo de mejora del manejo del PPT formado por un referente de los siguientes servicios: Anestesia, Cuidados Intensivos, Cirugía, Traumatología, Enfermería, Diagnostico por la Imagen, Admisiones, Calidad y seguridad del paciente y Dirección asistencial. Se monitoriza la activación y manejo de estos pacientes, mediante seguimiento proactivo (implantación de un registro de actividad en cada caso y presencia de un team leader), recogida y análisis de las incidencias tanto internas (relacionadas con no presencia / retraso de alguno de los miembros del equipo PPT, activación inadecuada y problemas de registros y equipamientos...), como externas (relacionadas con el manejo previo a la llegada a nuestro hospital) e implementacion de acciones correctivas y de mejora (formativas, de rediseño de funciones, de procedimientos de actuación, de sensibilización ...)

RESULTADOS

En 2022 se atendieron un total de 122 pacientes en código PPT, en 44 casos encontramos algún tipo de incidencia (36.0 %), el 81.8% de estas incidencias eran de carácter interno. En 2023 se atendieron 133 , en 30 se encontraron incidencias (22.5 %) , el 73 % seguía siendo de manejo interno. En 2024 se atendieron 167 casos de los cuales 31 con incidencias (18.5 %), siendo internas el 38.7 % del total. Pese al aumento de casos atendidos, la disminucion de incidencias internas es fruto de la actualización del protocolo de manejo del código PPT en el centro, la realizacion de 2 sesiones de formación y sensibilización anuales y la implementación de 25 acciones correctivas adhoc.

Por el contrario, las incidencias relacionadas con activación y manejo externo al hospital han aumentado por lo que el 2025 trabajaremos sobre estas.

CONCLUSIONES

La implantación de un seguimiento proactivo de la actividad relacionada con el PPT, en cuanto a registro de actividades realizadas, análisis de incidencias, seguimiento con los servicios implicados e implementación de acciones de mejora continua se han revelado como una herramienta prínceps para la reducción de las incidencias por tanto para la mejora de la atención de los pacientes atendidos en estatus de código PPT en nuestro centro

ESCUCHAR PARA TRANSFORMAR: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA VALIDACIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EPID

 MARTA JIMENEZ TORRADO; MARINA CLARAMBO SEMÍS; MIREIA BAIGES BADIA; EDA SARA PERSENTILI VIURE; DAVID IGLESIAS VILLANUEVA; JAUME BORDAS MARTINEZ

 Hospital General de Granollers

Identificador: 592

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un conjunto heterogéneo de enfermedades minoritarias complejas que requieren un diagnóstico interdisciplinar y pueden un pronóstico infausto. Por ello, tienen un recorrido asistencial complejo y un elevado impacto tanto clínico como emocional. A pesar de los esfuerzos por optimizar procesos asistenciales, a menudo se carece de una visión integral que incorpore la vivencia real de los pacientes y también la de sus familiares, que ejercen un papel clave en el acompañamiento, la toma de decisiones y la gestión del día a día. Escuchar ambas voces resulta fundamental para validar y mejorar la calidad de la atención prestada. Con este objetivo, la Unidad de Intersticio, en colaboración con el Área de Experiencia Paciente, impulsó un proyecto orientado a situar a la persona en el centro del proceso asistencial, incluyendo la perspectiva de pacientes y cuidadores.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue validar el circuito asistencial de pacientes con EPID desde su propia vivencia, identificando puntos fuertes y áreas de mejora. Se realizó un grupo focal con 6 pacientes y 3 familiares, siguiendo una guía de preguntas estructurada en torno a las fases del proceso asistencial: primeros síntomas, diagnóstico/tratamiento y seguimiento. La sesión, moderada por una profesional del área de experiencia, se desarrolló en un entorno seguro y sin presencia de profesionales asistenciales, favoreciendo así la expresión libre. El análisis cualitativo del discurso permitió construir un Patient Journey Map, con subfases, escala de percepción emocional, elementos clave y necesidades no cubiertas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El mapa revela una evolución emocional compartida entre los participantes: a) desorientación y miedo en la fase inicial; b) impacto y sobrecarga emocional en el diagnóstico; y c) mayor estabilidad y acompañamiento en la etapa de seguimiento. Se destacaron especialmente dos figuras clave: la enfermera gestora de casos, como referente accesible y eficaz en la coordinación; y la psicóloga, como recurso valioso de apoyo emocional, especialmente apreciado cuando se supera la resistencia inicial a su uso. Entre los aspectos a mejorar, se señalaron: a) la falta de coordinación con atención primaria; b) la existencia de desplazamientos innecesarios para las múltiples pruebas médicas y visitas por los diferentes especialistas implicados; y c) la ausencia de espacios estructurados donde los pacientes puedan compartir experiencias y apoyarse mutuamente.

El grupo focal fue una herramienta útil para dar voz a pacientes y familiares, y convertir sus experiencias en propuestas de mejora asistencial. Esta iniciativa permitió confirmar aspectos del circuito que ya funcionan bien e identificar áreas clave a mejorar, destacando el valor de escuchar de forma estructurada para avanzar hacia una atención más centrada en las personas y su entorno.

BOTIQUÍN EN REVISIÓN: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

 Sandra Lavandeira Fernández; Vanesa Martín González; Jaione Bilbao Aguirregomezcorta; Sonia González Calderón; Olaia Blanco Torres; Sara Celorrio Díez

 OSI Barakaldo Sestao

Identificador: 593

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La conservación de la medicación de forma inadecuada en una unidad de hospitalización puede dar lugar a incidentes de seguridad (errores por inadecuada identificación, ubicaciones erróneas, medicación fotosensible sin proteger de luz, envases rotos...) y aumento de costes (retirada por caducidad, mala conservación...). Todo ello, muestra la necesidad de establecer un sistema más adecuado para conservar la medicación y un método para garantizar el mantenimiento de la organización del botiquín.

OBJETIVOS

Garantizar el correcto almacenamiento y conservación del botiquín farmacológico de una unidad de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se creó un grupo multidisciplinar con Farmacia, Calidad, Enfermería y TCAE que recibió formación sobre esta metodología. Tras revisión y acuerdo de un petitorio propio de medicación ligado a la unidad, se organiza el botiquín. Se determina un número limitado de unidades por fármaco, en una ubicación señalizada con nombre y dosis, diferenciada por colores (rojo si alto riesgo, verde si multidosis y amarillo si fotosensible), protegidos de luz si precisan, caducidades revisadas y conservación adecuada.

Posteriormente, se establece un sistema de auditorías periódicas (5 en total) durante 8 meses (hasta fin de año natural). Se crea una hoja de recogida de datos para el registro estandarizado de indicadores: % medicamentos caducados, % medicamentos mal conservados y % medicamentos fuera de ubicación. Se revisan 100% de medicación de alto riesgo, 100% multidosis, 20% fotosensibles y 20% medicación ordinaria.

RESULTADOS

Una vez organizado el botiquín con la nueva metodología se realiza la revisión tras 1 mes de implantación:

En la primera revisión: 2,87% de medicamentos caducados, 13,58% medicamentos mal conservados y 3,70% medicamentos fuera de ubicación.

En la tercera revisión: 2,94 % de medicamentos caducados, 11,76% medicamentos mal conservados y 0% medicamentos fuera de ubicación.

En la última y quinta revisión: 0% de medicamentos caducados, 5,63% medicamentos mal conservados y 5,63% medicamentos fuera de ubicación.

CONCLUSIONES

La realización de auditorías externas periódicas que verifiquen la correcta ubicación y conservación de la medicación dentro de la unidad, impulsa la realización de revisiones internas que garantizan su mantenimiento en condiciones adecuadas. En este caso, se ha disminuido porcentaje de medicación caducada y mal conservada, aunque la medicación fuera de ubicación correcta oscila en cada revisión.

Mantener el stock farmacológico necesario en la unidad con un número limitado de unidades por fármaco, en una ubicación señalizada con nombre y dosis, diferenciada por colores, protegidos de luz si precisan y con caducidades revisadas es una medida ligada al uso seguro de la medicación para garantizar la seguridad del paciente.

DOCE MESES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL ENSAYO CLÍNICO SINERGIAPS2

 Montserrat Gens Barberà ⁽¹⁾; Georgina Vidal Mansilla ⁽²⁾; Sara Martínez Torres ⁽³⁾; Ignacio Ricci Cabello ⁽⁴⁾; Pilar Andreu Rodrigo ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Unidad de calidad territorial de atención primaria de Tarragona; ⁽²⁾ EAP Alt Camp Est; ⁽³⁾ Unidad de Soporte a la Investigación de Tarragona (IDIAPJGol); ⁽⁴⁾ Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears

Identificador: 594

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente en Atención Primaria exige estrategias efectivas basadas en evidencia. El estudio SinergiAPS-2, con participación de 108 centros de salud de 8 comunidades autónomas, evalúa mediante un ensayo clínico aleatorizado híbrido el impacto de una intervención multifacética para reducir hospitalizaciones evitables y mejorar la seguridad percibida por los pacientes. Utiliza el cuestionario PREOS-PC para recoger experiencias y resultados informados por los usuarios. Este enfoque permite detectar oportunidades de mejora y promover el aprendizaje organizativo.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de la percepción de la seguridad del paciente, evaluada mediante cuestionario PREOS-PC, tras 12 meses en los centros de salud (CS) intervención del ensayo SinergiAPS2.

METODOLOGÍA

Se administró el cuestionario PREOS-PC a 100 pacientes por cada uno de los 54 CS asignados al grupo intervención. Las puntuaciones de la auditoría intermedia se compararon con las obtenidas en la evaluación basal, utilizando las mismas escalas. Las dimensiones analizadas incluyen: activación de la práctica, activación del paciente, experiencia del paciente, severidad del daño, carga del daño y evaluación global. Se estimaron las proporciones de pacientes que reportaron al menos un problema de seguridad o daño en los últimos 12 meses en un análisis descriptivo, sin comparaciones inferenciales ni grupo control.

RESULTADOS

Los resultados mostraron una evolución desigual tras un año. La activación de la práctica mejoró ligeramente, pasando de una puntuación media basal de 72,97 (DE 8,07) a 73,45 (DE 8,86) en la auditoría intermedia. La evaluación global también mostró un ligero aumento, de 81,34 (DE 5,40) a 81,65 (DE 6,17). Por el contrario, la experiencia del paciente descendió levemente, de 91,79 (DE 3,90) a 90,33 (DE 3,94). La activación del paciente presentó un descenso más notable, bajando de 44,58 (DE 16,91) a 38,22 (DE 17,87). En cuanto a la severidad del daño, las puntuaciones se mantuvieron estables, con valores de 96,32 (DE 46,98) a 95,75 (DE 39,76) a los 12 meses. De manera similar, la carga del daño pasó de 96,45 (DE 4,27) a 95,69 (DE 4,29).

En los indicadores de seguridad percibida aumentó la proporción de pacientes que reportaron haber experimentado al menos un problema de seguridad (del 48 al 55%) y también aumentó ligeramente el porcentaje de pacientes que reportaron haber sufrido algún daño (del 13% al 14%).

CONCLUSIONES

Tras 12 meses de intervención, los resultados intermedios muestran una evolución desigual en las dimensiones de seguridad percibida. Aunque se observa una ligera mejora en algunas áreas, otras se mantienen estables o presentan un descenso, especialmente en la activación del

LONGITUDINALIDAD Y DEPRESCRIPCIÓN

 Rosa Maria Añel Rodríguez

 Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia, Osakidetza

Identificador: 595

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad (integralidad), mantenida a lo largo del tiempo por el mismo profesional (longitudinalidad), prestada a un mismo paciente por diferentes profesionales en distintos niveles (continuidad), accesible para el conjunto de la población (accesibilidad) y coordinada entre los profesionales del primer nivel asistencial y otros especialistas (coordinación), definen la esencia de la Atención Primaria y le confieren su inigualable valor.

La longitudinalidad facilita la atención preventiva y el reconocimiento precoz de los problemas de salud; evita el sobrediagnóstico, la medicalización y los eventos adversos derivados de la sobreexposición a pruebas y tratamientos innecesarios; disminuye las derivaciones a los especialistas del segundo nivel, reduce las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad, y mejora la esperanza y la calidad de vida, particularmente en las personas mayores.

La longitudinalidad también impacta en la adherencia al tratamiento, facilita la revisión y adecuación de la medicación y, cuando es preciso, la deprescripción.

OBJETIVOS

Demostrar, a través de la exposición de dos casos clínicos reales, el impacto de la longitudinalidad en la deprescripción.

METODOLOGÍA

Análisis cualitativo, retrospectivo y comparativo de 2 casos paradigmáticos.

Caso 1. Juan, 85 años, pluripatológico, polimedicado, con insuficiencia renal crónica muy severa (precisa diálisis, pero la rechaza). Su MF realiza revisión clínica de los 20 medicamentos (> 30 pastillas/día) y propone deprescripción. El paciente no acepta porque considera que cada especialista focal debe evaluar la pertinencia de los medicamentos prescritos. La MF escribe a cada especialista solicitando colaboración para adecuar medicación a situación actual, sin resultado. En varias ocasiones la familia avisa porque el paciente está adormilado (intoxicación medicamentosa).

Caso 2. Miren, 59 años, sin antecedentes de interés, solicita a su MF prescripción de Prolia, tratamiento pautado por ginecóloga privada. La MF evalúa y determina que no es adecuado iniciar ese tratamiento. Explica situación a la paciente, que comprende y acepta.

RESULTADOS

El diferente resultado de la actuación de la MF tiene que ver con: 1) Tiempo de permanencia en el centro de salud: 15 años de diferencia entre ambos casos, y 2) Vínculo: relación de confianza mutua y reconocimiento (o no) de la MF, por parte del paciente, como fuente principal de atención médica.

Para Juan la joven MF, que lleva solo 1 año en el centro de salud, todavía no es “su médica”. Para Miren, tras más de 10 años de relación, su MF es quien mejor la conoce, existe un fuerte vínculo. En este caso se logra consenso de forma ágil y satisfactoria para ambas.

CONCLUSIONES

La longitudinalidad no solo reduce los EA relacionados con la mediación: impacta en la adherencia al tratamiento, facilita la revisión y adecuación de la medicación y, cuando es preciso, ayuda a la deprescripción.

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA SINERGIAPS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

 Aurora Barberá Martín ⁽¹⁾; Ana Belén Ramírez Puerta ⁽²⁾; Pilar Andreu Rodrigo ⁽³⁾; Tamara Alonso Safont ⁽⁴⁾; Jose Manuel Blanco Canseco ⁽⁵⁾; Virginia Antolín Díaz ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Área de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.; ⁽²⁾ DTICP. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.; ⁽³⁾ Grupo de investigación Atención Primaria, Servicios de Salud, y Medicina Basada en la Evidencia (EVISAP) Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; ⁽⁴⁾ DTSIS. GERENCIA ASISTENCIAL AP MADRID; ⁽⁵⁾ Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid; ⁽⁶⁾ Centro de Salud Canillejas. Madrid

Identificador: 596

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes a menudo son considerados receptores pasivos en su seguridad, pese a tener una perspectiva única sobre los riesgos, errores y oportunidades de mejora. Es necesario un enfoque más colaborativo e integral, en el que los pacientes participen en el diseño de servicios, la toma de decisiones clínicas y evaluación de la atención recibida, lo que supone un cambio en cultura institucional de las organizaciones sanitarias. SinergiAPS (S-APS) es una nueva herramienta para mejorar la seguridad del paciente en los centros de atención primaria (AP) que explora opiniones y experiencias de los usuarios a través de auditorías y retroalimentación a los proveedores del servicio sanitario, esta metodología ha demostrado su capacidad de inducir cambios en la mejora de los procesos asistenciales.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de centros intervención participantes en fase de implementación del proyecto “Evaluación de S-APS, una intervención dirigida a mejorar la seguridad del paciente en centros de salud en España en base a las percepciones y experiencias de los propios pacientes: Ensayo clínico híbrido tipo I”.

METODOLOGÍA

Entre septiembre-2023 y febrero-2024 se realizó una auditoría basal con recogida de datos mediante cuestionario validado (PREOS-PC) a 108 centros de salud de 8 Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Baleares, Cataluña, Castilla y León, Galicia, Madrid y Murcia. En marzo de 2024 se aleatorizaron los centros a grupo intervención (reciben intervención S-APS) y grupo control (práctica clínica habitual durante 24 meses de seguimiento). La situación actual del proyecto nos permite realizar un primer análisis del grado de implementación de la intervención S-APS en los centros de salud de AP de España, así como los factores contextuales asociados al proceso de implementación.

RESULTADOS

Durante la fase de implementación se han recogido 207 planes de acción en la herramienta web S-APS. Se pueden clasificar según el tipo de problema identificado: 23% problemas de comunicación, 17,39% otros, citas 14% y análisis de sangre/laboratorio 9,1%. El tiempo de uso dedicado a la herramienta por parte de los profesionales es de un total de 398.292 segundos y 3358 minutos de dedicación al repositorio de contenidos formativos. Para poder complementar los resultados se ha recogido un diario de implementación, cuestionario de seguimiento a los centros de salud (se realiza cada 3 meses) y del apoyo que recibe el proyecto por cada área de salud/gerencia en cada CCAA.

CONCLUSIONES

La información recopilada en las auditorías de seguimiento realizadas hasta el momento constituye un punto de partida fundamental para implementar acciones de mejora en la seguridad del paciente en los centros de salud participantes en el estudio. Proporcionar a los centros una herramienta que promueva y desarrolle la cultura de seguridad entre los profesionales de AP es garantía de calidad asistencial.

CONTENCIÓN MECÁNICA: ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS Y CONTEXTUALES EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

 *Natalia Bagué Martínez; Noelia Galera Linares*

 *Hospital General de Granollers*

Identificador: 597

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La contención mecánica limita la movilidad del paciente mediante dispositivos que no puede retirar por sí mismo. Su uso varía debido a marcos normativos complejos que dificultan su estandarización. En España, su prevalencia es elevada, especialmente en pacientes psiquiátricos. Aunque la evidencia de sus beneficios es limitada, se asocian numerosos efectos adversos. En geriatría, se utiliza para prevenir caídas y manejar estados confusionales, generando dilemas éticos sobre la autonomía y la dignidad. Este estudio analiza factores asociados para mejorar la práctica clínica y ética.

OBJETIVOS

General: Analizar factores sociodemográficos, clínicos, organizativos y sociales relacionados con la contención mecánica en pacientes de una unidad de media estancia (UME) durante marzo-abril 2025.

Específicos: Describir el perfil sociodemográfico, social y clínico de los pacientes incluidos en este estudio. Evaluar asociaciones entre edad, sexo, acompañamiento con la contención mecánica. Explorar relación entre tiempo de acompañamiento y características de la contención.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal en una unidad de media estancia durante abril y mayo de 2025. Se incluyeron 60 pacientes mayores de 65 años, no en fin de vida, seleccionados por muestreo por conveniencia. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, de acompañamiento y sobre la contención mecánica. Se usó Jamovi para estadística descriptiva y análisis bivariados con Chi-cuadrado, Fisher y t de Student, considerando $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra incluyó 60 pacientes, de edad media de 84,27 años y el 63,33% eran mujeres. El 8,33% recibió contención mecánica, de abdomen (60%), seguida de extremidades superiores (20%) y combinación de ambas (20%). La contención fue continua en un 40%. Aunque el consentimiento informado fue firmado en todos los casos, solo el 60% contó con prescripción médica. El 80% recibió acompañamiento, sobre todo en turnos mañana y tarde. Se halló asociación significativa entre sexo y contención ($\chi^2=4.41$, $p=0.036$; OR=8,22), y entre intensidad de acompañamiento y tipo de contención ($\chi^2=5.00$, $p=0.02$; OR=0.037), indicando que mujeres y pacientes con menor acompañamiento tienden a recibir contención más restrictiva. La edad no mostró asociación significativa.

CONCLUSIONES

Los resultados revelan una baja prevalencia de contención mecánica en la unidad estudiada, con una mayor aplicación en mujeres, lo que sugiere posibles diferencias clínicas según el sexo que deben investigarse. Aunque la edad no mostró asociación significativa, los pacientes más mayores recibieron medidas menos restrictivas. El acompañamiento continuo se relacionó con una reducción de la contención más restrictiva, reflejando su papel protector y la importancia de involucrar a familiares para mejorar la calidad y humanización del cuidado.

DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA COLABORACIÓN MÉDICO-FARMACÉUTICO

 Ana Gangoso Feroso ⁽¹⁾; CARMEN HERRERO DOMINGUEZ-BERRUETA ⁽²⁾; Blanca Basagoiti Carreño ⁽³⁾; Eva Prieto Utiel ⁽⁴⁾; Ana Laura Lafraya Puente ⁽⁵⁾; Maria Soledad Holgado Catalán ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia de Atención Primaria de Madrid; ⁽²⁾ CENTRO SALUD LAS ROZAS EL ABAJON; ⁽³⁾ Dirección Asistencial NorOeste. Gerencia de AP de Madrid; ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia de AP de Madrid; ⁽⁵⁾ Dirección Asistencial Noroeste

Identificador: 598

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El incremento de la multimorbilidad y la polimedicación genera problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que pueden afectar a la seguridad del paciente.

La revisión del tratamiento (RT) por el farmacéutico de atención primaria (FAP) es una de las actividades clínicas contempladas en el proceso asistencial del paciente crónico para mejorar la calidad de la asistencia, ya que existe evidencia que la RT mejora la seguridad de la prescripción.

OBJETIVOS

Cuantificar los PRM detectados por el FAP en el proceso de RT. Estimar el porcentaje de aceptación de las recomendaciones propuestas por el FAP y cuantificar la deprescripción por el médico de familia (MF).

METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico, prospectivo, longitudinal pre-post intervención durante el año 2023. El FAP realizó revisiones del tratamiento (RT) a pacientes crónicos polimedicados a través de la historia clínica (HC) electrónica de atención primaria y especializada. En nuestra práctica habitual las RT se realizan según un método sistemático basado en el algoritmo de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. En dicho algoritmo, los PRM se clasifican en Necesidad (patología no tratada, no indicación, otra alternativa con más evidencia), Adecuación (posología, duración de tratamiento, duplicidad, adherencia), y Seguridad (contra-indicación, interacciones, medicamento potencialmente inapropiado (MPI), posible RAM o error de conciliación). El FAP elabora un informe con recomendaciones sobre los PRM detectados, remitiéndose al MF. La aceptación se verificó a través de los cambios de prescripción en la HC o mediante el feed-back del MF. Análisis de los datos con el programa EPIDATA 3.1.

RESULTADOS

Se revisaron los tratamientos de 356 pacientes, edad media de 77,3 (DE 11,9) años, 63,9% mujeres.

Se identificaron 1.149 PRM con una media de 3,3 (DE 2,0) PRM/paciente; la distribución por tipo de PRM fue: de seguridad (48,9%), de adecuación (30,4%) y de necesidad (20,7%). Los cinco PRM más frecuentes, y que representan un 75% del total, fueron: duplicidades (21,1%), medicamentos sin indicación clara (16,3%), posología (12,8%), duración de tratamiento (12,6%) e interacciones medicamentosas (12,4%).

La media de medicamentos/paciente pre-revisión fue de 14,3 (DE:5,4), y post-revisión 12,8 (DE:5,1), lo que representa una deprescripción de -1,5 medicamentos/paciente (IC95% -1,7 a -1,4). Los MF aceptaron el 61,3% (IC95% 58,4 a 64,1) de las recomendaciones enviadas. Un 24% de las recomendaciones no aceptadas fue debido a motivos clínicos.

CONCLUSIONES

La participación del FAP en la revisión de los tratamientos identificó PRM especialmente de seguridad como duplicidades, y de necesidad como medicamentos sin indicación clara. La aceptación por el MF ha sido alta, consiguiendo una destacable deprescripción.

INCORPORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL ECCEMA CRÓNICO DE MANOS (PROYECTO ECZPERIENCE)

 Josep Maria Ibáñez Romaguera ⁽¹⁾; Mònica Munera Campos ⁽¹⁾; Esther Serra Baldrich ⁽²⁾; José Manuel Carrascosa Carrillo ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁽²⁾ Hospital de Sant Pau

Identificador: 599

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

ECZPERIENCE es un proyecto innovador centrado en la mejora de la experiencia de los pacientes con eccema crónico de manos, una patología con importantes necesidades no cubiertas, que se ha llevado a cabo con la participación activa de los mismos y de profesionales sanitarios de forma conjunta con el fin de rediseñar su proceso asistencial, proponiendo soluciones para los retos identificados

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es comprender y visibilizar la experiencia real de los pacientes con eccema crónico de manos abordando el impacto en su salud y bienestar y en su entorno socioeconómico. Para establecer dicho impacto se trabajó de forma estructurada con el fin de consensuar el patient journey, analizando de forma exhaustiva las cargas que supone la enfermedad y el impacto en todas las dimensiones de su experiencia identificando además las necesidades no cubiertas. Para ello se utilizó una metodología sistemática de participación activa con pacientes y profesionales de diversos ámbitos: dermatólogos, enfermería, calidad, dirección, atención al usuario y medicina del trabajo; en total unas 20 personas. El proyecto se ha llevado a cabo en dos hospitales terciarios de nuestra comunidad autónoma

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las sesiones de trabajo para construir el mapa de experiencia se centraron en debatir sobre cuatro fases: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. De cada fase se trabajó lo que le ocurre al paciente, los puntos de contacto con el sistema sanitario y las emociones que se despiertan. De ahí se derivó un trabajo cualitativo de análisis del impacto de la enfermedad teniendo en cuenta 9 dimensiones: física, funcional, asistencial, terapéutica, psicoemocional, sociofamiliar, laboral, económica y simbólica, tanto por parte de los pacientes como por los profesionales. Finalmente se analizaron las necesidades no cubiertas detectadas por ambos grupos y de todo ello surgirán diversos planes de acción.

El eccema crónico de manos es una patología crónica y progresivamente incapacitante cuyo patient journey es muy inestable y que tiene un impacto profundo y sostenido en la calidad de vida del paciente afectando a múltiples dimensiones de su experiencia, con notable afectación de su actividad laboral al no haber un reconocimiento suficiente de la enfermedad, condicionando a su vez una erosión emocional muy intensa en el paciente. El Proyecto ECZPERIENCE ha puesto en evidencia que en la experiencia de paciente con eccema crónico de manos persisten importantes necesidades no cubierta especialmente en cuanto a la disponibilidad de alternativas terapéuticas eficaces que estabilicen la convivencia con la enfermedad de modo duradero; disponer de apoyo emocional; contar con el reconocimiento del impacto laboral y psicosocial y acceder a recursos efectivos que permitan una gestión digna de la enfermedad.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE CIRCUITOS DE EUTANASIA: EVALUACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE CALIDAD ASISTENCIAL

 JUAN JOSE JARAS BARTOLOME; SARA JARAS SANTOS; PATRICIA LARA MARCOS; ANDREA PRIETO PORRAS; LUCIA TRAPOTE EGU-REN; NEREA GUTIERREZ BARTOLOME

 ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA; ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA ARABA

Identificador: 600

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, ha supuesto un importante reto, exigiendo la creación de circuitos asistenciales que garanticen el respeto a los derechos de las personas solicitantes, la seguridad jurídica de los profesionales y la equidad en el acceso. En este contexto, nuestra organización sanitaria ha puesto en marcha un circuito específico de eutanasia, articulado en torno a la coordinación entre Atención Primaria, Hospitalaria y la figura del equipo responsable del procedimiento.

OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar, implantar y evaluar el circuito de eutanasia desde una perspectiva de calidad asistencial con el fin de reducir las incidencias que puedan darse durante el proceso.

Objetivos específicos

Describir el diseño e implementación del circuito. Formular los indicadores. Recoger la experiencia de profesionales y personas implicadas. Proponer recomendaciones para la mejora del circuito desde un enfoque de calidad y humanización.

METODOLOGÍA

Creación de un Grupo multidisciplinar de Trabajo de Eutanasia (GTE). Diseño del circuito. Estudio cuantitativo: análisis de datos del registro de solicitudes. Estudio cualitativo: entrevistas con profesionales y familiares de personas solicitantes. Evaluación con criterios de calidad.

RESULTADOS

1. Implantación del circuito: Se desarrolló y difundió un circuito interno de eutanasia alineado con la normativa. Se designaron personas referentes en cada uno de los ámbitos implicados. Se activaron mecanismos de coordinación entre Atención Primaria, Servicios Asistenciales Hospitalarios, Hospitalización a Domicilio, Farmacia, Equipos de Terapia Intravenosa y Coordinación de Trasplantes. Se activaron recursos de acompañamiento a los equipos responsables. Se creó un espacio en la Intranet para información y resolución de dudas a los profesionales.
2. Datos cuantitativos: Solicitudes anuales registradas (2024): 11. Procedimientos realizados sobre el total de solicitudes (2024): 55%. Tiempos medios de resolución de la solicitud: 49,2 días. Número de solicitudes de apoyo e información de los profesionales al GTE desde su creación: 3.
3. Percepción de los profesionales: Alta implicación emocional y ética del personal sanitario. Identificación de necesidades de formación y soporte emocional. Preocupaciones respecto a la falta de coordinación entre áreas y la sobrecarga organizativa.
4. Perspectiva de personas solicitantes y familiares: Pendiente de desarrollar.

CONCLUSIONES

La implementación de circuitos de eutanasia en el sistema sanitario es un reto complejo que requiere un abordaje multidisciplinar, ético y de calidad. La experiencia de nuestra Organización Sanitaria muestra que es posible integrar esta prestación de forma respetuosa, segura y centrada en la persona, siempre que se cuente con protocolos y circuitos claros, coordinación efectiva y apoyo a los profesionales.

Las principales áreas de mejora pendientes de abordar incluyen la formación continua, el soporte emocional a profesionales, y el refuerzo de recursos de acompañamiento.

PROCESO DE GESTIÓN DEL ALTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. EVALUACIÓN Y MEJORA

 *Jesús Leal Llopis; Jose María Bernal Bastida; Juan Antonio Martínez García; Alicia Castaño Ortells; Ana Sánchez Picón; M^a Amor Caravaca Hernández*

 *Hospital J.M. Morales Meseguer*

Identificador: 601

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión eficiente del alta hospitalaria es un componente clave en la optimización de los recursos asistenciales. Una actuación adecuada facilita la organización en los ingresos, reduce tiempos de espera y contribuye a una mayor eficiencia del sistema sanitario. Resulta fundamental implementar y evaluar estrategias que permitan descentralizar y agilizar el proceso de alta, sin comprometer la seguridad ni la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Analizar la mejora del horario de alta de los pacientes tras el cambio de procedimiento de la gestión de altas.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio Cuasi Experimental. Ámbito: Hospital Morales Meseguer de Murcia. Población: Pacientes dados de alta en Unidades de Hospitalización.

Selección de la muestra: Se evaluaron todos los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización antes del cambio del procedimiento, al mes y a los 2 meses. La intervención de mejora consistió en cambiar el procedimiento de gestión de altas de los pacientes, pasando a ser el personal de Enfermería y TCAES de las unidades quienes dan el alta administrativa cuando el paciente abandona la habitación.

RESULTADOS

Antes de la intervención, antes de las 14h se iban de alta el 6% de los pacientes, antes de las 15h el 12%, antes de las 16h el 30% y antes de las 17h el 64%.

Tras el cambio de procedimiento, al primer mes del cambio (abril), antes de las 14h se van de alta el 21,2% de los pacientes, antes de las 15h el 36,37%, antes de las 16h el 52,6% y antes de las 17h el 72,6%.

A los 2 meses del cambio de procedimiento, se van de alta 24,7% antes de las 14h, el 32,2% antes de las 15h, el 48% antes de las 16h y el 68,9% antes de las 17h.

CONCLUSIONES

Podemos concluir, según los datos obtenidos, que hemos mejorado la gestión de las altas de pacientes hospitalizados, lo que repercute en una mejor gestión de las camas disponibles y mejor gestión de ingresos.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL PESO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

 Jose María Bernal Bastida; Jesús Leal Llopis; Juan Antonio Martínez García; Rosa M. Martínez García; Rocío Liebanas Bellon; Gustavo Cela Campos

 Hospital J.M. Morales Meseguer

Identificador: 602

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El registro del peso corporal en pacientes hospitalizados es fundamental para garantizar una atención segura. Se hace necesario evaluar el grado de cumplimiento del registro del peso en la historia clínica electrónica. Esta evaluación permite detectar áreas de mejora, promover buenas prácticas y diseñar estrategias orientadas a la estandarización de cuidados y a la mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVO

Analizar el nivel de registro del peso de pacientes durante su hospitalización

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio Transversal, observacional y descriptivo. Ámbito: Centro sanitario. Población: Pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización.

Selección de la muestra: Se seleccionó 1 día de evaluación para cada unidad de hospitalización. Se evaluaron todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización el día de la evaluación. Las variables estudiadas fueron unidad de enfermería, tipo de unidad, registro de peso y nivel de dependencia. Se revisaron los registros de la Historia Clínica Selene para la extracción de las variables de estudio.

RESULTADOS

Se analizaron 288 pacientes hospitalizados el día de la evaluación. El 70,14% (202 pacientes) de los pacientes tenía registrado el peso en la historia clínica SELENE. Los pacientes ingresados en Unidades Quirúrgicas tenían un mayor porcentaje de registro de peso (79,76%) que los ingresados en Unidades Médicas (66,18%). La unidad de enfermería con mayor porcentaje de registro fue de un 100% y la que menos un 31,8%.

En relación al Nivel de Dependencia de los pacientes, los pacientes independientes presentaban un registro de peso del 80,3%, los que presentaban dependencia leve 80%, los que tenían dependencia moderada 81,6% y los que presentaban dependencia severa un 59,1% y los dependientes totales un 46,7%.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, podemos concluir que hay un margen de mejora en el registro del peso en nuestros pacientes hospitalizados, sobre todo en unidades médicas y pacientes con un nivel de dependencia mas elevado.

USO INADECUADO DE URGENCIAS PARA OBTENCIÓN DE MEDICACIÓN: IMPACTO EN LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD

 Rosario María Torres Santos Olmo; María Angélica Rivera Núñez; Ana María Souto Novas; Irene Iniesta González

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 603

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El uso de urgencias para obtener medicación crónica sin una urgencia real pone en riesgo la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario. Esta práctica desvía recursos necesarios para casos verdaderamente urgentes y expone a los pacientes a errores por falta de seguimiento clínico. Además, refleja fallos estructurales en el acceso a la medicación por vías habituales, lo que requiere soluciones tanto organizativas como educativas.

OBJETIVOS

El estudio analizó el impacto asistencial, organizativo y en la seguridad del paciente del uso inadecuado de urgencias para obtener medicación crónica en 2024.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis retrospectivo de las consultas, evaluando el consumo de tiempo clínico, los costes asociados y los riesgos tanto para los pacientes que hacen un uso indebido como para los que requieren atención urgente.

RESULTADOS

Durante 2024, se atendieron 265.383 pacientes urgentes, clasificados según el sistema de triaje de Manchester: 981 pacientes críticos (Manchester rojo) 6.605 emergencias (Manchester naranja) 75.637 urgencias (Manchester amarillo) 149.733 no urgentes (Manchester verde) 2.728 no urgentes (Manchester azul). Además, 27.772 pacientes no fueron triados, ya que acudieron por motivos no urgentes como analíticas, consultas o citaciones postquirúrgicas.

Se registraron 675 consultas en urgencias exclusivamente para solicitar medicación sin patología aguda asociada. Suponiendo un tiempo medio de atención de 15 minutos por paciente, esto representó unas 7.112 horas de actividad médica y de enfermería.

Este uso indebido de recursos provocó:

Reducción de la capacidad asistencial para otros pacientes
Aumento de tiempos de espera y riesgo clínico
Fallos potenciales como: Atención sin trazabilidad Prescripción sin historia clínica Errores de dosis Falta de revisión de interacciones medicamentosas También se observó frustración entre profesionales y pacientes, y un coste económico indirecto por el uso inadecuado de recursos críticos. Distribuyendo las 7.112 horas entre médicos y enfermería (3.556 horas cada uno), el coste estimado fue de 152.138,24 €, según el valor de la hora extra en urgencias en la Comunidad de Madrid. Este cálculo no incluye costes indirectos como materiales, pruebas, infraestructura o administración.

CONCLUSIONES

El uso inadecuado de urgencias para demandas no urgentes pone en riesgo la seguridad de todos los pacientes y evidencia fallos en la gestión de enfermedades crónicas y en la educación sanitaria. Para mejorar, se propone reforzar la prescripción continuada, facilitar el acceso a atención primaria y concienciar a la población. También se sugiere medir el impacto de estas prácticas en tiempo, calidad, riesgo y costes, y aplicar medidas como la educación sanitaria del paciente y la creación de circuitos diferenciados para casos de baja complejidad.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PREVIO A LA INSTAURACIÓN DE UNA NUEVA TERAPIA DE SEDACIÓN INHALADA EN UCI

 Beatriz Isidoro Fernández; María del Carmen Martín Gigorro; Eva María Hernández Sánchez; Lucía Almena Frutos; Juan Carlos Pérez Carballal; Ana María De Pablo Hermida

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 604

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso de herramientas de seguridad del tipo AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) antes del inicio de nuevas terapias supone grandes beneficios para los servicios donde se aplica, anticipando y previniendo posibles riesgos. Los grupos de mejora de seguridad del paciente, aún sin experiencia previa en esta materia, pueden adquirir destreza y confianza en estas herramientas, en su desarrollo y aplicación, asesorados por profesionales experimentados. El inicio de la terapia de sedación inhalada en UCI constituye una oportunidad para desarrollar esta herramienta.

OBJETIVOS

- Ampliar conocimientos de herramientas de seguridad en los miembros de un grupo de mejora de seguridad del paciente en UCI.
- Anticipar puntos críticos en un nuevo proceso puesto en marcha en la unidad: la sedación inhalada con isoflurano.
- Optimizar el protocolo del procedimiento, empleando la información obtenida del análisis AMFE.

METODOLOGÍA

Se seleccionó un grupo integrado por profesionales del grupo de trabajo de seguridad del paciente y del grupo responsable del desarrollo del nuevo procedimiento, incluyendo profesionales formados en el uso de este tipo de herramientas y con representación de todas las categorías profesionales implicadas en el proceso.

Se proporcionó información de la herramienta de seguridad y se llevaron a cabo reuniones de trabajo para establecer el diagrama del proceso y sus diferentes fases. Tras el estudio exhaustivo de los procesos, se realizó la puesta en común de resultados, el estudio de criterios de priorización y posterior puesta en común de conclusiones y optimización del protocolo a implantar.

RESULTADOS

Se definieron y representaron tres procesos (puesta en marcha del sistema, cambio de jeringa y pausa o retirada del sistema). Además, en todos ellos se prestó especial atención a la seguridad ambiental y eliminación de residuos.

Los ítems que obtuvieron mayor puntuación en el análisis fueron los relacionados con el montaje y mantenimiento del dispositivo, así como los que se referían a la eliminación de residuos.

La puntuación obtenida se relacionaba sobre todo con la frecuencia prevista y, en mucho menor grado, con la gravedad del posible evento adverso.

En cuanto a las medidas correctoras, la mayoría tuvieron que ver con el diseño del procedimiento y la redacción del protocolo antes de la puesta en marcha del mismo, la formación del personal responsable y algunos cambios estructurales en la unidad.

Se asignaron responsables y cronograma de las medidas revisadas, siendo presentadas en una ronda de seguridad con el Equipo Directivo del centro.

CONCLUSIONES

La realización de un AMFE por un equipo inexperto, pero correctamente orientado en su realización, es posible.

El desarrollo de un AMFE ha resultado útil para detectar puntos críticos y optimizar el procedimiento a implantar. Es de destacar el clima de seguridad y confianza ante la puesta en marcha de la sedación inhalada con isoflurano generado tras este análisis.

RONDAS DE SEGURIDAD COMO ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

 OLALLA SAYANS QUEIRUGA; MARÍA EVA CAMPOS OUBEL; MARÍA DEL MAR VÁZQUEZ SALVADO; SILVIA VAZQUEZ MEDÍN; ESTHER GAGO GARCÍA; MARIA BENLLOCH TRABA

 AREA SANITARIA A CORUÑA E CEE

Identificador: 605

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En las unidades de cuidados críticos, la seguridad del paciente constituye un eje fundamental de la calidad asistencial. Para mantener altos estándares, se requieren herramientas que permitan una evaluación continua y directa del entorno clínico. En este contexto, las rondas de seguridad mensuales se consolidaron como una estrategia clave de mejora continua, alineada con los proyectos Zero, para promover buenas prácticas, detectar riesgos en tiempo real y fortalecer la cultura de seguridad.

OBJETIVOS

Con el objetivo de reforzar la cultura de seguridad, mejorar la adherencia a las medidas de los proyectos Zero (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero e ITU Zero), detectar desviaciones, aplicar medidas correctoras inmediatas, implicar al personal en el sistema de vigilancia clínica y obtener datos objetivos para orientar decisiones.

METODOLOGÍA

Se realizaron rondas mensuales entre mayo de 2024 y mayo de 2025, primer viernes de cada mes que se llevaron a cabo en UCI, reanimación, unidad de quemados y UCI pediátrica. Participó un representante de calidad y dos miembros del grupo de proyectos Zero, conformado por intensivistas, anestesiistas y personal de enfermería. Se utilizó un checklist estructurado con más de 25 ítems basados en los estándares de los proyectos Zero. Entre los aspectos evaluados figuraron: identificación del paciente, uso y manejo del CVC (tipo, inserción, fijación, fecha de cura, tapones antisépticos, checklist y necesidad clínica), cabecero elevado y su registro, higiene bucal, control del neumotaponamiento, descontaminación digestiva y cuidados del sondaje vesical. Los datos se recogieron en una plantilla Excel.

RESULTADOS

Durante las 12 rondas realizadas se evidenció una mejora progresiva. Se observó un cumplimiento generalizado en la identificación del paciente y en el uso de soluciones hidroalcohólicas. La implicación del personal aumentó significativamente, favoreciendo la implementación de mejoras inmediatas.

Se incorporaron tecnologías como el control automático del neumotaponamiento y la aspiración subglótica continua. Asimismo, se integraron listas de verificación para el manejo del CVC y el sondaje vesical, aunque su uso efectivo aún requiere consolidación. Las medidas de higiene y aislamiento se aplicaron correctamente, incluyendo el uso de clorhexidina en pacientes colonizados por BMR, y se incrementó la descontaminación digestiva selectiva. Persistió el uso preferente de la vena yugular para CVC sin justificación documentada, lo que se identificó como un área de mejora.

CONCLUSIONES

Han demostrado ser una práctica efectiva, y sostenible para reforzar la seguridad del paciente en las unidades de críticos. Su enfoque multidisciplinar y su conexión directa con la realidad asistencial permiten detectar desviaciones, aplicar medidas correctoras en tiempo real y consolidar una cultura organizativa orientada a la mejora continua. El trabajo sistematizado y compartido ha sido clave para fortalecer el compromiso profesional y la calidad asistencial.

GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: CUADRO DE MANDO EN POWER BI.

 Raul Oveja Fernandez; María Teresa Rodriguez Muñoz; Francisco Javier Dominguez Hernández; María Esther Renilla Sánchez; Ana María Villacañas Romero; Modoaldo Garrido Martín

 Centro Sanitario

Identificador: 606

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La demanda de transparencia en la gestión de las instituciones sanitarias y, en particular, de la lista de espera quirúrgica (LEQ), requiere herramientas avanzadas que optimicen la inclusión y el seguimiento de pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica de forma eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar e implantar nuestro propio cuadro de mando automatizado y centralizado mediante Power BI que garantice la trazabilidad de las inclusiones en LEQ, tanto de procesos RULEQ (con ingreso y mediante CMA) como de procesos NO RULEQ (con y sin ingreso), optimizando su gestión permitiendo una visualización interactiva, análisis en tiempo real y el uso de inteligencia artificial para identificar tendencias, generación automática de informes con Smart Narrative y mejorar la toma de decisiones, asegurando un control más preciso y eficiente de la información de los pacientes.

El principal objetivo es, en primer lugar, replicar la información recibida de la Consejería para posteriormente desarrollar aquellos indicadores propios que sean necesarios para una mejor gestión interna de la lista de espera quirúrgica.

Ámbito: hospital del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con 409 camas.

Periodo de estudio: 2024-5.

La Consejería utiliza la aplicación Access para facilitar diariamente a todos los hospitales la información de sus pacientes en RULEQ usando esta información para alimentar un Power BI propio.

Se ha desarrollado una herramienta propia que permite gestionar los datos actualizados semanalmente, y está conectada a la base de datos descargada del SERMAS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se genera un Cuadro de Mando (CM) de inclusiones en lista de espera quirúrgica (LEQ), y diferentes informes desarrollados a medida de las necesidades de los Jefes de Unidad.

El CM permite identificar los pacientes que han sido incluidos diariamente en LEQ, los que corresponden a procesos tanto RULEQ, como NO RULEQ (PCI/PSI), los que han sido ofrecidos en derivación quirúrgica a otros centros incluyendo la contestación de los pacientes a dicho ofrecimiento, tanto si han rechazado como si han aceptado la derivación.

Así mismo se han desarrollado informes a medida con el fin de satisfacer las necesidades de los jefes de las especialidades quirúrgicas.

Esta herramienta permite, tanto a la Dirección como a los Jefes de Unidad, obtener la información necesaria para la gestión de LEQ de forma ágil y eficaz; cumpliendo con los plazos establecidos por la Consejería.

Desde su implantación no se han producido no conformidades en la gestión de LEQ en el Hospital.

La herramienta ha obtenido la aprobación del 100% de los Jefes de las Unidades quirúrgicas del Hospital (13 Jefes de Unidad), quienes la consultan de forma semanal para realizar la programación quirúrgica y la gestión de los Rechazos.

ESTRATEGIAS BASADAS EN MACHINE LEARNING: UNA REVISIÓN DE SU APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

 OLALLA SAYANS QUEIRUGA; MARÍA EVA CAMPOS OUBEL; MARÍA DEL MAR VÁZQUEZ SALVADO; MINIA AMBOAGE VALIÑO

 AREA SANITARIA A CORUÑA E CEE

Identificador: 607

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La toma de decisiones sobre el alta hospitalaria es un proceso complejo que implica evaluar la estabilidad clínica, la funcionalidad del paciente y los recursos disponibles para la continuidad asistencial. Errores o retrasos en la planificación del alta se asocian a reingresos evitables, complicaciones posthospitalarias y sobrecarga de los servicios sanitarios. En este contexto, la inteligencia artificial, y específicamente el machine learning, ofrece herramientas avanzadas para analizar grandes volúmenes de datos clínicos y anticipar el momento óptimo de alta, el riesgo de reingreso o la necesidad de apoyo sociosanitario. No obstante, su aplicación práctica aún presenta desafíos técnicos, éticos y organizativos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de esta revisión fue analizar la literatura reciente sobre modelos predictivos basados en ML aplicados al alta hospitalaria, identificar las estrategias, variables y algoritmos más utilizados, evaluar sus limitaciones y proponer mejoras para su integración clínica. Se realizó una búsqueda estructurada en PubMed, Embase, Scopus, Web of Science y CINAHL (2020–2025), incluyendo estudios con aplicación real o simulada de modelos de ML al alta hospitalaria. De más de 1.200 artículos, se seleccionaron aquellos con mayor calidad metodológica y aplicabilidad clínica. Se analizaron criterios como selección de variables, tipo de algoritmos (árboles de decisión, redes neuronales, boosting), métricas predictivas (AUC, sensibilidad, especificidad) y grado de implementación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los modelos más frecuentes se orientan a predecir reingresos, duración de estancia, dependencia funcional o complicaciones tras el alta. Las variables más utilizadas incluyen edad, comorbilidad, diagnósticos al ingreso, parámetros analíticos, escalas funcionales (Barthel, frailty index) y utilización previa de recursos sanitarios. Algunos modelos alcanzaron AUC superiores a 0,80, especialmente en estudios multicéntricos con grandes bases de datos. Sin embargo, la mayoría carece de validación externa o integración en sistemas de soporte clínico. Las principales barreras identificadas fueron la falta de interoperabilidad con las historias clínicas electrónicas, la baja explicabilidad de los modelos más complejos y la limitada implicación del personal clínico en su desarrollo y adaptación.

La capacidad para anticipar resultados adversos o planificar la continuidad asistencial puede mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema. Sin embargo, para lograr su implementación efectiva es imprescindible garantizar su validez externa, asegurar la integración con los sistemas clínicos y diseñar interfaces comprensibles y clínicamente relevantes. La colaboración multidisciplinar entre clínicos, gestores y expertos en datos es clave para transformar este potencial en soluciones reales al servicio de la asistencia.

OPEN DISCLOSURE. COMUNICACIÓN HONESTA Y TRANSPARENTE TRAS UN EVENTO ADVERSO.

 Belen Rodriguez Hermida ⁽¹⁾; Charo Peinado Clemens ⁽²⁾; Ilia Rey Paraños ⁽³⁾; Laura Sánchez Suárez ⁽⁴⁾; Ana Mato Rivera ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC); ⁽²⁾ Hospital universitario de Badajoz; ⁽³⁾ Hospital Universitario A Coruña; ⁽⁴⁾ Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Identificador: 608

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La comunicación abierta y honesta con los pacientes y sus familias tras un evento adverso es fundamental en la seguridad del paciente. Una adecuada gestión de estas conversaciones no solo mitiga el impacto emocional del evento, sino que también fortalece la confianza en el equipo de salud y en la institución. Explicar con claridad lo ocurrido, los errores cuando corresponda, y ofrecer apoyo contribuye a la transparencia y facilita el aprendizaje organizacional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Partiendo de la premisa de que “Errar es humano” es importante dar a conocer la importancia de que los profesionales de la salud puedan establecer una comunicación abierta, honesta y empática con los pacientes y sus familias tras un evento adverso. Contribuyendo a la confianza, seguridad y el bienestar emocional de los involucrados.

1. Explicación de la importancia de la comunicación abierta tras eventos adversos y su impacto en la relación con pacientes y familia.
2. Enseñanza de herramientas para comunicar eventos adversos de manera transparente, reconociendo y gestionando emociones de pacientes y familiares.
3. Mostrar estrategias de comunicación que promuevan la empatía, la escucha activa y el respeto en situaciones difíciles.
4. Identificación de barreras comunes en la comunicación abierta y exponer soluciones efectivas para superarlas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mejorando la comunicación de los eventos adversos, se aumenta la confianza del paciente y su familia, también se facilita el procesamiento por parte de los profesionales que se ven involucrados en un evento adverso.

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (SINASP) EN ATENCIÓN PRIMARIA.

 *MARÍA EVA CAMPOS OUBEL; MARÍA DEL MAR VÁZQUEZ SALVADO; SILVIA VAZQUEZ PEREZ; NURIA DE CASTRO ACUÑA; CRISTINA VARGA MARTÍN; OLALLA SAYANS QUEIRUGA*

 *AREA SANITARIA A CORUÑA E CEE*

Identificador: 609

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La notificación de eventos adversos es un pilar fundamental para mejorar la seguridad del paciente. En nuestro entorno de atención primaria, la implantación del sistema SINASP era muy limitada, ya que solo 4 centros de salud disponían de código de notificación activo. Esta situación suponía una barrera importante para la detección, análisis y mejora de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue extender la implantación del sistema SINASP del Servicio de Atención Primaria (SAP), facilitando su uso por parte de los profesionales. Se celebró una reunión de coordinación entre el área de calidad y las direcciones médicas y de enfermería de atención primaria, donde se acordó ampliar el alcance del sistema. Se añadieron 3 centros adicionales y se optó por unificar los códigos de notificación a nivel de SAP. Posteriormente, se asignaron los nuevos códigos y se organizó una primera formación dirigida a responsables de centro y coordinadores. Además, se instó a la realización del curso dirigido a gestores de eventos adversos disponible en el portal del Ministerio de Sanidad, reforzando así las competencias necesarias para la correcta gestión y análisis de los eventos notificados.

Desde el área de calidad, se visitaron los centros para ofrecer sesiones breves dirigidas a los gestores del sistema y sesiones grupales a todo el personal, con el objetivo de facilitar el conocimiento y uso efectivo de la plataforma.

Se planificaron para el año 2025 la ampliación a 3 nuevos centros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implantación del sistema SINASP se amplió de 4 a 7 SAP, integrando la notificación de eventos adversos en el funcionamiento habitual de cada centro. La formación específica permitió una mayor familiarización con la herramienta y una mejora en la cultura de seguridad. Se observaron primeras notificaciones en centros previamente inactivos, señal de un uso inicial efectivo del sistema. La extensión de SINASP a nivel de atención primaria es viable y efectiva mediante coordinación entre direcciones y una estrategia formativa adaptada. La asignación de códigos por SAP y el acompañamiento activo del área de calidad fueron claves para su implantación. Esta experiencia demuestra que la integración de sistemas de notificación contribuye a fortalecer la seguridad del paciente en el primer nivel asistencial.

GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: RULEQ EXPRESS – ACTIVIDAD EXTRAORDINARIA

😊 *María Teresa Rodríguez Muñoz; Raul Oveja Fernandez; Ana María Villacañas Romero; Francisco Javier Dominguez Hernández; María Esther Renilla Sánchez; Modoaldo Garrido Martín*

🏥 *Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

Identificador: 610

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La demanda de transparencia en la gestión de las instituciones sanitarias y, en particular, de la lista de espera quirúrgica (LEQ), requiere herramientas avanzadas que optimicen la inclusión y la programación quirúrgica de los pacientes de forma eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar e implantar un nuevo proceso automatizado y centralizado mediante las herramientas compartidas de Office 365 que nos permita llevar a cabo la programación quirúrgica de la actividad extraordinaria con más de un mes de antelación, optimizando su gestión permitiendo a los pacientes conocer con más de un mes de anterioridad cual va a ser su fecha de intervención quirúrgica lo que contribuye a una mejor organización personal y profesional para quienes esperan una intervención quirúrgica, así como optimizar la gestión hospitalaria, permitiendo el trabajo colaborativo de todos los profesionales implicados en la programación quirúrgica, desde el Gestor de LEQ de cada especialidad, el personal de las Secretarías quirúrgicas y el personal administrativo del Despacho LEQ.

Ámbito: hospital del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con 409 camas.

Periodo de estudio: 2024-5.

Se ha desarrollado una herramienta propia que permite gestionar los datos actualizados semanalmente, y está conectada a la base de datos descargada del SERMAS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se genera un fichero compartido mediante Office 365 al que tienen acceso el Gestor de LEQ de la especialidad, el personal de la Secretaría Quirúrgica y el Personal del Despacho LEQ.

El Gestor de LEQ de la especialidad establece los criterios que deben cumplir los pacientes para poder ser intervenidos en Jornada Extraordinaria y determina que días del mes siguiente se va a llevar a cabo Actividad Extraordinaria y que tipo de pacientes van a ser intervenidos, solo pacientes RULEQ o pacientes RULEQ y No RULEQ (PCI/PSI).

A continuación, el personal de Despacho de Lista de Espera Quirúrgica contacta telefónicamente con los pacientes para indicarles las posibles fechas de intervención con la ventaja que supone tener todo el mes disponible, ya que el paciente puede elegir que día del mes quiere ser operado. De esta forma se optimizan las llamadas para contactar con los pacientes y en cada llamada el paciente queda programado.

Por último, el personal de la Secretaría Quirúrgica incluye y acepta al paciente en el Panel Quirúrgico del día seleccionado.

Esta herramienta permite, tanto a la Dirección como a los Jefes de Unidad, obtener la información necesaria para la gestión de LEQ en Jornada Extraordinaria de forma ágil y eficaz; cumpliendo con los plazos establecidos por la Consejería.

Desde su implantación no se han producido no conformidades en la gestión de LEQ en el Hospital.

La herramienta ha obtenido la aprobación del 100% de los Jefes de las Unidades quirúrgicas del Hospital que han participado en este proyecto (3 Jefes de Unidad), Oftalmología, Cirugía General y Dermatología, quienes la consultan para supervisar la programación quirúrgica de la Actividad Extraordinaria.

REVELANDO LA VERDAD OCULTA: QUÉ Y CUÁNTO SE INFRANOTIFICA EN LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CON DAÑO

 *María Dolores Conejos Miquel ⁽¹⁾; Gerardo Garzón González ⁽¹⁾; Tamara Alonso Safont ⁽²⁾; Aurora Barberá Martín ⁽¹⁾; Oscar Agudo Arroyo ⁽³⁾; Esther Zamarrón Fraile ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ *Gerencia Atención Primaria de Madrid. DT Procesos y Calidad;* ⁽²⁾ *Gerencia Atención Primaria de Madrid. DT Sistemas de Información;* ⁽³⁾ *Gerencia Atención Primaria de Madrid.*

Identificador: 611

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad en Atención Primaria (AP). Sin embargo, los sistemas de notificación voluntaria (SNV) de incidentes de seguridad (IS) pueden no reflejar la verdadera magnitud ni la tipología o gravedad de los eventos adversos (EA). Este estudio compara la eficacia del SNV con la revisión de historias clínicas (RHC) para identificar y caracterizar los EA, revelando posibles limitaciones y áreas de mejora.

OBJETIVOS

Evaluar la diferencia en la capacidad de detección de EA entre el SNV y el RHC en AP.

Analizar las diferencias en la caracterización de los EA detectados por ambos métodos.

METODOLOGÍA

Se compararon los resultados de un robusto estudio de prevalencia y caracterización de EA en AP, realizado mediante RHC, con los EA detectados por el SNV en el mismo periodo y ámbito. Se analizaron las diferencias en el número de EA y en variables secundarias como sociodemográficas, gravedad, tipo y lugar de aparición.

RESULTADOS

El SNV reportó solo uno de cada 302 EA detectados por RHC (0,33%). Se observaron diferencias significativas en la caracterización de los EA:

Género: Menor proporción de mujeres en los EA notificados por SNV (60,86%) frente a RHC (66,7%).

Edad: EA notificados por SNV afectan más a mayores de 75 años (37%) frente a 46-65 años en RHC (31%).

Gravedad: Predominó el daño leve en ambos métodos (57,9% SNV vs. 60,6% RHC), pero se notificaron menos EA graves en el SNV (1,5% vs. 7,4%).

Tipo: SNV notificó más incidentes de paciente (28,1% vs 17%), dispositivos (11,7% vs <1%), dispensación (5,5% vs <1%), continuidad (5% vs <1%), citaciones (4,8% vs 2,1%) e infraestructuras (3,4% vs <1%). Menos EA relacionados con prescripción (15,1% vs 28,7%), tratamientos (1,9% vs 12,8%), seguimiento y cuidados (0,42% vs 9,6%) y valoración clínica y diagnóstico (0,21% vs 11,7%).

Lugar: Se detectaron más EA en centros de salud mediante SNV (49,8% vs. 44,7%), más en domicilios (28,78% vs. 19%) y menos en hospitales (11,8% vs. 21,3%).

CONCLUSIONES

Los SNV presentan limitaciones significativas; detectan un porcentaje muy bajo de EA y muestran diferencias en la notificación de EA graves y en los relacionados con la responsabilidad profesional. Es crucial mejorar estos sistemas o complementarlos con modelos de revisión de historias clínicas por parte de las Unidades de Gestión de Riesgos, para conocer la casuística completa de EA en cada organización sanitaria.

LA INTEGRACIÓN LABORAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: UN PROYECTO COLABORATIVO PUBLICO PRIVADO

 LIERNI LEKUONA SANZ ⁽¹⁾; ANDREA GABILONDO CUELLAR ⁽¹⁾; ALVARO IRUIN SANZ ⁽¹⁾; ELIXABETE ESPARZA GARCIA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ RED DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA; ⁽²⁾ RED DE SALUD MENTAL

Identificador: 612

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La Red de Salud Mental (asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio) y la tipología de la enfermedad hacia la que dirige sus actuaciones tiene un fuerte impacto social. Además, la dispersión territorial de sus 15 centros y sus 40 años de existencia, junto con el trabajo desarrollado con Diputación, Ayuntamientos, Servicios Sociales y Asociaciones locales, han facilitado una marcada integración en el entorno y que el paciente y su familia puedan ser atendidos en su propio medio. Estos contactos y reuniones con representantes del entramado social han permitido que RSMG haya identificado lo que la sociedad espera de ella y que, entre otros objetivos, se centre en ayudar a los pacientes con más dificultades en su integración laboral.

OBJETIVOS

Fomentar la integración laboral del colectivo de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) como miembros de la sociedad, en crecimiento continuado, que pasan a ser parte activa de la misma.

Una medida que, aun siendo pequeña, creemos es de gran importancia a nivel social tiene que ver con la reinserción laboral del enfermo mental, potenciada por RSMG a través de acuerdos intersectoriales que se inician en el año 1996, si bien su impacto es mayor a partir del año 2000.

METODOLOGÍA

1996 Acuerdo Marco para la colaboración entre el departamento de Sanidad junto con Osakidetza y la Diputación Foral de Gipuzkoa a través de GIZARTEKINTZA: Se crean la Comisión Territorial de Coordinación Socio-Sanitaria y las Comisiones Sectoriales de coordinación socio-sanitaria, que elaboraron una propuesta de colaboración para coordinar la atención tanto sanitaria y social para la integración en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos en Gipuzkoa.

2000: protocolo de actuación para garantizar la prestación de Atención Psiquiátrica en la red de Centros Especiales de Empleo y centros ocupacionales que se hallen gestionados, tutelados o concertados con GIZARTEKINTZA; se establecen los compromisos a cumplir por ambas partes.

2004: Acuerdo de colaboración entre RSMG y EHLABE (Asociación de Entidades de Trabajo Protegido del País Vasco) para colaborar de forma coordinada en la reinserción y rehabilitación de los pacientes TMG

2012: Protocolo de coordinación Grupo Gureak – RSMG

2013: Protocolo de coordinación Grupo KateaLegaia – RSMG

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se aportarán los datos de evolución de los últimos 12 años de integración laboral de pacientes con TMG a través de Centros Ocupacionales y Centros especiales de empleo, que demuestran la idoneidad de la colaboración PÚBLICO-PRIVADA E INTERINSTITUCIONAL que comenzó en 1996; 1600 personas integradas en los diferentes itinerarios laborales

CONCLUSIONES

La colaboración entre instituciones como base de mejora e integración en la sociedad de colectivos de personas con dificultades importantes. La comunicación entre instituciones pieza clave para seguir mejorando en la atención prestamos a las personas con enfermedad mental.

CAMINO HACIA LA EXCELENCIA: ESTRATEGIAS PARA LA DESIGNACIÓN COMO CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

😊 MARIA EVA CAMPOS OUBEL ⁽¹⁾; MINIA AMBOAGE VALIÑO ⁽²⁾; MARÍA DEL MAR VÁZQUEZ SALVADO ⁽²⁾; OLALLA SAYANS QUEIRUGA ⁽²⁾; ENRIQUE GONZÁLEZ RODRÍGUEZ ⁽²⁾; ROCIO SEIJO BESTILLEIRO ⁽²⁾

🏢 ⁽¹⁾ HUAC; ⁽²⁾ AREA SANITARIA A CORUÑA E CEE

Identificador: 613

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®), coordinado en España por el Instituto de Salud Carlos III en colaboración con la RNAO, impulsa la integración de buenas prácticas basadas en la evidencia en entornos sanitarios. Esta designación no solo reconoce el compromiso institucional con la calidad del cuidado, sino que supone una transformación organizativa que exige liderazgo enfermero, implicación multidisciplinar y evaluación continua. Este trabajo recoge la experiencia de una institución sanitaria de tercer nivel entre 2022 y 2024 hasta lograr dicha designación, estructurada según el modelo BPSO®.

OBJETIVOS

El objetivo fue diseñar, implantar y consolidar una estrategia institucional para integrar cuatro Guías de Buenas Prácticas (GBP) en cuidados enfermeros, promoviendo una cultura organizacional basada en la evidencia.

METODOLOGÍA

Se empleó una metodología de gestión por proyectos con enfoque participativo, estructurada en seis ejes:

Análisis de contexto: autoevaluación de recursos, cultura de calidad y barreras organizativas.

Capacitación y liderazgo clínico: identificación de líderes por cada GBP y formación específica en liderazgo transformacional, cambio organizacional y metodología BPSO®.

Implantación de las GBP: selección de las guías de prevención de caídas (de aplicación transversal a todo el área sanitaria), pie diabético, acceso vascular y cuidados en ostomías, con adaptación al contexto local y formación a equipos multidisciplinarios.

Promoción de la cultura organizacional: campañas de comunicación interna, jornadas de difusión, mesas informativas y espacios de reconocimiento institucional.

Evaluación continua: establecimiento de indicadores de estructura, proceso y resultado para cada GBP, con seguimiento sistemático y sesiones de retroalimentación.

Sostenibilidad e integración: incorporación de las GBP en protocolos institucionales y planes de formación, asegurando su permanencia más allá del periodo de candidatura.

RESULTADOS

Se implantaron de forma efectiva las cuatro GBP seleccionadas, una de ellas de aplicación transversal, con mejoras demostradas en indicadores asistenciales y organizativos. Se potenció el liderazgo enfermero, se incrementó la implicación del personal y se consolidó una cultura de mejora continua. La evaluación externa validó el cumplimiento de los criterios, obteniendo la designación oficial como CCEC® en abril de 2025.

CONCLUSIONES

La experiencia muestra que la implantación de buenas prácticas clínicas facilita una transformación estructurada de la práctica asistencial basada en la mejor evidencia disponible. La combinación de liderazgo clínico, apoyo institucional y metodología participativa permite alcanzar mejoras sostenibles en la calidad del cuidado. Este modelo constituye una referencia útil para otras organizaciones sanitarias que deseen avanzar hacia una cultura de excelencia, evaluación rigurosa y compromiso con la evidencia.

ESTUDIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LEAN HEALTHCARE APLICADO A LA OPTIMIZACIÓN DE TRASLADOS HOSPITALARIOS

 *Marta Cuaresma Giráldez; Alberto Moreno Conde; Carlos Míguez Sánchez; Elena Pérez Ornedo; Jesús Moreno Conde; Samuel Salas Fernández*

 *Hospital Universitario Virgen Macarena*

Identificador: 614

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas sanitarios públicos se enfrentan al aumento de la presión asistencial, resultado de un aumento de patologías crónicas asociadas a la edad. Es necesario garantizar la accesibilidad, eficacia y calidad en el futuro, sin incrementar el gasto. En este contexto, hay un gran potencial en las metodologías de optimización de procesos como Lean Healthcare. Que se centra en la experiencia de los pacientes y la reducción de ineficiencias como duplicación de tareas, tiempos de espera, sobrecarga de personal, el transporte (de pacientes o materiales), el inventario, o errores médicos.

En nuestro centro, los circuitos de urgencias, observación, traslados y hospitalización eran ineficientes y dependían de llamadas telefónicas o papel, por lo que la trazabilidad de los movimientos y la información sobre la ocupación del hospital era inexacta y deficiente. El proyecto TECIPOT aplica la metodología Lean Healthcare para digitalizar estos procesos y reducir defectos existentes, de forma que optimice el uso de recursos y mejore la atención que reciben nuestros pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejora de los procesos de traslados de pacientes de urgencias, observación y alta hospitalaria mediante la aplicación de metodología Lean Healthcare, redefinición de circuitos y la incorporación de nuevas tecnologías

Identificar generadores de tiempos de espera y retrasos evitables

Redefinir el proceso de traslado de pacientes

Desarrollar herramientas informáticas para implantar los nuevos procesos

Evaluar el impacto en la calidad de la atención recibida por los pacientes y los tiempos asociados, el impacto económico de los resultados, y la percepción de profesionales y pacientes sobre las medidas

Definir un plan para la extensión del sistema a otros centros

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Digitalización del flujo de petición de ambulancias mediante el desarrollo de un gestor de peticiones y notificaciones (PIDE) que permite reastrear desde que se presenta la solicitud hasta que es validada. Elimina las peticiones en fax y papel, agilizando el trabajo.

Desarrollo del sistema de gestión de camas hospitalarias que redefine y optimiza los flujos de ingreso a urgencias, traslado y alta hospitalaria, integra:

Aplicación móvil: permite a cada uno de los profesionales involucrados (Limpieza, Admisión, Admisión Urgencias, Enfermería, TCAE, Directivos) escanear un QR asociados a cada cama al terminar su actividad, asegurando la trazabilidad del estado en el que se encuentran cama y paciente en todo momento. También se involucra al paciente en el proceso, que escanea el código QR tras alta hospitalaria.

Cuadros de Mando: con información en tiempo real sobre circuitos de alta, traslados e ingresos hospitalarios a todos los profesionales implicados. Lo que permite tener un seguimiento del estado de la cama en cada momento del flujo (cama disponible, cama ocupada, alta médica, pendiente limpieza) y a los responsables médicos y administrativos, les da una visión integral de la ocupación de nuestro hospital y de las unidades de manera efectiva.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE EXTRACCIONES ANALÍTICAS EN PACIENTES INGRESADOS EN ORTOGERIATRIA

😊 ANNA FALCO CALLAU; MAGDALENA PEREZ ESQUIVA; GONZALO GARCIA CARRARA; SEBASTIA GELABERT MESTRE; OLGA AUBIA VILANOVA; ANNA CORTIELLA MASDEU

 Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona

Identificador: 615

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las extracciones sanguíneas forman parte del seguimiento clínico. Su exceso puede conllevar consecuencias indeseables, especialmente en pacientes frágiles y con comorbilidades

Los pacientes ingresados en una unidad de Orto geriatria se tratan mayoritariamente de personas de edad avanzada, con pluripatología, deterioro funcional y frecuentemente desnutrición o déficit de vitamina D

El seguimiento durante el ingreso implica múltiples extracciones analíticas (control posquirúrgico, estudio del estado nutricional y de osteoporosis)

La integración de todas estas determinaciones en una única extracción responde a varios principios: optimización de recursos, centralización de la información clínica y enfoque centrado en el paciente. Permite disminuir la pérdida hemática, mejora la coordinación asistencial y facilita un abordaje global del paciente desde el inicio de la hospitalización

Evidencia científica que relaciona el tratamiento precoz de la osteoporosis y la corrección de la desnutrición con mejores resultados en la recuperación del paciente

OBJETIVOS

General: Diseñar y implementar un protocolo que permita integrar el control analítico, el análisis nutricional y el estudio de osteoporosis en una única extracción analítica en pacientes ingresados en una unidad de Ortopogeriatría

Específicos: Detectar precoz de déficits nutricionales y del metabolismo óseo / Iniciar tratamiento precoz durante la hospitalización / Disminuir la carga de trabajo para enfermería

METODOLOGÍA

Población diana: Pacientes ingresados en una unidad de ortogeriatría de un hospital de tercer nivel

Colaboración con los Servicios de Reumatología, Endocrinología, Traumatología y Medicina interna

Protocolización del paquete analítico único en el sistema informático e inclusión del protocolo en las guías clínicas del servicio.

Formación y sensibilización del equipo asistencial

RESULTADOS

Inicio precoz de tratamiento.

Aumento de pacientes tratados con suplementos de vitamina D y calcio.

Aumento de suplementación nutricional específica tras detectarse hipoalbuminemia o déficit de pre-albúmina.

Liberación de tiempo para enfermería

Simplificación de la prescripción analítica y disminución de errores de duplicidad.

CONCLUSIONES

La estrategia fue bien acogida por los profesionales y mejoró la percepción de calidad por parte de los pacientes.

La puesta en marcha de un protocolo de optimización analítica en pacientes ingresados ha demostrado ser una medida efectiva, segura y viable. Integrar, simplificar y anticipar son principios clave para ser más eficientes. Esta experiencia demuestra que cambios organizativos sencillos, pueden generar un impacto significativo en la atención hospitalaria.

ACTUACIÓN DE UN EQUIPO DE GERIATRIA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

 ANNA FALCO CALLAU; ANNA CORTIELLA MASDEU; OLGA AUBIA VILANOVA; NURIA PLANA RUBIO; M.PILAR GOMEZ LURI; IGNACIO TOMAS LENCINA

 Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona

Identificador: 616

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La intervención especializada a los diferentes servicios asistenciales del hospital de agudos, que se realiza por parte del Equipo de Soporte Hospitalario de Geriatría (ESHG) va destinada a aquellas personas mayores frágiles con necesidades más complejas (pluripatología, síndromes geriátricos, deterioro cognitivo, elevado consumo de servicios sanitarios, problemática social añadida...).

El servicio de urgencias es la vía principal de ingreso en el hospital de este grupo de población, y, además, se convierte en la interfase entre la comunidad y el Hospital. Por tanto, tiene que ser el lugar de partida para la identificación del paciente geriátrico susceptible de recibir atención geriátrica especializada.

Esto implica una mejora asistencial en el paciente geriátrico y la reducción de la estancia al servicio de urgencias o hospitalizaciones innecesarias.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Planificar un abordaje multi e interdisciplinar del paciente geriátrico frágil en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario.

Objetivos secundarios: Valoración geriátrica integral. Prevención de la aparición de los síndromes geriátricos en pacientes frágiles. Adecuación y conciliación farmacológica. Buscar el recurso más adecuado al alta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de las valoraciones realizadas por el ESHG en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario durante el año 2024.

RESULTADOS

El ESH de geriatría ha realizado 1748 valoraciones durante el año 2024, de las cuales, 828 (47.4%) se han realizado en el Servicio de urgencias.

Del total de las valoraciones, 671 (81%) son pacientes PCC o MACA.

Destino total de los pacientes valorados: Domicilio:144(17.4%); H. Agudos:194 (23.4%); Hospital de Atención Intermedia (HAI):465(56.3%); Éxitus:2(0,2%); Hospitalización a Domicilio(HaD):20(2.4%); PADES:2(0.2%); Hospital de Medicina Interna(HDMI):1(0,1%)

Según si son PCC o MACA, el destino al alta varia:

- Pacientes PCC o MACA: Domicilio:133(19.8%); H. Agudos:119(17.7%); HAI:400(59.6%); Éxitus:2(0,3%); HaD:14(2.1%); PADES:2(0.3%); HDMI:1(0,2%)
- Pacientes NO PCC/MACA: Domicilio:11(7%); H. Agudos:75(47,8%); HAI:65(41,4%); Éxitus:0; HaD:6(3,8%); PADES:0

CONCLUSIONES

Casi la mitad de las valoraciones del ESH se realizan en el Servicio de Urgencias.

Cuatro de cada cinco pacientes valorados en urgencias son PCC y MACA

Más de la mitad de los pacientes valorados ingresan en Hospital de Atención Intermedia.

Casi una cuarta parte de los pacientes valorados vuelven a domicilio con soporte de su Equipo de Atención Primaria (EAP), Hospitalización a domicilio o PADES.

Una cuarta parte de los pacientes valorados ingresan en Hospital de Agudos (HA). Si diferenciamos entre pacientes PCC/MACA o no, vemos que solo una quinta parte de los pacientes PCC requieren ingreso en HA, a diferencia de los pacientes no PCC que casi la mitad requieren ingreso en HA.

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y LA RELACIÓN CON EL RECURSO AL ALTA

 OLGA AUBIA VILANOVA ⁽¹⁾; GABRIEL DE FEBRER MARTÍNEZ ⁽²⁾; SONIA ROIG FLORES ⁽³⁾; ANNA CORTIELLA MASDÉU ⁽⁴⁾; NÚRIA PLANA RUBIO ⁽¹⁾; M.PILAR GÓMEZ LURI ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL JOAN XXIII TARRAGONA; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN REUS; ⁽³⁾ HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMÉDIA FRANCOLÍ TARRAGONA; ⁽⁴⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII TARRAGONA

Identificador: 617

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los avances en atención sanitaria y social incrementan la esperanza de vida y el aumento de personas de edad avanzada dependientes y situación de riesgo social.

La dependencia funcional en relación con la enfermedad se agrava si, a la falta de salud, se le suman aquellos aspectos sociales y familiares que dificultan la correcta atención de la persona.

El paciente geriátrico es un sujeto con valoración médica compleja debido a la presentación atípica de enfermedades, de comorbilidad y polifarmacia asociada.

En Catalunya se han establecido propuestas de identificación de estos pacientes como paciente crónico complejo (PCC) o como paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA)

Una Valoración Geriátrica Integral adaptada a la dinámica de los Servicios de urgencias hospitalarias (SUH) ayudará a establecer un plan de cuidados específico.

El Equipo de Soporte Hospitalario de Geriátrica (ESHG), es un equipo multidisciplinar: médico, enfermera y trabajador social (TS)

La atención de la TS en los SUH se focaliza en el impacto que la enfermedad genera en los pacientes y su entorno.

OBJETIVOS

Generales: Conocer el riesgo social medido por la Escala de Gijón de los pacientes mayores de 80 años en un SUH

Específicos: Describir las características de la población atendida. Relación del riesgo sociofamiliar con el recurso al alta. Relacionar la situación funcional y cognitiva con el riesgo social detectado

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal.

Muestra: pacientes mayores de 80a. del SUH de abril a junio de 2024. Se han valorado 102 pacientes

Variables: edad, sexo, paciente PCC/MACA, destino al alta, test de Gijón, Barthel y Pfeiffer

Las variables categóricas o cualitativas se describen en porcentajes, las variables numéricas o cuantitativas en media +/- desviación estándar.

La comparación de las variables cualitativas se realiza mediante la prueba estadística de X2 para muestras independientes. Comparación de las variables cuantitativas mediante la prueba estadística de t de Student para muestras independientes.

El nivel de significancia estadística utilizado es $p > 0.05$

Análisis de datos se utiliza el software estadístico SPSS para Windows versión 22.0

RESULTADOS

Edad media de 88,5 a., predominio mujeres, alta dependencia funcional 52%, deterioro cognitivo 47% y con una alta identificación de complejidad clínica asistencial 62%.

Presentan un 48% situación de riesgo social moderado o alto.

Mayor riesgo social con relación a la dependencia funcional, pero no respecto al deterioro cognitivo.

Destino al alta del SUH: Centro Sociosanitario 62%, retorno domicilio 24% y HAD 8%

CONCLUSIONES

Es una población de edad avanzada con complejidad clínica detectada antes de llegar al SUH, con alta prevalencia de incapacidad funcional y deterioro cognitivo

Elevada situación de riesgo social, incrementada al presentar una causa de descompensación clínica y necesidad de valoración integral por un equipo de geriatría

No encontramos relación entre riesgo social y destino al alta

PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL CÁNCER DE MAMA

 Rosa M^a Sabater Raga; Nuria Rudi Sola; Maria Carme Ferrer Badia; Marta Jimenez Torrado; Eloisa Micó Reyes; Marina Clarambo Semis

 Hospital General Granollers

Identificador: 619

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama representa una de las principales causas de enfermedad en mujeres, y su tratamiento implica un recorrido complejo que abarca diagnóstico, cirugía, quimioterapia, radioterapia y seguimiento.

La experiencia de las pacientes es un componente esencial para evaluar la calidad asistencial.

Este estudio cualitativo busca comprender dicha experiencia en un Hospital comarcal, con el fin de identificar buenas prácticas y áreas de mejora.

OBJETIVOS

- Analizar la percepción de las pacientes sobre el proceso asistencial del cáncer de mama.
- Identificar fortalezas y debilidades en la atención recibida.
- Recoger propuestas de mejora directamente desde la experiencia de las pacientes.

METODOLOGÍA

Se realizó un grupo focal el 24 de abril de 2025 con pacientes tratadas por cáncer de mama en el Hospital. La sesión se estructuró en torno a tres momentos clave del proceso asistencial: inicio, tratamiento oncológico y proceso quirúrgico. Se recogieron testimonios sobre aspectos positivos, negativos y sugerencias de mejora. La información fue categorizada y analizada mediante metodología cualitativa.

RESULTADOS

Las pacientes destacaron como aspectos positivos la rapidez en la realización de pruebas y el inicio del tratamiento, la claridad de la información médica, y la actitud profesional del personal de enfermería y oncología. También se valoró positivamente la derivación oportuna a otros servicios y el seguimiento postoperatorio.

Entre los aspectos a mejorar se identificaron: la falta de información sobre efectos adversos a largo plazo, alimentación y fertilidad, la falta de homogenización entre la información proporcionada por diferentes profesionales, los cambios frecuentes de oncólogo responsable y disfunciones en procedimientos diagnósticos y las dificultades de contacto con el hospital y desorganización en las citas.

Las propuestas de mejora incluyeron: formación en empatía para el personal sanitario, mayor accesibilidad a profesionales y recursos como DOMUM, inclusión de apoyo psicológico desde el inicio, visión holística del paciente oncológico (nutrición, fisioterapia, psicología) y mejora en la gestión de expectativas y comunicación de escenarios posibles.

CONCLUSIONES

El grupo focal permitió identificar tanto buenas prácticas como importantes áreas de mejora en el proceso asistencial del cáncer de mama.

La experiencia de las pacientes subraya la necesidad de una atención más empática, coordinada y personalizada.

La implementación de las propuestas recogidas podría mejorar significativamente la calidad asistencial y la satisfacción de las pacientes.

EQUIDAD EN EL ACCESO A LA INNOVACIÓN: DIGITALIZACIÓN CONSENSUADA DE PROMS EN REUMATOLOGÍA

 Delia Reina Sanz ⁽¹⁾; Silvia García Díaz ⁽²⁾; Xavi Alzaga Reig ⁽³⁾; Xavier Suris Armangué ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Sant Joan Despi Moisès Broggi; ⁽²⁾ Complex Hospitalari Universitari Moises Broggi; ⁽³⁾ Área de sistemas de información Catsby; ⁽⁴⁾ Catsby

Identificador: 620

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades reumáticas son muy prevalentes y afectan negativamente la calidad de vida. El uso de los PROM (medidas de resultados informadas por los pacientes) mejora el seguimiento clínico, ya que permite evaluar el impacto de los tratamientos desde la perspectiva del propio paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto tiene como objetivo principal mejorar el seguimiento y la gestión de pacientes con espondiloartritis (EspA) mediante la digitalización de los PROMs, integrándolos en la historia clínica electrónica.

Entre los objetivos secundarios se incluyen:

- Promover la equidad territorial facilitando el acceso a una aplicación de salud comunitaria.
- Mejorar la adherencia, al uso de la plataforma, a nivel regional.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un consenso con un grupo multidisciplinar compuesto por reumatólogos, enfermería, expertos en sistemas de información y un representante del Plan Director de Enfermedades Reumáticas. Se trabajaron dos aspectos clave: La facilidad de uso para el paciente y la utilidad clínica de los datos recogidos.

RESULTADOS

Como resultado, los PROMs 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, con estructura de datos openEHR y se implementarán en el catálogo de la aplicación PROMs-HES. Esta herramienta integrada en atención de primaria y hospitales, de uso público, permitirá prescribir PROM, consultar los resultados y realizar el seguimiento, con la finalidad de poder tomar decisiones terapéuticas de forma anticipada. El ciudadano podrá dar respuesta a través de la plataforma de salud volcándose el contenido en su historia clínica.

CONCLUSIONES

En los próximos diez años, uno de cada cuatro ciudadanos en España tendrá una enfermedad reumática. La digitalización de los PROMs a través del portal del paciente, que ya cuenta con 5,6 millones de usuarios, permite ampliar el acceso a la innovación asistencial, mejorar la equidad territorial y superar barreras geográficas.

El análisis de los datos recogidos facilitará el desarrollo de nuevas estrategias sanitarias. Además, se espera un impacto socioeconómico positivo, como ya se ha observado en oncología, al mejorar la detección precoz y el manejo de complicaciones, lo que puede reducir hospitalizaciones y el uso de recursos sanitarios. Este avance ha sido posible gracias a la colaboración entre profesionales clínicos y técnicos de sistemas de información.

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN

 *Marta Juan Parra; Ivan Vollmer Torrubiano; Maria del Pilar Aparicio García; Mario Culebras Amigó; Maria Gutiérrez San Miguel*

 *Hospital Universitari Vall d'Hebron*

Identificador: 621

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La alta variabilidad y el prolongado tiempo en el diagnóstico rápido de cáncer de pulmón (DRP) evidenciaron ineficiencias significativas en el proceso. Identificar y eliminar actividades sin valor añadido (NVA) en las fases iniciales del circuito era crucial para optimizar recursos, mejorar la seguridad del paciente y lograr una atención más efectiva y centrada en su experiencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal era identificar y eliminar NVA del circuito de DRP.

Se aplicó la metodología Lean, desarrollando un Mapa de Flujo de Valor (VSM) que abarcaba desde la derivación hasta la entrada a la Unidad de DR (UDR).

Todos los pacientes derivados con radiografía (RX) pasaban sistemáticamente por un TAC y el comité de DRP, donde se decidía si entraban a la UDR y se les realizaba un PET-TAC.

Se identificaron como NVA:

Sobreproducción: El TAC no siempre era necesario ni la prueba inicial más adecuada. Un 45% de pacientes sin sospecha justificada llegaban al comité, consumiendo recursos y tiempo.

Sobreprocesamiento: En pacientes con sospecha consolidada, se solicitaba un PET-TAC después del TAC, implicando doble irradiación y redundancia (31% de los casos), afectando a la seguridad del paciente.

Para optimizar el flujo, se rediseñó el circuito con un equipo multidisciplinar, incorporando a un radiólogo experto para valorar RX y determinar la necesidad de TAC o PET-TAC. El comité de DRP pasó a realizarse directamente con los resultados del PET-TAC en pacientes con sospecha consolidada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implementación del nuevo circuito, evaluada en una muestra de 51 pacientes de enero a mayo del 2025, evidenció una reducción significativa de NVA en las pruebas de imagen iniciales:

Ahorro del 47% de los TACs (6350€ aprox) y consecuente ahorro de tiempo significativo para el radiólogo, ya que informar RX implica un 64% menos de tiempo que informar un TAC.

Reducción del 48% del tiempo entre derivación y PET-TAC.

Identificación del 14% de los pacientes como no patológicos, saliendo del circuito de DRP antes del comité.

Mejora de la seguridad de los pacientes al reducir la exposición a radiación innecesaria y su experiencia al agilizar pruebas y evitar pasos superfluos.

La metodología Lean permitió optimizar el proceso de DRP, eliminando el NVA detectado. La introducción del radiólogo experto ha demostrado ser altamente eficiente en el filtrado de pacientes y la agilización de las pruebas clave. Los próximos pasos incluirán extender este nuevo circuito a todo el servicio de radiología, asegurando la sostenibilidad y evitando la dependencia de un conocimiento individual. Para alcanzar el objetivo final de reducción del tiempo del proceso y consolidar un flujo eficiente, será crucial abordar la sincronización de las etapas del circuito con la implementación del sistema pull. Esto subraya la naturaleza iterativa y de mejora continua (ciclo PDCA) y la necesidad de futuros esfuerzos en etapas posteriores de la vía clínica.

APORTES DE LA EXPERIENCIA DE USUARIO/A EN LA MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

 *Cristina Sánchez Sánchez* ⁽¹⁾; *SUSANA CASTELO ZAS* ⁽²⁾; *HAIZEA POMBO RAMOS* ⁽²⁾; *INES GALLEGO CAMIÑA* ⁽³⁾; *LUCÍA MELCHOR SÁNCHEZ* ⁽⁴⁾; *ELIXABETE IDOIA IDOAGA URIBE* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ OSI EE Cruces; ⁽²⁾ OSI EEC; ⁽³⁾ OSIEEC; ⁽⁴⁾ UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Identificador: 622

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cuando trabajamos en la adecuación de la práctica clínica, buscamos reducir intervenciones de escaso valor para ofrecer una atención más segura, eficiente y centrada en la persona. Aunque tradicionalmente estas estrategias se han basado en criterios clínicos y evidencia científica, incorporar la experiencia de usuario añade una dimensión clave para mejorar la calidad y la satisfacción del paciente.

La experiencia del paciente se revela como un componente clave para avanzar hacia una atención sanitaria de mayor valor.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En nuestra organización sanitaria, nos hemos propuesto integrar de forma estructurada esta perspectiva en la toma de decisiones, contribuyendo así a una atención más participativa y ajustada a las necesidades reales de las personas.

Para ello, mantenemos herramientas clásicas de monitorización como encuestas de satisfacción, quejas o incidencias, pero las analizamos de forma integrada por áreas de calidad, en lugar de hacerlo por canal.

Además, hemos incorporado dinámicas centradas en experiencia de usuario y design thinking (grupos focales, mapas de experiencia, service safari, etc.) que nos permiten profundizar en las vivencias del paciente y cocrear soluciones con ellos. Esta metodología nos ha llevado a desarrollar un modelo propio de trabajo, que se ha consolidado como herramienta estratégica para definir mejor los proyectos, priorizar intervenciones y evaluar su impacto desde la visión de quien recibe la atención.

Hemos sistematizado también la colaboración con asociaciones de pacientes, que actúan como asesoras en la toma de decisiones, aportando una visión colectiva y organizada que enriquece el proceso

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde 2013, hemos trabajado con más de 200 pacientes y acompañantes, analizado 24 patologías o rutas asistenciales y detectando cientos de áreas de mejora. Estas han derivado en cambios concretos en comunicación, tratamientos, personalización de la información, coordinación entre niveles y rediseño de espacios asistenciales. Además, colaboramos de forma estable con múltiples asociaciones de pacientes que refuerzan este modelo.

Incorporar la experiencia de usuario en las estrategias de adecuación clínica mejora la calidad y la satisfacción del paciente. En nuestra organización, ha ayudado a identificar áreas de mejora que han facilitado cambios en comunicación, tratamientos y coordinación, contribuyendo a una atención más centrada en la persona y sostenible, que mejora la adherencia a las recomendaciones y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Incorporar la experiencia de usuario en las estrategias de adecuación clínica no solo mejora la satisfacción, sino que incrementa la aceptación de las recomendaciones, favorece la adherencia y contribuye a una atención más humana y sostenible, más centrada en las necesidades y expectativas de pacientes.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN: MOTOR DE LA ACREDITACIÓN JCI

 Elixabete Idoiaga Uribe ⁽¹⁾; Susana Castelo Zas ⁽²⁾; María San Pedro Vitutia ⁽³⁾; Inés Gallego Camiña ⁽³⁾; Cristina Sánchez Sánchez ⁽³⁾; Miren CASTAÑARES SARRALDE ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ OSI EZKERRALEDA ENKARTERRI CRUCES - OSAKIDETZA; ⁽²⁾ OSI EXKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES; ⁽³⁾ OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES

Identificador: 623

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Joint Commission promueve la acreditación bajo estándares asistenciales exigentes de calidad y seguridad, dirigidos a garantizar una atención médica excelente. Aunque muchos estándares encajan bien con la operativa asistencial, suelen requerir un esfuerzo adicional tanto en calidad como en documentación de estrategias y su posterior aplicación efectiva. Esto hace necesario diseñar una estrategia sólida de difusión e implantación.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fue disponer de una estrategia que facilitara la implantación efectiva de las líneas de trabajo necesarias para cumplir con los estándares JCI. Se diseñaron diferentes herramientas, adaptadas tanto al momento de aplicación como al perfil del público destinatario.

METODOLOGÍA

En las fases iniciales, se priorizaron acciones de sensibilización y capacitación. Durante el diseño de estrategias y protocolos, se crearon grupos de referentes que más adelante se transformaron en equipos tractores para la implantación y monitorización.

Nos apoyamos en recursos ya consolidados en la organización (boletines, intranet, sesiones de formación continuada...), reforzando su uso. El mayor esfuerzo se centró en las fases de implantación y seguimiento, buscando herramientas prácticas que ayudasen al personal a aplicar los cambios en su día a día.

Además, se establecieron alianzas con organizaciones acreditadas previamente para compartir aprendizajes y recursos.

RESULTADOS

El resultado fue un plan de comunicación robusto, con herramientas adaptadas a cada fase del proceso.

Durante el diseño, se lanzó un boletín temático (BIDEAN) alineado con la estrategia JCI, se impartieron formaciones específicas y se constituyeron equipos de trabajo.

En la implantación, se realizaron sesiones informativas con Dirección, sesiones presenciales en servicios, cursos globales sobre requisitos JCI y simulacros de auditoría. Se proporcionaron materiales como diagramas visuales, checklist, guiones para entrevistas simuladas, autoevaluaciones y FAQs.

Se establecieron debriefings quincenales entre Dirección y el equipo coordinador, y se evaluó el avance con indicadores, auditorías, rondas de seguridad y revisión de historias clínicas.

El resultado fue la obtención de la acreditación JCI con calificación excelente.

CONCLUSIONES

La comunicación es clave en cualquier estrategia de implantación. Las herramientas tradicionales no bastan: es necesario diseñar instrumentos específicos, adaptados al momento y al mensaje. En nuestro caso, estas herramientas han sido bien acogidas, se han integrado en la rutina diaria y han demostrado ser clave en el éxito del proceso, consolidándose como recursos valiosos más allá de la acreditación.

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN CSMIJS: RESPUESTA ÁGIL Y CENTRADA EN LA PERSONA USUARIA

 *Alfonso Ayestarán Maso; Elisabeth Ruiz Calderon; Teresa Ribalta Torrades; Brenda Tarragona Medina; Sebastián D'Agostino Ermacora*

 FUNDACION ORIENTA

Identificador: 626

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la salud mental, los procesos diagnósticos pueden demorarse entre 3 y 4 meses, afectando gravemente la accesibilidad y la oportunidad en la atención. Esta situación impacta directamente en la calidad asistencial, generando malestar en las familias, sobrecarga en los profesionales y debilitamiento de la alianza terapéutica. En este contexto, se hace imprescindible implementar un modelo organizativo que permita responder de forma ágil en el acceso al diagnóstico y a un plan terapéutico individualizado. Las listas de espera mixtas (diagnóstico y seguimiento) generan ineficiencia en la gestión de agendas y dificultan dar respuesta a dos preguntas esenciales: ¿Qué me ocurre? y ¿Qué hago ahora?

OBJETIVOS

1. Reducir la demora en diagnóstico y PTI
2. Mejorar accesibilidad y continuidad asistencial
3. Aumentar la satisfacción de profesionales y familias
4. Reforzar la alianza terapéutica
5. Asegurar la calidad y entrega efectiva del informe diagnóstico
6. Fomentar la participación familiar 7. Disminuir la carga administrativa

METODOLOGÍA

Se ha diseñado un procedimiento que garantiza diagnóstico, PTI e informe que reduce el proceso a la mitad de tiempo (de 4 a 2 meses aprox.). El rediseño mejora: - Accesibilidad y eficiencia: elimina listas internas y evita cambios de profesional - Seguridad y efectividad clínica: refuerza la continuidad terapéutica - Participación: integra a la familia en el PTI - Satisfacción: se evalúa mediante encuestas a personas usuarias y familias - Carga burocrática: se reduce mediante automatización del sistema EKON, rediseño de agendas y participación de Atención a la Ciudadanía Incluye revisión del PTI cada 6 meses, evaluación formal del proceso y comparación con el circuito habitual. Se monitorizan indicadores como altas, pérdidas de seguimiento y reclamaciones.

RESULTADOS

A falta de datos de encuestas, los primeros resultados cualitativos muestran buena acogida por parte de equipos y familias, y una implementación técnica adecuada, validando su viabilidad y aceptación.

CONCLUSIONES

Aunque preliminares, los resultados indican mejoras en accesibilidad, relación terapéutica, participación familiar, eficiencia y reducción de carga profesional. Esta intervención ofrece una base sólida para reducir la demora diagnóstica, el malestar ciudadano y promover un entorno clínico más sostenible.

Palabras clave:

calidad asistencial, salud mental infanto-juvenil, accesibilidad, demora diagnóstica, continuidad asistencial, participación familiar, eficiencia organizativa, satisfacción de la persona usuaria.

DOCUMENTAR PARA MEJORAR: CLAVES DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ROBUSTO

 SUSANA CASTELO ZAS; ELIXABETE IDOAGA URIBE; KOLDO MIKEL LIZARTZA ARREGI; VANESA REGULEZ CAMPO; CRISTINA RODRIGUEZ GOMEZ; MARIA SANPEDRO VITUTIA

 OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES

Identificador: 627

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Uno de los requisitos más habituales en normas de calidad, como ISO, es la necesidad de documentar y controlar los procedimientos relevantes. Aunque a menudo se percibe como una carga administrativa de escaso valor añadido, la práctica demuestra que aquello que no se documenta tiende a generar variabilidad, pérdida de conocimiento y dificultades en el acceso a la información, con impacto en la seguridad y la eficiencia del sistema.

OBJETIVOS

El objetivo fue disponer de un sistema documental que, además de cumplir con los requisitos de control, trazabilidad y vigencia, facilitara el acceso práctico y actualizado a la información por parte de los profesionales.

METODOLOGÍA

El proyecto se inició con una auditoría de los documentos existentes en los distintos repositorios organizativos. A partir de este análisis, se diseñó un circuito documental propio, basado en una herramienta de gestión que permite trazar todo el ciclo de vida de los documentos, desde su autoría hasta su autorización por parte de la Dirección.

Los documentos aprobados se replican automáticamente en los repositorios de uso habitual (historia clínica electrónica, carpetas compartidas, intranet), lo que garantiza que el personal accede siempre a la versión vigente.

Un equipo multidisciplinar coordina el funcionamiento del sistema, asegurando estándares mínimos de calidad en todos los documentos.

RESULTADOS

Esta metodología ha permitido identificar un gran volumen de documentación almacenada localmente, detectando duplicidades, versiones desactualizadas y oportunidades de diseño conjunto. Se asegura que todos los documentos cuenten con validación formal y un periodo de vigencia controlado.

Además, se ha facilitado el acceso a documentos clave a servicios implicados en procesos de acreditación sanitaria.

Este sistema ha permitido diseñar nuevos proyectos de mejora que se nutren de esta información, como:

- Un blog con información relevante para pacientes
- Envío de preparaciones e instrucciones mediante SMS
- Diagramas visuales con vínculos directos a los protocolos aplicables

CONCLUSIONES

Contar con un sistema de gestión documental bien diseñado aporta valor real a la organización y se convierte en una herramienta estratégica para mejorar la calidad asistencial. La centralización, trazabilidad y accesibilidad de la documentación permiten reducir la variabilidad clínica, facilitar la actualización de contenidos y garantizar que los profesionales trabajan con información vigente y validada. Además, abre nuevas posibilidades para la innovación en comunicación con pacientes y en la integración con herramientas digitales. Lejos de ser una obligación administrativa, se convierte en una herramienta clave para la sostenibilidad y calidad del sistema asistencial.

ADELANTARSE A LOS DESASTRES. PLAN DE CONTINGENCIA PARA UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.

 SUSANA CASTELO ZAS; MARIA EUGENIA LARRAZABAL LARRAZABAL; MARGARITA VICIOLA GARCIA; ANA BELEN GARCIA CASTAÑEDA; ANA MARIA GONZALEZ NAVAJAS; IMANOL MELON SANCHEZ

 OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES

Identificador: 628

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En 2019 se inauguró una nueva Central de Esterilización que da servicio a 33 quirófanos, encargada del lavado, acondicionamiento y esterilización del instrumental. A pesar de ser una instalación moderna, desde el inicio se han producido fallos relacionados con equipamiento y estructura que han afectado a la operativa del proceso. Como área de mejora, se diseñó un plan de contingencia que recoge los principales modos de fallo y las respuestas estándar para minimizar impactos negativos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Disponer de respuestas de actuación ante los diferentes modos de fallo puntual o recurrente que podrían suceder en la central de esterilización, y que ponen en riesgo la operativa normal del servicio, garantizando la continuidad y seguridad. Pudiendo facilitar respuestas coordinadas y más rápidas.

Un equipo multidisciplinar (con personal de Esterilización, Medicina Preventiva, Ingeniería, Salud Laboral, Dirección de Enfermería y Calidad) identificó y categorizó posibles fallos en cinco áreas: suministros, equipos, informática, estructura y personal. Se concretaron 28 incidentes clave mediante diagrama de Ishikawa, clasificándolos por nivel de riesgo con un sistema de semáforo. Para cada incidente se definieron requisitos mínimos a concretar en el plan de contingencia y el nivel de riesgo: escenario posible, impacto en el hospital, en seguridad o en trazabilidad, nº crítico para considerarlo fallo, plan de actuación, recursos, vuelta a la normalidad. La información se plasmó en un protocolo global de actuación y se validó mediante simulaciones y monitorización de situaciones reales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El plan ha sido activado en varias ocasiones con una valoración global positiva, aunque se identificaron ajustes necesarios. Su existencia permitió adelantarse a incidencias, garantizando:

- Priorización de áreas e instrumental crítico
- Censo y mantenimiento periódico de lavadoras externas
- Stocks de seguridad para fungibles críticos
- Acuerdos para derivación con otros centros de la red
- Movimientos y reajustes urgentes de personal

El plan de contingencia sistematiza la respuesta ante incidencias en la Central de esterilización, coordinando servicios y definiendo pasos claros. Facilita la preparación ante cortes planificados y una actuación ágil ante incidentes inesperados, incluso sin supervisión directa. Esto mejora la resiliencia del servicio y contribuye a la seguridad y continuidad asistencial.

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON HSOPS 2.0: ADAPTACIÓN Y APLICACIÓN EN UN HOSPITAL ESPAÑOL

 *Catarina Santos Ribeiro; María Delicias Quintana Estellés; Ángel Tejido Sánchez; Carolina Varela Rodríguez; UFRG Comisión Seguridad de Paciente*

 *Hospital 12 de Octubre*

Identificador: 630

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) representa valores, actitudes y comportamientos compartidos que determinan el compromiso con la seguridad en la atención sanitaria. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) desarrolló la versión 2.0 de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS®), actualizada y validada para hispanohablantes en Estados Unidos. Las diferencias en el contexto justificaban su adaptación transcultural para España, buscando una herramienta más ajustada a la realidad local y alineada con estándares internacionales.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue implementar la adaptación transcultural de la encuesta HSOPS 2.0 en un hospital terciario español, a modo de piloto.

METODOLOGÍA

La adaptación fue realizada por la Comisión de Seguridad del Paciente (ComSP) y contó con la aprobación de la AHRQ. La encuesta se difundió mediante correo corporativo y muestreo en bola de nieve a profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI) y del Hospital Materno-Infantil (HMI). Se analizaron las respuestas según los 10 dominios establecidos por la AHRQ, definiendo puntos Fuertes y áreas de mejora con R 4.2.1. Se analizaron los comentarios cualitativos relativos a las principales preocupaciones y áreas de mejora. Los resultados fueron presentados a la ComSP y a los referentes de seguridad de cada área, proponiéndose acciones de mejora.

RESULTADOS

Se recogieron 162 encuestas válidas, 59 con comentarios cualitativos. El 46% de participantes eran enfermeras, el 28% médicos y el 16% TCAE; el 57% trabajaba en turno de mañana y el 94,6% tenía contacto directo con pacientes. El 32,7% pertenecía a la UCI, el 29,0% a Pediatría y el 38,3% a otras áreas del HMI. El 25,4% calificó la SP en su unidad como muy buena o excelente, y un 44,2% no reportó ningún incidente en el último año. La dimensión mejor valorada fue “Trabajo en equipo” (58,1%), destacando el apoyo mutuo entre compañeros. La peor valorada fue “Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente” (34,9%). En relación a los comentarios, se destacaron 5 puntos de mejora: las faltas de información, de equipamiento y de recursos humanos, la comunicación entre profesionales, pacientes y familias y la formación en SP.

CONCLUSIONES

La aplicación de la HSOPS 2.0 adaptada al contexto sanitario español resultó factible y permitió identificar tanto fortalezas como áreas críticas para la mejora de la CSP. Esta herramienta actualizada facilita además la comparación con estudios internacionales recientes. Los resultados subrayan la importancia del trabajo en equipo, pero también evidencian deficiencias en el respaldo institucional y la comunicación en entornos de alta presión, permitiendo generar acciones de mejora en estas áreas, actualmente en fase de implementación. En el futuro, una validación de esta adaptación de la encuesta a nivel nacional podría permitir escalar la aplicación de la HSOPS 2.0.

MÁS ALLÁ DE LOS NÚMEROS. REORGANIZANDO EL CUADRO DE MANDO PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA INTEGRAL.

 ESTHER ASENSIO BLASCO; JORDI DURAN DELIUBADALO; YOLANDA GARCÍA CARO; SUSANA ÁLVAREZ GÓMEZ; MONTSERRAT HERNÁNDEZ CARDONA; ANA CARPENA HERNÁNDEZ

 PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU

Identificador: 631

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los cambios organizativos se definen más rápido de lo que se implementan en los sistemas de gestión de las organizaciones. Nuestra organización pasa de ser dos instituciones con ámbitos de actuación en salud mental y atención hospitalaria especializada respectivamente a constituirse en una única que incorpora también el ámbito de atención intermedia con un incremento de la población de referencia y de la actividad. La Dirección realiza un cambio de estrategia pasando de un modelo de gestión económico centrado a una gestión basada en procesos que facilite el seguimiento de estos a sus responsables, favoreciendo la autonomía de gestión. La adaptación de los procesos de información a los cambios organizativos es clave para garantizar unos resultados coherentes, fiables y que ayuden a los profesionales a conocer sus puntos críticos y poder trabajar en sus áreas de mejora.

OBJETIVOS

Construir un cuadro de mando corporativo que permita la gestión con visión de proceso. Incorporar el seguimiento de la estrategia al cuadro de mando mediante el balanced scorecard. Garantizar el acceso y comprensión de los resultados a los profesionales. Promover una cultura de evaluación de resultados basada en la mejora continua.

METODOLOGÍA

Reuniones de recogida de requisitos con los profesionales usuarios, reuniones técnicas de diseño del modelo de datos, sistema de trabajo con entregables parciales a corto plazo para validar con los referentes criterios de cálculo y respuesta a necesidades; elaboración de las fichas de los indicadores, generación de manuales de uso de la herramienta de cuadro de mando adaptados a los contenidos y tipología de usuarios.

RESULTADOS

- Informes con los indicadores de resultados de los procesos críticos de la institución que permitan navegar mediante drill-down desde la vista de macrogestión de la institución hasta la microgestión de los servicios.
- Construir una visión única homogénea de la institución para la toma de decisiones de la alta dirección.
- Criterios de cálculo compartidos entre todas las áreas implicadas en los procesos de gestión de la información, que permitan hacer sinergias para la toma de decisiones.
- Facilitar herramientas que favorezcan la cultura de monitorización de los procesos y del cumplimiento de los objetivos, encaminados a la mejora continua.

CONCLUSIONES

- Trabajar en definir un cuadro de mando integral y alineado con la estrategia ayuda a tener una mirada global de la institución y a destacar los procesos clave y sus puntos críticos, así como ponderar el impacto de estos últimos en los resultados de la organización.
- Construir la herramienta de seguimiento de resultados con los responsables y compartir entre ellos el seguimiento de sus indicadores, favorece el trabajo en equipo y promueve soluciones compartidas en la definición de las interacciones entre procesos.
- El proceso de evaluación conjunto permite compartir la visión de la estrategia y la corresponsabilidad sobre esta.

RECONOCER, MOTIVAR, RETENER: UNA ESTRATEGIA PARA FORTALECER EL SISTEMA SANITARIO DESDE DENTRO

 *Susana Mora Gómez; Rosa María Palanques García; José Luis Mendoza García; Isidra Tenza Iglesias; María José Gil Carbonell; Vicente García Román*

 Hospital Universitario de Torrevieja

Identificador: 632

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El bienestar y la motivación de los profesionales sanitarios son factores determinantes para lograr una atención de calidad, segura y centrada en el paciente. La Encuesta de Clima Laboral realizada en 2024 en nuestro Departamento de Salud puso de manifiesto una necesidad no cubierta: la falta de reconocimiento profesional. A partir de esta evidencia, se desarrolló un programa estratégico de reconocimiento y motivación profesional orientado a visibilizar la excelencia, fortalecer la cohesión del equipo humano y promover una cultura organizacional basada en el respeto, la colaboración y el compromiso asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general es implementar un programa anual de reconocimiento profesional en respuesta a los resultados obtenidos en la Encuesta de Clima Laboral de 2024. El programa está diseñado para desarrollarse en varias fases: diseño y comunicación interna; proceso de nominación mediante votación anónima por categorías profesionales; evaluación de candidaturas y entrega de premios en una gala institucional. Se prevé que el proceso sea accesible a todo el personal de nuestro Departamento de Salud, mediante una plataforma online, garantizando la transparencia y fomentando la participación. Las candidaturas deberán estar vinculadas a uno o más de los valores organizativos: vocación de servicio, trabajo en equipo, ética profesional, compromiso o excelencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El programa, actualmente en fase de implementación, surge como respuesta directa a los resultados de la Encuesta de Clima Laboral de 2024, en la que participaron 161 profesionales (7,3% de la plantilla). El análisis de 77 comentarios recogidos en el campo abierto permitió identificar una necesidad clara de reconocimiento y valoración profesional. A partir de esta evidencia, se ha planificado el Programa de Reconocimiento y Motivación Profesional, que culminará con la celebración de la I Gala de Premios a la Excelencia Profesional. Se contempla premiar a profesionales de todas las categorías laborales. Tras la gala, se evaluará el impacto del programa mediante encuestas internas para valorar su efecto sobre la motivación, el clima laboral y la percepción de reconocimiento por parte del equipo.

Se espera que la implementación del programa contribuya significativamente a mejorar el sentimiento de pertenencia, la motivación y la satisfacción laboral. Asimismo, se prevé que la mejora del clima laboral incida positivamente en aspectos como la continuidad asistencial, la satisfacción del paciente y la reducción de eventos adversos asociados a fatiga emocional o desmotivación del profesional.

INCORPORANDO LOS PROM A LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN CAMINO HACIA LA ATENCIÓN BASADA EN VALOR

 MARGARITA GUZMAN ALONSO ⁽¹⁾; INES GALLEGO CAMIÑA ⁽¹⁾; SUSANA CASTELO ZAS ⁽¹⁾; HAIZEA POMBO RAMOS ⁽¹⁾; RAQUEL BENITO DE LA PEÑA ⁽¹⁾; MAITE OLEAGA ESPADA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES; ⁽²⁾ BIO-BIZKAIA

Identificador: 633

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Existe un creciente interés de las organizaciones sanitarias por incorporar el enfoque de atención médica basada en valor (VBHC, en la práctica asistencial. Este modelo se centra en la calidad de la atención y en el valor percibido por pacientes, siendo los PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) una de las herramientas más eficaces para recoger dicha información. Las encuestas de calidad de vida, autocompletadas por pacientes, ofrecen una visión complementaria y directa sobre el impacto de la atención recibida en su bienestar. Pero el verdadero desafío radica en cómo integrar estos datos en la práctica clínica diaria y asegurar que sean utilizados de forma efectiva en la toma de decisiones asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo consolidar una sistemática que garantice no solo la adecuada implantación del enfoque VBHC, sino su integración como una práctica habitual dentro de la actividad clínica, asegurando su sostenibilidad en el tiempo.

Superada la fase inicial de implantación del modelo VBHC en una patología concreta, se trabaja en su afianzamiento en la consulta. Para ello, se han ajustado los tiempos de aplicación de los PROMs, priorizando su cumplimentación fuera del espacio de consulta y que los resultados estén disponibles para los equipos clínicos.

Se ha habilitado en la historia clínica electrónica una herramienta que permite visualizar los resultados de PROMs, tanto de forma individual (encuesta a encuesta) como en formato comparativo longitudinal, lo que facilita su interpretación clínica. Adicionalmente, se realizan análisis periódicos agregados para obtener informes de resultados por clúster de pacientes, lo que permite identificar tendencias y oportunidades de mejora en los circuitos asistenciales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, esta forma de trabajo está implantada en dos de nuestras patologías: cáncer de mama y cáncer localizado de próstata, y se está trabajando para extenderla a otros proyectos en marcha.

Gracias al uso sistemático de PROM, ambos equipos clínicos han implementado mejoras basadas en su información:

- Incorporación de sesiones grupales con psicooncología en cáncer de mama.
- Un taller de autocuidado para pacientes con cáncer de mama.
- Reducción del número de sesiones de braquiterapia en cáncer de próstata.
- Cambio en la preparación para las sesiones de braquiterapia.

Además, el uso de los datos en consulta ayuda a mejorar la adherencia de pacientes a los PROM, ya que perciben que su opinión tiene un impacto real en la atención que reciben.

Contar con un enfoque VBHC permite alinear mejor la asistencia con las necesidades reales de pacientes, priorizando las intervenciones con mayor valor percibido, pero el verdadero reto reside en lograr que se interiorice y forme parte de la práctica asistencial habitual. Los primeros resultados indican que estamos avanzando en la dirección adecuada y que el uso sistemático de los PROM nos permite avanzar hacia una atención más centrada en la persona.

RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HIPERFRECIENTADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

 *María Virtudes Pérez Jover ⁽¹⁾; Clara Pérez Esteve ⁽²⁾; Mercedes Guilabert Mora ⁽¹⁾; María Concepción Carratalá Munera ⁽¹⁾; Jose mira solves ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ *Universidad Miguel Hernández;* ⁽²⁾ *Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO);* ⁽³⁾ *UMH*

Identificador: 634

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un pilar esencial en la calidad asistencial, especialmente en Atención Primaria, donde se concentra un alto volumen de consultas. Los pacientes hiperfrecuentadores, definidos como aquellos que acuden más de 17 veces al año, representan un grupo con características clínicas y sociales particulares que podrían incrementar su riesgo de sufrir incidentes de seguridad. Analizar esta relación es clave para diseñar estrategias preventivas y mejorar la atención sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del estudio fue analizar la asociación entre factores de riesgo de incidente de seguridad del paciente y hiperfrecuentación en Atención Primaria. Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de 541 historias clínicas de pacientes mayores de 50 años de cinco centros de salud de la Comunidad Valenciana. Se consideró frecuentación baja menos de 10 consultas en Atención Primaria al año, frecuentación media entre 11 y 17 consultas al año y frecuentación alta más de 17 consultas al año. Se evaluó la frecuencia de incidentes de seguridad en consultas de Atención Primaria y su relación con posibles factores de riesgo, definiendo como incidente de seguridad a cualquier suceso o circunstancia que dañe o pueda dañar innecesariamente al paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número de atenciones en consultas de Atención Primaria en los últimos 5 años fue de 49.996, de las que el 65,6% fueron de pacientes hiperfrecuentadores. El perfil del paciente hiperfrecuentador corresponde a una mujer (56,0%), de edad media de 74,8 años, que vive en pareja (39,4%), pensionista (79,4%) y que toma una media de 9,7 fármacos diarios. Se encontraron diferencias significativas en función de la frecuencia de atención, en los siguientes factores que pueden provocar eventos adversos: haber recibido pautas inadecuadas (21,7% de los pacientes hiperfrecuentadores, 9,1% de los pacientes de media frecuentación, 8% pacientes de baja frecuentación; $P < 0,0001$); subestimar la gravedad de su dolencia (hiperfrecuentadores: 14,3%, media frecuencia: 9,7%, baja frecuencia: 6,5%; $P = 0,0414$) y no disponer de accesibilidad al recurso apropiado (hiperfrecuentadores: 13,1%, media frecuencia: 3%, baja frecuencia: 2%; $P < 0,0001$). Los pacientes hiperfrecuentadores sufrieron 90 (79,6%), los de media frecuentación 14 (14,4%) y los de baja 9 (8,0%) eventos adversos (EAs).

El estudio demuestra una clara asociación entre la hiperfrecuentación y un mayor riesgo de incidentes de seguridad en Atención Primaria. Este hallazgo subraya la necesidad de considerar el perfil del paciente hiperfrecuentador en las estrategias de mejora de la seguridad del paciente.

CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE LOS PROGRAMAS ZERO EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS: EL ANTES Y EL DESPUÉS

 Isabel Losada Castillo; Maria Dolores Formoso Lavandeira; Raquel Vazquez Mourelle

 Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade

Identificador: 635

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Programas zero (PZ) en las Unidades de pacientes críticos (UCCs) son estrategias multimodales para garantizar la seguridad y prevenir las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos y por bacterias multirresistentes. Los PZ relacionados con infecciones son: bacteriemia zero, neumonía zero, ITU zero y resistencia zero. La observación del cumplimiento de las medidas de cada programa mediante Auditorías internas (AI) y/o externas (AE), es un estándar de calidad.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de implementación de las medidas de los PZ en las UCCs mediante AI y ver la evolución del cumplimiento entre la 1ª y la 2ª auditoría, celebrada un año después.

METODOLOGÍA

Análisis observacional de seguridad en tiempo real realizado en 11 UCCs de nuestra CC.AA. en septiembre-octubre de 2023 y noviembre-diciembre de 2024.

Se diseñó un cuestionario con los ítems a auditar y se definieron para garantizar la objetividad.

Tras la 1ª AI se realizó una encuesta de satisfacción a los auditores, y se revisaron los ítems a auditar para la 2ª AI.

Participaron 24 auditores en 9 equipos formados por: personal facultativo y de enfermería de las UCCs, y de las unidades de calidad de las áreas sanitarias.

Las variables fueron: cumplimiento del estándar (60% de cumplimiento de los ítems), puntos fuertes, oportunidades de mejora, interés de las auditorías para los auditores, conformidad con la organización y con los ítems.

RESULTADOS

Se auditaron dos veces el 61% de las UCCs públicas y una privada concertada.

El 100% de las UCCs cumplieron el estándar de calidad en ambas AI, destacando que en la 2ª, todas superaron el 80%. En la 1ª AI, el 18% de los ítems fueron cumplidos por todas las UCCs, y en la 2ª el 29,5%. En la 1ª AI el 45,5% de las UCCs no empleaba listados de verificación, y en la 2ª, los empleaba el 70% de las UCCs. En la 1ª AI solo el 9,1% de las UCCs tenían sistemas automáticos para controlar la presión de neumotaponamiento, y en la 2ª los tenía el 38,2%.

Los ítems con peor cumplimiento en la 1ª AI fueron los de formación del personal seguidos de la dotación de recursos materiales. Estos últimos fueron los peor valorados en la 2ª AI, sobre todo los referentes a Neumonía zero.

Los principales puntos fuertes: motivación e implicación del personal, buena acogida a los auditores y sistemas informáticos de algunas UCCs que facilitan los registros y ayudan a las AI.

En la 1ª AI, todos consideraron que las AI tenían alto interés y en la 2ª AI todos consideraron que ayudaron a mejorar las infecciones relacionadas con dispositivos invasores y las bacterias multirresistentes. En la 1ª AI el 19% de los auditores sugirieron modificar la organización de las AI y revisar los ítems, y en la 2ª lo hizo el 5,9% (n=1).

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que las UCCs de nuestra CC.AA. están haciendo un gran esfuerzo en pro de la calidad y seguridad del paciente. La experiencia de las AI en las UCCs ha sido muy positiva y consideramos que puede ser reproducible en otros lugares.

MEJORA DE LA CALIDAD DE AUDITORÍA INTERNA A TRAVÉS DEL ESTUDIO Y FORMACIÓN EN REDACCIÓN DE HALLAZGOS

 David Serna García ⁽¹⁾; Silvia Gómez Fernández ⁽²⁾; Rubén Marín Sánchez ⁽²⁾; Miguel Ángel Serrano Rodríguez ⁽²⁾; Verónica Ortiz Díaz ⁽²⁾; Óscar Herraiz Carrera ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO / COORDINACIÓN REGIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA (SESCAM); ⁽²⁾ Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora

Identificador: 636

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La utilidad de una auditoría interna como herramienta de mejora depende directamente de la calidad con la que se redactan y categorizan los hallazgos. Una redacción inadecuada o una clasificación incorrecta pueden comprometer la eficacia de los planes de mejora, dificultar su ejecución y reducir su impacto. En este contexto, se planteó un estudio para evaluar la precisión en la categorización de hallazgos como observaciones o no conformidades, y se desarrolló una acción formativa dirigida a los auditores internos con el objetivo de homogeneizar y optimizar la práctica auditora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos del estudio fueron: Analizar la coherencia entre la redacción de los hallazgos y su categorización; Detectar errores comunes en su formulación; Diseñar e implementar una formación práctica centrada en la mejora de la calidad de redacción; y Observar el grado de ejecución de las acciones correctivas derivadas de auditoría. Se llevó a cabo una revisión sistemática de 271 hallazgos documentados en auditorías internas, evaluando individualmente su claridad, objetividad y adecuación a los criterios normativos. Posteriormente, se desarrolló una formación específica para auditores internos, basada en ejemplos reales y ejercicios de clasificación, con el objetivo de mejorar la competencia en redacción y categorización. Está pendiente la evaluación del impacto de esta intervención formativa en futuras auditorías.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del total de hallazgos analizados, el 56,83% fueron correctamente categorizados, mientras que un 43,17% presentaban errores de clasificación o redacción, principalmente por falta de objetividad, uso de lenguaje interpretativo, ausencia de referencias a requisitos normativos o evidencias poco claras. En cuanto a la implantación de planes de mejora derivados de los hallazgos auditados, el 72% fueron implementados en plazo, el 18% estaban en ejecución y el 10% permanecían pendientes debido a restricciones organizativas o falta de recursos. Se observaron diferencias significativas por áreas, destacando una mayor efectividad en servicios como Laboratorio Clínico (85% de implantación) o Farmacia (80%), frente a mayores dificultades en servicios como Radiodiagnóstico (50%) o Humanización y SIAP (45%).

IMPACTO DE LA MEJORA DE RATIO DE ENFERMERÍA SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN UNIDADES DE AGUDOS DE ADULTOS

 *Mar Lara Rodríguez; Noelia Galera Linares; Sara Alvarez Tobajas; Sandra Sumoy Rodríguez; Carles Tolosa Muñoz; Laura Lahuerta Valls*

 *Hospital General de Granollers*

Identificador: 637

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Una dotación adecuada de personal de enfermería en las unidades de hospitalización es un factor clave para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en la persona. Una mejor proporción enfermera/paciente permite ofrecer cuidados más individualizados, mejora la capacidad de planificación asistencial y disminuye los riesgos asociados a la sobrecarga profesional. Además, influye directamente en la organización de los procesos hospitalarios, facilitando una mejor coordinación entre niveles asistenciales y unidades funcionales. En este contexto, resulta relevante analizar cómo una mejora en los recursos humanos puede tener un impacto en aspectos estructurales del funcionamiento hospitalario, como la distribución horaria de los ingresos, elemento que incide en la calidad del descanso del paciente y en el flujo asistencial procedente de urgencias.

OBJETIVOS

Describir la evolución de la distribución horaria de los ingresos hospitalarios en las unidades de agudos de un hospital comarcal, entre 2023 y 2025, coincidiendo con la implementación progresiva de una mejora en la ratio de enfermería iniciada en octubre de 2023.

METODOLOGÍA

Se analizan los ingresos según el turno (mañana, tarde, noche), agrupando los datos por año natural. La fuente de información han sido los registros del sistema de información hospitalaria. Se ha realizado un análisis descriptivo comparando la proporción de ingresos por turno antes y después de la implementación de la mejora de dotación.

RESULTADOS

En 2023, antes de la mejora, la distribución horaria de los ingresos fue: mañana 12,04%, tarde 54,92% y noche 33,04%. En 2024, tras la implementación inicial en una unidad y su extensión progresiva, los ingresos en turno de tarde aumentaron al 63,6%, los de noche descendieron al 27,05% y los de mañana se situaron en el 9,35%. En 2025, con la consolidación de la medida, la distribución se estabilizó en 9,36% por la mañana, 62,45% por la tarde y 28,18% por la noche. La tendencia observada muestra una reducción sostenida de ingresos en turno de noche y un incremento en el turno de tarde.

CONCLUSIONES

La mejora de la ratio de enfermería ha contribuido indirectamente a una redistribución más eficiente de los ingresos hospitalarios, con un descenso sostenido de los ingresos en turno de noche, lo que favorece el descanso de los pacientes, y un incremento en el turno de tarde, facilitando el drenaje del servicio de urgencias. Estos resultados refuerzan la importancia estratégica de dimensionar adecuadamente los equipos de enfermería no solo para mejorar la atención directa, sino también como palanca de transformación organizativa orientada a la calidad asistencial

INDICADOR DE VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN LOS CONTRATOS DE GESTIÓN, UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA

 Maria Paz Palos Zorrilla ⁽¹⁾; Cristina Navarro Royo ⁽²⁾; Alberto Pardo Hernández ⁽³⁾; Francisca García Lizana ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid; ⁽²⁾ Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente; ⁽³⁾ Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente; ⁽⁴⁾ SG Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

Identificador: 638

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El dolor no solo es un síntoma: es una experiencia humana compleja y una dimensión fundamental que impacta profundamente en la calidad de vida del paciente. Su adecuada valoración y registro en la historia clínica no solo mejora el abordaje terapéutico, sino que también refleja el compromiso con la calidad y la atención centrada en la persona. Sensibilizar y motivar a los profesionales sobre la importancia de este proceso es esencial para avanzar hacia una atención más humana y de calidad.

Desde 2011, en los contratos de gestión hospitalarios del servicio regional de salud, se incluye un indicador específico sobre la medición del dolor. En 2021, la meta se hizo más exigente, incluyéndose la valoración diaria del dolor en el 90% de los pacientes mediante escalas validadas.

OBJETIVO

Mejorar el registro sistemático de la valoración del dolor en la historia clínica, como indicador clave en los contratos de gestión hospitalaria del Servicio Regional de Salud.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo sobre el registro en la historia clínica de la valoración del dolor mediante el uso de escalas validadas. Los datos son autodeclarados por los centros anualmente y verificados mediante auditorías trienales. Ante el incumplimiento de la meta establecida que se evalúa mediante las fuentes señaladas, se solicita la implementación de planes de mejora.

Se analizaron los resultados de los 34 hospitales del Servicio de Salud entre los años 2021 y 2024. En los casos de incumplimiento, se evaluó el resultado obtenido tras la adopción de medidas correctoras.

RESULTADOS

Tras analizar el cumplimiento de la meta por los centros, tomando como fuente el dato autodeclarado por el centro o el de la auditoría, si estaba disponible, se observa que, el 76% de los hospitales que no habían alcanzado la meta en alguno de los años revisados, tras implementar planes de mejora, han conseguido superarla. Además, el 16% mejoró sus cifras, aunque sin alcanzar la meta y solamente, el 8% no logró avances, a pesar de haber aplicado medidas.

Las acciones de mejora implantadas han sido:

- Sensibilización del personal sanitario.
- Integración de la medición del dolor la historia clínica electrónica.
- Protocolos estandarizados de registro.
- Auditorías internas y retroalimentación a los equipos.
- Formación específica para profesionales.

CONCLUSIONES

La inclusión del registro del dolor como indicador en los contratos de gestión y su posterior seguimiento, con la implantación de planes de mejora derivados de los incumplimientos detectados, ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la calidad de los registros. Este enfoque ha permitido incrementar y objetivar el uso de las escalas en la HCE, lo cual permite no solo identificar y tratar mejor el dolor, sino también fomentar una cultura de mejora continua, responsabilidad profesional y atención centrada en el paciente. Los resultados obtenidos demuestran que, cuando se evalúa y se actúa, se mejora.

TRAYECTORIAS QUE CUIDAN: EXPERIENCIA Y BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LA SALUD

 VANESA MARTIN GONZALEZ ⁽¹⁾; AINHOA GOMEZ ELORRIETA ⁽²⁾; HAIZEA POMBO RAMOS ⁽²⁾; MARIA VICTORIA ANDUJAR BERNE ⁽³⁾; SARA CELORRIO DIEZ ⁽¹⁾; SANDRA LAVANDEIRA FERNANDEZ ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ OSI BARAKALDO-SETAO (OSAKIDETZA); ⁽²⁾ OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES; ⁽³⁾ OSI BARAKALDO-SESTAO

Identificador: 639

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El bienestar de las y los profesionales sanitarios tiene un impacto directo en la calidad asistencial y beneficios en la salud de las personas que cuidan personas. Cuando las personas trabajadoras de la salud experimentan condiciones laborales adecuadas, menos estrés y mayor satisfacción, pueden ofrecer una atención más segura, eficiente y humana. En nuestra organización, tras realizar una autoevaluación con el modelo de humanización establecido, se identificó el bienestar emocional de las y los profesionales como un área de mejora a desarrollar

OBJETIVOS

Conocer las necesidades de las personas profesionales y mejorar su experiencia vivida con la organización desde el momento de su incorporación.

METODOLOGÍA

Este proyecto se lideró por parte de la Dirección de Personas y se dinamizó por la unidad de calidad e innovación.

Para conocer las vivencias de las y los profesionales sanitarios se pueden utilizar diferentes métodos cualitativos que nos permitan explorar los sentimientos, experiencias y percepciones en el desempeño de su puesto de trabajo y de sus interacciones con la organización. En esta ocasión se utilizaron técnicas cualitativas aplicadas en los talleres de experiencia de los pacientes de las rutas asistenciales.

A través de un grupo focal, participaron personas de distintas categorías, al objeto de mostrar la experiencia vivida por las mismas desde el primer contacto con la organización a través de un “Mapa de experiencia de profesional”. Esta es una forma visual de ilustrar el camino que recorre una persona desde que tiene un primer contacto con la organización hasta su salida. A lo largo de este recorrido hemos identificado las vivencias y emociones vividas, así como puntos de mejora en base a su experiencia.

Se diseñó un guion de preguntas clave relacionadas con los diferentes momentos que componen el recorrido del profesional en nuestra organización.

RESULTADOS

Se ha realizado un “Mapa de experiencia del profesional” en el cual se recogen los pensamientos, emociones y vivencias vividas por las personas profesionales en su recorrido profesional.

Participaron 8 personas en el grupo focal

Se recabaron 87 verbatim realizados por las personas profesionales

Se identificaron 10 emociones vivenciadas en el camino recorrido en nuestra organización

Se identificaron 31 oportunidades de mejora

CONCLUSIONES

Las herramientas utilizadas para analizar la experiencia del usuario sirven para aplicarlas en otros contextos, como es el de las personas profesionales.

La experiencia vivenciada por las personas profesionales nos ayuda a identificar oportunidades de mejora que pueden contribuir a mejorar su bienestar emocional.

Dentro de la humanización de la asistencia es importante tener en cuenta el bienestar de las personas profesionales, siendo importante establecer estrategias que permitan cuidar a las personas que cuidan.

MANUAL ORGANIZATIVO PARA REFERENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

 *Francisco Javier Pichardo Galán; Alba Rapela Freire; Alicia Díaz Redondo; Cristina Hernández Puente; María Ortega Catalán; María Jesús Ruano Santa-Engracia*

 *HGU Gregorio Marañón*

Identificador: 640

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La implementación de estrategias efectivas de seguridad del paciente requiere la implicación activa de los profesionales. En este contexto, la figura del referente de seguridad es clave para promover buenas prácticas, fomentar la cultura de seguridad y canalizar la comunicación de incidentes. Sin embargo, en muchas instituciones, su incorporación se produce sin una estructura formal de acogida, lo que puede dificultar su desempeño. La creación de un manual específico responde a la necesidad de estandarizar este proceso y asegurar su integración efectiva en los equipos asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar un manual organizativo de acogida para profesionales designados como referentes de seguridad en una organización sanitaria, definiendo sus funciones, competencias, herramientas de consulta y canales de comunicación.

La metodología incluyó la revisión de normativas nacionales e internacionales, estrategias institucionales, y buenas prácticas existentes. El contenido fue consensuado con profesionales de enfermería y medicina, y aprobado por la responsable de seguridad y la dirección del centro.

La difusión del manual se realizó a través de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) y del conjunto de referentes de seguridad, en coordinación con responsables de secciones y unidades asistenciales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El manual elaborado ofrece una guía clara y estructurada que facilita la incorporación de los referentes de seguridad a sus funciones, así como el mantenimiento. Establece un itinerario de formación, acceso a documentos clave, criterios para el análisis de incidentes y mecanismos de comunicación interna. Además, integra herramientas prácticas como el uso del sistema digital de notificación de incidentes y protocolos específicos sobre medicación de alto riesgo, higiene de manos y prevención de caídas. Su implementación ha permitido un acompañamiento más eficaz de los nuevos referentes, favoreciendo su rol proactivo, reflexivo y emprendedor dentro de los equipos.

La acogida formal de los referentes de seguridad mediante un manual estructurado es una herramienta eficaz para fortalecer la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias. Esta iniciativa contribuye a reducir la variabilidad en la práctica, facilitar la coordinación con la unidad funcional de gestión de riesgos y promover la notificación de incidentes. Su aplicación sistemática refuerza el compromiso institucional con la seguridad del paciente.

IMPACTO DE LA METODOLOGÍA HUDDLE EN LA MEJORA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN AGUDA

 Gemma Pujol Martin; Rosa Sabater Raga; Anabel Ramos Andrades; Roser Rossell Coll; Sara Alvarez Tobajas; Mar Lara Rodríguez

 Hospital General de Granollers

Identificador: 641

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el contexto actual de transformación del sistema sanitario, la mejora continua de la calidad asistencial y la seguridad del paciente se consolidan como ejes estratégicos imprescindibles. En un hospital comarcal de segundo nivel asistencial, se identificó la necesidad de reforzar la monitorización sistemática de los indicadores asistenciales y mejorar la capacidad de respuesta ante desviaciones no deseadas. Con este propósito, en 2023 se implementó la metodología Huddle, una dinámica de reuniones breves y estructuradas lideradas por las coordinadoras de enfermería, orientadas a la revisión periódica de indicadores clave y a la toma de decisiones inmediatas basadas en datos.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implantación del Huddle en la evolución de los indicadores de calidad y seguridad en las unidades de hospitalización de agudos.

METODOLOGÍA

Se diseñó un sistema de seguimiento mensual de 10 indicadores asistenciales (identificación inequívoca, sondaje vesical, vías periféricas y centrales, hoja de acogida, prealta, lactancia materna, test de deglución, control del dolor y registro de peso/talla) desde octubre de 2023 hasta junio de 2025. Cada reunión Huddle implicó la revisión de resultados, detección precoz de aquellos indicadores que no cumplieron el estándar y la planificación de acciones correctoras personalizadas por cada unidad.

RESULTADOS

Entre octubre y diciembre de 2023 se observaron deficiencias relevantes en varios indicadores, como el control del dolor (57,4%), el registro de peso y talla (61,4%) y el test de deglución (68,5%). También se detectaron oportunidades de mejora en las vías centrales (72,7%) y periféricas (83,1%). Tras 18 meses de aplicación de la metodología Huddle, se observaron mejoras sustanciales: el control del dolor se incrementó hasta el 84,9%, el test de deglución alcanzó el 95,0% y el registro de peso/talla subió hasta el 93,5%. Las vías centrales pasaron al 96,4% y las periféricas al 95,3%. Otros indicadores con resultados excelentes en 2023, como la identificación inequívoca (98,6%) y la hoja de acogida (97,0%), se mantuvieron en niveles similares (98,8% y 97,0%, respectivamente).

CONCLUSIONES

La implementación de la metodología Huddle ha demostrado ser una herramienta efectiva para promover una cultura de mejora continua, basada en datos y en la acción inmediata. La implicación activa de las coordinadoras de enfermería, la sistematización de las reuniones y la capacidad de detectar y resolver problemas en tiempo real han favorecido mejoras sustanciales en indicadores de calidad y seguridad. Esta experiencia refuerza el valor estratégico del liderazgo clínico de proximidad como base de la transformación sanitaria desde una perspectiva de calidad asistencial.

FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO DE HERRAMIENTAS DE NOTIFICACIÓN PARA PROFESIONALES EN FORMACIÓN

 *Francisco Javier Pichardo Galán; Cristina Hernandez Puente; María Ortega Catalán; Raquel Lopez Sanchez; Alejandro Rodriguez Quiros; Almudena Lopez de Lerma Otero*



HGU Gregorio Marañón

Identificador: 642

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La formación en seguridad del paciente es clave para garantizar una atención sanitaria segura, especialmente entre profesionales en formación. La comprensión de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente y el uso efectivo de sistemas de notificación de incidentes como herramienta de mejora continua representan pilares fundamentales en la cultura de seguridad institucional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar y desarrollar una intervención formativa centrada en la cultura de seguridad del paciente y la notificación de incidentes mediante el uso de una herramienta institucional digital.

La formación incluyó sesiones teóricas y prácticas basadas en una presentación interactiva, impartidas en cinco fechas entre abril y mayo de 2024. Participaron un total de 68 profesionales en formación. Se abordaron conceptos clave, las seis metas internacionales, y el manejo del sistema digital de notificación de incidentes. Se realizaron ejercicios prácticos sobre el uso del sistema, análisis de casos y resolución de dudas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La intervención permitió una mejora en la comprensión conceptual y práctica de la seguridad del paciente. De los 68 asistentes, 40 completaron la encuesta de satisfacción. La valoración media de los contenidos teóricos y de la formación global fue de 8,9 sobre 10. Los aspectos más valorados fueron los casos prácticos, la claridad expositiva y la utilidad inmediata para su labor clínica.

Las sugerencias de mejora más frecuentes incluyeron ampliar el tiempo dedicado a ejercicios prácticos y disponer de ordenadores para realizar simulaciones. Se observó un incremento en las notificaciones de incidentes en las semanas posteriores. La mayoría manifestó mayor disposición a comunicar eventos relacionados con la seguridad del paciente.

Las actividades formativas breves y contextualizadas son eficaces para fortalecer la cultura de seguridad entre profesionales en formación. Incluir ejemplos reales y el manejo directo de herramientas digitales favorece la apropiación de los contenidos. Fomentar la notificación de incidentes contribuye a la mejora continua y a una atención más segura para los pacientes.

😊 Rita Pons Caules ⁽¹⁾; Mónica Serrano Clerenecia ⁽¹⁾; Ana Grau Giner ⁽¹⁾; Laura Cardete Morales ⁽²⁾; Xabier Urrea Nuin ⁽¹⁾; Pedro Car-taxo Cintra ⁽¹⁾

🏢 ⁽¹⁾ Clinic Barcelona; ⁽²⁾ Clinic Barlona

Identificador: 643

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La estandarización de procesos mediante protocolos es clave para mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica. La enfermera clínica desempeña un rol esencial en la detección de necesidades y en la optimización de intervenciones. En el contexto del código ictus, el diseño e implementación del protocolo supone un reto por la complejidad del entorno, los recursos disponibles, la estructura organizativa y la intervención de distintos profesionales. La simulación clínica puede facilitar este proceso.

OBJETIVOS

Actualizar el protocolo de atención enfermera al paciente con código ictus según evidencia científica y estándares actuales. Diseñar y validar un algoritmo clínico aplicable, replicable y comprensible. Detectar eventos adversos latentes mediante simulación clínica in situ. Mejorar la seguridad clínica y la toma de decisiones a través de formación basada en simulación.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado la estrategia Simulation-Based Clinical Systems Testing para revisar el protocolo de atención enfermera al paciente con código ictus en un hospital de tercer nivel de Barcelona, a través de 8 fases:

1. Detección de necesidades: revisión del protocolo vigente con base en la evidencia y análisis de incidencias.
2. Mapeo de procesos: elaboración de un nuevo algoritmo adaptado a recursos, organización y necesidades de profesionales, pacientes y familias.
3. Identificación de objetivos, análisis de aplicabilidad, replicabilidad, inteligibilidad del algoritmo y detección de eventos adversos latentes.
4. Diseño de escenarios clínicos: cuatro simulaciones in situ de diferente complejidad.
5. Impartición de los escenarios: observación de enfermeras y recogida de datos mediante herramientas como el Failure Mode and Effect Analysis Scoring.
6. Análisis y debriefing: discusión conjunta sobre la validez del algoritmo.
7. Revisión del protocolo y algoritmo.
8. Implementación y formación con simulación clínica.

El equipo está liderado por una enfermera clínica, con colaboración de enfermeras de práctica avanzada y expertas en simulación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han completado las cuatro primeras fases, incluyendo el beta-test de los escenarios. Las fases 1 y 2 supusieron cambios relevantes en el protocolo, especialmente en el desarrollo del nuevo algoritmo. Los objetivos actuales se centran en su validación. Durante el beta-test se detectaron mejoras necesarias en su inteligibilidad para facilitar la toma de decisiones. También se identificaron eventos adversos latentes, especialmente en la preparación y administración de fármacos y en la comunicación interprofesional. Los escenarios fueron ajustados según los recursos reales. La simulación clínica se muestra como una herramienta eficaz para mejorar la seguridad clínica y la práctica asistencial en contextos complejos como el código ictus.

SIMULACIÓN CLÍNICA PARA VALIDAR EL PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 *Mónica Serrano Clerencia; Rita Pons Caules; Ana Grau Giner; Laura Cardete Morales; Xabier Urrea Nuin; Pedro Cartaxo Cintra*

 *Clinic Barcelona*

Identificador: 644

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las personas con activación del código ictus deben ser trasladadas al centro receptor más cercano para recibir terapias de reperfusión y atención especializada. Dada la urgencia médica, es fundamental que todos los profesionales implicados conozcan y coordinen los protocolos para garantizar una atención rápida, segura y de calidad. La formación específica sobre el código ictus incrementa la confianza y eficacia de los profesionales. Sin embargo, el diseño, implementación y validación de protocolos normalizados de trabajo (PNT) en el ámbito sanitario resulta complejo, tanto para quienes los elaboran como para quienes los aplican. Es esencial que estos protocolos aseguren la seguridad del paciente y el equipo, se adapten a los recursos del centro y sean aplicables en situaciones clínicas reales. Las barreras para la implementación suelen detectarse tras su puesta en marcha, por lo que es necesario validar su aplicabilidad mediante estrategias que incluyan ajustes en el diseño, claridad en las explicaciones e identificación de obstáculos en la ejecución clínica. La simulación clínica in situ se ha mostrado eficaz para validar y ajustar los PNT a la práctica real de cada institución.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue diseñar, validar e implementar un protocolo de actuación de enfermería para el código ictus, ajustado a la evidencia científica y adaptado al contexto institucional. En el Hospital se elaboró un protocolo transversal, revisado por expertos. Posteriormente, se desarrolló un programa de simulación clínica in situ para poner a prueba el protocolo, con sesiones de debriefing que permitieron a las enfermeras analizar su experiencia, identificar áreas de mejora y optimizar el PNT. Tras una revisión integral, el protocolo fue implementado. Además, se planificó un proyecto de formación basado en simulación clínica in situ para capacitar al personal de enfermería en el nuevo protocolo, complementado con un proceso de observación y análisis para detectar necesidades de futuras optimizaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La validación del PNT mediante simulación clínica in situ permitió identificar barreras no previstas durante el diseño inicial y mejorar la comprensión del protocolo entre las participantes. La simulación facilitó una revisión exhaustiva de cada paso, asegurando la fidelidad del protocolo a la práctica clínica y a la evidencia científica antes de su implementación real. Se observó una mayor confianza y eficacia en la actuación de las enfermeras, así como una mejor adaptación del protocolo a las necesidades del entorno clínico.

La simulación clínica in situ es una herramienta eficaz para validar y optimizar protocolos de actuación en situaciones críticas como el código ictus. Permite detectar barreras, mejorar la comprensión y asegurar la aplicabilidad del PNT en la práctica real, contribuyendo a una atención más segura y eficiente para los pacientes.

DE LA EVIDENCIA A LA GESTIÓN: INDICADORES “NO HACER” PARA IMPULSAR UN SISTEMA DE SALUD DE ALTO VALOR

 Joaquín Almela Bernal; José Eduardo Calle Urra; Amaya Jimeno Almazán; Carlos Alberto Arenas Díaz

 SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN

Identificador: 645

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La sobreutilización de prácticas de bajo valor representa un riesgo para la seguridad del paciente y una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario. La estrategia “No Hacer”, fundamentada en la mejor evidencia científica, permite optimizar recursos y reducir la variabilidad clínica injustificada. En nuestro sistema de salud, incorporar esto a los instrumentos de gobernanza clínica, como son el Acuerdo de Gestión (AG) y los Pactos de Gestión (PG) por equipos, es la palanca de cambio más potente para su implementación efectiva. Este trabajo describe cómo la estrategia “No Hacer” se ha materializado como un objetivo explícito y medible dentro del AG 2025-26, operacionalizando la atención basada en valor y promoviendo una cultura de la adecuación en todos los niveles de la organización.

OBJETIVOS

El objetivo general fue evaluar la efectividad de los AG y PG como herramientas para la implementación sistemática de las recomendaciones “No Hacer”.

METODOLOGÍA

La metodología se articuló en un proceso secuencial y consensuado. Primero, se compiló y priorizó un catálogo de recomendaciones “No Hacer” en un grupo de trabajo con los gestores responsables de AP, Especializada, Farmacia, Cuidados y Calidad. Posteriormente, estas recomendaciones se transformaron en indicadores clave de procesos de bajo valor, que se incluyeron en el AG del área. Finalmente, se emitieron instrucciones formales a las Gerencias para que los equipos clínicos, en un ejercicio de corresponsabilidad, priorizaran la selección e inclusión de estos indicadores en sus PG, cerrando así el ciclo de alineamiento entre la estrategia corporativa y la práctica clínica.

RESULTADOS

La estrategia se ha operacionalizado con éxito, evidenciando un compromiso organizacional tangible. A nivel estratégico, el AG 2025-26 incluye un objetivo específico ponderado dedicado a esta materia, con 23 indicadores de “No Hacer”. A nivel operativo, el proceso de despliegue ha culminado con la consolidación de un catálogo de 42 indicadores de bajo valor incorporados en los PG. Este resultado no es un mero ejercicio administrativo, es la materialización de un proceso reflexivo de alto valor que convierte la adecuación en una herramienta tangible para la gestión clínica diaria.

CONCLUSIONES

La integración formal y sistemática de indicadores “No Hacer” en los instrumentos de gestión se ha revelado como una estrategia indispensable y efectiva para nuestra organización. Se ha creado un círculo virtuoso de alineamiento que vincula la evidencia científica con los objetivos estratégicos y la práctica clínica. Este logro constituye un punto de partida para un proceso de mejora continua, cuyo futuro pasa por consolidar la cultura de la medición, asegurando la fiabilidad de los datos, y por ampliar progresivamente el catálogo de indicadores en próximos ejercicios. Hemos demostrado que es posible transformar la evidencia en valor real, avanzando hacia una cultura que garantiza una atención más segura para el paciente y más sostenible para el sistema.

CULTURA DE SOSTENIBILIDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA

😊 Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc ⁽¹⁾; Álvaro Solaz García ⁽²⁾; María Villares Ojea ⁽³⁾; María Pilar Pacheco Blázquez ⁽⁴⁾; Antonio Pérez Jiménez ⁽⁵⁾; M^a Ángeles Gómez González. ⁽⁶⁾

📄 ⁽¹⁾ EnferConsultty y Universidad Europea de Madrid; ⁽²⁾ Hospital Universitario y Politécnico La Fe. (HUYPLAFE). Valencia. España.; ⁽³⁾ Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario Severo Ochoa; ⁽⁵⁾ Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara; ⁽⁶⁾ Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Identificador: 646

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El sector sanitario genera un 4,4% de las emisiones globales de gases de efecto invernadero, posicionándolo como actor clave para avanzar hacia la sostenibilidad ambiental, que emerge como una dimensión intrínseca de la calidad asistencial del siglo XXI. En este contexto, se podría redefinir el concepto de calidad asistencial como la capacidad de proporcionar la mejor atención posible en el presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para recibir esa misma excelencia. Resulta esencial evaluar la conciencia ambiental de los profesionales sanitarios como punto de partida para implementar prácticas clínicas sostenibles y responsables.

OBJETIVOS

Analizar los conocimientos, comportamientos y conciencia ecológica en profesionales de la salud en España.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Observacional, descriptivo y transversal.

Población: Profesionales sanitarios españoles.

Instrumento utilizado: Cuestionario NEAT-es validado al español, que incluye 3 escalas: “Nurse Awareness Scales” (NAS) para determinar la conciencia de los profesionales, “Nurse Professional Ecological Behaviors Scales” (NPEB) mide el comportamiento profesional para mitigar los efectos ambientales y “Personal Ecological Behaviors Scales” (PEB) basada en el comportamiento ecológico. Período de estudio: Abril-Octubre 2024.

Cálculo muestral: 438 participantes (IC 95%, error 5%).

Análisis estadístico: Descriptivo y comparativo con SPSS, significación $p < 0,05$. Aprobación ética: Comité de Ética (registro 2024-0543-1).

RESULTADOS

La participación más numerosa fue de enfermeras, 72.4% (323), seguida de médicos (14.3%), farmacéuticos (6,3%) y técnicos (7%). Total: 446 profesionales de todas las Comunidades Autónomas.

Un 60,8% tenían conocimientos previos sobre concienciación ambiental y comportamientos ecológicos.

La puntuación media de la escala NAS en “Conciencia ¿Has oído hablar de...?” fue 28.1 puntos (DE=11.48) y en “Conciencia ¿Qué relación tiene con el impacto en salud...?” obtuvo 43.5 puntos, ambas sobre 55.

La escala NPEB en “Comportamiento profesional ¿Con qué frecuencia...?” alcanzó 25.4 puntos (DE=6.79) y en “¿Qué tan fácil o difícil...?” obtuvo 27.1 puntos (DE=6.53), ambas sobre 45.

La escala PEB en “Comportamiento ecológico ¿Con qué frecuencia...?” registró 31.1 puntos (DE=8.17) y en “¿Qué tan fácil o difícil...?” alcanzó 32.8 puntos (DE=8.84) ambas sobre 55 puntos.

Los profesionales con formación previa en desarrollo sostenible mostraron significativamente mejor puntuación en todas las escalas. Los farmacéuticos demostraron mayor conciencia ambiental y aplicación de comportamientos ecológicos profesionales y los médicos obtuvieron las puntuaciones más bajas.

CONCLUSIONES

Los resultados revelan un nivel moderado de conciencia ambiental entre los profesionales sanitarios españoles, con margen de mejora significativo. La formación específica en sostenibilidad emerge como factor determinante para mejorar comportamientos ecológicos y avanzar en calidad asistencial.

ESTRATEGIA LEAN PARA AGILIZAR PROCESOS Y MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO.

 CARMEN GUILLÉN PONCE; JUAN ANTONIO JOGA HERRANZ; MARÍA FERNÁNDEZ ABAD; MARINA SÁNCHEZ CUERVO; LUCÍA REVI-RIEGO MORENO; MARÍA GUDIÑO VÁZQUEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Identificador: 647

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes oncológicos reciben tratamientos intravenosos de quimioterapia y/o inmunoterapia según esquemas repetidos con pautas establecidas. Los profesionales percibimos que la falta de estandarización en algunos procedimientos rutinarios es un impedimento para aplicar los tratamientos de una manera eficaz y en menos tiempo para los pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es utilizar el modelo Lean para mejorar el flujo de trabajo entre las consultas externas de Oncología Médica y el Hospital de Día Médico para la atención de pacientes oncológicos que reciben tratamiento intravenoso.

METODOLOGÍA

Con la ayuda de dos consultores, se aplicó el modelo Lean para mejorar el proceso, fijando como punto de entrada el Área de Extracciones y el de salida el Hospital de Día Médico tras la finalización del tratamiento intravenoso. Se configuró un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de diferentes categorías y a su vez se dividieron en tres grupos: 1º Extracciones; 2º Consultas y 3º Hospital de Día Médico. Las fases establecidas fueron: análisis y observación de la situación real (Value Stream Mapping [VSM]); reconocimiento de buenas prácticas y mudas; Kaizen (análisis causa-raíz y soluciones, implementación y seguimiento).

RESULTADOS

Participaron veinticuatro profesionales divididos en los tres grupos de trabajo. El VSM demostró que el tiempo con valor añadido del proceso era del 65%, frente al resto que no aportaba valor. Se realizó el análisis causa-raíz y se propusieron soluciones mediante doce hojas según el método A3. Se concretaron las soluciones en una lista de treinta y cuatro acciones de mejora. Entre las acciones desarrolladas destacan las relacionadas con: modificar la señalética; generar hojas de información para los pacientes y cuidadores; segmentar las agendas de citas; crear circuitos rápidos para pacientes que reciben tratamientos en el día; simplificar peticiones en HCIS; organizar las agendas de la consulta de enfermería; establecer estrategias para evitar interrupciones en las consultas médicas; realizar un procedimiento en caso de ausencia de prescripción de un tratamiento citado en el Hospital de Día Médico; registrar y comunicar incidencias relacionadas con las ausencias de prescripciones de tratamientos; actualizar protocolos en el sistema de prescripción informática; gestionar eficientemente protocolos de ensayos clínicos y optimizar el reparto de la medicación desde la Farmacia Hospitalaria al Hospital de Día Médico.

CONCLUSIONES

Este trabajo permite analizar el recorrido de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento intravenoso desde una visión horizontal, eliminando tiempos sin valor y desperdicios, lo que no sólo beneficia a los pacientes sino también a los profesionales.

EL DÍA QUE ATENCIÓN PRIMARIA PERDIÓ LA BATALLA DEL RELATO

 Emilio Rodríguez Bilbao ⁽¹⁾; Rosa Añel Rodríguez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ UPV-EHU; ⁽²⁾ Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia (Osakidetza),

Identificador: 648

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La confianza es fundamental en el trabajo sanitario y se ha consolidado históricamente por una narrativa que presenta al médico como profesional competente, humano y vocacional. En los últimos años, la percepción ciudadana de la medicina pública, especialmente de la Atención Primaria (AP), ha sufrido un deterioro notable. La imagen de la AP como marca valiosa, símbolo de calidad y valores se ha desgastado aceleradamente, influenciada por narrativas interesadas con fines políticos o económicos. Este proceso ha llevado a una percepción generalizada de pérdida de calidad asistencial. La pandemia de COVID-19 marcó un punto de inflexión. Predominó un encuadre épico, relatos heroicos que exaltaban la labor sanitaria. Tras la pandemia, las grietas del sistema tensionado facilitaron la aparición de contrarrelatos mediáticos, políticos y sindicales que han redefinido la percepción social. El estudio analiza los relatos mediáticos que han influido en la imagen de la AP comparando dos periodos clave:

- Marzo-junio 2020: Inicio del confinamiento.
- Enero-abril 2023: Periodo de mayor conflictividad laboral.

OBJETIVOS

- Analizar el relato mediático dominante durante los periodos de pandemia y conflicto
- Comparar ambos relatos
- Evaluar su impacto en la percepción social del trabajo sanitario

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo con análisis cualitativo de contenido. Criterios de inclusión: Noticias publicadas en marzo-junio 2020 y enero-abril 2023, acompañadas de imágenes en 3 medios nacionales (El País, El Mundo, ABC) y uno regional (El Correo). Análisis:

- **Titulares:** Clasificación según tono (positivo/negativo) y encuadre noticioso.
- **Contenido:** Frecuencia de conceptos clave: héroes, sacrificio, sobrecarga, salario, calidad, huelga, hospital, primaria, etc.
- **Imágenes:** Evaluación simbólica: género, contexto, elementos visuales como batas, pancartas y textos.

RESULTADOS PROVISIONALES

1. Pandemia:
 - Predominio de encuadre de sacrificio, valentía y vocación.
 - Enfoque laboral negativo: saturación y escasez de recursos.
 - Imágenes positivas: escenas de aplauso y uso de ropa de protección.
 - Palabras clave: héroes, sacrificio, saturación.
2. Conflicto:
 - Predominio del encuadre económico-laboral.
 - Escaso enfoque en calidad asistencial.
 - Imágenes negativas: protestas, manifestaciones, uso de la bata blanca.
 - Palabras clave: salario, condiciones, sobrecarga.

CONCLUSIONES

La crisis de la AP se refleja en la pérdida del relato, influida por la mercantilización de la sociedad, predominio de lo económico sobre lo médico, aparición de nuevos modelos de servicios sanitarios que parecen satisfacer mejor la demanda del paciente actual. Los medios refuerzan esta narrativa mediante encuadres predefinidos y sesgados.

Para revertir esta tendencia es preciso:

- Reconocer la importancia de la comunicación como parte de la práctica médica.
- Diseñar estrategias y capacidades comunicativas profesionales.
- Implicación directa de las asociaciones profesionales

IMPACTO DE LAS VISITAS NO PRESENCIALES EN LA HUELLA DE CARBONO

 *Esther Martínez García; Mónica Sañé Figueras; Elisa Marín Ruiz; Kenneth Planas Real; Cristina Berbel Bertolo*

 *Hospital Quirónsalud Barcelona*

Identificador: 650

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La transformación del modelo asistencial hacia una atención centrada en el valor, con decisiones clínicas ajustadas a la necesidad real del paciente, ha impulsado la adopción progresiva de visitas no presenciales (teleconsulta, videollamada, formularios de seguimiento, etc.). Este enfoque permite mantener una atención médica continua, eficiente y personalizada, reduciendo desplazamientos innecesarios al hospital. Esta transformación no solo mejora la experiencia del paciente y la eficiencia del sistema, sino que también reduce el impacto ambiental vinculado al transporte sanitario, contribuyendo a una sanidad más sostenible.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto ambiental de la implantación de un modelo asistencial híbrido, basado en la combinación de visitas presenciales cuando son clínicamente necesarias con visitas no presenciales, en términos de reducción de desplazamientos y emisiones de CO₂.

METODOLOGÍA

Se analizaron los datos de actividad digital en el periodo comprendido entre enero de 2023 y abril de 2025. En el año 2023 se realizaron 67 visitas no presenciales, 2.838 en 2024 y 2.064 entre enero y abril de 2025, un total acumulado de 4969.

La distancia total evitada al no requerir presencialidad se estimó en 6.238 km. Esta distancia fue segmentada según la distribución de los medios de transporte utilizados por los pacientes. El 67% se desplazaban en coche diésel, un 18% en coche de gasolina y 15% en metro.

Se aplicaron factores estándar de emisión por kilómetro, para coche diésel: 0,173 kg CO₂/km, para Coche gasolina: 0,192 kg CO₂/km y para el transporte en metro: 0,045 kg CO₂/km

RESULTADOS

El análisis del impacto ambiental indica que la distancia evitada gracias a las visitas no presenciales permitió reducir de forma significativa las emisiones de gases de efecto invernadero. Los resultados por medio de transporte fueron los siguientes:

Coche diésel (4.179,46 km) → 723,45 kg CO₂ evitados
Coche gasolina (1.122,84 km) → 215,59 kg CO₂ evitados
Metro (935,7 km) → 42,11 kg CO₂ evitados
Total de emisiones evitadas: 939,04 kg CO₂, obviando las emisiones del metro ya que al ser transporte público no depende del uso individual del paciente, serían aproximadamente 0,93 toneladas de CO₂.

CONCLUSIONES

La implementación de un modelo asistencial híbrido que prioriza la atención no presencial cuando es clínicamente adecuada, ha demostrado beneficios asistenciales, organizativos y medioambientales.

En el periodo analizado, la realización de 4.969 visitas digitales evitó 6.238 km en desplazamientos, lo que supuso una reducción estimada de 0,93 toneladas de CO₂. Estos datos evidencian que la transformación digital no solo mejora la eficiencia del sistema y la accesibilidad del paciente, sino que también contribuye de forma directa a la sostenibilidad del sistema sanitario, disminuyendo su huella de carbono.

Consolidar estos modelos es clave para una sanidad moderna, centrada en el valor y alineada con los objetivos de desarrollo sostenible.

CREACIÓN DE ALERTA ELECTRÓNICA PARA REDUCIR ACONTECIMIENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

 GONZALO RAGUAN YÁÑEZ; ANA GINÉS PALOMARES; MARIA ROSARIO SANTOLAYA PERRÍN; ANTONIO GONZALO LÓPEZ DEL RÍO; ISABEL MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO; GEMA BALDOMINOS UTRILLA

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Identificador: 651

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Aproximadamente el 7,4% de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias acuden por un Acontecimiento Adverso a Medicamentos (AAM), y parte significativa son prevenibles. Tras la notificación de un caso de hiponatremia asociado al uso de eslicarbazepina, al sistema institucional de notificación de Errores de Medicación (CISEMadrid), se evidenció la necesidad de establecer un sistema de detección precoz de AAM para evitar la reintroducción de los medicamentos implicados en los AAM por parte de otros profesionales. De este análisis surgió la necesidad de implementar una intervención estructurada para prevenir la repetición de casos similares, apoyándose en las tecnologías de la información.

Este proyecto representa una experiencia de mejora basada en datos reales, con una orientación hacia la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

OBJETIVO

El objetivo es la creación de una alerta en la historia clínica electrónica (HCE) que identifique pacientes con antecedentes de AAM y evite la repetición del mismo.

METODOLOGÍA

El proyecto se estructura en tres fases: (1) desarrollo e implementación de la alerta en HCE; (2) identificación activa de pacientes con AAM mediante revisión diaria de HCE por farmacéuticos de urgencias y aplicación del algoritmo de causalidad de Naranjo; (3) evaluación de la efectividad de la alerta en la detección y prevención, usando un diseño cuasi-experimental pre-post sin grupo control.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha establecido un registro estructurado de casos, lo que facilita el seguimiento de pacientes y la evaluación continua del proceso. El proyecto actualmente se encuentra en la fase II, centrada en la identificación activa de AAM. Hasta la fecha, se han identificado 82 pacientes con sospecha de AAM, con alerta activada en la historia clínica electrónica para 51 de ellos.

Tras el análisis de los AAM identificados hasta el momento, se puede concluir que los más frecuentes se asocian principalmente a fármacos anticoagulantes y antiagregantes, especialmente por su relación con episodios hemorrágicos o alteraciones del INR; psicofármacos como antidepresivos y antipsicóticos, que se vinculan a efectos como hiponatremia o alteraciones neurológicas; así como medicación cardiovascular, relacionada con hipotensión, bradicardia y síncope. También se han identificado casos asociados a antidiabéticos, diuréticos y antineoplásicos.

La implementación de un sistema de alerta electrónica para detectar AAM en la HCE constituye un ejemplo de cómo, en el contexto de la calidad asistencial, una actuación concreta, surgida de la notificación de un solo incidente, puede derivar en una estrategia replicable, sostenible y alineada con los objetivos institucionales.

ESTANDARIZACIÓN DE COMPETENCIAS EN DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA: DESARROLLO DE UNA CHECK LIST PARA TÉCNICOS

 GONZALO RAGUAN YÁÑEZ; ISABEL MARÍA SÁNCHEZ NAVARRO; MARTA HERRERO FERNÁNDEZ; INÉS FERNÁNDEZ CEBRECO; ANTONIO GONZALO LÓPEZ DEL RÍO; GEMA BALDOMINOS UTRILLA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 652

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La seguridad y eficiencia en la dispensación de medicamentos a Pacientes Externos (PE) en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) depende, entre otros factores, de la correcta formación y desempeño del personal técnico (PT). La complejidad creciente de los programas de dispensación, los sistemas robotizados y la diversidad de tratamientos exigen una capacitación estructurada, verificable y continua. A raíz de la notificación y análisis de Errores de Medicación del área de PE, notificados en CISEMadrid, se identifica la necesidad de sistematizar la formación del PT, así como crear un canal de comunicación continuo para aumentar la calidad en la atención sanitaria.

OBJETIVOS

Diseñar una herramienta de verificación de competencias para técnicos de farmacia en el área de dispensación a PA del SF y evaluar su aplicabilidad en el proceso formativo inicial.

Promover la cultura de calidad y seguridad en el área de PE.

METODOLOGÍA

Elaboración de una Check list con el objetivo de garantizar la adquisición de competencias esenciales para los técnicos de farmacia que desempeñan funciones en el área de PE del SF.

Programación de reuniones semanales con los farmacéuticos, técnicos y personal de enfermería del área de PE del SF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Elaboración de una check list estructurada en tres bloques: 1) Circuito de dispensación a pacientes externos, 2) Manejo del robot de almacenamiento y dispensación automática y 3) Conocimiento general de la medicación ambulatoria. La herramienta incluye ítems de verificación directa con respuesta binaria (sí/no), lo que permite objetivar el cumplimiento de los procedimientos. La evaluación fue aplicada por farmacéuticos responsables del área a 4 técnicos de nueva incorporación, como parte del plan de acogida. La actividad se documentó mediante firma conjunta del evaluado y evaluador. Está prevista su implementación progresiva en el 100% del personal técnico con funciones en dispensación.

Se observaron diferencias interindividuales en: uso del software de citación, identificación de errores antes de la dispensación y manejo del robot de almacenamiento y dispensación automática, en modo manual. La recogida sistemática de esta información ha posibilitado diseñar intervenciones formativas específicas y promover un entorno de trabajo más seguro y homogéneo.

Se instaura un programa de reuniones semanales del personal del área para comentar puntos críticos y promover la cultura de calidad y seguridad del área.

La implementación de una check list de verificación de competencias es una herramienta eficaz para mejorar la calidad y la seguridad en el proceso de dispensación ambulatoria. Su utilización sistemática permite estandarizar prácticas, reducir variabilidad, facilitar la formación de nuevos profesionales y alinear el desempeño del personal técnico con los objetivos institucionales de calidad asistencial. La iniciativa se plantea como modelo replicable en otras áreas de farmacia hospitalaria.

MAPA DE RIESGOS CRÍTICOS EN URGENCIAS: ACTIVIDADES CLAVE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Sonia Jiménez Hernández; Ligia Bustamante Torneiro; Alejandra Losada Parente; Ana García Martínez; Beatriz López Barbeito; Ana García Pavesio*

 *Hospital Clínic de Barcelona*

Identificador: 653

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Área de Urgencias es un entorno de alta presión, donde la toma de decisiones rápida y eficiente es clave para la atención de los pacientes. Con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente, iniciamos el proyecto de aplicación de la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) en varios procesos de urgencias cuya planificación y metodología se ha descrito previamente.

OBJETIVOS

Identificar los puntos críticos de los procesos de atención al paciente en el Área de Urgencias mediante la utilización de la metodología AMFE.

METODOLOGÍA

Se ha analizado y concluido el análisis de los procesos de atención del paciente emergente nivel 2, paciente urgente no autónomo nivel 3, paciente con dolor torácico, paciente urgente autónomo niveles 3, 4 y 5 y paciente intoxicado. Todos los procesos han sido diagramados, identificándose subprocesos y actividades. Se han descrito los diferentes riesgos y causas, para cada actividad. Se ha establecido el índice de prioridad del riesgo (IPR) para cada actividad y el IPR medio para cada proceso y para cada subproceso. Se ha considerado que las actividades con IPR igual o superior a 280 deberán ser objeto de acciones de mejora, al considerarse actividades de alto riesgo.

RESULTADOS

Se han identificado una mediana de 103 (RIQ 27,5) riesgos para los procesos analizados. Entre las causas identificadas más frecuentemente se hallan los factores externos relacionados con otros servicios (pacientes con servicio final que permanecen en urgencias y relacionados con la digitalización), los factores relacionados con el personal (desempeño y formación) y los factores de la organización (protocolos y sobrecarga asistencial). El IPR medio ha resultado de $202,6 \pm 58,6$, siendo mayor para el proceso del paciente con dolor torácico ($267,6 \pm 177,8$) y menor para el proceso del paciente autónomo ($106,2 \pm 52,7$). Se han identificado actividades comunes a varios procesos con riesgos comunes: registro informático en la admisión, clasificación del triaje, evaluación médica, prescripción de tratamiento de seguimiento, preparación y administración de medicación, realización de pruebas complementarias externas, traspaso asistencial con hospitalización y centros externos y cierre del episodio. Pero también riesgos específicos para cada proceso como la utilización de dispositivos terapéuticos (ventilación mecánica no invasiva), el traslado para la realización EKG y la evaluación del menor intoxicado. Un total de 65 (30,2%) actividades presentaron un IPR igual o superior a 280, con mayor número de actividades con IPR de alto riesgo para el proceso del paciente con dolor torácico y menor para el proceso del paciente autónomo (17/44 -38,6%- vs 3/40 -7,5%- respectivamente; $p=0.005$).

CONCLUSIONES

El análisis proactivo de los procesos de atención al paciente en urgencias ha permitido identificar actividades de riesgo comunes y específicas que permitirán diseñar acciones de mejora de forma prioritaria y minimizar errores.

TRANSFORMAR LA CALIDAD DESDE LA EXPERIENCIA PACIENTE: UNA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA EN ATENCIÓN AMBULATORIA

 *Carmen Galindo Laiglesia; Núria Rodó Boladeras; Davinia Martínez Plaza; Cristina Fernandez Muñoz; Oriol Roura Fornells; Anna Sant Barba*

 *Fundación Asistencial MútuaTerrassa*

Identificador: 654

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En la actual transformación hacia una atención sanitaria centrada en las personas, es esencial incorporar de forma sistemática la voz del paciente en el diseño y mejora continua de los procesos asistenciales.

La Atención Especializada Ambulatoria, por su complejidad y volumen, es un ámbito clave. Tradicionalmente, las estrategias de calidad han priorizado indicadores clínicos, relegando las percepciones y necesidades reales de los pacientes. Para abordar esta brecha, se desarrolló un proyecto que aplica técnicas de Design Thinking orientadas a identificar momentos clave en el proceso asistencial y cocrear soluciones prácticas conjuntamente con pacientes y profesionales. Esta metodología busca ser replicable y escalable, promoviendo una cultura de mejora continua desde la perspectiva del paciente.

OBJETIVOS

El objetivo general fue implementar una metodología estructurada que promueva la mejora continua desde la experiencia conjunta de pacientes y profesionales. Los objetivos específicos incluyeron analizar el patient journey, detectar puntos críticos, identificar oportunidades de mejora, cocrear soluciones innovadoras, y establecer planes de acción replicables.

El proyecto se desarrolló en los servicios de Onco-Hematología y Traumatología de un hospital terciario.

METODOLOGÍA

Se aplicó una metodología cualitativa y participativa: entrevistas a responsables asistenciales, focus groups (18 pacientes), observación directa del recorrido asistencial (shadowing), talleres de cocreación con más de 25 profesionales y elaboración de planes de acción para cada servicio.

RESULTADOS

El proceso permitió identificar y priorizar 32 iniciativas de mejora, agrupadas en cinco ámbitos clave: Información al paciente, Navegabilidad del sistema, Calidad de la visita, Accesibilidad de los profesionales y Entorno físico.

Estas propuestas, validadas por pacientes y profesionales, abordan necesidades reales y muchas son extrapolables al resto de servicios.

10 iniciativas están en fase de implementación y el resto se integrarán progresivamente en los próximos dos años. La aplicación del proyecto ha tenido un impacto directo positivo en el índice Net Promoter Score (NPS) de los servicios implicados. Además, la iniciativa ha consolidado una metodología participativa y replicable para traducir la voz del paciente en mejoras concretas.

CONCLUSIONES

El proyecto demuestra que es eficaz integrar la voz del paciente en el rediseño de procesos asistenciales. La metodología empleada permite convertir la percepción subjetiva del paciente en acciones prácticas que mejoran directamente la calidad percibida y medida mediante el NPS. Esta metodología replicable y escalable asegura una mejora sostenible y centrada en las necesidades reales de los pacientes, suponiendo un cambio cultural hacia una organización que evoluciona a partir de la experiencia de los pacientes y estableciendo las bases para integrar, de forma transversal, el enfoque de atención centrada en la persona en toda la entidad.

ESTRATEGIAS EFICACES PARA LA GESTIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: HACIA UNA ATENCIÓN SANITARIA MÁS TRANSPARENTE.

 Bibiana Navarro Arqued ⁽¹⁾; Margarita Rodríguez-Osorio Campos ⁽¹⁾; Laura Alfaro Cadenas ⁽²⁾; Marta González Contreras ⁽³⁾; Alvaro Moreno Pérez ⁽¹⁾; Manuel de Diego Bernal ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; ⁽²⁾ Hospital General de Villalba; ⁽³⁾ Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Identificador: 656

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El consentimiento informado (CI) no sólo es un derecho del paciente, sino también una obligación legal y ética para los profesionales sanitarios. Mejorar su gestión garantiza que los procesos estén alineados con la legislación vigente, como la Ley Orgánica 1/2023 y la Ley 41/2002.

Una gestión deficiente del CI puede derivar en fallos activos, denuncias y pérdida de confianza.

Además, una correcta gestión de los CIs supone una herramienta clave para fomentar la participación activa del paciente en su tratamiento, en línea con uno de nuestros objetivos “potenciar el rol del CI como herramienta en la toma de decisiones compartida”. Esto mejora la experiencia del paciente y refuerza la confianza en el sistema sanitario.

Ante esta necesidad de mejorar y homogeneizar la gestión de CIs en los Hospitales Públicos de Quironsalud Madrid se ha puesto en marcha un proyecto para asegurar su adecuado circuito desde su solicitud y creación, hasta su activación en nuestra herramienta de gestión de HC electrónica (Casiopea).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es garantizar que el proceso de obtención del CI se realiza correctamente, de forma estandarizada y con validez legal nuestros Hospitales.

Garantizar que todas las prestaciones asistenciales que lo requieren dentro de nuestra cartera de servicios, cuentan con su CI asociado desde su creación y previo a su activación en Casiopea.

Definir e implantar una estructura homogénea, basada en la legislación, estándares y buenas prácticas internacionales (Joint Commission), y que asegure los contenidos mínimos definidos en todos los CIs de los Hospitales.

Asegurar un adecuado circuito de solicitud, aprobación por la persona(s) responsable(s), y activación en Casiopea ligado a la(s) prestación(es).

Trazabilidad de las solicitudes de CI llevadas a cabo por los facultativos y su estado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El nuevo circuito se diseñó en nuestra herramienta interna de gestión “Qualios” y se activó en octubre del año 2023 en la FJD y, una vez validado, se amplió al resto de los Hospitales Públicos de Quironsalud Madrid.

De la misma forma, a lo largo de estos meses, se han ido ampliando diferentes funcionalidades, con la colaboración de los departamentos de Sistemas y Control de Gestión para asegurar que:

Aquellas prestaciones que requieren CI, disponen de él, con validación por el jefe de servicio o comité correspondiente previo a su activación definitiva en Casiopea.

Existen circuitos alternativos para rechazar, eliminar, actualizar, etc.

Se dispone de un circuito de asociación de varias prestaciones a CIs: anestesia, sedación y transfusión.

Hasta la fecha se han obtenido los siguientes resultados por Hospital:

HUFJD

369

HURJC

102

HUGV

48

HUIE

37

Qualios nos permite completar el circuito de avisos y validación por parte de los responsables (o comités de documentación clínica) para su activación y, mediante diferentes paneles, hacer un seguimiento del estado de cada CI, y disponer de una base de datos actualizada de todos los CI vigentes.

ENFERMERIA FRENTE AL TABAQUISMO: EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD

 RAFAEL GUIRAO ALCARAZ; INMACULADA MARTÍNEZ DELGADO

 CS CALASPARRA

Identificador: 657

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El personal de enfermería tiene un papel clave como educador, motivador y facilitador del cambio, promoviendo el abandono del tabaquismo de manera empática. La terapia multicomponente (consejo, apoyo psicológico, farmatoterapia y seguimiento) puede lograr tasas de abandono del 30%. La intervención grupal mejora los resultados. Su implementación requiere trabajo coordinado con medicina de familia para captar pacientes, prescribir y dar seguimiento, previniendo recaídas.

OBJETIVOS

Mejorar la abstinencia incorporando grupos de mensajería instantánea y publicaciones. Ofrecer de forma continua el recurso grupal en el centro de salud. Optimizar la coordinación del EAP.

METODOLOGÍA

Captación en consulta médica y de enfermería. Abordaje motivacional. Evaluación dependencia y motivación (Fageström y Richmond), consumo y recaídas. Elección tratamiento farmacológico. Desarrollo de 4 sesiones en 4 semanas (120 min), enfoque cognitivo-conductual. Contenidos: razones para dejar de fumar, productos del tabaco, plan personal, alternativas, medición de CO, proceso de cambio (Prochaska y Di Clemente), abstinencia, apps, beneficios, recaídas y relajación. Seguimiento telefónico: día 0,7,15,1 mes,3,6 y 12 m.

RESULTADOS

n=121. 38 hombres y 83 mujeres. Consumo:99<;20 cig/día y 22>;20 cig/d. Edad: 2%>;30 años, 4% entre 30-40, 22% entre 40-50, 40% entre 50-60 y 32%>;60 a. El 55% usó citisina y el 37% no empleó medicación. No fuman: al 1º mes 64%,3º m 54%, 6º m 41% y 12º m 42%. Al año el 29% de los hombres y el 44% de las mujeres se mantienen abstinentes. Con citisina, el 50% sin fumar frente al 32% sin fármaco. Entre quienes fumaban <;20 cig/d, el 44% logra la abstinencia, frente al 21% de quienes fumaban más. Hasta la fecha, un 41% de los participantes han dejado de fumar a los 12 meses.

CONCLUSIONES

1. El centro de salud atiende a 8816 mayores de 14 años, se estima que 2113 son fumadores, pero solo 531 tienen registro en la historia clínica (25,1%).
2. Para aumentar el registro y ofrecer ayuda se propone un programa de sesiones clínicas para médicos y enfermeros.
3. Aunque la muestra es pequeña (75 pac con seguimiento de 1 año), los resultados son prometedores (41%). se observa un incremento de recaídas entre 6 y 12 meses. Se sugiere seguimiento telefónico a los 9 m y envío de contenido motivacional.
4. Además de los beneficios clínicos, el impacto económico es positivo: c/fumador genera entre 1800 y 2000 eu gasto anual al SNS. Esta intervención resulta muy costoeffective.

CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD

 Benjamin Muedra Larcher; Paula Martin Garcia; Isabel Almendro Martinez; Palmira Jurado Macias; Francisco Javier Pichardo Galan; Alejandro Rodriguez Quiros

 Hospital Gregorio Marañón

Identificador: 659

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica (HC) es el documento con la misión de ordenar la información para facilitar la atención del individuo y la continuidad de cuidados a lo largo de su vida y, además, la evaluación de los servicios prestados, la investigación y la docencia. Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las HH.CC., permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios. Diversos aspectos del ámbito de atención de las urgencias, como el alto recambio de pacientes y profesionales, limitaciones de espacio, la presencia de profesionales poco experimentados y otros tantos, atentan contra la calidad del registro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el objetivo de evaluar la calidad de las HH.CC. de pacientes atendidos por el Servicio de Urgencias se realizó un estudio descriptivo del cumplimiento de los diferentes componentes de la HC electrónica. Para ello, de todos los episodios atendidos en el mes de mayo de 2024 se seleccionaron, mediante muestreo aleatorio simple, 62. 18 miembros de la Comisión de Documentación Clínica evaluaron las historias utilizando un listado de criterios específicos. Un investigador independiente recopiló e interpretó los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 95% de los pacientes recibió el alta clínica y solo 3% fue hospitalizado. El cumplimiento en el apartado de antecedentes personales fue, en orden descendente: 85% para enfermedades previas, 79% para alergias e intolerancias, 66% para hábitos tóxicos, 45% para medicación previa y antecedentes obstétricos-quirúrgicos, 22% para antecedentes familiares y 5% para inmunizaciones. En el apartado de medicación previa, en el 46% de los casos no se asentó dosis, posología ni vía de administración. En el apartado de valoración de la situación funcional no se cumplimentó ningún aspecto en el 77%; siendo el cognitivo el aspecto más valorado (18%). De la evolución en urgencias los aspectos mejor registrados fueron el diagnóstico principal (100%), la historia actual y la exploración física (95%); y el peor, el resumen de pruebas complementarias realizadas (64%). En el registro de fármacos al alta, solo se registró la vía de administración en el 12% de los casos y la duración en el 67%. Se usaron abreviaturas en el 87% de los informes de alta. Como conclusión, se destaca favorablemente el registro de la evolución del paciente en urgencias. Como aspectos a mejorar se destacan: reducción del uso de abreviaturas, mayor registro de alergias, medicación previa e inmunizaciones y mejora en la prescripción de fármacos en el informe de alta, fundamentalmente en lo relativo a la vía de administración y duración del tratamiento.

¿CÓMO EVITAR OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA? ALERTAS AUTOMÁTICAS EN HISTORIA CLÍNICA.

 Gerardo Garzón González; Tamara Alonso Safont; Oscar Aguado Arroyo; Jose Carlos Estévez Muñoz; Marisa Alcázar González; Cristina Villanueva Sanz

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 660

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores diagnósticos evitables relacionados con razonamiento clínico (no con pruebas), llamados Oportunidades Diagnósticas Perdidas, suponen más de medio millón de incidentes de seguridad con daño al año en España, en Atención Primaria. Uno de los usos de trigger tool es el uso prospectivo como alertas en diagnóstico y se ha usado fundamentalmente en tumores. Sin embargo, apenas se ha utilizado en Insuficiencia Cardiaca (IC), que afecta casi a 800.000 pacientes en España y en la que el infradiagnóstico alcanza el 20-50% de los casos en etapas tempranas o en pacientes mayores.

OBJETIVOS

Construir alertas implantables en historia clínica, que permitan evitar “oportunidades diagnósticas perdidas” en IC (y posteriormente evaluar su implementación e impacto)

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio de cohortes históricas para construir modelos altamente predictivos, basados en trigger, con los que generar reglas que disparen alertas.

Participantes: 105.000 pacientes >65 años con historia clínica activa en Período de Estudio (PE: 2022-2024)

Mediciones. Principal (dependiente): Diagnóstico nuevo de IC en PE.

Predictoras: edad, sexo y 19 trigger identificados en revisión bibliográfica.

Recogida de datos. De campos normalizados de la historia clínica cuando es posible. Cuando no, mediante software que los localiza en texto libre de la historia clínica.

Análisis. Análisis de los distintos modelos por regresión logística en una muestra de desarrollo (70%) y validación en otra muestra (30%) mediante curva ROC y AUC para seleccionar mejor modelo.

Las reglas para disparar alertas incorporan las variables del mejor modelo más el criterio de oportunidad diagnóstica perdida, o sea, que el profesional no haya realizado, con anterioridad, las pruebas diagnósticas: petición de péptidos natriuréticos, de eco cardiaca o de derivación a especialista con sospecha de IC.

Se evaluará posteriormente el impacto real mediante % de alertas en los que el profesional ha realizado cambios y el % de alertas en los que se ha evitado un evento adverso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El mejor modelo predictivo, que incluyó edad, sexo y 6 trigger explicaba el 33% de la varianza

Con él se construyó un score preliminar: FA 3 puntos, Disnea 2, Ortopnea 1.5, Edemas 1.5, CI 0.5, DM 0.5, 76-85 años 1 punto, >85 años 2 puntos, sexo femenino 0.15 puntos. La curva ROC de este score tiene un Area Bajo la Curva de 0.87

Se han construido dos alertas automáticas implantables en historia clínica que avisan al clínico de la alta probabilidad de que se trate de una IC

Alerta Roja si > 4 puntos; en el 50% de los casos en que se dispara la alerta existe una Oportunidad diagnóstica perdida de IC

Alerta Naranja si > 2 puntos, con Sensibilidad 65% y Especificidad 91%

Con datos preliminares, estas alertas evitarían errores diagnósticos en IC a 10.000 pacientes al año en España

Como conclusión, se ha construido un sistema de alertas de alta predictibilidad de oportunidades diagnósticas perdidas en insuficiencia cardiaca.

LA SEGURIDAD AL LÍMITE: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO. PROYECTO MAR EN SAR

 Gerardo Garzón González; Laura Teso Chamorro; Lucía Sierra Santos; Lina Marcela Parra Ramírez; Miguel Gallego Munuera; Clara Salamanca Ávila

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 661

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En un centro de salud existen situaciones en las que la probabilidad de fallo es más alta (ej.: atención a un paciente no conocido previamente), a las que llamaremos Situaciones de Alto Riesgo (SAR). Por otra parte, los fallos en la prescripción de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) tienen más probabilidad de producir daño grave. Cuando se juntan ambas circunstancias, es decir la prescripción de un MAR en SAR, la probabilidad de fallo y de daño grave, se multiplica.

OBJETIVOS

Reducir los errores de medicación con Medicamentos de Alto Riesgo cuando se prescriben en Situaciones de Alto Riesgo en un Centro de Salud

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló en 4 fases

1. Selección de las SAR en las que actuar. Se utilizaron los factores contribuyentes definidos por la National Patient Safety Agency y se eligieron por consenso los más adecuados: Caída de la Historia Clínica Electrónica, Repartos de consulta no previstos, Profesional nuevo en el centro, Paciente ajeno, Atención fuera de cita.
2. Selección de un método de señalamiento de SAR de un listado obtenido de lo publicado sobre el tema y de una pequeña tormenta de ideas. Se eligió pegar un pósit rosa en la pantalla del ordenador. La persona que detectaba que se estaba en SAR avisaba al resto para poner el pósit.
3. Selección de los MAR en los que actuar de entre los del proyecto MARC (Ministerio de Sanidad 2014): Insulinas, Anticoagulantes, Antiepilepticos de margen estrecho (carbamazepina, fenitoina y valproato), Inmunosupresores (incluido metotrexato)
4. Selección de las acciones a realizar cuando se está en SAR. Partiendo de las prácticas seguras del proyecto MARC y de otras generales publicadas, se seleccionaron: Prohibir las interrupciones presenciales y telefónicas, No realizar atención sin historia clínica y Realizar doble autochequeo si se inicia o se modifica un tratamiento con un MAR seleccionado.

Las acciones se pusieron en marcha durante 6 meses

RESULTADOS

De implementación: Excepto la evitación de las interrupciones se implementaron todas las acciones. Algunas acciones se han implantado incluso los días sin SAR: no se atiende sin historia y se realiza doble autochequeo de los MAR. Algunas acciones no previstas se han implantado los días con SAR: reducción de la intensidad de la consulta demorando actividad prescindible, doble autochequeo a toda la medicación, no solo MAR

De percepción: Ha mejorado la conciencia individual del riesgo (prudencia) y del valor del señalamiento. Se reduce el estrés los días complicados.

De impacto: se detectaron y evitaron 1-2 fallos/3 meses por profesional en la prescripción con Medicamentos de Alto Riesgo (inferido a nivel nacional: más de 100.000 pacientes/año)

CONCLUSIONES

Como conclusión, el señalamiento y el doble autochequeo redujeron sustancialmente los errores de medicación con Medicamentos de Alto Riesgo cuando se prescribieron en Situaciones de Alto Riesgo.

¿LAS RONDAS DE SEGURIDAD MEJORAN LA NOTIFICACIÓN? SÍ, PERO LIMITADAMENTE: ESTUDIO DE COHORTES HISTÓRICAS

 Gerardo Garzón González; Consuelo Bautista Fernández; M. Ysabel Mendoza Gómez; Blanca Romero Panadero; Marina García Suárez; Raquel Escuredo Campos

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 662

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En su artículo “fundacional” sobre las Rondas de Seguridad, Alan Frankel (2003) establecía, como uno de los objetivos, mejorar la comunicación sobre los problemas de seguridad. Este objetivo se ha interpretado y operativizado con frecuencia como mejorar la notificación de incidentes. Sin embargo, este objetivo está escasamente evaluado y aún menos en atención primaria

OBJETIVOS

Evaluar si la realización de Rondas de Seguridad (RS) en centros de salud (CS) se asocia con un incremento en la notificación de incidentes de seguridad.

METODOLOGÍA

Diseño. Estudio de cohortes históricas

Ámbito. Los 264 CS de una comunidad autónoma. Período 2017-2024 (a.i.).

Participantes. La unidad de estudio fue el centro-año, siendo cada centro de salud en años distintos, unidades de estudio diferentes. Se definieron dos cohortes: expuesta (centros-año con una RS en ese año) y no expuesta. Se excluyeron el año 2020 y el primer semestre de 2021.

Mediciones. La variable principal fue el incremento de notificaciones en el mes posterior a la RS con respecto al mismo mes del año anterior. Se incluyeron como variables secundarias: tipo de notificación (incidentes –IS–/errores de medicación _EM_), tamaño del centro (grande, mediano, pequeño), el incremento de las notificaciones en los 6 meses siguientes a la ronda (efecto a largo plazo) y el incremento en las primeras 48 horas tras la ronda (efecto inmediato).

Análisis. Se comparó el incremento de notificaciones en centros-año con ronda y sin ronda, utilizando como test de contraste la prueba t de Student.

RESULTADOS

Se analizaron 1577 unidades centro-año.

El incremento de notificaciones en el mes siguiente con respecto al año anterior fue significativamente superior en los centros con ronda frente a los centros sin ronda (+0,23 vs. -0,14; $p=0,002$).

La diferencia en el incremento fue mayor para IS que para EM (0,22 vs. 0,17; $p<0,05$). Se encontró diferencia mayor en centros pequeños (+0,32 vs. -0,11; $p=0,011$) que en centros medianos y grandes. No se encontraron diferencias significativas a los seis meses de la RS. El 29% (IC95%:25%-33%) de todas las notificaciones en el mes posterior a la ronda, fueron en las 48 horas siguientes

CONCLUSIONES

Como conclusión, la realización de RS se asoció con un aumento significativo de la notificación de incidentes en el mes posterior, mayor aún en las 48 horas siguientes. Este estudio confirma la utilidad de las RS para uno de sus OBJETIVOS mejorar la comunicación y la notificación

INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

😊 *María de la Cámara Gómez; María de la Cámara Gómez; Lino Carrajo García; Lino Carrajo García; Jose Manuel Fandiño Orgeira; Belen Rodriguez Hermida*

🏥 *Hospital Universitario A Coruña*

Identificador: 663

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La información a las personas es un derecho, pero también una herramienta generadora de valor en el sistema sanitario. Mejora la experiencia del paciente y de las personas cercanas que lo acompañan. Aumenta la calidad percibida y afianza la percepción de confianza y seguridad en la atención.

OBJETIVOS

Humanizar y liderar un cambio cultural que tiene como centro el paciente.

Añadir un valor de innovación contando con el paciente y las personas de su entorno generando sinergias en la comunicación.

Dar información en tiempo real mejorando la satisfacción del usuario.

METODOLOGÍA

Se ha implantado un sistema de información en tiempo real, a través del enlace al sistema de trazabilidad del servicio, a los pacientes y sus acompañantes. Se basa en suministrar un código QR-BIDI a la persona durante el proceso de admisión. Con este código se descarga el acceso a la información (ubicación, pruebas pendientes, profesionales responsables, interconsultas con otros especialistas...)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tener acceso a la información en tiempo real ha mejorado la satisfacción de pacientes y acompañantes. Ha disminuido radicalmente las quejas en relación con la información, puntuando muy positivamente al servicio, tanto de forma global como en lo referente a la información recibida, en las encuestas anuales realizadas.

El sistema ha supuesto un gran avance en la calidad, seguridad, información, humanización y confidencialidad de la gestión integral del paciente urgente. No es tan solo una herramienta de gestión es un cambio conceptual hacia la seguridad clínica y la transparencia del proceso urgente

OBSERVACIONES Y VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y PERCIBIDA

 OLGA MARTIN VELASCO; MARIA DEL MAR GONZALEZ MARCO; MARIA JOSE CHECA VENEGAS

 FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Identificador: 664

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mejora continua en la atención sanitaria requiere de herramientas prácticas que permitan observar y evaluar en tiempo real la calidad de los cuidados. En el ámbito de enfermería, la observación directa y sistemática de la práctica clínica permite detectar fortalezas y áreas de mejora en aspectos clave como la cortesía, la seguridad del paciente, el control de la infección, el uso seguro del medicamento y la eficiencia en la transmisión de información clínica

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de buenas prácticas enfermeras en unidades de hospitalización mediante una revisión observacional planificada, con el fin de identificar oportunidades de mejora y fomentar una atención centrada en la seguridad, la comunicación efectiva y la excelencia asistencial y percibida.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal realizado durante el año 2024 en distintas unidades de hospitalización. Se empleó un formulario de registro diseñado con preguntas específicas para cinco áreas clave:

1. Cortesía: presentación del personal y conocimiento del supervisor.
2. Seguridad de paciente: Prevención de caídas: aplicación de medidas en pacientes de riesgo.
3. Control y prevención de la infección: limpieza de carros, palos de suero y equipos.
4. Uso seguro del medicamento: cumplimiento del protocolo del manejo de medicación en planta.
5. Eficiencia: pase de enfermería a pie de cama y visibilidad de indicadores (INTRANET-QUALIOS)
6. Análisis de la calidad percibida.

Se llevaron a cabo 178 evaluaciones directas, registrando el cumplimiento de los ítems mediante observación in situ.

RESULTADOS

El cumplimiento global de los estándares evaluados fue del 87,73%.

- En el ítem de cortesía, buena actitud del personal, refuerzo en el conocimiento del supervisor por parte del paciente.
- En prevención de caídas, faltaban elementos clave como señalización del riesgo o el acceso seguro al timbre.
- En control de infección, limpieza de equipos móviles como torres de constantes y palos de suero
- En uso seguro del medicamento, el protocolo de medicación se realiza de forma correcta en la mayoría de los caos, incluyendo la identificación del paciente y custodia segura de la medicación.
- En eficiencia, el pase de enfermería a pie de cama se realiza habitualmente, aunque no de forma constante en todos los tunos, con visualización directa de los indicadores.

CONCLUSIONES

Las observaciones y visitas realizadas en hospitalización permiten identificar con claridad aspectos de mejora en la práctica clínica diaria. Aunque el nivel de cumplimiento general es elevado, se evidencian áreas con necesidad de intervención, especialmente en la verificación activa del medicamento, la prevención de caídas y resultados en el trabajo diario. Esta iniciativa favorece una cultura de seguridad, calidad y humanización de los cuidados, promoviendo una enfermería más participativa y eficiente, así como la calidad percibida de nuestros pacientes.

INFORMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE COMITÉS, COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES.

😊 *Álvaro Moreno Pérez ⁽¹⁾; Eduardo Arias Prieto ⁽²⁾; Adriana Cercas Duque ⁽¹⁾; Bibiana Navarro Arqued ⁽¹⁾; Marta González Contreras ⁽²⁾; Laura Alfaro Cadenas ⁽³⁾*

📄 ⁽¹⁾ *Fundación Jiménez Díaz;* ⁽²⁾ *Hospital Universitario Rey Juan Carlos;* ⁽³⁾ *Hospital Universitario General de Villalba y Hospital Universitario Infanta Elena*

Identificador: 665

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión de comités en nuestro hospital se realizaba de una forma tradicional, mediante correos y herramientas ofimáticas, sin una base informática que facilite la elaboración de actas, acuerdos, reparto de tareas y seguimiento de riesgos y proyectos. Existen metodologías y plataformas diversas, con contenidos poco estandarizados y no siempre alineados con las necesidades reales. Esta falta de homogeneidad afecta especialmente a comités vinculados a sistemas certificados (calidad, seguridad, medio ambiente, etc.). Por ello, se propone implantar un sistema informatizado y estandarizado que integre a los comités en el modelo de gestión del hospital.

OBJETIVOS

1. Registrar decisiones de forma clara, accesible y auditable. Facilita auditorías y refuerza la confianza en la toma de decisiones. Aumentar eficiencia y reducir carga administrativa
2. Automatizar actas, acuerdos e informes. Libera tiempo del personal para tareas asistenciales de mayor valor. Estandarizar procesos asistenciales y administrativos
3. Unificar formatos, protocolos y facilitar el acceso a la documentación. Reduce la variabilidad en la ejecución de procesos. Impulsar el análisis de los sistemas de gestión
4. Disponer de datos estructurados para analizar riesgos, objetivos y no conformidades, conectando los comités con procesos como ACR, AMFE, rondas de seguridad, etc. Mejora la planificación estratégica y la identificación de áreas críticas.

METODOLOGÍA

1. Comprender el funcionamiento actual de los comités. Entrevistas, talleres, detección de necesidades y definición de requisitos funcionales y técnicos. Diseño del modelo y del sistema
2. Crear un modelo común adaptable a todos los comités. Diseñar workflows, plantillas estandarizadas y definir roles y accesos. Piloto y validación con comité de dirección
3. Probar el sistema en entorno controlado. Capacitación, recogida de feedback, medición de indicadores y ajustes. Despliegue progresivo y mejora continua
4. Extender el sistema y consolidar su uso. Despliegue por fases, soporte continuo, seguimiento de indicadores y evolución del sistema.

RESULTADOS

1. Desarrollo de nuevas herramientas informáticas: Un formulario de elaboración de actas. Paneles de seguimiento de actas y tareas pendientes. Elaboración de grupos de usuarios correspondientes a los miembros de los comités.
2. Formación a los miembros de los comités: se ha formado a los presidentes y secretarios de los comités en la metodología propia de estos y en el manejo de las nuevas herramientas informáticas desarrolladas.
3. Pilotaje: Los pilotos con los comités de dirección fueron positivos. Se implementaron mejoras sugeridas, como una tabla de acuerdos y tareas trazable entre actas, asignación de responsables con acceso desde sus portales, y envío automático de actas en PDF por correo desde la aplicación.
4. Escalado: finalmente esta metodología se ha implando ya en 78 comités.

INFORMATIZACIÓN DE LOS CORTES OBSERVACIONALES DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

😊 *Álvaro Moreno Pérez ⁽¹⁾; Bibiana Navarro Arqued ⁽¹⁾; Laura Alfaro Cadenas ⁽²⁾; Eva Martín Domenech Martín Domenech ⁽³⁾; Adriana Cercas Duque ⁽¹⁾; Marta González Contreras ⁽⁴⁾*

 ⁽¹⁾ Fundación Jiménez Díaz; ⁽²⁾ Hospital Universitario General de Villalba y Hospital Universitario Infanta Elena; ⁽³⁾ Hospitales públicos Quirónsalud; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Identificador: 666

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio informatizado sobre la calidad de las historias clínicas es clave para mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia asistencial y la toma de decisiones.

Este estudio permite detectar información clínica relevante o legalmente requerida que no esté registrada, identificar patrones de documentación deficiente y proponer mejoras.

La baja calidad de los registros genera duplicidad de pruebas, consultas innecesarias y más tiempo de revisión. Corregirlo mejora la eficiencia y reduce costes.

OBJETIVOS

Garantizar la seguridad del paciente La calidad de la información clínica (precisión, completitud, actualidad) es clave para evitar errores diagnósticos o terapéuticos.

Facilitar decisiones clínicas basadas en datos La historia clínica debe ser completa y estructurada. Indicadores ayudan a mejorar la calidad documental, reducir riesgos y facilitar mejoras. El análisis informatizado detecta deficiencias y propone mejoras.

Promover estandarización e interoperabilidad La variabilidad en el registro dificulta la continuidad asistencial. El estudio debe evaluar y mejorar plantillas, codificación, campos estructurados y escalas.

Apoyar mejora continua y acreditación Normas como UNE 179003 exigen evidencias documentales. Es clave generar métricas objetivas para auditorías internas y externas.

Preparar para IA y analítica avanzada Los modelos predictivos requieren datos fiables. Este estudio evalúa si la información clínica es apta o necesita mejoras.

METODOLOGÍA

- Fase 1: Definición del marcoDelimitar alcance, criterios de calidad y estándares (Joint Commission, ISO, UNE, SERMAS). Seleccionar tipos de historias y dimensiones a evaluar.
- Fase 2: Extracción y análisis informatizadoAnalizar datos estructurados y no estructurados de la HCE. Usar SQL para recogida y Power BI para análisis.
- Fase 3: Evaluación cualitativa y validaciónComplementar el análisis con revisión experta (documentalistas, clínicos, comité de dirección). Selección aleatoria de historias para revisión manual.
- Fase 4: Informe y plan de mejoraPresentar resultados, detectar áreas críticas y proponer acciones. Comparar hospitales y servicios. Monitorizar calidad con estudios sucesivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implantación del proyecto, se han realizado tres estudios:

Evaluaciones: Enfermería y Médica, Médica Pediatría.

Estos estudios se han convertido en un sistema de monitorización de la calidad de las historias clínicas, complementando otros reportes centrados en la cumplimentación de campos, pero que no abordan la calidad del contenido ni su adecuación normativa.

Se han revisado más de 650 HCE y 4.500 ítems. Los resultados se reportan sistemáticamente a los comités de dirección, y las direcciones médicas y asistenciales acceden en tiempo real a través de paneles Power BI.

Se han generado más de 20 proyectos de mejora.

TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD MENTAL: “LA CASITA”

 LAURA CARRASCO CHILLÓN ⁽¹⁾; PILAR RICO GARCÍA ⁽²⁾; MARÍA DOLORES ROMERO GONZÁLEZ ⁽²⁾; LOURDES GÓMEZ DEL MORAL POZUELO ⁽²⁾; CARMEN TABASCO HERNÁNDEZ ⁽²⁾; LUCILA ÁLVAREZ DEL VALLE LAVESQUE ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN; ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN (HUJG)

Identificador: 667

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las personas que sufren trastorno mental grave (TMG), presentan dificultades en sus Actividades de la Vida Diaria (AVD), por un lado, en la dificultad intrínseca (perceptivo/cognitiva, o sensoriomotora) para completar la tarea, y por el otro, en la ausencia de hábitos a pesar de contar con las capacidades para llevarlas a cabo. La terapia ocupacional (TO) se encarga de facilitar la organización y desempeño de las actividades cotidianas de manera funcional y autónoma.

OBJETIVOS

Diseñar un proyecto de intervenciones desde TO a personas que sufren TMG para fomentar su autonomía en AVD, básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) y promocionar su participación social y comunitaria.

METODOLOGÍA

El diseño del proyecto de intervenciones de TO a personas con TMG, se fundamenta en varios marcos teóricos, entre ellos, Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y en uno de los modelos de intervención de nuestro hospital, Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP). Se divide en varias fases: 1. Fase de Evaluación inicial: Estudio de la población y definición de la muestra. Se realiza mediante la escala del índice de Lawton y Brody (ILB), entrevista y observación en el desempeño de sus AVD. 2. Detección de características comunes 3. Definición de las variables esenciales del proyecto: a) Espacio terapéutico, b) Actividades significativas y c) Identidad personal y ocupacional. 4. Fase de intervención: Se llevan a cabo las actividades planificadas. 5. Fase de Evaluación final.

RESULTADOS

De las 34 personas con TMG ingresadas en la unidad, se incluyen a 30, y el 63.3 % deciden participar en el proyecto. Fase de Evaluación Inicial. Según el ILB, el nivel de autonomía y dependencia predominante de las personas que sufren TMG, es el nivel dependencia moderada en sus AIVD, obteniendo en su total un 53.3 %.Y, la actividad con mayor grado de dependencia y mayor interés a participar, es la AIVD, preparación de la comida. Fase de Intervención, mediante su programa de actividades, se observa:

- Mejora en la autonomía de sus AIVDs.
- Mayor participación social y en la comunidad.
- Mayor participación y asistencia en las intervenciones de terapia ocupacional.
- Implicación de los profesionales “Figura de Expertos/as” (Rol ocupacional), de la Comunidad Hospitalaria, principalmente, del Departamento de Hostelería.

CONCLUSIONES

La creación de espacios terapéuticos basados en el MACP y MOHO, en personas con TMG, facilitan su reconstrucción a través del vínculo, la pertenencia y la ocupación con sentido. Este tipo de intervenciones fomenta la participación en los programas de recuperación de terapia ocupacional, observándose no solo mayor asistencia, sino mayor demanda de número de sesiones de forma semanal. La incorporación de las Figuras de Expertas de la Comunidad Hospitalaria, ha tenido una acogida e impacto beneficioso, en las personas con TMG, observándose una valoración satisfactoria mediante los resultados obtenidos, en los cuestionarios de evaluación en este tipo de actividades.

ATENCIÓN AL PACIENTE CON DESVIACIONES VERTEBRALES EN EDAD DE CRECIMIENTO

 Adrián Cascales Martínez ⁽¹⁾; Beatriz Yusà Cubes ⁽¹⁾; Francisco José Cascales Martínez ⁽²⁾; María Eladia Hernández Sánchez ⁽¹⁾; María Rodríguez Martínez ⁽³⁾; Javier Nieto Blasco ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor; ⁽²⁾ VIAMED San José; ⁽³⁾ Centro de Salud San Javier; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario de Salamanca

Identificador: 669

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las desviaciones vertebrales en la infancia requieren de un diagnóstico y abordaje precoz, coordinado y eficiente, con protocolos que limiten las pruebas de imagen (PI) sólo a casos necesarios. En esta Área Sanitaria, se identificaron deficiencias de calidad asistencial en el manejo de estos pacientes, tanto en Atención Primaria (AP) como Especializada (AE), entre ellas, peticiones indiscriminadas de PI.

OBJETIVOS

1. Evaluar la calidad brindada a estos pacientes y la satisfacción de pacientes y profesionales;
2. Analizar la efectividad de un programa integral, multidisciplinar y consensuado para mejorar seguridad del paciente, calidad y satisfacción.

METODOLOGÍA

Se diseñó ciclo de mejora de calidad interna, desde hospital de segundo nivel, con N=60 pacientes.

Se definieron 11 criterios de calidad, basados en la evidencia y guías clínicas: adecuación de exploración inicial en AP; no solicitar PI desde AP; ítems para derivación adecuada; agilización de lista de espera de estos pacientes en AE; petición protocolizada de PI; aumento de consultas de alta resolución; adecuación de escuela de espalda como principal intervención terapéutica; conocimiento de nuevos protocolos y satisfacción de pacientes y profesionales.

Tras su análisis, se realizaron intervenciones específicas de mejora con: sesiones online y píldoras formativas de evaluación, talleres prácticos en AP, diseño de protocolos de derivación, compra de escoliómetros; unificación de criterios y elaboración de algoritmo por médicos rehabilitadores; coordinación entre Servicios (citaciones, Rehabilitación y Radiodiagnóstico) para promover alta resolución, etc.

Se realizó una evaluación preintervención de pacientes seleccionados aleatoriamente durante 5 meses. Posteriormente, durante un mes se implementaron intervenciones correctoras. Se realizó una segunda evaluación postintervención.

RESULTADOS

1. Pre-intervención y según los criterios definidos, la calidad asistencial y la satisfacción era subsidiaria de mejora: ausencia de protocolos de derivación, derivaciones heterogéneas e inexactas, no unificación de criterios en manejo, petición indiscriminada e innecesaria de PI, satisfacción insuficiente...
2. Las intervenciones de mejora fueron efectivas, logrando mejoras estadísticamente significativas en todos los criterios. alguna de estas mejoras, como la petición de PI, se redujo considerablemente, consiguiendo reducir la radiación innecesaria en edad de crecimiento.

CONCLUSIONES

La adherencia a recomendaciones basadas en la evidencia era deficiente, pero el ciclo interno de mejora de calidad fue útil para garantizar prácticas seguras y lograr mejores resultados, tanto clínicos como en la experiencia del paciente y profesionales. Destaca la importante reducción de PI que, debido a la protocolización de indicaciones y la restricción sólo a casos que clínicamente lo requieren, tiene un impacto positivo en eficiencia y en la salud y seguridad del paciente, dado que se evita la radiación, tan nociva en la infancia.

OPTIMIZACIÓN DEL SISTEMA DE CITACIONES Y LA COORDINACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

 ANDREA ELIZABETH EGAS ZAMBRANO; PABLO TOLOSA ORTEGA; María Dolores Pérez Cárdenas; ELVIRA FERRETE DE LA TORRES; ENRIQUE GONZALEZ BILLALABEITIA; LUIS PAZ-ARES RODRIGUEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Identificador: 670

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención ambulatoria en oncología requiere una coordinación precisa entre pruebas, consultas y tratamientos. Tras un análisis DAFO en nuestro servicio, se detectaron debilidades (citación manual, interrupciones, falta de integración de sistemas), amenazas (insatisfacción del paciente, errores en la atención, reclamaciones), fortalezas (equipo comprometido, experiencia clínica) y oportunidades (digitalización, mejora de la coordinación asistencial). Para mejorar la calidad asistencial, se implantaron dos intervenciones estratégicas entre febrero y octubre de 2024: a) Nuevo sistema de citación electrónica con circuitos según tipo de tratamiento, que integra citas de analítica, consulta y administración b) Incorporación de un módulo de control y una gestora de sala para coordinar recursos, resolver dudas y evitar interrupciones al equipo de enfermería

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el impacto de ambas intervenciones en términos de eficiencia, coordinación y satisfacción. Se realizó un análisis pre y post implementación (2022-2024), incluyendo indicadores de estructura (Existencia y grado de implantación del nuevo sistema electrónico de citaciones), proceso (tiempo medio de atención en mostrador (valoración in situ, 1 h/día durante 5 días), frecuencia de interrupciones en la sala de tratamiento (valoración in situ, 6 días pre intervención), cumplimiento horario en la administración de tratamientos (n=148) y carga asistencial por hora en mostrador) y resultados (número y tipo de reclamaciones relacionadas con citaciones, incidencias específicas del sistema de citaciones, nivel de satisfacción percibido mediante encuestas anónimas digitales (Google Forms) a pacientes, médicos y personal administrativo). Además, se elaboró un mapa comparativo del proceso asistencial previo y posterior a la intervención

RESULTADOS

Las reclamaciones por citaciones se redujeron del 64% (n=9) en 2022 al 14% (n=3) en 2024, y las incidencias específicas del sistema de citaciones pasaron de 42 (2023) a 2 (2024). La adherencia al nuevo sistema electrónico de citaciones alcanzó el 100% en consultas sucesivas en octubre de 2024. El tiempo medio en mostrador se redujo un 46,6% (de 3 a 1,6 minutos) y la carga de atención por hora disminuyó un 66%. La satisfacción global fue buena o muy buena en el 85% de pacientes y en el 83% del personal administrativo. Las interrupciones en sala de tratamiento se redujeron completamente (media previa: 33 por hora). El cumplimiento horario en la administración del tratamiento pasó del 35,6% en febrero de 2024 al 84% en octubre de 2024 y los retrasos mayores de 60 minutos bajaron del 32,9% al 5,3%. Se presentará el mapa del proceso asistencial previo frente al actual.

CONCLUSIONES

La mejora en el sistema de citaciones y la coordinación del tratamiento ha aumentado la calidad asistencial, reduciendo errores y tiempos de espera, e incrementando la satisfacción. Es un modelo aplicable a otros servicios con procesos complejos.

DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA TRANSVERSAL DE FORMACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Carmen Medina Bailon; Alba Rapela Freire; Alicia Diaz Redondo; Isabel Almendro Martinez; Alejandro Rodriguez Quiros; Benjamín Muedra .

 HGUGM

Identificador: 672

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial y la seguridad del paciente son dimensiones esenciales del sistema sanitario y prioridades estratégicas tanto a nivel nacional como internacional.

El cumplimiento de estándares como los establecidos por Joint Commission International (JCI) exige un compromiso activo por parte de todos los profesionales y una formación continua y sistemática que garantice competencias homogéneas en toda la organización.

En este contexto, nuestro hospital, ha desarrollado e implantado un programa estructurado y transversal de formación en calidad asistencial y seguridad del paciente, dirigido a todos los perfiles profesionales del centro.

OBJETIVOS

El objetivo principal del programa es consolidar una cultura institucional de seguridad y mejora continua. Entre sus objetivos específicos destacan: capacitar al personal en prácticas seguras, fomentar el uso de herramientas para la prevención de eventos adversos, mejorar el análisis de incidentes, asegurar el conocimiento de los derechos del paciente y la gestión clínica responsable y autoprotección.

METODOLOGÍA

Se realizó una evaluación de necesidades formativas y se definió un plan anual. El programa incluye formación presencial y online, sesiones prácticas de simulación, y actividades específicas con entidades colaboradoras (Policía, Bomberos, entre otras).

La participación y cumplimiento se registran individualmente y se evalúan anualmente en coordinación con el Departamento de Recursos Humanos y Formación Continuada.

RESULTADOS

El programa abarca 11 áreas temáticas esenciales: asistencia segura, medicamentos, ciberseguridad, derechos del paciente, prevención de infecciones, reanimación, sostenibilidad, salud laboral, documentación clínica, seguridad del paciente y catástrofes. Está dirigido a todo el personal asistencial y de apoyo.

El despliegue del programa ha facilitado la homogeneización del conocimiento en materia de seguridad, el refuerzo de la cultura y la mejora del cumplimiento de los estándares JCI, incluyendo la formación obligatoria anual para todos los profesionales. Asimismo, ha mejorado la trazabilidad de las acciones formativas y la capacidad de evaluación de competencias a nivel de unidad.

CONCLUSIONES

La implantación de un programa transversal de formación en calidad asistencial y seguridad del paciente permite establecer un marco de referencia común para todos los profesionales.

Este enfoque estructurado no solo da respuesta a las exigencias de la acreditación, sino que refuerza el compromiso del centro con la seguridad del paciente como valor institucional y mejora la cultura de seguridad

Dado su diseño,, este programa puede ser extrapolado y adaptado a futuro a otros entornos asistenciales, especialmente en lo que respecta a prácticas seguras, formación en emergencias, gestión de riesgos y protección de profesionales en entornos no hospitalarios.

MEJORA DE LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN Y SEGURIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES DE QUIRÓFANO A URPA

ANNA VILLARES JIMENEZ; ROSÀ SAGRISTA VIDAL; NATALIA ARAGONÈS PANADÈS; JUAN JOSE DE HARO AMARO; JAVIER GONZALEZ BUENAFUENTE; ANNA VALLVERDU RIVERO

 HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

Identificador: 673

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La transferencia del paciente desde quirófano a la URPA constituye un momento crítico dentro del proceso quirúrgico, donde convergen múltiples profesionales y recursos. Las notificaciones recogidas en el sistema SNISP Cat han puesto de manifiesto diversos fallos en esta transferencia, especialmente en la coordinación entre equipos y en la transmisión de información clínica relevante. Estos problemas pueden comprometer la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial. Ante esta situación, se impulsó una acción de mejora estructurada con el objetivo de revisar el circuito de transferencia desde un enfoque multidisciplinar y orientado a la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la seguridad, coordinación y eficiencia en la transferencia del paciente de quirófano a URPA, reduciendo la frecuencia y gravedad de incidencias relacionadas.- Estandarizar el circuito de transferencia definiendo roles y acciones. - Asegurar una comunicación eficaz entre los equipos quirúrgicos.- Garantizar la correcta disponibilidad y uso de recursos necesarios.- Minimizar la variabilidad en la transmisión de información clínica.- Fomentar la notificación activa de incidencias como herramienta de mejora continua.Se analizaron las notificaciones relacionadas con el proceso de transferencia quirófano-URPA registradas en el sistema SNISP Cat. A partir de este análisis, se identificaron los puntos críticos del proceso. Para abordar los aspectos mejorables detectados, se constituyó un equipo de mejora multidisciplinar integrado por personal de enfermería y profesionales de anestesiología. Este equipo elaboró un nuevo diagrama de flujo operativo que incorpora acciones concretas para resolver los problemas identificados. El circuito fue validado por el propio equipo de trabajo y aprobado por el Grupo Operativo del Área Quirúrgica, compuesto por la subdirectora médica del área, las supervisoras y la coordinadora quirúrgica, garantizando así su adecuación clínica, funcional y organizativa. Posteriormente, se integró en los procedimientos del centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El nuevo procedimiento redefine las etapas clave de la transferencia, clarifica responsabilidades por perfil profesional, establece la comunicación previa obligatoria con URPA/REA y estandariza el traspaso de información clínica. Además, contempla protocolos específicos para situaciones especiales como pacientes con aislamiento o complicaciones postquirúrgicas. Se prevé una mejora significativa en la calidad del proceso y una disminución progresiva de las incidencias tras su implementación.

El rediseño del circuito de transferencia del paciente de quirófano a URPA ha permitido establecer un marco operativo más seguro, eficiente y colaborativo. Su correcta implementación, junto con acciones formativas y el seguimiento de indicadores específicos, son claves para lograr una reducción sostenida de errores. Esta intervención representa un avance tangible en la consolidación de una cultura de seguridad institucional en el entorno quirúrgico.

CALIDAD ASISTENCIAL Y ACCESIBILIDAD: ANÁLISIS DE OBJETIVOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

 SALVADOR NÚÑEZ DÍAZ; CARMEN MUÑOZ DARIAS; CARLOS ESPINILLA YAGÜE; VIJAY MAHTANI MAHTANI; ASUNCIÓN BERMÚDEZ BRITO

 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

Identificador: 674

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las listas de espera quirúrgicas constituyen un desafío clave en la gestión sanitaria, afectando directamente la calidad asistencial y la equidad en el acceso a la atención sanitaria. La implementación efectiva de objetivos definidos en contratos-programa puede contribuir a mejorar significativamente estos aspectos críticos del sistema sanitario, proporcionando una base sólida para la eficiencia y la transparencia en la gestión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio tuvo como objetivo principal analizar en profundidad los objetivos relacionados con listas de espera quirúrgicas en los contratos-programa sanitarios vigentes durante el año 2024 en ocho comunidades autónomas españolas. Se revisaron exhaustivamente los documentos oficiales de contratos-programa, identificando tanto los objetivos comunes como las diferencias significativas entre comunidades autónomas. Se llevó a cabo un análisis comparativo cualitativo que incluyó revisión de metas cuantitativas, criterios de priorización clínica, plazos máximos definidos, indicadores complementarios de eficiencia quirúrgica, y la presencia o ausencia de indicadores de calidad relacionados con resultados clínicos postoperatorios y satisfacción del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis evidenció que existe un consenso notable sobre la importancia de reducir los tiempos de espera quirúrgica, estableciendo plazos máximos y criterios específicos de priorización clínica (por ejemplo, plazos de 30, 90, 180 y 365 días). Se encontraron además objetivos específicos destinados a mejorar la eficiencia quirúrgica, tales como aumentar el rendimiento de quirófanos y reducir cancelaciones programadas. No obstante, también se identificaron áreas susceptibles de mejora: escasa homogeneidad en los objetivos e indicadores entre comunidades autónomas, y una notable ausencia de indicadores relacionados con la experiencia global del paciente, especialmente en lo referente a resultados clínicos postoperatorios y satisfacción percibida.

CONCLUSIONES

Los resultados indican claramente la necesidad de avanzar hacia la estandarización de los objetivos e indicadores en listas de espera quirúrgicas entre comunidades autónomas para mejorar la comparabilidad y eficacia de las políticas sanitarias. Además, se recomienda incorporar indicadores de calidad asistencial tanto preoperatoria como postoperatoria, mejorar la planificación financiera, y fortalecer los sistemas de información sanitarios para garantizar la transparencia, eficiencia y equidad en la gestión de listas de espera quirúrgicas.

PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN EL ACCESO A LOS CRIBADOS DE CÁNCER MODELO DE NAVEGADOR DE SALUD

😊 Aranzazu Fonseca López ⁽¹⁾; Eva Arevalo Rivero ⁽¹⁾; Alicia Alonso López ⁽¹⁾; Rosa Gómez Trenado ⁽²⁾; Maria del Valle Coronado Vázquez ⁽¹⁾; Marta Sanz Sanz ⁽¹⁾

📄 ⁽¹⁾ C. S. LAS ÁGUILAS; ⁽²⁾ Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP)

Identificador: 675

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Una de cada tres muertes entre personas sin hogar (PSH) podrían evitarse con atención médica adecuada. El cáncer es su segunda causa de muerte con doble mortalidad. Las PSH requieren intervenciones eficaces y eficientes por su acceso limitado a la atención médica. El modelo del Navegador de Salud (NS) demuestra ser altamente eficaz en la adaptación de la atención oncológica para las PSH e incluye educación sobre la salud relacionada con el cáncer, asesoramiento y apoyo a través de NS en centros de acogida y refugios. Mejora la prevención del cáncer en PSH. El proyecto evalúa el impacto y los procesos óptimos para implementar y difundir el Modelo del NS en la práctica de salud y asistencia social, basándose en la aplicación de la triple IC, dando valor a la interdisciplinariedad, interoperabilidad, intersectorialidad, la coordinación, colaboración y compromiso de cooperación entre todos los sectores y profesionales.

OBJETIVOS

Cerrar la brecha en la implementación de la prevención del cáncer en PSH

Aumentar la esperanza y calidad de vida en PSH mediante la prevención eficaz del cáncer.

Conocer las dificultades de acceso al sistema de salud de PSH

Involucrar a todos los sistemas implicados en el acceso a los cribados de cáncer.

METODOLOGÍA

Mediante el NS como figura profesional facilitadora, se desarrolla un modelo de atención co-diseñado con las PSH y los profesionales sanitarios y sociales basado en el modelo de Patient Navigation y Patient Empowerment. El NS informa y empodera a los pacientes mediante la técnica del acompañamiento social. El modelo de navegación de salud conecta dos sistemas diferenciados: la estructura del sistema de servicios sociales y la estructura del sistema de salud. Se realizó un pilotaje con un Trabajador Social, que aplica las técnicas en el espacio cotidiano de la PSH, informando de manera proactiva del proyecto mediante una entrevista-cuestionario adaptada a la entrevista de vinculación como técnica prioritaria de trabajo social. Trabaja sobre tres fases: adherencia, información y cribado del cáncer (colon, mama y cérvix), según criterios. En cada fase ha hecho uso de las técnicas propias para lograr los objetivos clínicos: entrevista de vinculación y de motivación, acompañamiento social, para facilitar el acceso a la prevención del cáncer.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los 18 meses del proyecto, se contactó con 266 personas. 197 han participado. 167 cumplían criterios de cribado: 46 para cáncer de mama, 80 para cérvix y 132 para colon. 20 no se han realizado la prueba por razones asociadas a barreras derivadas de resistencias individuales. 11 por barreras de aceptabilidad, 7 por barrera de accesibilidad y 2 por no localización. Donde se ha desarrollado este proyecto, las PSH cuentan con un mejor acceso a Atención Primaria y detección precoz de cáncer. Ofrece una solución innovadora basada en el modelo del NS promoviendo el acceso a la prevención, reduciendo la brecha en las desigualdades sanitarias.

MEJORA DEL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CRÍTICOS A HOSPITALIZACIÓN: ANÁLISIS MEDIANTE DIAGRAMA DE FLUJO

 *Juan José de Haro Amaro; Olivia Hernández Villén; Diana Gil Castillejos; Verónica Moles Martorell; Marc Cartanyà Ferré; Javier Gonzalez Buenafuente*

 Hospital Joan XXII Tarragona

Identificador: 676

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La transferencia de pacientes desde unidades de críticos (UCI y UCO) a hospitalización convencional es un momento asistencial de alto riesgo, especialmente si se produce sin una coordinación estructurada entre equipos. El análisis de ambos procesos mostró disfunciones comunes en comunicación, documentación y gestión de camas, impactando en la continuidad asistencial y seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la situación actual del proceso de transferencia desde UCI y UCO a hospitalización e identificar áreas de mejora comunes, utilizando la metodología de diagrama de flujo. Se constituyeron dos grupos de trabajo y se elaboraron diagramas específicos que reflejaban las etapas del proceso, actores implicados y documentación asociada. Posteriormente, se identificaron puntos críticos y se formularon acciones de mejora. El seguimiento se realizó mediante herramientas de planificación interna (BICScore).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En ambos procesos se identificaron fortalezas como la revisión farmacológica previa al traslado y la capacidad de gestión de camas. Las debilidades comunes incluyeron:

Ausencia de un procedimiento transversal aprobado. Dificultades de comunicación entre unidades, especialmente en la notificación de altas y contacto con especialistas. Informe de alta de enfermería mejorable y sin estructura común. Variabilidad en el traspaso de información sobre dispositivos y tratamientos. Falta de coordinación para informar a supervisores/as y personal receptor. Se propusieron acciones concretas: diseño de listados de verificación, creación de un procedimiento general, mejora de sistemas de comunicación y formación sobre el informe de alta.

CONCLUSIONES

El análisis conjunto de los procesos de transferencia UCI/UCO a hospitalización mediante diagramas de flujo permitió identificar deficiencias estructurales compartidas. La homogeneización de protocolos, la implementación de herramientas de verificación y la mejora de la comunicación interprofesional son claves para garantizar una transferencia segura y eficiente del paciente crítico.

INDICADORES PARA CUIDAR CON COMUNIDAD: EVALUACIÓN DE RECOMENDACIÓN FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

😊 *Maria Pilar Astier Peña ⁽¹⁾; Belén Benedé Azagra ⁽²⁾; Marina Pola García ⁽³⁾; Ana María Carrera Noguero ⁽⁴⁾; Mercedes Guilabert Mora ⁽⁵⁾; Grupo EVALRA Investigación ⁽⁶⁾*

📄 ⁽¹⁾ Centro de Salud de Universitat; ⁽²⁾ Departamento de Salud. Gobierno de Aragón.; ⁽³⁾ Centro de Salud de Almozara; ⁽⁴⁾ Centro de Salud de Graus; ⁽⁵⁾ Universidad Miguel Hernández; ⁽⁶⁾ Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

Identificador: 677

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La recomendación formal de activos para la salud permite a profesionales del sistema sanitario derivar a personas a recursos o actividades de su comunidad con la meta de mejorar su salud. El uso de esta herramienta para el cuidado va en aumento en atención primaria. Sin embargo, su evaluación continúa siendo un reto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Definir un conjunto de indicadores que permita la evaluación de la recomendación formal de activos para la salud en atención primaria.

Se realizó una revisión de la literatura para recopilar la información disponible sobre evaluación de la recomendación de activos para la salud. Utilizando esta información, se llevaron a cabo dos técnicas cualitativas para llegar a un consenso sobre un conjunto de indicadores que permitiera la evaluación de la recomendación formal de activos para la salud en atención primaria.

Se realizaron cinco grupos nominales con diferentes perfiles de interés, profesionales de atención primaria, profesionales de salud pública y otros ámbitos relacionados, activos para la salud y personas beneficiarias. Participaron un total de 48 personas.

Los resultados obtenidos se utilizaron para crear un conjunto de 116 criterios de calidad clasificados en estructura, proceso y resultado. Estos criterios se sometieron a consenso mediante técnica Delphi. Fueron necesarias dos olas para alcanzarlo.

Durante la primera ola, 101 personas participaron (tasa de participación 77,7%). Durante la segunda, 97 personas de las 101 lo hicieron (96%).

Con estos criterios, el grupo de investigación elaboró un listado de indicadores. Estos fueron analizados por personas expertas de diferentes perfiles de interés durante un taller presencial en el XXXVIII Congreso SECA. Los grupos analizaron la comprensión, factibilidad y utilidad clínica de cada indicador. Se realizaron diferentes propuestas de mejora sobre el conjunto de indicadores, resultando un listado final de 35 indicadores.

Este conjunto de indicadores fue valorado y seguido de forma integrada a la práctica clínica por equipos de atención primaria, activos para la salud y personas beneficiarias. Se realizó un análisis de los datos generados y la experiencia de los participantes se recogió en dos grupos nominales. El listado final de indicadores fue revisado y aceptado por 8 expertos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 11 indicadores de estructura (por ejemplo, validación de activos por la administración sanitaria o integración de protocolos en historias clínicas), 14 de proceso (por ejemplo, participación del paciente, tasa de utilización o nivel de satisfacción) y 10 de resultado (por ejemplo, mejora de la calidad de vida, uso de fármacos o implicación comunitaria).

A su vez, se generaron 7 recomendaciones para establecer evaluaciones factibles e integradas.

Este conjunto de indicadores ofrece un marco de evaluación de la recomendación formal de activos para la salud, permitiendo la adaptación de la propuesta a las diferentes realidades y generando recomendaciones que permitan la realización exitosa de esta.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS: DEL ANÁLISIS REACTIVO AL ABORDAJE PROACTIVO MEDIANTE AUDITORÍAS ESTRUCTURADAS

 *Núria Illamola Navarro; Maria Figueras Margalef; Juan Jose De Haro Amaro; Carme Berbis Morello; Olivia Hernandez Villen; Joan Reverte Calull*

 *Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona*

Identificador: 680

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La caída de un paciente hospitalizado constituye un evento adverso frecuente y evitable, con impacto clínico, emocional y económico. A pesar de los protocolos y formaciones existentes, la notificación de caídas sigue evidenciando fallos tanto en la prevención como en la respuesta posterior. En este contexto, integrar la estrategia reactiva —basada en el análisis del incidente y la notificación estructurada— con una estrategia proactiva —mediante auditorías sistemáticas del entorno del paciente— se convierte en una herramienta clave para la mejora continua. A raíz de un incidente notificado, el grupo de trabajo de Prevención de Caídas, activo desde 2014, ha consolidado un modelo de intervención que combina revisión inmediata, formación continua y verificación ambiental, contribuyendo a transformar cada caída en una oportunidad de aprendizaje institucional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Integrar la respuesta reactiva ante caídas con estrategias proactivas de prevención, mediante un modelo estructurado de análisis post-incidente y auditorías del entorno del paciente. Específicamente, se pretende revisar factores contribuyentes tras una caída notificada, evaluar el cumplimiento de medidas preventivas, fomentar la cultura de seguridad mediante la notificación activa y detectar áreas de mejora en el entorno físico y organizativo. Estudio descriptivo retrospectivo y de mejora continua basado en la experiencia del Grupo de Trabajo de Prevención de Caídas. Se analizaron las caídas notificadas durante 2024 en Gacela y SNI SP Cat, y se complementaron con auditorías estructuradas mediante PROSP Cat. Las caídas fueron revisadas para identificar causas y proponer acciones correctoras. Paralelamente, se realizaron 726 auditorías del entorno, cuyos resultados se trasladaron a las unidades asistenciales como parte de la estrategia de mejora continua.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 239 caídas en Gacela (frente a 158 en 2023), y 142 notificaciones en SNI SP Cat (126 en 2023), reflejando una mejora en el registro. Las 726 auditorías realizadas (286 en 2023) permitieron identificar incumplimientos en medidas clave, especialmente en unidades con mayor incidencia. Como resultado, se implementaron medidas universales para todos los pacientes ingresados, se retiró la escala STRATIFY y se reforzó la formación al personal. La estrategia combinada permitió reforzar la vigilancia del entorno y cerrar el ciclo de mejora.

La integración de estrategias reactivas y proactivas ha demostrado ser eficaz para prevenir caídas en el entorno hospitalario. El análisis post-incidente, junto con auditorías estructuradas del entorno, ha fortalecido la cultura de seguridad, favorecido la implicación profesional y transformado cada caída en una oportunidad de mejora. Este modelo, impulsado desde 2014, es replicable en otros ámbitos asistenciales para reducir eventos adversos prevenibles.

GESTOR DE CASOS 360

 *Carlota Nieto García ⁽¹⁾; Jose Moreno Garcia ⁽²⁾; Gema Sánchez Gómez ⁽³⁾; Raquel Martín Arjonilla ⁽⁴⁾; Pablo Ruíz Arcones ⁽⁵⁾; Albi-
na Melo Almiñana ⁽²⁾*

 ⁽¹⁾ H.U. General de Villalba; ⁽²⁾ Hospital Universitario Infanta Elena; ⁽³⁾ H.U. Rey Juan Carlos; ⁽⁴⁾ H.U. Fundación Jiménez Díaz; ⁽⁵⁾
H.U. Rey Juan Carlos; H. U. General de Villalba; H. U. Infanta Elena; H.U. Fundación Jiménez Díaz

Identificador: 681

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria requiere herramientas eficaces que faciliten la coordinación interniveles e interprofesional, especialmente en contextos de elevada fragmentación informativa. El punto de partida era un sistema asistencial con múltiples plataformas inco-
nexas, lo que dificultaba el seguimiento integrado del paciente, ralentizaba la operativa clínica y limitaba la eficiencia de la gestión
administrativa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del proyecto fue desarrollar una solución tecnológica integrada que permita la visualización global del pacien-
te (visión mono y multipaciente), coordinando los procesos asistenciales y administrativos, garantizando continuidad asistencial,
eficiencia y experiencia de usuario. Para ello, se implementó un sistema digital dividido en tres fases:

Fase I: Integración de accesos a la Ficha 360 desde sistemas preexistentes. Fase II: Desarrollo de un componente de monitorización
multipaciente y ficha detallada del paciente (datos clínicos, administrativos, episodios, citas). Fase III: Inclusión de filtros multicen-
tro, componentes de Servicios No Presenciales (SNP), citación, preparación de primeras consultas y campañas de salud.

El equipo del proyecto fue multidisciplinar, incluyendo perfiles de sistemas de información, admisión y profesionales clínicos, bajo
un enfoque de mejora continua.

RESULTADOS

El sistema ha permitido:

Una mejora significativa en la coordinación de los procesos asistenciales. Una reducción de tiempos de atención y de citas inne-
cesarias. Una disminución de visitas a urgencias e ingresos evitables. Una mejora en la experiencia del paciente, gracias a la mayor
accesibilidad y claridad de la información. Una gestión más responsable de los recursos, evitando duplicidades y optimizando la
planificación de la oferta.

CONCLUSIONES

El Gestor de Casos 360 es una herramienta transformadora para el sistema sanitario, que integra la visión clínica, administrativa y
del paciente, aportando valor en salud, eficiencia operativa y humanización de la atención. Su implementación demuestra que la
digitalización bien estructurada y centrada en el paciente es clave para avanzar en calidad asistencial sostenible.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA SEGURA Y ALMACENAMIENTO ROBOTIZADO DE FÁRMACOS HOSPITALARIOS

 IVÁN OTERINO MOREIRA; Raquel Fernandez García; Carmelo Tafalla Bordonada; María Segura Bedmar

 Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 682

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La AEMPS restringe la custodia, conservación y dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales de determinados fármacos en virtud de la naturaleza o características del fármaco para un mejor seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de la atención farmacéutica a fin de garantizar la consecución de los objetivos sanitarios.

Además de esta diferencia en la seguridad y efectividad con respecto al resto de fármacos dispensados en oficinas de farmacia, los fármacos de “dispensación hospitalaria” requieren, en gran medida, condiciones especiales y controladas de almacenamiento y suponen un elevado impacto económico para el SNS, lo que requiere una óptima gestión.

OBJETIVOS

El objetivo del proyecto es mejorar la seguridad en la dispensación ambulatoria y optimizar la custodia y almacenamiento de fármacos restringidos al entorno hospitalario.

METODOLOGÍA

Para ello, en octubre de 2023 el servicio de farmacia de un hospital terciario implantó un sistema robotizado de almacenamiento y dispensación que suprime el almacenaje tradicional en estanterías y la dispensación manual por un sistema automatizado que permite:

Dispensación ambulatoria segura mediante lectura del código inequívoco bidimensional que identifica el medicamento, dosis, forma farmacéutica, código nacional, lote, caducidad y número de serie otorgado por el fabricante. La dispensación la realiza directamente el robot, que reconoce el medicamento adecuado desde la prescripción médica electrónica del paciente.

Monitorización continua de las condiciones de custodia y conservación como temperatura y humedad

Gestión eficiente de medicamentos de alto impacto al mostrar un inventario continuo de las unidades almacenadas

Monitorización continua de la fecha de caducidad, priorizando la dispensación de los medicamentos de caducidad más próxima e informando en tiempo real de los medicamentos próximos a caducar en el almacén. Impide además la dispensación de un medicamento caducado.

Gestión eficiente del espacio de almacenamiento gracias a un almacenaje “caótico” que optimiza la colocación de envases por su tamaño.

RESULTADOS

Tras año y medio desde su implantación de este sistema robotizado se han mejorado varios aspectos importantes:

- Reducción al mínimo del error humano de dispensación de un medicamento equivocado o caducado.
- Mejora de la gestión del inventario, suprimiendo los contajes manuales de la medicación.
- Mejora de la gestión de caducidades, suprimiendo la revisión manual y priorizando la dispensación de fármacos próximos a caducar.
- Mejora de la custodia, con un sistema de alertas que ha permitido detectar rápidamente desviaciones de temperatura y humedad.

CONCLUSIONES

Concluimos que la implantación del almacenamiento /dispensación robotizada de los fármacos de dispensación ambulatoria en el hospital ha permitido optimizar procesos manuales humanos, mejorando la seguridad del paciente al eliminar errores humanos (fármaco incorrecto/caducado) así como la compleja gestión interna de estos fármacos de alto impacto económico.

EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO COMPARATIVO 2011–2024

😊 *Maria Pilar Astier Peña ⁽¹⁾; Cristina Nebot Marzal ⁽²⁾; Maria José Bueno Dominguez ⁽³⁾; Isabel Catalá Navarro ⁽⁴⁾; Fernando Simarro Mir ⁽⁵⁾; Grupo Investigación SECA FIDISP ⁽⁶⁾*

📍 ⁽¹⁾ Centro de Salud de Universitat; ⁽²⁾ Hospital San José, Valencia; ⁽³⁾ Hospital San Joan, Reus; ⁽⁴⁾ Instituto Valenciano de Oncología; ⁽⁵⁾ Consorcio Hospitalario Universitario de Valencia; ⁽⁶⁾ Sociedades Científicas

Identificador: 683

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente (CSP) es un componente esencial de la calidad asistencial. En atención primaria (AP), su evaluación permite identificar fortalezas y áreas de mejora en los procesos asistenciales. Este estudio actualiza los datos nacionales recogidos en 2011, comparándolos con la situación en 2024, para valorar la evolución de la CSP en AP en España.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Actualizar y analizar la percepción de la CSP entre profesionales de AP en España en 2024 y compararla con los resultados obtenidos en 2011. Se utilizó el cuestionario MOSP de la AHRQ validado y utilizado en AP en España en 2011. La encuesta de 2024 se realizó entre marzo y abril y se distribuyó por medio de los referentes de seguridad del paciente de las comunidades autónomas y sociedades científicas. Se incorporaron en 2024 preguntas sobre estructuras de calidad y seguridad, sistemas de notificación y con reclamaciones. Se realizó un análisis estadístico descriptivo bivariado comparado con los resultados nacionales de AP de 2011.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participaron un total de 3110 profesionales de 14 comunidades. El Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP) global en 2024 fue de 3,57/5, inferior al de 2011 (3,71), disminución del 3,65%. La dimensión mejor valorada fue el trabajo en equipo (ISSP: 3,99; 77,3% respuestas positivas), mientras que la peor fue el ritmo y carga de trabajo (ISSP: 2,62; 40,4%) como en 2011.

Las mayores caídas se observaron en “intercambio de información con otros dispositivos” (-9,96%) y “aspectos relacionados con la seguridad y la calidad” (-5,85%). La percepción global de seguridad (G2) descendió a 3,13 (vs. 3,25 en 2011), así como las respuestas positivas (80% vs. 93%).

Los profesionales con funciones de liderazgo perciben de forma más favorable la CSP (ISSP: 3,86) frente a los no gestores (3,54) similar a 2011. La presencia de estructuras de calidad y SP en 2024 mejora significativamente la percepción de los profesionales.

Los profesionales que realizan guardias presentan una percepción de CSP más positiva que quienes no las realizan: ISSP global de 3,76 frente a 3,68 en 2011, y una puntuación de 3,30 en la percepción global de SP (G2) frente a 3,23. También superan a quienes no hacen guardias en todas las dimensiones de calidad asistencial, con un ISSP medio de 3,48 frente a 3,40. Estos resultados sugieren que la implicación en la atención continuada podría estar relacionada con una mayor conciencia o experiencia práctica en seguridad del paciente.

La percepción de la CSP en AP ha disminuido en comparación con 2011, especialmente en aspectos clave como la comunicación interinstitucional y la carga asistencial. El trabajo en equipo y el seguimiento a pacientes se mantienen como fortalezas. La existencia de líderes y estructuras de apoyo a la SP, así como la realización de guardias, se asocian a una mejor percepción global. Estos hallazgos deben guiar estrategias de mejora centradas en el liderazgo, la organización del trabajo y la continuidad asistencial.

BROTE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN UCI: EPIDEMIOLOGÍA Y SECUENCIACIÓN GENÓMICA.

 MARIA NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA; MARTA BEATRIZ GRANDE ARNESTO; GUILLERMO YOVANY ORDOÑÉZ LEÓN; AITANA CARLA MORANO VÁZQUEZ; ÉMELY GARCÍA CARRASCO; ALBA RAPELA FREIRE

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 687

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Pseudomonas aeruginosa es un bacilo gram negativo no fermentador, con resistencia intrínseca a los antibióticos, que origina infecciones en pacientes hospitalizados. Su habilidad para sobrevivir en distintos ambientes, y para colonizar los reservorios de los centros sanitarios lo convierte en un microorganismo de difícil control. La resistencia a los antimicrobianos es intrínseca, adquirida y adaptativa.

En Europa, en 2023, la incidencia de bacteriemias por *P. aeruginosa* resistente a carbapenems fue de 2/100.000 habitantes, y hasta un 11,6% de los aislamientos invasivos remitidos al EARS-NET fueron resistentes a tres o más grupos de antimicrobianos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir un brote de *P. aeruginosa* multirresistente en una UCI de Medicina Intensiva en un hospital de tercer nivel, junto a las medidas de control del brote. Analizar el aporte de la secuenciación genómica en su control. Estudio descriptivo de un brote por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente en una UCI de Medicina Intensiva en un hospital de tercer nivel, junto a las medidas de control, y análisis de la secuenciación genómica de las cepas. La UCI cuenta con 13 boxes, 3 de ellos dobles, y un total de 16 camas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 5 casos de *P. aeruginosa* multirresistente desde el 10/01/24 al 09/02/2024, 80% hombres, edad media 56,2 años (DE 20,3). Se obtuvieron un total de 27 localizaciones positivas (18 BAS (66,7%), 3 urocultivos (11,1%), 1 hemocultivo 3,7%, 1 CVC (3,7%), y 4 exudados rectales (14,8%)). Las medidas de control fueron: visitas a la unidad, sesiones de formación, precauciones por contacto, limpieza y desinfección de toda la UCI, desinfección de sumideros e instalación de válvulas antirreflujo, y colocación de filtros HEPA en los grifos, revisión de la desinfección de alto nivel de equipos de terapia respiratoria, muestreo semanal de vigilancia activa en los pacientes ingresados, y muestreo ambiental de grifos y sumideros). De un total de 30 muestras ambientales fueron positivas 6 de ellas (20%), en 2 grifos y 4 sumideros. La secuenciación genómica confirmó la implicación en el brote de 4 de los cinco pacientes incluidos. En tres pacientes se compartía la misma cepa (0 SNSP), indicando transmisión horizontal entre ellos. Los aislados de 6 grifos/sumideros son policlonales, indicando presencia de biofilm.

Este brote de *P. aeruginosa* multirresistente se controló con las medidas adoptadas de forma conjunta entre los profesionales sanitarios, limpieza e ingeniería. La secuenciación genómica evidenció una clara transmisión entre pacientes, y la presencia de *P. aeruginosa* multiR en los lavabos, aunque no establece una causa-efecto per se, sí que indica la necesidad de control riguroso de los mismos.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES SEGÚN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: REACREDITACIÓN CON ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

 MARIA NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA; MARTA BEATRIZ GRANDE ARNESTO; AITANA CARLA MORANO VAZQUEZ; GUILLERMO YOVANNY ORDOÑEZ LEÓN; EMELY GARCIA CARRASCO; ALEJANDRO RODRIGUEZ QUIRÓS

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 688

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las normas sobre el Programa de Prevención y Control de Infecciones (PCI) del modelo de acreditación Joint Commission Internacional (JCI) requieren un enfoque de gestión de toda la organización para hacer frente a los riesgos de infección.

La visión general persigue reconocer que el PCI es clave para la mejora de la seguridad del paciente (SP) y la calidad asistencial, demostrar el compromiso de los líderes con el PCI, procurar que los profesionales colaboren entre sí en el diseño y aplicación del PCI, evaluar el programa con Salud Pública, y desarrollar un plan de preparación ante un potencial brote que pudiera desbordar los recursos.

Según el 8º Manual para Hospitales de JCI estas normas se agrupan en 8 apartados que versan sobre responsabilidades, objetivos de PCI, equipos y dispositivos médicos, limpieza, residuos, alimentos, transmisión de infecciones y, todo ello, dentro del programa de calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Describir la estrategia y actividades realizadas para hacer frente a la auditoría de reacreditación se presenta la metodología de trabajo y los resultados obtenidos en este proceso de tres años de duración en el Hospital Materno Infantil de un centro de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Se formó un grupo multidisciplinar, dentro de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, con representantes de los distintos servicios implicados: Microbiología, Ginecología y Obstetricia, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, Enfermedades Infecciosas Pediátricas, Enfermería, Farmacia y Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, entre otros. La frecuencia de reuniones fue mensual, de forma anual se realizó un mapa de riesgos para diseñar los objetivos, y se diseñó un cuadro de indicadores de proceso y resultado más relevantes.

RESULTADOS

Los mapas de riesgo anuales han priorizado principalmente el reprocesamiento del material, la vigilancia epidemiológica de infección asociada a dispositiva, y prevalencia global de infección, formación a los profesionales en higiene de manos, y difusión de los resultados de vigilancia claves. En 2024 a prevalencia global de IRAS ha sido 4,28% (9/187), la DI de bacteriemia en UCI Pediátrica 2,5/1000 días de CVC, en UCI Neo fue de 4/1000, y de neumonía asociada a ventilación mecánica de 1,12/1000 días de VM. La observación de cumplimiento de higiene de manos ha sido en 2025 de 61,8% y el consumo de ml de solución alcohólica de 38,9 ml/ estancia, la formación sobre higiene de manos ha llegado al 30% de los profesionales del centro. Se han realizado rondas de auditoría a los profesionales, y actualizado protocolos, planes e indicadores para cuadro de mandos de calidad.

CONCLUSIONES

Las actividades del comité han permitido implantar de forma real los estándares de PCI, concienciar a todos los profesionales y hacer de la prevención un valor fundamental en toda la organización para conseguir la reacreditación JCI, y por ende, mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia prestada.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE MEDIANTE NET PROMOTER SCORE (NPS) EN CONSULTA DE VACUNACIÓN A PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS.

 AITANA CARLA MORANO VÁZQUEZ; GUILLERMO YOVANNY ORDOÑEZ LEÓN; EMELY GARCIA CARRASCO; ALICIA DÍAZ REDONDO; ISABEL ALMENDRO MARTINEZ; MARIA NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 689

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Conocer la experiencia del paciente en consulta de vacunación de inmunodeprimidos y grupos de riesgo es una oportunidad para la mejora de la asistencia prestada. La consulta de vacunación en inmunodeprimidos permite incrementar la cobertura de vacunación frente a herpes zóster, hepatitis B, gripe, COVID-19, neumococo y tétanos difteria, entre otras enfermedades inmunoprevenibles.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la calidad percibida y ea experiencia del paciente en una consulta de vacunación a inmunocomprometidos y grupos de riesgo en el centro de enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (CEIMI).

METODOLOGÍA

Evaluación de la calidad percibida mediante Net Promoter Score (NPS). El NPS es un indicador internacional de calidad percibida que mide la probabilidad de recomendación de un servicio en una escala de 0 a 10. Se calcula restando el porcentaje de detractores (puntuación de 0 a 6) del porcentaje de promotores (puntuación 9 ó 10). Se evalúan los resultados obtenidos desde los tótems durante los años 2023 y 2024.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han registrado un total de 64 respuestas, 32 en 2023 y 32 en 2024. La puntuación NPS en el período de estudio ha sido de 77. Un 81,3% de los usuarios refirieron sentirse muy feliz con la asistencia, 9,4% feliz, 3,1% neutral, 1,6% triste, y 4,7% muy triste. El NPS fue de 72 en 2023, y ascendió a 81 en 2024. El porcentaje global de promotores fue de 84,4% y el de detractores de 7,8%.

La peor valoración se refirió al tiempo de espera con la consulta (4,4/5), y con la información recibida (4,5/5). El resto de valoraciones obtuvo una puntuación similar de 4,6 (valoración con el tiempo dedicado, trato y amabilidad, coordinación entre profesionales y participación del paciente). Los comentarios en texto aludían a los tiempos de espera y a la experiencia como factores negativos, y como positivos se expresó el agradecimiento por la asistencia.

CONCLUSIONES

La utilización del NPS por los pacientes en la consulta de vacunación a inmunodeprimidos es muy baja en relación al total de pacientes atendidos. Permite conocer la experiencia recibida, que de forma general, es muy buena. Hemos de mejorar en los tiempos de espera hasta la consulta, ya que la accesibilidad y agilidad facilitará el seguimiento y la mejor cobertura vacunal.

UTILIZACION PRACTICA CLINICA DE H RADAR EN EL SISTEMA GLOBAL DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA

 CAROL INGRID CASTELLARES GONZALEZ ⁽¹⁾; Marta Ruiz Somacarrera ⁽²⁾; Manuel Linares Rufo ⁽³⁾; Ignacio Vidal Navarro ⁽⁴⁾; Carlos García Bertolini ⁽³⁾; Samuel Ojeda Delgado ⁽³⁾

⁽¹⁾ H120; ⁽²⁾ CSIC-Universidad de León; ⁽³⁾ Fundación IO; ⁽⁴⁾ HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 690

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La vigilancia epidemiológica es un pilar fundamental en la detección rápida y temprana de amenazas a la salud pública (SP). H-Radar, herramienta innovadora, lanzada el 8 de mayo de 2025. Proporcionar alertas actualizadas sobre riesgos globales para la salud y seguridad, basada en eventos recientes para ofrecer información crítica y en tiempo real a los profesionales sanitarios.

Ventajas: plataforma abierta, colaborativa, multilingüe, (español, inglés y francés). Intuitiva, optimiza el acceso a datos relevantes, que beneficia a especialistas en epidemiología, salud y respuesta a emergencias. Abarca desde brotes epidémicos, riesgos climáticos, hasta crisis humanitarias y resistencia antimicrobiana, permitiendo mantenerse informados, alerta y conectados frente a los desafíos sanitarios, y así facilitar la toma de decisiones informadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio observacional para evaluar la aplicabilidad de HRadar en entornos clínicos y analizar su impacto en la toma de decisiones médicas. Para este estudio, se medirán:

Frecuencia de uso de la plataforma

Precisión de las alertas generadas

Número de usuarios registrados y sus países de origen

H-Radar clasifica y monitoriza eventos sanitarios a nivel mundial, abarca más de 700 tipos de sucesos. Integra datos estructurados, cuenta con un equipo internacional encargado de validar las alertas, garantizando su fiabilidad y relevancia.

Diseño y arquitectura

Basado en la infraestructura del Proyecto Heimdallr, H-Radar emplea una combinación de tecnologías avanzadas, incluyendo:

Ingesta automatizada de datos

Análisis basado en inteligencia artificial

Validación experta por profesionales especializados

La plataforma integra fuentes estructuradas como no estructuradas, desde informes oficiales hasta datos de código abierto, permitiendo acceso integral a la información epidemiológica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se presentan datos preliminares, entre: 8 de mayo al 10 de junio. En este período, registraron 388 usuarios activos, generando un total de 4.52 mil eventos. Con usuarios en 10 países de Europa y América, España (62,4%) y Estados Unidos (7,2%) los territorios con mayor número de registros.

Cada semana se procesan:

+700 alertas, geolocalizadas y visualizadas, facilitando su aplicación en el ámbito clínico.

+70.000 eventos, recibidos y filtrados para análisis

H-Radar optimiza la respuesta sanitaria y mejora la gestión de riesgos a nivel global.

H-Radar es un modelo escalable y colaborativo para la epidemiología digital, conecta la tecnología automatizada, la validación experta y participación ciudadana. Ofrece un espacio compartido donde instituciones, profesionales y la sociedad civil pueden contribuir a la inteligencia sanitaria global. Los próximos meses, la plataforma dar la bienvenida a nuevos socios institucionales de todas las regiones. Fomenta la colaboración con profesionales de SP, investigadores, instituciones y científicos ciudadanos de todo el mundo

VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE DISPOSITIVOS ENDOSCÓPICOS COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL

 *José Luis Mendoza García; Isidra Tenza Iglesias; María José Gil Carbonell; Pablo García Peral; Susana Mora Gómez; Vicente García Román*

 *Hospital Universitario de Torrevieja*

Identificador: 691

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los dispositivos endoscópicos representan un riesgo potencial para la transmisión de infecciones si no se garantiza una adecuada limpieza, desinfección y almacenamiento. Por ello, el Programa de Vigilancia y Control Microbiológico de Dispositivos Endoscópicos puesto en marcha en un centro sanitario tiene como finalidad verificar la ausencia de microorganismos clínicamente relevantes, prevenir infecciones cruzadas y reforzar la seguridad del paciente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los involucran.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue analizar los resultados del programa de vigilancia microbiológica anual sobre dispositivos endoscópicos de distintos servicios clínicos. Se llevó a cabo una vigilancia epidemiológica prospectiva durante el año 2024 en los servicios de Digestivo, Neumología, Cardiología, Urología, Ginecología, Otorrinolaringología y UCI. Las muestras se tomaron trimestral o mensualmente según el servicio, al menos 12 horas después de la desinfección, conforme al protocolo del centro. Se analizaron tanto superficies como canales de los dispositivos, aguas de irrigación, lavadoras y elementos de almacenamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En total, se realizaron 214 controles microbiológicos distribuidos en 7 servicios. En la mayoría de los casos, los resultados fueron satisfactorios, sin presencia de microorganismos clínicamente relevantes. Los aislamientos detectados fueron principalmente bacterias ambientales o de baja patogenicidad como *Staphylococcus epidermidis*, *Bacillus* sp, o *Staphylococcus hominis*, que fueron gestionados mediante revisiones correctoras. En la UCI, se detectaron aislamientos de microorganismos de riesgo como *Serratia marcescens*, *Acinetobacter baumannii* y *Alcaligenes faecalis* en un fibroscopio, lo que motivó la implementación de sondas de un solo uso a partir de septiembre de 2024. Además, se reforzaron las tomas de muestra tras reparaciones y en dispositivos en préstamo. Se aplicaron recomendaciones para mejorar la calidad en el secado, almacenamiento vertical, exclusividad del mobiliario de almacenaje y limpieza periódica del mismo, reforzando el cumplimiento del protocolo del centro.

El programa de vigilancia microbiológica de dispositivos endoscópicos ha demostrado ser una herramienta eficaz para garantizar la seguridad del paciente, permitiendo detectar precozmente riesgos y establecer medidas correctoras. La implicación activa de los servicios clínicos, la periodicidad sistemática de los controles y la trazabilidad de los resultados consolidan una cultura preventiva, orientada a la mejora continua de la calidad asistencial. Se recomienda su implementación como práctica estándar en centros hospitalarios que utilicen este tipo de tecnología diagnóstica e invasiva.

MEJORA DE LOS CUIDADOS BASADA EN DATOS DE LOS REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

LEITICIA VEGA REQUENA; ANA CELIA SANCHEZ IBAÑEZ; LAURA MARTINEZ GONZALEZ; MARIA PIA PALACIOS DESCALZO; MONTSE-RRAT SANZ HERRERO; MARIA EUGENIA DIEZ MORENO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 692

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión de cuidados en unidades de hospitalización es el reto de Supervisoras y profesionales de Enfermería. Se plantea disponer de herramientas que proporcionen datos de cuidados registrados en la Historia Clínica Electrónica (HCE) como apoyo en la toma de decisiones y facilitador de la identificación de áreas de mejora.

OBJETIVOS

- Desarrollar herramientas que apoyen la gestión de los cuidados en las unidades de hospitalización, basadas en los registros de Enfermería en la HCE.
- Identificar mejoras en la aplicación de los cuidados en las unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA

- Análisis de los resultados anuales obtenidos en objetivos institucionales y diseño del cuadro de mando, incluyendo los indicadores de cuidados, con datos mensuales por unidad, con visualización a través de la aplicación específica.
- Diseño, desarrollo y publicación en la aplicación de la HCE (con acceso a las enfermeras asistenciales) de los localizadores de los registros de cuidados de enfermería pendientes de cumplimentar, con posibilidad de consulta por unidad de hospitalización, y acceso al registro específico.

Análisis de los datos para la identificación de áreas de mejora, y planificación de acciones mediante cronograma

RESULTADOS

Indicadores incluidos: se priorizaron los relacionados con la prevención de caídas y lesiones por presión (LPP), basado en resultados publicados del año anterior: porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caídas y de lesiones por presión, incidencia de caídas, porcentaje de pacientes con lesiones por presión.

Localizadores desarrollados: pacientes ingresados con registro de LPP y de caídas, pacientes ingresados sin la valoración del riesgo de caídas (Escala Downton), pacientes sin valoración del riesgo de LPP (Escala Norton)

Acciones de mejora: reuniones mensuales con Supervisoras de Unidades de Hospitalización, sesiones de la Comisión de Cuidados de la Piel y del Grupo de Prevención de Caídas, impulso del Programa de fomento de la movilidad, elaboración y difusión de recomendaciones para pacientes/personas significativas, plantillas para el registro de las TMSCAEs (funcionalidad del paciente, aplicación de medidas de prevención de caídas y LPP), propuesta de desarrollo de la Escuela de Cuidadores, ampliación de unidades con cribado nutricional.

Incidenia de caídas y porcentaje de pacientes con LPP: tendencia descendente; valoración del riesgo de caídas y de LPP, tendencia ascendente.

CONCLUSIONES

El desarrollo de herramientas para la gestión de los cuidados en unidades de hospitalización basadas en los registros de Enfermería en la HCE, facilitan la identificación de mejoras, apoyan la toma de decisiones y ponen en valor el registro de los cuidados.

La aplicación de las acciones de mejora, junto a la difusión de los datos obtenidos, favorecen la generación de cultura en seguridad del paciente.

Un análisis más profundo de la información recogida ayudará a la identificación de nuevas acciones de mejora.

PROGRAMA DE ACOGIDA A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN: LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CUIDADO DEL PROFESIONAL

 LETICIA VEGA REQUENA; ANA BELEN ARRIBAS GARCIA; MARIA ANGELES DIEZ DEL CORRAL NAVIO; MIRIAM SALMERON SALPICO; SILVIA RONCERO RAMIRO; YOLANDA SANCHEZ CORTES

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 693

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

El entorno complejo que supone un hospital hace necesaria la aplicación de Programas de Acogida dirigidos a los profesionales de nueva incorporación que faciliten su integración y adaptación a los procedimientos específicos y las dinámicas particulares.

OBJETIVOS

- Describir el Programa de Acogida dirigido a los profesionales de nueva incorporación de la División de Enfermería de un hospital.
- Facilitar a los profesionales su integración y adaptación al hospital mediante la aplicación del Programa de Acogida.

METODOLOGÍA

El Programa de Acogida está dirigido a los profesionales de nueva incorporación de la División de Enfermería del hospital. Diferenciamos dos fases:

Sesión General: Desarrollada en el salón de actos del hospital. Se difunde desde la Unidad de Bolsa de Trabajo, Unidad de Recursos Humanos y Dirección de Enfermería, aprovechando los contactos del profesional para completar gestiones administrativas.

Acompañamiento por la Supervisora a su Unidad: presentación del equipo multiprofesional, descripción de los procesos predominantes, información de los protocolos y procedimientos específicos, normativa y dinámica de la unidad, planificación de turnos.

RESULTADOS

Desde 2017 se han celebrado 14 sesiones generales por la incorporación de profesionales de contratación de verano, incorporaciones a plaza de oposición y movilidad externa (asistencia de en torno a 250 profesionales)

Contenidos incluidos:

- Ubicación, población, dispositivos del hospital.
- Unidad de Recursos Humanos.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral.
- Dirección de Enfermería.
- Objetivos institucionales y Contrato Programa.
- Calidad y Seguridad del Paciente: Comisiones, certificaciones/acreditaciones; Plan de Seguridad del Paciente (Prevención de Caídas y de Lesiones de la Piel, Atención al Dolor, Administración Segura de Medicamentos, Higiene de Manos, Notificación de Incidentes); Plan de Humanización (satisfacción del paciente, Manual de Estilo); Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable (Programa de fomento de la movilidad física)
- Investigación, Formación y Docencia: registros en la Historia Clínica Electrónica, Enfermeras de Práctica Avanzada, recursos de Escuela Madrileña de Salud.

La presentación de la sesión general se encuentra disponible con enlaces a los diferentes contenidos.

CONCLUSIONES

Los contenidos del Programa de Acogida están muy relacionados con la calidad asistencial. Esto favorece el trabajo seguro y eficiente desde la incorporación de los profesionales, fomentando su instauración en la cultura de la organización.

La aplicación del Programa de Acogida facilita la integración y adaptación de los profesionales en la organización, reduciendo el estrés inicial, favoreciendo el sentido de pertenencia y el compromiso con la institución.

HERRAMIENTAS DIGITALES CON VALOR AÑADIDO: CUANDO EL PACIENTE FORMA PARTE DEL DISEÑO

 Patricia Valero Valdelvira; Meritxell Davins Riu; Mercè Bonjorn Dalmau; Pablo Alegre Cabrera; Ruth Guarch González; Jordi Taboada Bernal

 Hospital Universitario Germans Trias y Pujol

Identificador: 695

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de herramientas digitales para el seguimiento de la salud de los pacientes es ya una realidad. La transformación digital en el entorno sanitario supone un cambio en la prestación de los cuidados que también implica a los pacientes, quienes pasan a ser parte activa de su proceso asistencial y se responsabilizan de los datos autoregistrados (PROMs) mediante una aplicación móvil. Por ello, resulta clave conocer su opinión respecto a estas herramientas (PREMs) y ofrecerles la posibilidad de participar en el desarrollo de las mismas. De este modo, se incrementa el valor del instrumento, adaptándolo a sus necesidades, aumentando su satisfacción y mejorando la percepción de la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Identificar los puntos de mejora de la herramienta digital según la opinión de los pacientes.

Valorar la disposición de los pacientes a participar en el desarrollo de la aplicación.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de carácter cualitativo dirigido a pacientes usuarios activos de una aplicación móvil para el seguimiento de su proceso de salud. Se les envió un formulario estructurado, anónimo y voluntario, diseñado para recoger su percepción sobre el uso de la herramienta digital.

El cuestionario incluía tres bloques:

- Funcionalidades: identificación de servicios y opciones que ellos consideran necesarios y actualmente ausentes.
- Propuestas de mejora: sugerencias sobre usabilidad, operatividad y valor añadido.
- Interés en participar en el desarrollo: disposición a colaborar en futuras fases de mejora, indicando sus preferencias.

La recogida de datos se llevó a cabo de forma telemática y el análisis fue descriptivo, orientado a detectar patrones y necesidades comunes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 143 respuestas válidas. Los resultados se organizaron en tres bloques temáticos:

1. Funcionalidades: incorporación de programación de visitas y pruebas diagnósticas, inclusión de ejercicios terapéuticos específicos, solicitud de medicación y mejora de la comunicación con el equipo asistencial.
2. Propuestas de mejora: necesidad de registrar datos a tiempo pasado e inclusión de un chat directo con el equipo sanitario para facilitar una interacción más rápida y personalizada.
3. Participación en el desarrollo: participar en entrevistas para contribuir al diseño de la herramienta, indicando preferencia por modalidades que respeten su privacidad.

CONCLUSIONES

Los pacientes expresan la necesidad de ampliar las funcionalidades de la aplicación para una gestión más integral de su salud. También muestran interés en participar en su desarrollo, aunque con condiciones relacionadas con la privacidad.

La implicación activa del paciente en el diseño y mejora de herramientas digitales no solo es viable, sino que aporta valor añadido, aumenta la utilidad percibida, mejora la satisfacción del usuario y refuerza la calidad asistencial. Incluir la perspectiva del paciente resulta clave en cualquier estrategia de transformación digital en salud.

MEJORA CONTÍNUA IMPULSANDO LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA (HAI)

😊 Emma Folch Ferré ⁽¹⁾; Montserrat Gens Barberà ⁽²⁾; Núria Hernández Vidal ⁽²⁾; Ana Zornoza Solinís ⁽³⁾; Eva Morell Leslie ⁽³⁾; Loreto Veciana Balsebre ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital Atención Intermedia Francolí de Tarragona; ⁽²⁾ Gerencia Territorial Camp de Tarragona; ⁽³⁾ Hospital Atención Intermedia Francolí

Identificador: 696

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Implementar un programa de calidad y seguridad de los pacientes(PCySP) participativo en un HAI es esencial para abordar los diferentes retos en estrategias de calidad como son: estandarización de prácticas asistenciales, fomentar la participación activa de los profesionales e introducir herramientas de mejora continua, alineada con la estrategia de la organización, para una atención más segura, efectiva y eficiente.

OBJETIVOS

describir las claves de éxito que permiten impulsar una CySP participativa.

METODOLOGÍA

Estrategia: se integran 3 líneas asistenciales en una gerencia territorial, se crea una Unidad de Calidad Territorial(UCT) con un PCySP territorial. Se elabora un PCySP en el HAI (línea 3 del plan estratégico). La Unidad de Calidad(UC) participa en los órganos de gobierno. Se incorporan objetivos de calidad en la dirección por objetivos(DPO) de los profesionales; Liderazgo distributivo: se nombra una responsable de CySP (RCySP), se crea una Comisión de Calidad integradora (dirección, líderes de comisiones y procesos asistenciales). La UC crea entornos de trabajo estructurados de las comisiones y equipos de mejora(EdM) (líder, calendario y normativa) y se organizan grupos de gestión por procesos(GdTP); Modelos participativos: se incorporan herramientas que involucran al profesional: aplicación proactiva de gestión del riesgo(PROSP), sistema de notificación de incidentes(SNI) y gestión por procesos.

RESULTADOS

Estrategia: se elabora el PCySP anual con objetivos anuales (consecución>90%). Participación en los comités de dirección. Incorporación de objetivos de CySP en las DPO de todos los colectivos como són: control de procesos, liderar o participar en los proyectos de los grupos, potenciar la cultura en SP a partir del SNI y mejora de la calidad asistencial.

Liderazgo distributivo: se nombra la RCySP, se crea la Comisión de Calidad integradora y se estandariza la metodología de trabajo de los equipos.

Modelos participativos (evolución 2016 a 2024):

Gestión del riesgo proactivo: Comisiones (de 8 a 12) y participación (de 63 a 136 profesionales); 18 EdM (171 profesionales); Implantación PROSP: listas de verificación(LV) utilizadas (de 2 a 20), profesionales que la utilizan (de 41 a 123), LV realizadas (de 496 a 4031), LV con incidencias detectadas (de 34 a 381) y revisadas (de 24 a 370). Auditorías de CySP (de 2 a 20).

Gestión del riesgo reactivo en SP: Implantación del SNI: notificaciones (de 179 a 355); acciones de mejora (de 40 a 355).

Grupos de trabajo procesos(GdTP): (de 2 a 8); participación (de 30 a 62 profesionales).

Participación global todos los grupos: del 13.6% al 71.4% del total de profesionales.

CONCLUSIONES

los factores claves para el éxito es tener una estrategia definida y evaluada anualmente, potenciando un liderazgo desde la dirección que llegue a los profesionales mediante un liderazgo distributivo con la definición de entornos de trabajo estructurados, multidisciplinares y orientados a la mejora continua.

AUDITORÍA DE CARROS DE PARADA: MEJORANDO LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS

😊 María José Gil Carbonell; José Luis Mendoza García; Isidra Tenza Iglesias; Susana Mora García; Juan García López; Vicente García Román

 Hospital Universitario de Torrevieja

Identificador: 697

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El carro de paradas constituye un elemento clave en la atención inmediata a pacientes en parada cardiorrespiratoria, siendo esencial para garantizar una respuesta rápida y eficaz que asegure la cadena de supervivencia. Un mantenimiento inadecuado, una dotación incompleta o una ubicación incorrecta pueden comprometer seriamente la atención en emergencias. Por ello, su revisión sistemática se convierte en una herramienta fundamental dentro del Programa de Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue describir y evaluar la ubicación, condiciones y posibles anomalías estructurales y funcionales de los carros de parada hospitalarios. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal durante 4 años 2022-2025, centrado en el análisis de los 27 carros de parada distribuidos en las diferentes unidades del hospital. Se excluyeron aquellos carros no equipados con desfibrilador (paritorios y UCI neonatal). La auditoría contempló la revisión de la dotación, el estado de los componentes, la limpieza, el orden, la presencia de gel conductor, y el cumplimiento del protocolo vigente de mantenimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La auditoría durante los 4 periodos de estudio permitió conocer la situación actual de los carros de parada del hospital. Se identificaron unidades que cumplían con los criterios de mantenimiento establecidos, así como otras que requerían intervención inmediata. Entre las áreas de mejora detectadas destacan la necesidad de revisar el protocolo de mantenimiento, reforzar la formación del personal implicado, realizar evaluaciones periódicas sistemáticas e implementar la sustitución de componentes defectuosos. Asimismo, se promovió la incorporación de nuevos carros y desfibriladores, así como la ubicación estratégica de carros secundarios en zonas críticas para facilitar el acceso rápido en situaciones de emergencia.

Las auditorías sistemáticas de carros de parada representan una herramienta eficaz para mejorar la seguridad del paciente, al permitir detectar deficiencias y establecer acciones correctoras. Esta intervención ha contribuido a mejorar la disponibilidad y el estado del material crítico, garantizar su adecuada ubicación, y fortalecer la cultura de seguridad en el entorno hospitalario mediante la formación y sensibilización de los profesionales implicados.

MEJORA EN EL USO Y REGISTRO DE LA FAJA PÉLVICA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AMPARO RAMOS RODRIGUEZ ⁽¹⁾; Juan Antonio Rubio Gómez ⁽¹⁾; Lisbeth Colon Silfa ⁽²⁾; Sarita Rodriguez Restrepo ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA 112; ⁽²⁾ Hospital 12 de Octubre

Identificador: 699

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia secundaria a fractura pélvica representa una causa prevenible de mortalidad en el paciente politraumatizado. La evidencia científica reciente respalda el uso precoz de la faja pélvica como intervención eficaz para el control hemodinámico y la reducción de complicaciones asociadas. Sin embargo, la variabilidad en la indicación, aplicación y registro puede comprometer su efectividad y seguridad. La implantación de Buenas Prácticas, monitorizadas mediante auditoría clínica y mejora continua, es esencial para garantizar la calidad asistencial en los servicios de emergencias extrahospitalarias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue optimizar la adecuación y seguridad en el uso de la faja pélvica en pacientes con trauma grave atendidos por el servicio regional de emergencias. Se diseñó un proyecto de mejora basado en el ciclo PDCA, que incluyó: revisión de la evidencia y elaboración de un protocolo consensuado (2023), implantación del material y formación estructurada a los equipos asistenciales (2023-2024), desarrollo e integración de un registro específico en la historia clínica electrónica (2024) y auditorías clínicas pre y post-intervención (2023, primer y último trimestre de 2024, 2025). Los indicadores clave fueron: adecuación de la indicación, registro específico y seguridad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La comparación de las auditorías muestra una mejora significativa en la identificación y registro del uso de la faja pélvica. El porcentaje de historias clínicas con criterio de inclusión pasó del 24,1% en 2023 al 41,1% en 2025. La identificación de la lesión susceptible de inmovilización alcanzó el 94,4% en 2024, aunque descendió al 24,7% en 2025, sugiriendo una menor especificidad en la aplicación de los criterios. El registro específico del uso de la faja pélvica mejoró del 5,2% en 2023 al 31,4% en 2024 y se mantuvo en el 29,2% en 2025. No se documentaron eventos adversos graves asociados al uso de la faja pélvica en ninguno de los periodos analizados. El registro del mecanismo lesional se mantuvo elevado (98,8% en 2023 y 2024, 90% en 2025). La implantación de una Buena Práctica basada en evidencia, apoyada en formación, registro y auditoría, mejora significativamente la adecuación y seguridad en el uso de la faja pélvica en el entorno extrahospitalario. El enfoque PDCA facilita la sostenibilidad y replicabilidad del proyecto, aunque los datos de 2025 sugieren la necesidad de reforzar la formación y la revisión de criterios de inclusión para mantener la calidad asistencial. La experiencia es transferible a otros servicios de emergencias, contribuyendo a la excelencia y a la cultura de seguridad del paciente.

LA TENDENCIA CREA MODA: LA SALUD COMUNITARIA CON DATOS

😊 *Maria Luisa Alcázar González ⁽¹⁾; Yolanda Del Rey Granado ⁽²⁾; Mónica Vicente Del Hoyo ⁽³⁾; Julián Jiménez Carramiñana ⁽⁴⁾; Daniel Monino Zubia ⁽⁴⁾; Juan José Sanz Del Oso ⁽⁵⁾*

📄 ⁽¹⁾ *ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA;* ⁽²⁾ *Área de Salud Comunitaria. Gerencia Asistencial de Atención Primaria;* ⁽³⁾ *Unidad de Apoyo Técnico. Gerencia Asistencial de Atención Primaria;* ⁽⁴⁾ *Unidad de Procesamiento de Datos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria;* ⁽⁵⁾ *Dirección General de Salud Digital. Consejería de Digitalización*

Identificador: 700

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Salud Comunitaria (SC) es la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud, los recursos comunitarios y la influencia de factores sociales, económicos, políticos y globales. Medir el grado desarrollo en Atención Primaria (AP) es prioritario considerando los tres niveles del enfoque comunitario (EC).

Es necesario hacer seguimiento del despliegue de la SC a través de los resultados que muestra el cuadro de mando específico (CME) de SC.

OBJETIVOS

1. Realizar seguimiento del despliegue de la Salud Comunitaria a través CME digital en los tres niveles del EC.
2. Visibilizar y comparar resultados a diferentes niveles en toda la organización.

METODOLOGÍA

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por profesionales técnicos del área de SC, Área de Calidad, Sistemas de Información, y Digitalización. Se realiza la carga de datos para obtener los resultados de los 13 indicadores en el cuadro de mando de SC, en los tres niveles del EC: Nivel 1: atención individual a través de la prescripción de activos en salud; Nivel 2 : Se desarrolla a través de la Educación para la Salud (EPS); Nivel 3: se desarrolla a través de las Intervenciones Comunitarias (IC), para que se pueda hacer seguimiento de resultados con diferentes niveles de visibilidad de los niveles del enfoque comunitario.

RESULTADOS

Se realiza comparativa de resultados del CME año 2023, 2024 y 2025 (hasta marzo) CME de SC: contiene 13 indicadores, organizados por nivel de EC y con diferentes niveles de visualización, pudiendo realizarse diferentes comparativas. El CME, es accesible desde todos los niveles de la Organización.

1. Nivel 1: nº ciudadanos preinscritos en talleres de EPS. Resultados 2023: 19.984; 2024:46699; 2025(hasta marzo): 10323
2. Nivel 2: 9 indicadores organizados por etapas vitales, grupos priorizados en la ESC, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas; nº de ciudadanos que asisten a talleres de EPS. Resultados 2024: 22.781; 2025(hasta marzo): 8393. Nº de talleres EPS realizados: Resultados 2023 2.483; 2024: 3903. 2025(hasta marzo): 860
3. Nivel 3: 3 indicadores. Dan información sobre:
 - nº ciudadanos que asisten a las IC. Resultados: 2023:11.249; 2024:27.247; 2025 (hasta marzo): 6327.
 - nº de IC Puntuales. Resultdos. 2023: 2.078; 2024: 3432; 2025 (hasta marzo):1001
 - nº IC continuadas en el tiempo. Resultados: 2023:194; 2024: 224

El número de acceso al CME según niveles tiene su propio registro

CONCLUSIONES

Se evidencia un incremento de actividad en Salud Comunitaria en los tres niveles del EC en la comparativa entre años naturales. Esta información es visible por todos los profesionales de la organización y se pueden realizar comparativas a distintos niveles y con distintos niveles de visibilidad.

TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: SIETE AÑOS DE APRENDIZAJE ORGANIZATIVO

 Georgina Vidal Mansilla ⁽¹⁾; Montserrat Gens Barberà ⁽²⁾; Núria Hernández Vidal ⁽³⁾; Imma Hospital Guardiola ⁽⁴⁾; Àngel Vila Rovira ⁽⁵⁾; Yolanda Mengíbar García ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ EAP Alt Camp Est; ⁽²⁾ Gerencia Atención Primaria Camp de Tarragona; ⁽³⁾ Unitat de Qualitat Gerència Territorial Camp de Tarragona; ⁽⁴⁾ EAP Valls Urbà; ⁽⁵⁾ Unitat de Qualitat de la Gerència Territorial del Camp de Tarragona

Identificador: 701

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes (SP) es una dimensión esencial de la calidad asistencial. Su promoción requiere el desarrollo de una cultura organizativa orientada a minimizar los daños evitables derivados de la atención sanitaria; en este contexto, y en el marco de una estrategia de la Gerencia de Atención Primaria (GAP), se ha medido periódicamente la cultura de SP entre los años 2017 y 2023, con el fin de evaluar uno de los ejes estratégicos del programa de calidad y seguridad del paciente (PCySP) y diseñar nuevas acciones alineadas con el Plan de Acción Mundial para la SP 2021-2030.

OBJETIVOS

Evaluar la evolución de la cultura de SP en los Centros de Salud de una GAP entre los años 2017 y 2023, como parte del desarrollo estratégico del PCySP.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal, con recogida periódica utilizando el cuestionario MOSPS-PC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture adaptado y validado para la Atención Primaria) que analiza múltiples dimensiones relacionadas con la percepción de la seguridad en la práctica clínica. Las encuestas se administraron en cuatro períodos: 2017, 2019, 2020 y 2023 en los 20 centros de salud de la GAP, incluyendo tanto centros urbanos como rurales. Se invitó a participar a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios con una antigüedad laboral superior a tres meses. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial, y mediante cuestionario autoadministrado enviado por correo electrónico corporativo, respetando los principios éticos de la investigación y la protección de datos.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 1.906 respuestas, 707 correspondientes al 2023. El perfil mayoritario de los participantes fue femenino (80,9%) y sanitario (67%). El análisis de la evolución revela una mejora progresiva en la percepción de todas las dimensiones de la calidad: la equidad, la eficiencia, el tiempo, la efectividad, la eficacia y la atención centrada en el paciente, respecto la media estatal publicada el 2024. Se identificaron 58 áreas fuertes (identificación del paciente, revisión activa del tratamiento, comunicación médico-paciente, intercambio de información con el laboratorio y farmacéuticos comunitarios, etc.) y 16 con potencial de mejora (comunicación primaria-hospital, accesibilidad, etc.) las cuales se han analizado para proponer acciones de mejora.

CONCLUSIONES

La evaluación periódica de la cultura de seguridad del paciente ha permitido monitorizar el impacto de las estrategias de calidad implantadas en una GAP. La evolución positiva de los resultados demuestra el valor de integrar esta evaluación en la planificación estratégica de los centros y utilizarla como herramienta de aprendizaje organizativo. Esta experiencia pone en valor la importancia de integrar esta medición como parte estructural de los PCySP, fortalecer la cultura de Seguridad y avanzar hacia una AP más segura, eficiente y centrada en la persona.

FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA EN EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÓNICOS COMPLEJOS

 LORENA DE LA GUÍA JIMÉNEZ; MANUEL PEREIRA GONZALEZ; ANA MARÍA RUIZ VELÁQUEZ; VERÓNICA REAL MARTINEZ; IGNACIO EGUÍA LÁZARO; SANTIAGO ZAPATER GUALLAR

 SUMMA 112

Identificador: 702

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El transporte sanitario no urgente, implica entre 4000-5000 traslados diarios.

Estos pacientes requieren ambulancia no asistencial para poder recibir diferentes tipos de prestaciones en los centros sanitarios, tanto de forma puntual como de forma periódica. En ocasiones presentan patologías medicamente complejas con necesidades especiales durante el traslado, siendo necesario realizar una valoración previa y seguimiento posterior.

El trabajo diario del equipo de enfermería es necesario para que este tipo de pacientes minoritario y más vulnerable, puedan recibir tratamientos periódicos, consultas, u otro tipo de prestaciones como puede ser un alta hospitalaria por primera vez a su domicilio desde su nacimiento, en el recurso idóneo y las condiciones ideales según sus necesidades, en tiempo y forma, evitando pérdida de citas o demoras innecesarias, reduciendo el discomfort en familiares y pacientes, además de mejorar la eficiencia de los procesos de gestión de los recursos disponibles

OBJETIVOS

GENERAL

Garantizar , mediante la valoración enfermera, las condiciones idóneas durante el traslado del paciente pediátrico complejo que requiere transporte sanitario no urgente, asegurando con ello una continuidad asistencial óptima.

SECUNDARIOS

Asegurar la coordinación con los centros prescriptores de transporte sanitario

Promover la comunicación entre profesionales sanitarios implicados de diferentes ámbitos, familia y pacientes a través de enfermería TSNU y enfermeras de enlace hospitalario.

Detectar necesidades de los pacientes durante los traslados

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal mixto, para detectar necesidades de estos pacientes.

En febrero de 2024 se realiza informe de análisis de la situación hasta el momento.

En abril de 2024 se crea un procedimiento publicado en la INTRANET del Servicio de TSNU para detectar, registrar y valorar nuevos pacientes, con seguimiento proactivo. Se comunicó a las Unidades de Pacientes Pediátricos Crónicos Complejos mediante reuniones , correos y llamadas.

Durante 2022-2025 se registraron 28 niños trasladados.

En 2023: 175 traslados

En 2024: 218 traslados

En 2025 (de enero-mayo): 43 traslados.

Se realizaron encuestas de satisfacción durante 2025.

RESULTADOS

La valoración general del transporte es de 6.8 (escala 0-10).

Los familiares solicitaron como mejora del servicio llevar sus propios enseres para mayor confort en los cuidados. También reducir las demoras tras ser atendidos en el centro sanitario.

Destacan el buen trato recibido del personal que traslada y personal coordinador.

Valoran muy positivamente darles la oportunidad de expresarse.

CONCLUSIONES

El trabajo del equipo de enfermería de TSNU es esencial para mejorar la percepción de la calidad, garantizar la seguridad en los traslados y optimizar los recursos disponibles para los niños medicamente complejos. Su labor contribuye a una atención más segura, eficiente y centrada en las necesidades del paciente.

INICIO DE LA COMISIÓN DE HUMANIZACIÓN EN EL HOSPITAL: UN COMPROMISO CON LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

😊 MONICA IRAYA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ ⁽¹⁾; MILAGROSA DEL ROSARIO DÍEZ RODRÍGUEZ ⁽²⁾; GORKA ARCARAZO ARRIZABALAGA ⁽¹⁾; CRISTO NAUZET HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ ⁽¹⁾; CARMEN DEL PINO SÁNCHEZ REYES ⁽¹⁾; ANTONIO DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN; ⁽²⁾ CENTRO DE SALUD EL DOCTORAL; ⁽³⁾ CENTRO DE SALUD DE INGENIO

Identificador: 703

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria moderna exige un enfoque más humano, donde el paciente sea el verdadero centro del sistema (1). En este contexto, nuestro centro sanitario ha impulsado la creación de una Comisión de Humanización con el objetivo de alinear sus prácticas con la Estrategia de Atención Sanitaria Centrada en la Persona por nuestro servicio de salud. Esta iniciativa responde a la necesidad de mejorar la experiencia asistencial, el bienestar del personal y la relación entre el sistema sanitario y la ciudadanía.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de la Comisión es promover una atención centrada en la persona mediante acciones que aporten valor tanto a pacientes como a profesionales (1).

La comisión, constituida el 23 de septiembre del 2024, está integrada por 18 profesionales de diversas áreas e ídoles profesionales: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares, celadores, trabajadoras sociales, ingeniero, etc, de muy diversos servicios del hospital como la unidad de calidad, medicina interna, ingeniería, rehabilitación, hostelería, UMI, urgencias, hematología, anestesia, etc. La metodología de trabajo se ha estructurado en varias fases: análisis de la estrategia del servicio de salud, creación de grupos de trabajo por ejes estratégicos, elaboración de fichas de acción, priorización mediante una matriz de impacto-factibilidad y asignación de responsables y recursos. Cada grupo valora las acciones propuestas del 1 al 10 en impacto y factibilidad, permitiendo una toma de decisiones basada en evidencia y consenso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hasta la fecha, se han identificado y clasificado múltiples acciones en torno a cinco ejes estratégicos: enfoque humano en la atención, bienestar del personal, accesibilidad y confort, participación ciudadana y fortalecimiento del vínculo con la sociedad. La matriz impacto-factibilidad ha permitido priorizar aquellas acciones con alto impacto y alta viabilidad, consideradas clave para generar cambios significativos a corto y medio plazo. Este enfoque ha facilitado una planificación realista y orientada a resultados.

Destacar que uno de los resultados más positivos está siendo nuestro propio cambio de enfoque a la hora de trabajar con el paciente, después de haber comenzado este proyecto; es decir, cómo nos estamos dando cuenta de todo lo que nos queda que mejorar por el bien del usuario, lo enriquecedor que está siendo para nosotros el propio proceso.

La creación de la Comisión de Humanización representa un paso firme hacia una cultura organizacional más empática, participativa y centrada en las personas. La diversidad profesional del equipo y el uso de herramientas de priorización han sido claves para establecer una hoja de ruta coherente y sostenible. Esta experiencia demuestra que es posible transformar la atención sanitaria desde dentro, con compromiso, metodología y visión compartida.

Referencias

¹ Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, Sundler AJ, Condén E, Summer Meranius M. "¿Igual, igual o diferente?" Una revisión de las revisiones de la atención centrada en la persona y en el paciente. *Consejos de Educación para Pacientes*. Enero de 2019; 102(1):3-11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029. Epub 26 de agosto de 2018. PMID: 30201221.

CUSTODIA DEL MEDICAMENTO PARA PREVENIR ROBOS, ABUSOS O EXTRAVÍOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.

 MIRIAM SANCHEZ FERNANDEZ; CRISTINA CRIADO TAMAYO; Francisco José Cespedosa Zurita; MERCEDES ZANDIO ZORILLA; CRISTINA GORDO LUIS; ADRIANA MARIN PORTAL

 CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA MADRID

Identificador: 704

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el entorno hospitalario, los medicamentos se guardan en almacenes situados en servicios farmacéuticos o unidades de atención al paciente, protegidos del acceso directo de los pacientes. Sin embargo, se han documentado casos de robo, abuso o extravío, en ocasiones perpetrados por los propios profesionales. Esta problemática evidencia la necesidad de implementar medidas efectivas que garanticen una custodia segura de los medicamentos.

OBJETIVOS

Diseñar una propuesta de un plan estratégico de mejora dirigido a prevenir robos, abusos o extravíos de medicamentos en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

Empleo del ciclo de mejora continua PDCA (Plan-Do-Check-Act) para el diseño de un plan estratégico dirigido a la identificación, implementación y evaluación de estrategias preventivas de robo abuso o extravío del medicamento en el ámbito sanitario

RESULTADOS

Las principales acciones para el desarrollo del plan son:

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
2. Evaluación de la situación inicial, revisando el contenido del stock y el sistema de almacenamiento disponible en las distintas unidades.
3. Adecuación del contenido del stock de medicamentos en las distintas unidades.
4. Diseño de medidas de seguridad orientadas a restringir el acceso no autorizado, sin comprometer la disponibilidad inmediata del medicamento en situaciones de emergencia.
5. Realización de una prueba piloto.
6. Implantación de las medidas de seguridad en las unidades.
7. Formación de los profesionales.
8. Diseño e implantación de un indicador de rendimiento.

Auditorías para comprobar la adecuación del stock definido en cada unidad y la eficacia de las medidas de seguridad implantadas, así como, la identificación de áreas de mejora que fortalezcan la prevención de incidentes relacionados con el robo, abuso o extravío de medicamentos.

CONCLUSIONES

Un plan estratégico es una herramienta esencial que guía hacia el logro del objetivo, en este caso, prevenir el abuso, robo o extravío de medicamentos en el ámbito sanitario. Diseñar un plan estratégico no solo ayuda a identificar metas claras, sino que también proporciona un marco estructurado para alcanzar mejoras sostenibles.

SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

 Carmen Medina Bailon; Alicia Diaz Redondo; Alba Rapela Freire; Isabel Almendro Martinez; Iker Aguilar Caballero; Victor González Ramallo

 HGUGM

Identificador: 705

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Dentro de las líneas estratégicas de nuestro hospital está el acercar la atención a los pacientes, por eso se ha apostado por la Hospitalización a Domicilio. El valor que aporta al paciente ser atendido en su casa, siempre que su situación clínica lo permita, es la razón por la que se ha ampliado la cartera de servicios incluyéndose el tratamiento con inmunoterapia en pacientes oncológicos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El estudio tiene un doble objetivo:

1. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento en su domicilio;
2. Analizar la percepción de seguridad de estos pacientes respecto a recibir este tratamiento en el domicilio.

Durante el primer trimestre de 2025 se realizaron 22 encuestas en pacientes oncológicos usuarios del nuevo servicio de HDomicilio elegidos de forma aleatoria mediante entrevista telefónica. Todos ellos ya habían recibido un tratamiento oncológico previo en HDía. Estas se compararon con los resultados de encuestas de satisfacción a pacientes atendidos para tratamiento en el HDía de Oncología en el mismo periodo de tiempo. Las encuestas telefónicas abordaron las mismas dimensiones que las aplicadas a pacientes de HDía de Oncología. Las dimensiones que describimos son: trato recibido, satisfacción con atención y cuidados, información y participación en la toma de decisiones, así como el grado de recomendación a través del Net Promoter Score (NPS) La pregunta para obtener el resultado NPS: “En caso de necesitarlo ¿con qué probabilidad nos recomendaría a un amigo o familiar?”, puntuada de 1 a 10. 9 o 10 son promotores; ≤ 6 son detractores. NPS es la diferencia entre el porcentaje de promotores y de detractores, con valores entre - 100 y + 100. Resultados < 30 son considerados negativos, entre 30 y <50 mejorables, entre 50 y 80, positivos y a partir de 80 excelentes.

RESULTADOS

Nuestra encuesta presenta un NPS 72,73 siendo resultado positivo (50-79,9), muy cerca de la categoría excelente. El grado de satisfacción con el trato recibido y la información al inicio, así como durante el seguimiento del tratamiento, han sido lo más valorado (4,95/5 y 4,85/5), con puntuaciones similares en ambos grupos. La principal diferencia se observó en la percepción de participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud, siendo algo mayor en el HDía (4,7/5 y 4,28/5). El 95% de los pacientes manifestó preferir recibir este tipo de tratamiento en su domicilio, y a la pregunta sobre la percepción de seguridad respecto a la administración en el HDomicilio han respondido muy positivamente (4,54/5).

CONCLUSIONES

Los pacientes encuestados prefieren claramente ser atendidos en su domicilio con un grado de seguridad equivalente al H.Día. Siendo su satisfacción muy similar. Destaca un área de mejora que sería la comunicación entre los equipos médicos al inicio del tratamiento. Estos resultados respaldan la HDomicilio como una alternativa eficaz, segura y bien aceptada.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENTORNO RURAL: ABORDAJE COMUNITARIO Y COORDINADO DE CASO COMPLEJO CON DIABETES Y SOBRECARGA

 Anna Balauder Carrera; Georgina Vidal Mansilla; Raquel Girona Real; Maria Carme Grau Perez

 EAP Alt Camp Est

Identificador: 706

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión de pacientes con comorbilidades múltiples en entornos rurales presenta desafíos significativos en términos de adherencia al tratamiento y seguridad del paciente. La falta de recursos sanitarios accesibles y la sobrecarga de tareas que enfrentan los cuidadores principales pueden contribuir a descompensaciones metabólicas y riesgos psicoemocionales. Este caso ilustra la importancia de la identificación temprana de estos riesgos y la intervención comunitaria para mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es presentar una intervención interdisciplinaria y comunitaria aplicada a una paciente con diabetes tipo 2 mal controlada, múltiples comorbilidades y sobrecarga como cuidadora, en un entorno rural. Se pretende demostrar cómo la coordinación sociosanitaria y el apoyo comunitario pueden mejorar la seguridad del paciente, optimizar la adherencia al tratamiento y reducir la sobrecarga del cuidador.

Caso, mujer de 71 años con múltiples comorbilidades (HTA, fibrilación auricular, DM2 mal controlada, obesidad, ictus, glaucoma bilateral y riesgo psicoemocional) que vive en un entorno rural y cuida a su marido. Problemas identificados:

1. Dificultades para la autoadministración de insulina: El glaucoma dificultaba la correcta administración de insulina, aumentando el riesgo de descompensación metabólica.
2. Dieta desequilibrada: El consumo elevado de hidratos de carbono y azúcares simples, junto con la escasa disponibilidad de alimentos saludables, empeoraba el control de su diabetes.
3. Riesgo de hipo-hiperglicemia: Las dificultades en el manejo de insulina y la dieta incrementaban el riesgo de episodios de hipo-hiperglicemia.
4. Aislamiento social y escasa utilización de recursos comunitarios:

Se implementó una intervención que incluyó:

- Educación sanitaria personalizada sobre diabetes y tratamiento.
- Seguimiento de enfermería para monitoreo y ajustes.
- Ejercicio físico adaptado para mejorar la salud general.
- Coordinación con el centro cívico para asegurar comida a domicilio y la administración de insulina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Al año de intervención, se observó una mejora significativa en el control glucémico, con una reducción de la HbA1c de 10% a 7,6%. Además, se evidenció una mejora en la adherencia al tratamiento, tanto en el control de la insulina como en la dieta, y una disminución en la sobrecarga percibida por la paciente. La utilización de recursos comunitarios aumentó, lo que favoreció su integración social y apoyo emocional.

Este caso demuestra la efectividad de un enfoque coordinado y comunitario para la mejora de la seguridad del paciente en entornos rurales. La combinación de educación sanitaria, seguimiento profesional y apoyo social ha permitido optimizar el control de la diabetes y reducir los riesgos asociados, mejorando significativamente la calidad de vida de la paciente.

VALOR PREDICTIVO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN EL ANÁLISIS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

 JUAN ANTONIO RUBIO GÓMEZ; AMPARO RAMOS RODRIGUEZ

 SUMMA 112

Identificador: 707

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un pilar esencial en la atención sanitaria, especialmente en urgencias y emergencias extrahospitalarias, donde la variabilidad y la presión asistencial aumentan el riesgo de eventos adversos. La identificación proactiva de riesgos y la cultura de notificación son estrategias clave para la mejora continua. Las rondas de seguridad, como herramienta estructurada de observación y diálogo, permiten detectar áreas de vulnerabilidad, mientras que la notificación de incidentes aporta información sobre eventos reales o potenciales. Sin embargo, la evidencia sobre la correlación entre ambas estrategias y su capacidad predictiva en el ámbito extrahospitalario es limitada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la correlación y el impacto de las rondas de seguridad, mediante un check-list estructurado, con la notificación de incidentes en servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, evaluando su utilidad como herramienta para la detección proactiva de riesgos. Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y correlacional en 16 unidades funcionales de un servicio extrahospitalario de urgencias y emergencias. Durante el primer semestre de 2025, se realizaron rondas de seguridad en las que participaron al menos 10 profesionales por unidad, lo que supuso la aplicación del check-list de 25 ítems a más de 200 profesionales de diferentes perfiles asistenciales. El check-list abordó aspectos clave de la seguridad clínica, prácticas seguras y factores organizativos. Los resultados obtenidos se cruzaron con los incidentes de seguridad notificados en el mismo periodo, analizando la frecuencia, gravedad y tipología de los incidentes, así como la correlación entre las áreas señaladas como prioritarias en el check-list y los incidentes reportados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis permitió identificar áreas prioritarias de mejora y evidenció una correlación significativa entre los hallazgos de las rondas de seguridad y la notificación de incidentes en determinadas categorías de riesgo, como errores de medicación, problemas en la comunicación y fallos en la identificación del paciente. El check-list demostró ser una herramienta útil para anticipar áreas vulnerables y orientar intervenciones preventivas, contribuyendo a fortalecer la cultura de seguridad y la participación de los profesionales. La integración de rondas de seguridad estructuradas y sistemas de notificación de incidentes favorece una detección más proactiva y sistemática de riesgos en el ámbito extrahospitalario. El uso de check-lists específicos, aplicado de forma transversal y participativa, muestra potencial como herramienta predictiva y de priorización, facilitando la toma de decisiones y la mejora de la seguridad del paciente en servicios de urgencias y emergencias.

“VULNERABLES”: PLATAFORMA CLÍNICA PARA LA MEJORA DEL MANEJO DE INFECCIONES EN POBLACIONES DE RIESGO

 CAROL INGRID CASTELLARES GONZALEZ ⁽¹⁾; Manuel Linares Rufo ⁽²⁾; Leovigildo Ginel Mendoza ⁽²⁾; Juan González Del Castillo ⁽²⁾; José Barberán López ⁽²⁾; Carlos García Bertolini ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ H120; ⁽²⁾ Fundación IO

Identificador: 709

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La plataforma “Vulnerables” surge de la necesidad crítica de herramientas específicas que faciliten la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia para la atención de personas en situación de vulnerabilidad.

Lanzada el 2 de junio de 2025, esta nueva plataforma digital, gratuita, intuitiva y en español, se ha diseñado para proporcionar a los profesionales sanitarios recursos formativos y prácticos esenciales. Su objetivo principal es optimizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de infecciones en grupos vulnerables.

El proyecto cuenta con el sólido respaldo de una fundación con amplia experiencia en salud global, enfermedades infecciosas y medicina del viajero. Es un firme compromiso con la transformación de comunidades desfavorecidas y sensibilización frente a enfermedades emergentes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La plataforma se presenta como una declaración de intenciones clara: mejorar la toma de decisiones clínicas mediante enfoques basados en la evidencia, con un enfoque particular en el uso racional de antimicrobianos y la prevención de infecciones.

Dada su reciente lanzamiento, aún no se dispone de datos preliminares sobre su aplicabilidad clínica o su impacto en la práctica asistencial. Sin embargo, su eficacia se evaluará rigurosamente a través de un estudio observacional. Este estudio analizará la frecuencia de uso de la plataforma, precisión de las alertas que genere y su utilidad general en la toma de decisiones clínicas. La herramienta es robusta, integrando datos estructurados y validados por un equipo internacional, y es capaz de clasificar los tipos de eventos sanitarios.

Contenido Integral de la Plataforma

La plataforma ofrece un contenido exhaustivo y organizado para facilitar el acceso a información vital. Su estructura se basa en cuatro áreas temáticas principales:

Antimicrobianos

Vacunas

Salud del viajero

Diagnóstico

Además de estas secciones clave, presenta un listado dinámico de condiciones de vulnerabilidad.

Para garantizar que los profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores tengan recursos completos, la plataforma incluye:

Referencias científicas actualizadas

Infografías prácticas

Artículos especializados

Guías descargables para profesionales, pacientes y cuidadores

Recursos interactivos y enlaces a guías oficiales

Todo este material está diseñado para apoyar la toma de decisiones informadas y mejorar la gestión de infecciones en poblaciones de riesgo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los desarrolladores anticipan que “Vulnerables” conducirá a una mejora en la precisión diagnóstica, optimización del uso de antimicrobianos y una mayor accesibilidad a información crítica para la atención de pacientes vulnerables. También registrará el número de personas que han consultado la página en las semanas iniciales.

En conclusión, “Vulnerables” se considera una innovación importante en la formación y apoyo clínico, diseñada para promover una atención más equitativa, segura y basada en la evidencia para quienes más lo necesitan.

IMPACTO DE LA ESTANDARIZACIÓN DEL MONITOR-DESFIBRILADOR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

 Juan García López; Rosa María Palanques García; Susana Mora Gómez; Vicente García Román; José Luis Mendoza García; Isidra Tenza Iglesias

 Hospital Universitario de Torrevieja

Identificador: 710

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La calidad de la reanimación cardiopulmonar (RCP) es un factor crítico para la supervivencia en paradas cardíacas intrahospitalarias. Uno de los elementos que puede influir negativamente en dicha calidad es la variabilidad de los dispositivos de monitorización y desfibrilación entre diferentes áreas del hospital. Esta heterogeneidad dificulta la formación homogénea del personal y puede interferir en la rapidez y precisión de la respuesta. Ante este escenario, en 2025 el Hospital Universitario de Torrevieja ha impulsado la estandarización del equipamiento utilizado durante la RCP, unificando los dispositivos de monitorización-desfibrilación en todos los servicios asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es evaluar el impacto de esta unificación de dispositivos sobre la calidad de las compresiones torácicas y los tiempos críticos de respuesta durante paradas cardíacas intrahospitalarias (PCIH). El estudio, de diseño observacional comparativo, se estructura en dos fases: una retrospectiva pre-estandarización (julio a diciembre de 2024) y otra prospectiva post-estandarización (mayo a septiembre de 2025). Se recogerán variables demográficas, clínicas y de calidad de RCP (frecuencia, profundidad, fracción de compresiones, tiempos hasta el inicio de RCP y desfibrilación, etc.), así como la percepción del personal sobre el nuevo dispositivo, mediante una encuesta validada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, el programa ha alcanzado la fase de implementación completa del nuevo modelo unificado de monitor-desfibrilador en todos los puntos asistenciales del hospital. Esta unificación ha eliminado la variabilidad previa entre dispositivos, facilitando una formación homogénea del personal sanitario. La recogida de datos para la fase prospectiva está en marcha, incluyendo la exportación automática de métricas de calidad de RCP y la administración de encuestas al personal. Se espera comparar los datos pre y post estandarización para valorar mejoras en la calidad técnica de la RCP, la eficiencia en la respuesta clínica y la percepción profesional.

La estandarización de los dispositivos de RCP constituye una intervención organizativa orientada a la mejora de la calidad asistencial. Esta experiencia busca aportar evidencia sobre su impacto en la práctica clínica real, facilitando la formación, mejorando la respuesta ante emergencias y promoviendo una mayor seguridad para los pacientes. Los resultados del estudio podrán ser útiles para otros centros hospitalarios que consideren estrategias similares, contribuyendo al desarrollo de estrategias más eficientes para la mejora de la atención en situaciones de emergencia intrahospitalaria.

¿CÓMO LIDERAR EQUIPOS MULTIGENERACIONALES?

 *María de las Nieves Tarín Vicente ⁽¹⁾; Belén García Magallón ⁽¹⁾; Cecilia Marco Quirós ⁽¹⁾; José Tuñón Tarín ⁽²⁾; David Tuñón Tarín ⁽³⁾; Helena Contreras Mármol ⁽¹⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de Móstoles; ⁽²⁾ PwC; ⁽³⁾ Fundación Jiménez Díaz

Identificador: 711

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Justificación. Los equipos médicos están sometidos en los últimos años a mucha presión y tienen dificultades para mantener equipos de trabajo estables. Concretamente en nuestro servicio de 9 cardiólogos se ha producido en el año 2024 y 2025 la contratación y marcha de hasta 13 cardiólogos por diferentes motivos para trabajar en otros centros en España y fuera de España. Esta situación que también se vive en otras unidades ha sido analizada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para poder acometer un enfoque del cambio de esta situación, se han analizado las razones de este turnover y se ha investigado la literatura al respecto y lo que aporta la IA. Las razones que se dan son: la satisfacción personal, las oportunidades de crecimiento, el ambiente laboral, el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, el desarrollo de habilidades, el salario y los beneficios, cambios en la carrera profesional está detrás de los cambios de trabajo. Sin embargo, esto no lo explica todo, y es que no se ha tenido presente “las diferencias generacionales” para analizar las causas y poderlo enfrentar y contrarrestar. Se han estudiado los intereses de los cardiólogos (en su mayoría mujeres) que estamos o hemos estado compartiendo equipo en los últimos 2 años. Las diferencias generacionales de entre los baby boomers, generación X, generación Y (millennials) y generación Z son importantes. Tienen valores y expectativas laborales diferentes, estilo de comunicación propios, valoran diferentemente el liderazgo y hacen un uso de la tecnología muy diferente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las diferencias generacionales en los equipos de cardiólogos pueden estar en la base de la dificultad para estabilizar la plantilla del servicio. Conocer sus diferentes valores y expectativas laborales, su propia manera de comunicarse, lo que valoran en un líder y como incorporan las nuevas tecnologías puede ser un aspecto clave para transformar esta amenaza de falta de facultativos y alto turnover.

U-MAX, TRAZABILIDAD DEL PROCESO URGENTE EN TIEMPO REAL

 *Lino Carrajo García; María de la Cámara Gómez; Jose Manuel Fandiño Orgeira; Belén Rodríguez Hermida; Manuel Ferreiro Gómez*

 *Hospital Universitario A Coruña*

Identificador: 712

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel está formado por un alto número de profesionales y atiende a un gran volumen de pacientes de diversa gravedad.

U-MAX es una extraordinaria herramienta que permite la trazabilidad del paciente y su proceso en tiempo real, así como una adecuada distribución de los equipos y la carga asistencial.

Su implementación ha supuesto una gran innovación que ha transformado y modernizado el modelo sanitario asistencial. Garantizando la información, respetando la confidencialidad e impulsando el trabajo en equipo como clave para el éxito, además de humanizar y liderar un cambio cultural que tiene como centro al paciente y a sus acompañantes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La creación de este programa fue llevada a cabo con los recursos del hospital, sin ayuda de ninguna empresa externa ni ningún coste adicional. El equipo informático se mimetizó con el servicio de urgencias y con el trabajo en equipo de todos los estamentos se captaron las necesidades buscando su respuesta con el programa que se presenta.

Los objetivos iniciales de este programa son los que se exponen a continuación, si bien lo que se ha conseguido con él, a través de sus actualizaciones, supera todas las expectativas iniciales.

- **CALIDAD Y SEGURIDAD.** El objetivo principal es garantizar la seguridad del paciente con la trazabilidad de todo su proceso urgente en tiempo real.
- **HUMANIZACIÓN.** Información al paciente y a su familia del estado del proceso en tiempo real a través de un código Qr o código BIDI de una forma absolutamente confidencial.
- **GESTIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO.** Asignación de facultativos a espacios y turnos. Reasignación equitativa de pacientes en cada cambio de turno.
- **GESTIÓN DE ORDENES.** Creación de órdenes, gestión de su estado, visualización por áreas, interconsulta electrónica.
- **GESTIÓN Y DIRECCIÓN MÉDICA.** Información de triaje, tiempos de espera, pruebas de laboratorio, radiología. Gestión de las áreas a través de un mapa virtual del servicio que se actualiza en tiempo real.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

U-MAX ha supuesto un antes y un después en el funcionamiento del servicio, un gran avance en la calidad, seguridad, humanización y confidencialidad de la gestión integral del paciente urgente. Ha sido también, un cambio a nivel organizativo y conceptual hacia la transparencia y la participación de las personas, utilizando la tecnología para desarrollar los procesos alrededor del paciente y sus necesidades.

Un mes después de su implantación el tiempo medio de estancia del servicio disminuyó una hora y media.

Ha disminuido de manera significativa las reclamaciones realizadas por los usuarios.

Ha mejorado la satisfacción del usuario y su calidad percibida. Esto se ve reflejado en las encuestas realizadas, aumentando más de 10 puntos tanto la seguridad y confianza que inspira el servicio como la valoración global del mismo.

HACIA UN ENTORNO HOSPITALARIO MÁS VERDE: ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA AMBIENTAL

 *Manuel de Diego Bernal; Jasmina Aceituno Fernández*

 *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz*

Identificador: 713

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La generación de los residuos ha ido en incremento en los últimos años y por consiguiente la presión sobre los sistemas de segregación y reciclaje. La correcta segregación y la posible reutilización de los residuos generados en el ámbito hospitalario es una herramienta clave para reducir nuestro impacto ambiental y la huella de carbono que todos los procesos de gestión de residuos conllevan.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto consta de dos acciones, optimizar la segregación de residuos en las unidades productoras mediante la realización de cortes observacionales del estado de segregación de los residuos así como una acción específica de reutilización de acumuladores de frío.

La metodología de los cortes observacionales consiste en la observación directa de los contenedores de residuos, revisando su contenido.

La información obtenida se clasifica en una aplicación, Qualios, donde se detalla la observación. Primero se indica si el contenido se encuentra correctamente segregado, en caso contrario, se indica a partir el motivo por el cual es incorrecto (mala segregación, no dispone de etiqueta correcta, fechas de apertura y/o cierre, excede de su capacidad...). Toda la revisión realizada se hace junto con el responsable del servicio y se traslada la información al personal. En caso de que se observen errores se realizan acciones de mejora específicas.

Toda la información obtenida se gestiona a través de la aplicación Qualios, que junto con un powerBi se analizan, estudian y comparan datos, entre áreas o periodos de tiempo.

En cuando a la practica de reutilización, se ha realizado en conjunto con Farmacia Hospitalaria, Laboratorio de Análisis Clínicos y con el Dpto. de Gestión de Residuos y Limpieza. Farmacia y Laboratorio generarn acumuladores de frío, provenientes de la industria farmacéuta, proveedores, etc que son usados para mantener la cadena de frío en el transporte.

Los acumuladores de frío se gestionaban como residuo urbano pudiendo ser reutilizados. Se estableció un circuito para este tipo de residuo, que consiste en la segregación inicial en dos puntos dentro de Farmacia y del Laboratorio, desde donde el Dpto. de Gestión de residuos los traslada a una zona específica del Hospital, de paso del personal donde tras una campaña de sensibilización se han puesto a disposición de los trabajadores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los cortes observacionales, desde el año 2022 se han obtenido un 76% de contenedores correctos en 2022, un 87% en 2023 y un 89% en 2024, sobre un total de 142 contenedores observados en 2022, 1296 en 2023 y 1002 en 2024.

Se generó una mejor concienciación ambiental, una mayor implicación de los trabajadores en la segregación correcta así como una mejora visible y demostrada. Se ha implantado un circuito de comunicación de mejoras ambientales, para todo el personal, para dar a conocer sus ideas ambientales que se estudian en Comité de Gestión ambiental.El proyecto de reutilización de los acumuladores puede ser replicado en cualquier centro y cada día se evita la generación de 15kg.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON MR-LINAC: MENOS SESIONES, MENOS EMISIONES

😊 Arturo Martínez Zúñiga ⁽¹⁾; Narda Castellanos Joo ⁽²⁾; Felipe Couñago Lorenzo ⁽¹⁾; Daniela Gonsalves Pieretti ⁽¹⁾; Sigfredo Elías Romero Zoghbi ⁽¹⁾; Magda Gabriela Palmero Hinojosa ⁽²⁾

🏢 ⁽¹⁾ GenesisCare España; ⁽²⁾ Tecnológico de Monterrey Campus Monterrey

Identificador: 714

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

En el contexto del tratamiento del cáncer de próstata, una de las neoplasias malignas más comunes en los hombres en todo el mundo, la introducción del acelerador lineal guiado por resonancia magnética (MR-Linac) representa una innovación tecnológica que permite la administración de radioterapia altamente personalizada y adaptable. El tratamiento del cáncer de próstata con MR-Linac permite regímenes de hipofraccionamiento extremos, lo que reduce significativamente el número de sesiones necesarias. Esta innovación no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también reduce las visitas al hospital, lo que representa una oportunidad concreta para reducir las emisiones de CO₂ asociadas al tratamiento del cáncer, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Cuantificar las emisiones de CO₂ generadas por los pacientes durante el tratamiento. Analizar la relación entre el número de sesiones en tratamientos convencionales y con hipofraccionamiento en MR-Linac. Diseño del estudio: Estudio retrospectivo, observacional, centrado en la evaluación de emisiones de CO₂. Inclusión: Pacientes tratados con acelerador lineal guiado por resonancia magnética entre enero de 2023 y mayo de 2025. Exclusión: Pacientes en cuidados paliativos, con radioterapia no estándar, radiocirugía o datos incompletos. Recogida de datos: Emisiones calculadas mediante fórmula estandarizada basada en el transporte de pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 77 pacientes registrados inicialmente, se incluyeron en el análisis final 69 pacientes con información completa sobre la distancia recorrida, el número de sesiones y los factores de emisión. La distancia media recorrida por paciente fue de 98,6 km, con un factor de emisión medio de 2,28 kg CO₂ por km. Las emisiones estimadas de CO₂ asociadas al transporte de pacientes se calcularon bajo dos regímenes de tratamiento: radioterapia convencional (15-20 sesiones) y MR-Linac (5 sesiones). Las emisiones medias totales de CO₂ por paciente fueron de 469,28 kg para el régimen convencional y de 117,32 kg para el tratamiento MR-Linac. La diferencia observada se evaluó mediante una prueba t de Student pareada, que fue estadísticamente significativa ($p = 0,0012$), lo que indica que el tratamiento con MR-Linac se asocia con una reducción significativa de las emisiones de dióxido de carbono relacionadas con el transporte. Esta conclusión fue respaldada por una prueba no paramétrica de Wilcoxon, que también fue significativa ($p < 0,000000000000052$). El uso de un acelerador lineal guiado por resonancia magnética (MR-Linac) para el tratamiento del cáncer de próstata permite la implementación segura de regímenes de hipofraccionamiento extremo, lo que resulta en una reducción significativa en el número total de sesiones. Esta estrategia no solo mejora la eficiencia del tratamiento y reduce la carga física y emocional de los pacientes, sino que también representa una contribución tangible a la sostenibilidad ambiental del sistema sanitario.

CIRCUITO PARA EXTRACCIONES EN EL HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO

 MARIA LOURDES MORCILLO PAREJO; MARIA VICTORIA DEL TESO CAÑIBANO; JOSÉ ALBERTO SANCHEZ-MANZANERO ESQUINAS; FERNANDO BEDOYA GARCIA; MERCEDES SANCHEZ BENAVENTE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Identificador: 715

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La creación de un circuito específico para extracciones en el Hospital de Día Pediátrico del Hospital Universitario de Toledo responde a la necesidad de ofrecer una atención más especializada, eficiente y humanizada a los pacientes pediátricos (0-14 años). Este nuevo procedimiento busca centralizar las extracciones en un entorno adaptado a los niños, minimizando su ansiedad y mejorando su experiencia hospitalaria. Además, se pretende optimizar la coordinación entre servicios, garantizar la seguridad del procedimiento y facilitar la participación activa de las familias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es centralizar todas las extracciones pediátricas no urgentes en el Hospital de Día Pediátrico, mediante una agenda específica (BIQA03) con un máximo de 15 pacientes diarios. La metodología se basa en un circuito estructurado que abarca desde la solicitud de cita hasta la salida del paciente, incluyendo fases de acogida, preparación, extracción, cuidados post-procedimiento y registro. Se establece una coordinación entre el personal administrativo, de enfermería y de laboratorio, con formación específica y recursos adecuados. El circuito se implementa a partir del 2 de junio de 2025, con difusión previa a todos los servicios implicados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El circuito establece un flujo claro y ordenado: solicitud de cita por parte del laboratorio, asignación de hora específica, acogida en un entorno amigable, extracción realizada por personal cualificado y seguimiento post-extracción. Se garantiza la presencia diaria de dos enfermeras de la unidad de extracciones, sin afectar el funcionamiento de la planta baja. Se prioriza la comunicación efectiva con las familias, el uso de técnicas de distracción y la adaptación del lenguaje al nivel del niño. Además, se contempla la posibilidad de observación breve tras la extracción y se ofrece una recompensa simbólica al finalizar. Se lleva un registro detallado de cada procedimiento y se prevé una revisión trimestral del circuito para su mejora continua.

Conclusiones Este nuevo circuito representa un avance significativo en la atención pediátrica, al integrar aspectos clínicos, emocionales y logísticos en un entorno diseñado para el bienestar del niño. La implementación de este modelo permite una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente, fomentando la colaboración con las familias y la mejora continua del proceso. La experiencia del paciente pediátrico se ve notablemente mejorada, reduciendo el estrés asociado a las extracciones y fortaleciendo la confianza en el entorno hospitalario.

REDISEÑO DE PROCESOS PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA Y SEGURIDAD EN LA LINFOGAMMAGRAFÍA DEL GANGLIO CENTINELA

 AIDA MIRANDA AGUILA; MARTA SOFIA PEREIRA MARTINS; GEORGINA GINER MENA; NEUS CAMAÑES GARCIA; MARIA PATRICIA FIERRO ALANIS; SANDRA CASTAÑO ORTIZ

 IDI - HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII TARRAGONA

Identificador: 716

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La linfogammagrafía del ganglio centinela (LGGC) es una técnica esencial en el abordaje quirúrgico del cáncer de mama. La coordinación entre los servicios de ginecología, medicina nuclear, cirugía y oncología de diferentes hospitales supone un reto logístico y organizativo que puede repercutir en la eficiencia del proceso y en la experiencia del paciente. La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en el procedimiento del ganglio centinela cumple un rol clave dentro del equipo multidisciplinario. Durante el rediseño del proceso se han identificado variabilidades y lagunas de información en el circuito asistencial, las cuales impactan negativamente tanto en la experiencia del paciente como en la calidad y seguridad de la atención. En este contexto, se propone un rediseño del proceso asistencial centrado en el paciente, integrando su perspectiva en la planificación y desarrollo de estrategias de mejora, y promoviendo una visión compartida entre los profesionales de los distintos centros implicados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Optimizar y estandarizar el proceso asistencial de la LGGC en pacientes con cáncer de mama. Identificar puntos críticos y oportunidades de mejora a partir de la experiencia del paciente, contribuyendo al rediseño del circuito. Mejorar la coordinación interhospitalaria y la seguridad del proceso.

- Fase 1 – Análisis del proceso actual: Revisión documental y entrevistas con profesionales de medicina nuclear, cirugía, enfermería y coordinación de pacientes de varios hospitales. Realización de un Journey Map del paciente desde la indicación de la técnica hasta al final de la obtención de imágenes.
- Fase 2 – Identificación de puntos críticos: Análisis procedimientos, de tiempos, roles y pasos redundantes. Identificación de barreras comunicativas y logísticas conjuntamente con pacientes que han pasado por el proceso asistencial.
- Fase 3 – Diseño del proceso futuro: Diseño de un nuevo diagrama de flujo estandarizado y orientado a la eficiencia y experiencia del paciente.
- Fase 4 – Piloto (pendiente de implementación): Aplicación del nuevo circuito en una muestra piloto. Evaluación mediante indicadores de satisfacción, tiempos de espera y trazabilidad

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque el proyecto se encuentra en fase de análisis y diseño, se anticipa que: el rediseño del proceso reducirá la variabilidad y aumentará la previsibilidad. La participación activa del paciente permitirá alinear el circuito con sus necesidades emocionales y logísticas. Se generará una guía de buenas prácticas con unificación de criterios y de información para todos los centros que participan en el procedimiento. Este proyecto demuestra que es posible avanzar hacia una atención más eficiente y centrada en el paciente mediante el codiseño de procesos. Aunque aún no se dispone de resultados definitivos, se ha logrado una comprensión profunda del itinerario del paciente en el contexto de la LGGC y se han establecido las bases para una mejora sostenible en la atención diagnóstica.

PARTICIPACIÓN PROFESIONAL PARA EL DISEÑO ESTRATÉGICO EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Olivia Hernandez Villen ⁽¹⁾; Montserrat Gens Barbera ⁽¹⁾; Juan José de Haro Amaro ⁽¹⁾; Rosa Maria Sagristà Vidal ⁽¹⁾; Angel Vila Rovira ⁽²⁾; JOAN REVERTE CALULL ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Joan XXIII Tarragona; ⁽²⁾ Gerencia de Atencion Primaria Tarragona; ⁽³⁾ Hospital Joan XXII Tarragona

Identificador: 717

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La finalización del ciclo estratégico 2023-2025 ha puesto de manifiesto la necesidad de redefinir la línea 3 (Programa de Calidad anual) para afrontar los nuevos retos organizativos y normativos. Aunque los planes anteriores establecieron una base común, su elaboración se centró en equipos directivos y grupos de expertos, dejando escaso margen para la participación estructurada del conjunto de profesionales.

Para construir un programa alineado con la realidad asistencial y consolidar una cultura de seguridad transversal, se diseñó una encuesta participativa anónima, dirigida a todo el personal, orientada a recoger prioridades, barreras y propuestas de mejora. La encuesta busca, por un lado, legitimar el nuevo Plan Estratégico incorporando la “voz profesional” como fuente principal de decisiones y, por otro, impulsar la corresponsabilidad en la mejora continua.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Obtener de forma sistemática la opinión de todos los profesionales del centro mediante una encuesta participativa para fundamentar el nuevo Programa Estratégico de Calidad y Seguridad 2025-2029.

Objetivos secundarios

1. Priorizar líneas de actuación identificando cuáles de las áreas de calidad y seguridad generan mayor necesidad de mejora según los profesionales.
2. Detectar barreras y facilitadores relacionados con la implantación de iniciativas previas de calidad, seguridad y cultura organizativa.
3. Cuantificar la percepción de compromiso y participación actual de los distintos colectivos profesionales en los programas de calidad del centro.
4. Generar corresponsabilidad impulsando la implicación directa de los profesionales en la definición y futura implementación del plan estratégico.

Estudio descriptivo transversal basado en encuesta on-line y anónima.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Respondieron 403 profesionales (16 % de la plantilla), con mayor representación de enfermería y facultativos. El 72 % conoce el Programa de Calidad, pero solo uno de cada dos encuentra sencilla la notificación de incidentes en SNISP-Cat. Las áreas con mayor consenso como prioridades estratégicas fueron la identificación inequívoca del paciente y la higiene de manos. Las barreras más citadas fueron la falta de difusión de resultados, la ausencia de tiempo protegido y la necesidad de formación práctica. Dos de cada tres profesionales afirmaron que participarían activamente en el nuevo plan si se les garantiza tiempo laboral y retroalimentación del impacto.

Las respuestas identifican tres líneas estratégicas prioritarias: (1) institucionalizar la participación, asegurando espacios y tiempo protegido dentro de la jornada; (2) reforzar la transparencia, divulgando con agilidad los resultados y las mejoras derivadas; y (3) convertir la formación en herramientas prácticas orientadas a la seguridad clínica.

Integrar estas acciones en el Plan 2025-2029 permitirá evolucionar de iniciativas puntuales a una cultura transversal y sostenible, con profesionales corresponsables y métricas alineadas al valor para el paciente.

DE LA REACCIÓN A LA PREVENCIÓN: AUDITORÍAS POST-INCIDENTE PARA LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

 *Olivia Hernandez Villen; Margarita Pi Bañeras; Joan Reverte Calull; Juan Jose de Haro Amaro; Xavier Teixido Huertas; Albert Seco Ciurana*

 *Hospital Joan XXIII Tarragona*

Identificador: 718

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En nuestro hospital de tercer nivel, la correcta identificación del paciente figura como prioridad de la Estrategia de Seguridad. La revisión sistemática de los incidentes de seguridad notificados evidenció omisiones en la verificación antes de procedimientos invasivos, fallos en la colocación y uso de la pulsera. Estos hallazgos actuaron como palanca para combinar el análisis reactivo con una vigilancia continua y proactiva del proceso de identificación.

OBJETIVOS

General: reforzar la identificación inequívoca integrando análisis del incidente y auditorías proactivas.

Específicos:

1. Analizar las causas de los incidentes detectados y aprobar acciones correctoras;
2. desplegar un programa de un número de auditorías periódicas definido por cada referente mediante la herramienta PROSP;
3. Incrementar la cobertura formativa al personal respecto a 2024;
4. monitorizar el cumplimiento del protocolo a 6 y 12 meses;
5. Evaluar la percepción de cultura de seguridad.

METODOLOGÍA

Diseño cuasi-experimental antes-después (enero-diciembre 2025). Ámbito y población: todas las unidades de hospitalización y áreas quirúrgicas; pacientes adultos y profesionales implicados en la verificación de identidad. Intervenciones: (1) análisis causa-raíz multidisciplinar y taller de lecciones aprendidas; (2) revisión del protocolo (doble identificador + participación activa del paciente); (3) creación de formulario PROSP con ítems clave (pulsera colocada, legibilidad, coincidencia con HC, verbalización del paciente y verificación activa); (4) auditorías periódicas por referentes; (5) formación presencial e in situ. Variables: % verificaciones correctas, nº incidencias notificadas/1000 ingresos, cobertura formativa, cultura de seguridad (encuesta Likert). Análisis planificado: comparación pre-post con χ^2 o Fisher ($p < 0,05$). Ética: proyecto de mejora; anonimato garantizado.

RESULTADOS

Preliminares

- El Grupo de Identificación Activa lidera el análisis causal de los incidentes reportados.
- Se diseñó y validó el formulario PROSP, y los referentes han iniciado las primeras auditorías; la recolección de datos cuantitativos está en curso.
- Se han programado sesiones formativas para todo el personal asistencial; al cierre de este abstract la cobertura formativa se encuentra en fase de recopilación de datos. Los resultados comparativos (cumplimiento, incidencias, cultura) se presentarán tras finalizar la intervención en diciembre 2025.

CONCLUSIONES

La combinación de análisis reactivo y auditoría proactiva ofrece un enfoque estructurado para cerrar las brechas detectadas en la identificación del paciente. La metodología está implementada y generará indicadores objetivos para valorar su impacto. Este modelo, fácilmente adaptable, puede replicarse en otros centros para fortalecer la seguridad del paciente.

¿A QUE RENUNCIAN LAS PERSONAS CUANDO CAMBIAN DE TRABAJO?

 *María de las Nieves Tarín Vicente ⁽¹⁾; José Tuñón Tarín ⁽²⁾; Helena Contreras Mármol ⁽¹⁾; David Tuñón Tarín ⁽³⁾; Francesco Lauri XX ⁽¹⁾; Esther Marcos Blanco ⁽¹⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de Móstoles; ⁽²⁾ PwC; ⁽³⁾ Fundación Jiménez Díaz

Identificador: 720

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Tras mi incorporación como jefe de servicio uno de los retos más importantes que he afrontado es la marcha de profesionales, la pérdida del talento. Casi el 100% de la plantilla se ha renovado. Nos hemos preguntado ¿a qué renuncian los cardiólogos cuando cambian de trabajo? como primera medida para aplicar estrategias que frenen la fuga de talento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Hemos buscado documentación y preguntado a la IA. Encontrando que rechazan / renuncian a: estrés y presión, ambiente laboral tóxico, horarios largos e inflexibles, tareas rutinarias y aburridas, conflictos laborales... Sin embargo no es lo que ocurre en este servicio por ello investigamos más encontrando las siguientes posibilidades: malos jefes, falta de reconocimiento, ausencia de crecimiento, cultura tóxica, sobrecarga laboral, falta de propósito, sueldo injusto, falta de autonomía.

En nuestro servicio concretamente a partir de estas razones se ha establecido unas medidas como: dar facilidades para el cumplimiento horario según las necesidades personales por ejemplo mañana o tarde, y elegir las guardias, asignaciones según capacitación, entrenamiento y satisfacción personal, buscar la mejora continua (certificación de calidad), autonomía dentro de los límites básicos de los protocolos y guías clínicas, crecimiento lento pero crecimiento, propósitos comunes, crear buen ambiente y atender a las necesidades. No se ha podido intervenir en el salario aunque se puede hacer pactos de gestión, y el jefe también se ha formado en gestión de personas. Desde Nov-2023 se ha establecido esta política dentro de la unidad, manteniendo estable más de 50% de la plantilla.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La conclusión es que los cardiólogos quieren sentir que su trabajo tiene impacto, el talento no debe estancarse y debe buscar la mejora continua, y a la par buscar un equilibrio entre trabajo y vida, ha ayudado a mantener estable al menos el 50% de la plantilla y atraer a otros profesionales para completarla..

PERFIL DE LOS PROFESIONALES QUE NOTIFICAN EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

😊 Rocío Villa-Pizarro . ⁽¹⁾; María Romay Barja ⁽²⁾; María Fe Muñoz Moreno ⁽³⁾; Alberto Vegas Miguel ⁽⁴⁾; Esther Arrieta Cerdán ⁽⁴⁾; Montserrat Alcalde Martín ⁽⁴⁾

📚 ⁽¹⁾ Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); ⁽²⁾ Instituto de Salud Carlos III; ⁽³⁾ Universidad de Valladolid; ⁽⁴⁾ Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Identificador: 721

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La notificación de incidentes de seguridad del paciente es una herramienta clave para la mejora continua de la calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud, en su Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030, recuerda que el uso de los sistemas de notificación de incidentes es parte esencial de la mejora de la seguridad asistencial. Nuestra comunidad autónoma cuenta con un sistema informático que permite la notificación y gestión de incidentes de seguridad que no hayan tenido daño. Sin embargo, no todos los profesionales participan por igual en este sistema. Conocer el perfil de quienes notifican puede ayudar a diseñar estrategias más eficaces de sensibilización, formación y cultura de seguridad. Este análisis se enmarca en el estudio nacional sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria, impulsado por SECA y FIDISP.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo fue identificar las características de los profesionales que notifican eventos de seguridad del paciente en atención primaria. Para ello, se analizaron las 525 respuestas recogidas en nuestra comunidad autónoma en el marco del estudio nacional “Cultura de la Seguridad del Paciente en España” (2024), basado en el cuestionario SOPS® del AHRQ. Se estudiaron variables como perfil profesional, edad, antigüedad, horas trabajadas y responsabilidad de gestión. Se realizaron análisis estadísticos (chi-cuadrado y t-test) para evaluar asociaciones significativas entre estas variables y la notificación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 36,2% de los encuestados había notificado algún evento de seguridad. De ellos, el 97,9% eran profesionales sanitarios. La notificación fue significativamente más frecuente entre:

Sanitarios frente a no sanitarios (40,0% vs. 7,6%; $p < 0,001$)

Gestores frente a no gestores (53,7% vs. 33,6%; $p = 0,004$)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ($p = 0,277$) ni de la antigüedad ($p = 0,201$), aunque se observó una menor proporción de notificación entre quienes llevaban menos de 3 años en su centro. Tampoco se hallaron diferencias relevantes según las horas trabajadas.

Además, el 71,1% de quienes notificaron consideraron que esta acción les ayudó a mejorar en su organización.

En conclusión, la notificación de eventos de seguridad del paciente en atención primaria en nuestra comunidad está relacionada con el perfil profesional y el rol de gestión. Estos hallazgos pueden orientar intervenciones dirigidas a fomentar la participación en los sistemas de notificación, especialmente entre el personal no sanitario y los profesionales sin funciones directivas.

NECESIDAD DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN ANTE EL RECHAZO A LA VACUNACIÓN Y SUS DESAFÍOS

 Alicia Negrón Fraga ⁽¹⁾; Abelardo Claudio Fernández Chávez ⁽²⁾; Amaranta McGee Laso Marco ⁽²⁾; Antonio Espinel Ruiz ⁽²⁾; Jesús María Aranaz Andrés ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Ramón y Cajal - Universidad de Alcalá de Henares; ⁽²⁾ Hospital Universitario Ramon y Cajal

Identificador: 722

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El rechazo a la vacunación representa un desafío creciente en la salud pública, con consecuencias tanto individuales como colectivas, e impacto directo sobre la Calidad de la prestación sanitaria y su planificación.

Este estudio cualitativo explora las motivaciones detrás de la negativa a vacunarse, analizando estudios de diferentes países, incluidos España, Brasil, México, Indonesia y Filipinas.

OBJETIVOS

Objetivo principal: explorar los motivos por los que la población decide no beneficiarse de la vacunación frente a enfermedades prevenibles

Objetivo secundario: identificar fórmulas que potencien la falta de adherencia vacunal

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre estudios cualitativos en vacunas de la literatura en la base de datos de Ciencias de la Salud CUIDEN, sin límite inicial por fechas ni idioma.

No se delimitaron los estudios entre vacunación infantil o adulta por ser la población objeto del estudio cualitativo los adultos tutores que decidieron vacunar o no hacerlo.

RESULTADOS

Se identificaron 82 estudios cualitativos. La mayoría se centran en el rechazo desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un total de 16 estudios abordaban las causas del rechazo a la vacunación en adultos responsables de decisiones de inmunización. Los principales motivos identificados incluyen la desinformación, la percepción de la enfermedad como no amenazante, la desconfianza en las instituciones sanitarias y farmacéuticas, y el desconocimiento del calendario de vacunación.

La mayor parte de la literatura existente se centra en la perspectiva de los profesionales sanitarios, dejando un vacío en la comprensión de la experiencia y creencias de la población

CONCLUSIONES

Esta revisión encuentra los siguientes aspectos fundamentales desde la perspectiva de Calidad:

- Es imprescindible desarrollar intervenciones de promoción de la vacunación con información veraz y accesible para la población.
 - Abordar los desafíos de las nuevas tecnologías y redes sociales en la comunicación con la población y el reto de las fake news.
 - Necesidad de profundizar en los estudios barreras socioculturales y la desinformación es clave para mejorar la aceptación de las vacunas y fortalecer la prevención de enfermedades infecciosas
-

COMPARTIR LA EVALUACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN ANUAL DE ACCIONES VINCULADAS AL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

 Yuri Lázaro Giménez; Irakli Oniani Kiphshidze; Àlex Quílez Martínez; Fernando Garcia Alfranca; Xavier Jiménez Fàbrega; Anna Fontquerni Gorchs

 Sistema d'Emergències Mèdiques

Identificador: 723

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Impulsar el proceso de planificación estratégica, permite compartir la visión anual, anticipar y entender los impactos previstos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Compartir los planes de acción claves a implementar para anticipar los impactos necesarios para su desarrollo durante el próximo año.
2. Identificar los planes de acción claves.
3. Evaluar el estado de los planes de acción del año anterior para abordar las acciones pendientes.
4. Formar a profesionales en la sistemática del trabajo por OBJETIVOS

METODOLOGÍA

Uso de la herramienta Microsoft List® que nos permite compartir los diferentes planes de acción. Aplicar un programa de formación continuada de introducción a la metodología de trabajo por objetivos. Reuniones de equipo (CDA+): Organizadas en 3 fases; 1a) Compartir la planificación prevista. 2a) Compartir la evaluación del año anterior, los planes de acción planteados para este año y cuáles propuestos son clave. 3a) Validar los impactos previstos para empezar su ejecución.

RESULTADOS

1. Evaluados los 128 planes de acción del año anterior, de los que 23 estaban finalizados. Las acciones pendientes de finalizar se integraron en los 94 planes de acción propuestos inicialmente a realizar el siguiente año, y con las reuniones de trabajo, se añadieron 19 planes de acción, consensuando en total 113 planes de acción anuales.
2. La planificación compartida de impactos previstos mediante la herramienta informática Microsoft List® ha sido de 67 de los 113 planes de acción (59,3%), incluyendo en estos 67 planes de acción introducidos en la plataforma, los 26 planes de acción clave del total de 39 planes de acción designados como planes de acción clave (66,7%).
3. La formación básica realizada por 35 de los 69 mandos de proximidad el año anterior (50,7%), este año se ha incorporado en el programa de formación continuada de acogida a nuevos mandos de proximidad y ampliado el acceso de esta formación continuada a un total de 129 profesionales.

CONCLUSIONES

1. Se ha implementado una herramienta que permite la visión compartida de acciones previstas que facilite avanzar hacía el cambio cultural de la gestión anticipando las diferentes interacciones, e integrado las diferentes fases dentro del proceso de planificación estratégica de la entidad. Quedan para valorar en futuras mejoras del proceso, la inclusión del objetivo de aumentar el porcentaje de planes de acción compartidos en la herramienta de visualización compartida.
2. Se ha evidenciado que gran parte de los planes de acción diseñados el año anterior no habían sido finalizados, y a su vez, un porcentaje elevado de mandos no habían realizado la formación de introducción a la metodología de trabajo por objetivos. Quedando para valorar en futuras mejoras del proceso, reforzar medidas de acompañamiento como puede ser la realización de cursos de formación avanzada en metodología de gestión por objetivos que permita tanto mejorar la planificación, como el uso de las herramientas para priorizar la finalización de los planes de acción definidos.

LÍNEA MEDIA ECO-GUIADA EN MEDIA ESTANCIA: MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

 *Jesús Pérez González; Carmen Sánchez Guerra; Sergio Montalvo Lopes; Soledad Paloma Andrés Álvaro; Elvira García Millán; Mercedes Gómez Cañete*

 *Hospital La Fuenfría*

Identificador: 724

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La terapia IV es una intervención fundamental en pacientes hospitalizados. No obstante, el uso de catéteres venosos periféricos cortos se asocia a una elevada tasa de complicaciones: flebitis, extravasación, obstrucción, mal funcionamiento y necesidad de múltiples punciones. Estas incidencias se agravan en pacientes con fragilidad clínica, pluripatología y polimedicación, donde la integridad vascular está comprometida. Este perfil es prevalente en los hospitales de media estancia, donde la mayoría de los pacientes presentan dificultades para el acceso venoso periférico, siendo clasificados como DIVA (Difficult Intravenous Access).

La línea media (LM) eco-guiada representa una alternativa de acceso venoso segura, duradera y eficaz. Indicada para terapias IV prolongadas sin necesidad de acceso central, permite canalizar venas de mayor calibre de forma menos invasiva, disminuyendo riesgos y mejorando el confort del paciente. El proyecto se ha desarrollado respondiendo a la necesidad de implantar procedimientos que optimicen la práctica clínica, la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial mediante la estandarización del acceso vascular con LM.

OBJETIVOS

Garantizar la continuidad del tratamiento intravenoso, preservar el capital venoso evitando punciones repetidas, aumentar el confort y mejorar la seguridad clínica.

METODOLOGÍA

Se creó un grupo de trabajo, se revisó y adecuó el material necesario para garantizar la esterilidad, y se actualizó el protocolo incluyendo la valoración vascular con la técnica RaPeVa y el método ZIM. Se revisó la HC, se diseñó una hoja de recogida de datos y se impartió formación teórico-práctica a profesionales de enfermería. Las inserciones se realizaron con técnica estéril eco-guiada, utilizando preferentemente venas profundas y técnica tipo Seldinger.

RESULTADOS

Durante 2024 se realizaron 47 canalizaciones. El 83% se completaron sin complicaciones, y un 17,0% presentaron dificultades técnicas menores durante la canalización. La duración media del catéter fue de 20,3 días (mediana: 16), adecuada para tratamientos intravenosos prolongados.

Los motivos de retirada: el 34,0% fue por exitus en cuidados paliativos, el 27,7% por alta o fin de tratamiento, el 19,1% por retirada accidental, el 12,8% por traslado a otro centro, y solo el 6,4% por signos de infección o flebitis. Sobre el dolor, el 92,3% de los pacientes refirieron un EVA ≤ 2 , con una media de 0,77, evidenciando una excelente tolerancia.

CONCLUSIONES

Los resultados avalan la LM eco-guiada como un procedimiento seguro, eficaz y mejor aceptado por el paciente. Su implantación ha permitido reducir complicaciones, preservar el acceso venoso y garantizar la continuidad asistencial. La implicación del equipo y la formación han sido clave en la mejora de la calidad asistencial. En el ámbito de la media estancia, constituye una herramienta clave en el abordaje de pacientes frágiles y complejos, en consonancia con los principios de la seguridad clínica y la atención centrada en la persona.

EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA C.A. EMPODERANDO AL PACIENTE EN LA GESTIÓN DE SUS RESIDUOS SANITARIOS DOMICILIARIOS

 EMILIO LOZANO LOZANO ⁽¹⁾; Antonio Javier Ruiz Castillejo ⁽²⁾; Marco Antonio Gómez Simón ⁽²⁾; Nuria Domínguez Pérez ⁽³⁾; María Luisa Alcázar González ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid; ⁽³⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁴⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 725

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La proliferación de patologías crónicas ha multiplicado exponencialmente la cantidad de material punzante que los pacientes manejan y desechan en sus hogares. La segregación adecuada de dichos residuos y su posterior recogida en los centros de salud (CS) de Atención Primaria (AP) de una Comunidad Autónoma (CA) representa un desafío significativo en el ámbito de la sostenibilidad ambiental sanitaria, ante los riesgos ambientales y sanitarios de su incorrecta eliminación.

OBJETIVOS

Desarrollar estrategias de sensibilización por parte de profesionales sanitarios en los CS de la CA, hacia los pacientes sobre la segregación y gestión de sus residuos sanitarios generados en sus domicilios. Implementar en los CS un modelo de recogida de estos residuos accesible y seguro, para los pacientes y profesionales, optimizando los recursos sostenibles.

METODOLOGÍA

En la Unidad Funcional de Gestión de Residuos (UFGR) de AP, tras analizar, escasos puntos limpios aytos, nº de pacientes que utilizan o potencialmente van a utilizar los sistemas de Monitorización Continua de Glucosa (SMCG) y/o punzantes, en octubre 2023 se elabora procedimiento de recogida en los CS de los residuos sanitarios domiciliarios de los pacientes, aprobándose por el equipo directivo AP atendiendo a la Seguridad y la Sostenibilidad que define entre sus valores, y el compromiso que tiene establecido en su RSC. Difusión a todos los profesionales de AP y su implementación en todos los CS desde Enero 2024: se informa a los pacientes a través de sesiones colectivas con dípticos que incluyen infografías de segregación y depósito de los residuos en los puntos limpios (si cabe) o en los CS, en presencia de profesional en horarios y días establecidos en cada centro. Análisis de incidencias y sugerencias que surgen en la implantación, de todas las partes interesadas.

RESULTADOS

Recogida de las incidencias surgidas en la implantación del Procedimiento (por pacientes, profesionales, de empresas de gestión de residuos,... y su modificación por aportaciones de sugerencias valoradas. Análisis incremento anual de contenedores de residuos en CS y su implicación en las nuevas licitaciones. Propuestas de los SCRAP (Sistema Colectivo de Responsabilidad Ampliada del Productor) con soluciones innovadoras y sostenibles en la colaboración de la gestión de los residuos de envases en los centros de salud.

CONCLUSIONES

Se pretende fomentar la colaboración entre AP, SCRAP, gestores municipales de residuos y, crucialmente, los propios pacientes para garantizar la seguridad de todos los implicados y promover un sistema de gestión de residuos sanitarios domiciliarios más robusto y responsable.

OPTIMIZANDO LA GESTIÓN DE RRHH PARA MAXIMIZAR LA COBERTURA EN CENTROS DE SALUD ; UN CUADRO DE MANDO CON DATOS DIARIOS

 LUIS MIGUEL GONZALEZ MORENO; JESUS GONZALEZ MOLINELLO; MERCEDES ALMAZAN DEL POZO; ELOY VARGAS PEREZ- CE- JUELA; ALBA POMARES PRADOS; FELISA PRADO CORTES

 GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 726

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Garantizar la accesibilidad en Atención Primaria es fundamental para los Centros de Salud. Esta característica es inherente al primer nivel sanitario y crucial para su eficacia.

La escasez de profesionales para cubrir ausencias de MF y PP —ya sean previstas, imprevistas o estructurales en centros alejados— genera una significativa sobrecarga asistencial. Para mitigarla, se han implementado “agendas de absorción de la demanda” e incentivos salariales, derivados del Plan Integral de Mejora de A. P. (2022- ahora)

Para mantener la accesibilidad, es vital que los directivos cuenten con un sistema de información de coberturas. Esto les permite gestionar de forma eficiente y ágil los recursos humanos, conociendo la situación en tiempo real de los centros.

OBJETIVOS

Crear una herramienta ágil y eficiente para la gestión de los recursos humanos facultativos en los centros de salud para intervenir aumentando la cobertura asistencial de la plantilla, adaptándola a las necesidades sanitarias y poblacionales.

METODOLOGÍA

Se han analizado la situación de las coberturas asistenciales en los C.S. durante los últimos meses. A partir de este análisis, se impulsaron líneas de trabajo clave: la adecuación de la plantilla, la reorganización de la atención sanitaria y la mejora de la accesibilidad a los centros.

Para lograrlo, es esencial disponer de información en tiempo real que facilite la toma de decisiones oportunas y eficientes. Por ello, se ha diseñado una herramienta en Power BI. Cada mañana, la dirección técnica de RRHH la pone a disposición de los usuarios designados con diferentes perfiles según su nivel de responsabilidad.

Adicionalmente, las medidas retributivas, han sido clave para mejorar la cobertura de aquellas plazas que resultaban menos atractivas y, por tanto, con menor cobertura. A instancias de la GAAP, la DGRRHH emitió en mayo de 2024 una Resolución con un nuevo concepto retributivo para centros de salud específicos, considerando las “dificultades de cobertura particulares que en ellos concurren”

RESULTADOS

Se ha monitorizado diariamente las coberturas en los C. S., identificando plazas vacantes y reservas sin cubrir para obtener un % de cobertura “estructural” diario. Además, se registran ausencias por I. T. de larga duración (> de 15 días) y otras ausencias sobrevenidas para calcular un % de cobertura real.

Se han implementado filtros para obtener coberturas según diferentes % (por ejemplo, <80% o <70%), y por Direcciones Asistenciales, por Centro de Salud o por categoría de facultativo (MF, PP O Médico CCA)

A partir de mayo de 2024, se comenzó a abonar el nuevo concepto retributivo a los 22 C. S. indicados en la Resolución de la DGRRHH. Si analizamos los centros con una cobertura de facultativos < al 70% (de un total de 264 centros monitorizados), la situación ha mejorado: en julio de 2024 bajó a 12 centros, y en diciembre, solo hay dos centros en esta situación.

CONCLUSIONES

Las medidas económicas implementadas y el seguimiento detallado y constante de los indicadores han sido positivos.

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO

 Julián Alcaraz Martínez; Elisa García Garre; Gloria Palomares Ortiz; Natalia Bernal Garnés; Jose Antonio Martínez Lozano; Vanessa Domínguez Leñero

 Hospital Morales Meseguer

Identificador: 727

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama (CM) es el tipo de cáncer más común entre las mujeres, afectando a 1 de cada 8 a lo largo de su vida. La supervivencia por esta causa ha mejorado y esto unido a su alta incidencia supone una alta prevalencia de personas que requieren una atención y seguimiento a largo plazo. Esta situación requiere de una adaptación en los modelos asistenciales ya que cada vez se dedica más tiempo al seguimiento a largo plazo de estas pacientes en la atención hospitalaria lo que va en detrimento de la asistencia a la patología aguda. A su vez, los médicos de familia pierden el contacto con estas pacientes durante los periodos de tratamiento y podrían participar de este seguimiento, al menos en algún grupo de pacientes determinado. Esta situación justifica la necesidad de plantearse una mejora de la continuidad asistencial.

OBJETIVOS

El objetivo es evolucionar el seguimiento de las pacientes con CM hacia un modelo de seguimiento compartido, optimizando los circuitos y garantizando una continuidad asistencial. Esto mejorará la accesibilidad a las consultas de oncología.

METODOLOGÍA

Para ello, se analizó el proceso asistencial del seguimiento de las pacientes con cáncer de mama, mediante la metodología lean, con el fin de identificar áreas de mejora. A través de un trabajo multidisciplinar se han construido soluciones de mejora tanto analógicas como digitales que facilitan la estandarización del seguimiento de las pacientes. Además, se identificó que en aquellas con cáncer de mama localizado (CML) podría establecerse más fácilmente una atención compartida, asegurando la continuidad y calidad asistencial.

RESULTADOS

Se identificaron cuatro áreas de mejora en el subproceso de seguimiento de las pacientes con CML. Para abordar el primer punto crítico, se ha estratificado a las pacientes en distintos grupos según su riesgo de recaída y el esquema terapéutico. Para cada grupo establecido, se ha redefinido un plan de seguimiento, promoviendo un modelo compartido entre las diferentes especialidades y niveles asistenciales.

Además, se ha identificado una oportunidad de mejora en los informes de oncología dirigidos a atención primaria, por lo que se ha consensado el contenido del informe de continuidad asistencial y se ha automatizado su elaboración mediante formularios en el sistema informático del hospital.

También, se ha optimizado el circuito de derivación preferente a atención hospitalaria cuando existe una sospecha de recaída.

Finalmente, con el objetivo de difundir el nuevo protocolo y actualizar al colectivo de AP, se ha desarrollado un plan formativo que garantice un seguimiento y manejo adecuados de estas pacientes.

CONCLUSIONES

Como conclusión, se estima que con la implementación de todas las soluciones se va a poder incrementar un 20% de accesibilidad a las consultas de oncología, una adecuación de la re-entrada en el circuito hospitalario de las pacientes con sospecha de recaída, así como una mejora de la continuidad y calidad asistencial a corto-medio y largo plazo de las pacientes con CML.

IMPULSANDO EL CAMBIO DESDE LA JUVENTUD: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE ESTUDIANTES EN RETOS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

 Eloi Querol Carranza ⁽¹⁾; Gerard Albreda Gil ⁽¹⁾; Laura Miró Mezquita ⁽¹⁾; Oriol Estrada Cuxart ⁽¹⁾; Daniel Moreno Martínez ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Grupo de Investigación en Innovación, Economía de la Salud y Transformación Digital (INEDIT)

Identificador: 728

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El proyecto CR Challenge es una iniciativa diseñada para fomentar la cultura científica e innovadora entre los jóvenes, al tiempo que los forma, empodera y convierte en protagonistas en la búsqueda de soluciones a los retos reales que afronta el hospital. Acercar la ciencia, la tecnología y el sistema de salud a los jóvenes es clave para promover la comprensión crítica de los desafíos sanitarios actuales, así como una actitud proactiva en su abordaje.

El proyecto reconoce el valor de las nuevas generaciones como agentes de cambio, capaces de aportar visiones frescas y contextualizadas a problemas complejos del sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del CR Challenge es estimular la participación ciudadana en la ciencia y la tecnología, mediante metodologías de transferencia de conocimiento y fomento de la implicación juvenil en la transformación del sistema sanitario.

Respecto a los objetivos específicos:

- Organizar hackatones dirigidas a estudiantes de 3.º de ESO de centros educativos de la ciudad.
- Establecer alianzas institucionales sostenibles que promuevan futuras colaboraciones ciencia-sociedad.

El programa se estructura en dos ediciones idénticas en diseño y actividades. Cada edición involucra a centros educativos diferentes, con una media de 120 alumnos por edición. En su primera y segunda edición, participan centros catalogados como máxima complejidad.

RESULTADOS

La primera edición del CR Challenge ha evidenciado una alta aceptación institucional y social. El Ayuntamiento ha respaldado activamente la iniciativa, facilitando la colaboración con centros educativos de máxima complejidad, que mostraron una elevada demanda de participación.

La definición de los retos se realizó mediante procesos de co-creación con el profesorado, permitiendo una contextualización adecuada y un mayor compromiso y entendimiento por parte del alumnado.

CONCLUSIONES

Proyectos de esta tipología facilitan la comprensión del sistema sanitario entre los jóvenes, destacando el papel multifuncional del hospital más allá de la atención clínica. El CR Challenge promovió competencias transversales como el pensamiento crítico y el trabajo en equipo.

En conjunto, se confirma la viabilidad del modelo como estrategia de innovación abierta, con potencial para fortalecer la relación entre instituciones sanitarias, comunidad educativa y ayuntamientos.

CALIDAD ASISTENCIAL CON SENTIDO: HACIA UN SISTEMA BASADO EN VALOR, DATOS Y PARTICIPACIÓN

ROSARIO MARÍA TORRES SANTOS OLMO; FERNANDO MARTIN SANCHEZ; MARIA ANGÉLICA RIVERA NÚÑEZ; SUSANA REVERTER VÁZQUEZ; ÁNGEL ABAD REVILLA; ASCENSION SAIZ RUIZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Identificador: 729

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial debe dejar de concebirse como un conjunto de estándares técnicos para convertirse en una herramienta transformadora del sistema sanitario. El actual modelo, centrado en la actividad y organizado por especialidades, presenta limitaciones para abordar de forma integrada los problemas de salud complejos y crónicos. La Atención Sanitaria Basada en el Valor (VBHC), junto con la salud digital, permite reorganizar la atención en torno a resultados relevantes para los pacientes, fomentando la participación activa de estos y orientando los recursos hacia lo que realmente importa: generar salud y bienestar con equidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este trabajo tiene como objetivo proponer un modelo integrado de calidad asistencial centrado en valor, apoyado en tecnologías digitales, medición de resultados y rediseño organizativo. Se ha utilizado una metodología de análisis narrativo y estratégico, basada en literatura científica, marcos conceptuales (VBHC, espacios de datos, Estrategia de Salud Digital del SNS) y experiencias en centros hospitalarios de alta complejidad. Se identifican los elementos estructurales y culturales clave para la transformación: medición ajustada, estructuras organizativas centradas en el problema de salud, corresponsabilidad del paciente e incentivos coherentes con el valor generado.

RESULTADOS

La implementación de modelos VBHC permite organizar equipos multidisciplinares alrededor de condiciones clínicas, mejorando resultados clínicos, funcionales y de experiencia. La salud digital actúa como facilitadora clave para la captura y análisis de datos, la coordinación asistencial y la participación del paciente. Se destaca la importancia de medir PROMs y PREMs ajustados por determinantes no controlables, para evitar evaluaciones injustas del desempeño. Asimismo, se propone el rediseño de los incentivos del sistema, promoviendo esquemas que reconozcan la mejora de resultados ajustados, el trabajo colaborativo y la continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

La calidad asistencial debe reformularse como palanca de transformación estructural, basada en la creación de valor y sostenida por una digitalización inteligente, estructuras organizativas centradas en las personas y una ciudadanía corresponsable. La transformación solo será posible si se articulan incentivos alineados, se mide lo que importa y se construyen entornos de confianza entre profesionales, gestores y pacientes. La calidad, en este nuevo marco, no es un fin, sino el lenguaje común para una atención más justa, eficiente y humana.

LA CULTURA DE PERTENENCIA FOMENTO DE LA EXCELENCIA

 MARIA LUZ CARRELO MAGADÁN; ÁNGEL LUIS MONES IGLESIAS

 ÁREA SANITARIA V - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN)

Identificador: 730

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La cultura de pertenencia es el conjunto de valores, normas, tradiciones y prácticas compartidas dentro de un grupo o comunidad que refuerzan el sentido de pertenencia entre sus miembros. El sentido de pertenencia, por su parte, es una experiencia individual y emocional que conecta a una persona con un grupo. La Excelencia, también conocida como Calidad Total, se puede definir como una estrategia de gestión de la organización cuyo objetivo principal es satisfacer de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés, formados normalmente por empleados, organización y la sociedad en general. Muy relacionado con el ciclo PDCA.

OBJETIVOS

Búsqueda de organizaciones donde el fomento de la cultura de pertenencia tenga una relación directa con el logro de la excelencia.

MÉTODOLOGÍA

Exploración bibliográfica.

RESULTADOS

Varias empresas encajaban (Google, Airbnb...etc) pero destacamos la construcción de la Terminal 5 (T5) del Aeropuerto de Heathrow realizada por una empresa filial de Ferrovial (BAA). El proyecto de la T5, valorado en £4.3 mil mill., empezó en septiembre 2002 y se inauguró en marzo de 2008. Implicó una fuerza laboral de más de 60.000 personas de 2.000 empresas. Se diseñó una cultura intolerante a incidentes, comportamientos inseguros y actos negligentes, promoviendo un entorno de trabajo seguro, estable y atractivo, manteniendo la estabilidad laboral y relaciones industriales saludables. Para atraer y retener mano de obra, se implementaron medidas más allá del pago, incluyendo excelentes provisiones de salud, seguridad y bienestar, formación, ayuda en alojamiento local y facilidades de transporte. Múltiples organizaciones trabajaron interdependientemente con un enfoque claro en la experiencia del pasajero y la entrega continua de servicios. La cultura de pertenencia se manifestó por la importancia de establecer rutinas, pruebas y garantías que generaran una “confianza progresiva” hacia una operación estable y segura. El papel del liderazgo fue crucial, promoviendo la diversidad y la inclusión, fomentando conexiones significativas y liderando con empatía y compasión. Todos en el proyecto tenían el derecho y la responsabilidad de expresarse.

CONCLUSIONES

Fomentar una cultura de pertenencia requiere un esfuerzo intencional y una planificación estratégica. Claves: Definir una visión y valores claros orientados a la calidad y la superación. Fomentar la comunicación abierta y la retroalimentación constructiva. Reconocer y recompensar el desempeño excepcional, tanto individual como en equipo. Promover la colaboración, la diversidad y el aprendizaje continuo. Logros: Mejorar la motivación y el compromiso. Favorecer el ambiente laboral y la comunicación. Generar mayor satisfacción de las partes implicadas. Potenciar la atracción y retención de talento. Incrementar la productividad. Cumplir con los plazos de entrega previstos.

Las organizaciones sanitarias debemos aprender de las experiencias de éxito de otras empresas.

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS

 MARIA LUZ CARRELO MAGADÁN; ÁNGEL LUIS MONES IGLESIAS

 ÁREA SANITARIA V -HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN))

Identificador: 731

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La Inteligencia Artificial (IA) es una disciplina que se ocupa de crear programas informáticos que ejecutan operaciones comparables a las que realiza la mente humana, como el aprendizaje o el razonamiento lógico. (RAE) Una Revisión Sistemática (Manual Cochrane), tiene como objetivo reunir toda la evidencia empírica que cumple unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación. Utiliza métodos sistemáticos y explícitos, que se eligen con el fin de minimizar sesgos, aportando así resultados más fiables a partir de los cuales se puedan extraer conclusiones y tomar decisiones. Los elementos fundamentales de una revisión sistemática son: Un conjunto de objetivos claramente establecidos, con criterios de elegibilidad de estudios previamente definidos.

Una metodología explícita y reproducible.

Una búsqueda sistemática que identifique todos los estudios que puedan cumplir los criterios de elegibilidad.

Una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos, por ejemplo mediante la evaluación del riesgo de sesgos.

Una presentación sistemática y una síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos.

La inteligencia artificial (IA) aprovecha el poder del aprendizaje automático para facilitar todos los procesos de la revisión sistemática. Continuamente surgen herramientas que asisten en la identificación, el análisis y la comprensión de la literatura científica, lo que ahorra tiempo e intenta optimizar esas tareas.

OBJETIVOS

Valorar la calidad de los sistemas de IA en las revisiones sistemáticas.

MÉTODOLOGÍA

Revisión de la literatura relativa al uso de la IA en las revisiones sistemáticas en las principales bases de datos y con estrategias de búsqueda adecuadas a las mismas (Pubmed, EMBASE, Scopus, WOS, The Lens, Dialnet).

En esta revisión no se usaron herramientas IA en ninguno de sus procesos.

RESULTADOS

4668 artículos encontrados que, después de quitar duplicados y la selección por pares de los títulos, quedaron en 158. La automatización mejora la eficiencia de los procesos de revisión sistemática. Disminuye los tiempos. Deduklick® mejora significativamente la eficiencia de eliminación de duplicados. Rayyan®, Abstrackr® y Colandr® son útiles para la selección de títulos. El elemento humano mejora la formulación e interpretación de las preguntas.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

1. Crecimiento acelerado y expansión de las herramientas de IA.
2. Agilidad en la obtención y gestión de la información.
3. Apertura de nuevas líneas de investigación.
4. Dificultades en la selección de las herramientas de IA y en la formulación de preguntas.
5. Falta de transparencia y escasa reproducibilidad de resultados.
6. Riesgo de sesgos por personalización.
7. Necesidad de un marco ético y metodológico

FARMARC: VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTE CRÓNICO EN URGENCIAS

 Saúl Herrera Carranza; José Javier Martínez Simón; Silvia Alonso Rodrigo; Susana Francisca Lorenzo Martínez; Sira Sanz Márquez; Montserrat Pérez Encinas

 Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Identificador: 732

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La iniciativa “Medicación Sin Daño” de la OMS busca reducir un 50% los daños graves evitables por medicación, priorizando transiciones asistenciales, polimedicación y alto riesgo, áreas que convergen en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Un estudio en un hospital mediano español mostró que Medicamentos de Alto Riesgo en Pacientes Crónicos (MARC) causaron el 46,20% de los eventos adversos a medicamentos (EAM) en urgencias, con un 6,21% de reingresos evitables. La participación activa de farmacéuticos en este ámbito ha demostrado mejorar la seguridad del paciente y optimizar la conciliación terapéutica, siendo clave para prevenir la iatrogenia.

OBJETIVOS

El objetivo principal es desarrollar, implementar y evaluar un procedimiento consensuado (farmacéuticos-médicos del SUH) para la revisión de MARC en el SUH, adecuando el tratamiento al ingreso y alta, especialmente si el MARC se relaciona con el motivo de consulta. Los objetivos secundarios incluyen: cuantificar EAM por MARC, adecuar tratamientos (nuevas pautas, desprescripción), informar a pacientes sobre MARC y alertas, analizar discrepancias y aceptación de recomendaciones, y estimar reconsultas por EAM a MARC.

METODOLOGÍA

Diseño e implantación de un procedimiento para que ningún MARC sea administrado en el SUH sin revisión farmacéutica previa. Se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva (Beers, STOPP-Start, STOPPFrail, Less-Chron, MPI, etc.) para identificar criterios y recomendaciones. Se consensua entre investigadores para definir señales de alerta e intervención. Esta revisión se centrará en detectar discrepancias terapéuticas, valorar riesgos de iatrogenia y ajustar el tratamiento de manera individualizada. Se recogerán datos clínicos y farmacológicos mediante un formulario estructurado en la Historia Clínica. Se realizará un análisis descriptivo de los MARC implicados, los tipos de EAM, las intervenciones, su aceptación por parte del equipo clínico y el impacto en reconsultas y reingresos. Se proporcionará material educativo (infografías) para pacientes sobre el manejo de MARC acompañado de atención farmacéutica a pie de cama.

RESULTADOS

Se han etiquetado más de 100 MARC para la conciliación farmacéutica estructurada que suponen más del 20% del arsenal terapéutico de SUH, encontrándonos en proceso de consensuar las intervenciones a realizar. Se espera que el circuito de revisión reduzca la incidencia de EAM y las reconsultas a urgencias, optimice el tratamiento con ajustes y desprescripciones, y mejore la adherencia del paciente. Esto se traducirá en una disminución del uso de recursos sanitarios al evitar visitas y estancias innecesarias.

CONCLUSIONES

La implementación de este protocolo generará una mejora directa en la seguridad del paciente (mayor comprensión y seguridad del tratamiento) y un impacto positivo en el sistema sanitario (menos saturación de urgencias y optimización de recursos). La intervención farmacéutica en este punto crítico es esencial para prevenir la iatrogenia y elevar la calidad asistencial.

SUMANDO A LA GESTION DE LOS RRHH DE LA GAAP; IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO ESPECÍFICO

 LUIS MIGUEL GONZALEZ MORENO; MERCEDES ALMAZAN DEL POZO; RAQUEL ALONSO BILBAO; ELOY VARGAS PEREZ CEJUELA; RICARDO SAN ANTONIO LORIENTE; FELISA PRADO CORTES

 GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 733

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la atención primaria, disponer de cuadros de mando específicos es clave para impulsar líneas estratégicas que mejoren resultados en salud.

Elaborar un cuadro de mando de RRHH permite visualizar, analizar y gestionar de manera rápida y objetiva los indicadores clave relacionados con la plantilla, como la cobertura asistencial, el presupuesto, la rotación de personal y la contratación.

Esta herramienta posibilita la toma de decisiones estratégicas basadas en datos fiables y actualizados, la identificación de problemas y la implementación de medidas correctoras, y contribuye a la optimización de recursos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar un cuadro de mando que integre datos relevantes de la GAAP en materia de RRHH.

Mejorar la calidad de la información mediante análisis y presentación de los datos.

Facilitar el seguimiento de indicadores clave.

Incrementar la eficacia de la gestión de RRHH, proporcionando información estratégica a profesionales de base/directivos estableciendo diferentes niveles de visualización/ acceso a la información.

METODOLOGÍA

Fases de su desarrollo;

Identificación de datos clave; propuesta de información/ indicadores a incorporar al cuadro de mando dada su relevancia

Diseño del Cuadro Mando.; Inicialmente se planteó en Excel. Dado el volumen de datos fue necesario elegir una herramienta informática que diera mejor respuesta a las necesidades requeridas, siendo elegida Power bi (visual y atractiva). Es posible consultar en un mismo dashboard múltiples análisis a la vez.

Datos y periodicidad. Se recogieron datos y se han creado indicadores que dan respuesta a necesidades y de forma periódica.

Análisis y Visualización.- Se ha utilizado Power Bi que genera gráficos e informes interactivos que permitan extraer datos de manera ágil y fácilmente comprensible.

Validación y actualización.- El cuadro de mando ha sido probado y validado para asegurar su efectividad y facilidad de uso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mejora significativa en la disponibilidad y accesibilidad de la información, reduciendo el tiempo necesario para obtener datos relevantes.

La precisión y rapidez en el análisis de los indicadores que permite una toma de decisiones más oportuna.

Mejora en el seguimiento, a través del monitoreo continuo de datos.

La implementación del cuadro de mando facilitó la identificación de áreas críticas seguimiento continuo

Mejora en la toma de decisiones.

La satisfacción de los usuarios fue elevada, destacando la facilidad de uso y capacidad de personalización (perfiles de visualización) del cuadro de mando como los principales beneficios.

CONCLUSIONES

El desarrollo y la implementación de un cuadro de mando en la GARRHH ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la calidad en la gestión de RRHH de la GAAP. La integración de datos clave, así como una visualización interactiva ha facilitado el análisis y el seguimiento exhaustivo de indicadores.

Este sistema no solo mejora la disponibilidad /accesibilidad de la información, sino que permite una toma de decisiones más informada.

DIGITALIZACIÓN DEL PROCESO DE MEDICIÓN DE INDICADORES: REDUCCIÓN DE TIEMPOS Y EFICIENCIA

ESTHER ARMERO BERNABEU; CRISTINA ESCALERA ALONSO; MANUEL GALINDO GALLEG0; FELICIDAD RECIO DIEZ; FERNANDO IZQUIERDO RIAL; SANTIAGO FERNANDEZ CUBI

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

Identificador: 734

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La medición de indicadores de actividad permite a las organizaciones sanitarias generar información útil para posibilitar el proceso de toma de decisiones. Teniendo en cuenta que uno de nuestros objetivos institucionales es el control de algunos de estos indicadores, se hace necesario mejorar su medición y seguimiento. Además, el uso de las Tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) ayuda a las organizaciones a optimizar y agilizar esta tarea a tiempo real.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar una herramienta que nos permita automatizar el cálculo y seguimiento de indicadores de esperas y demoras de consultas y técnicas diagnósticas, mejorar la fiabilidad de la información que se extrae de la descarga diaria del SICYT, y proporcionar un acceso fácil, rápido y de forma más eficiente a estos indicadores.

En una primera fase (primer trimestre 2023) se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión del proceso manual de extracción de la información.

En una segunda fase (segundo trimestre 2023) se determinan los filtros de campos a realizar para el cálculo de indicadores y posterior depuración de datos.

En la tercera fase (tercer trimestre 2023) se realiza el diseño de la aplicación: un cuadro de mando sencillo de manejar, intuitivo a la hora de hacer los filtros, y sobre todo, muy visual, en el que los colores capten la atención del usuario (verde, dato dentro de objetivo, naranja, dato ligeramente desviado, y rojo, datos fuera de objetivo). Se incorporan también mensajes de ayuda sobre los indicadores, para que el usuario siempre tenga presente cómo y qué se calcula, se añaden gráficos de evolutivo de cada indicador, y para finalizar, se hace un seguimiento de los datos y se resuelven las incidencias detectadas.

En la cuarta fase (último trimestre 2023) se presenta a los profesionales y se les da acceso al aplicativo (controlado por rol y servicio, para que cada profesional solo pueda visualizar sus datos), que incluye acceso al detalle de pacientes de cada indicador, con el fin de poder mejorar el dato y tomar decisiones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Disponemos de una aplicación accesible a través de la Intranet privada del Hospital, que nos permite medir los pacientes citados por servicio y técnica diagnóstica y por tipo de prestación (primeras o sucesivas), con esperas de más de 45 y 90 días (objetivo institucional límite). Igualmente podemos conocer las esperas (a fecha de cita) y las demoras máximas (a fecha de corte) por servicio y técnica. De esta forma se ha mejorado la disposición de la información pasando de semanal (cuando se calculaban manualmente) a diaria.

El uso de TIC para la medición de indicadores nos ha permitido disponer de la información a tiempo real, con lo que cada responsable de proceso puede visualizar y hacer seguimiento de sus indicadores de forma inmediata, permitiéndoles tomar decisiones de una manera más rápida y eficaz.

ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS EN EL PROYECTO NACIONAL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SECA-FIDISP)

😊 Pedro Miguel Ruiz López ⁽¹⁾; Laureano Alonso Calo ⁽²⁾; Cristina María Nebot Marzal ⁽³⁾; Javier García García ⁽⁴⁾; Grupo de trabajo SECA-FIDISP . . ⁽⁵⁾

📅 ⁽¹⁾ H. 12 de Octubre; ⁽²⁾ Hospital Universitario Central de Asturias; ⁽³⁾ Hospital Padre Jofre (Valencia); ⁽⁴⁾ Hospital U. Nuestra Señora de Candelaria (Tenerife); ⁽⁵⁾ .

Identificador: 735

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente es la percepción de los profesionales acerca de los diferentes aspectos que la integran. Su medición, nos permite conocer áreas de mejora y poder proponer soluciones.

OBJETIVOS

Conocer las áreas de mejora, así como proponer acciones que puedan dar respuesta dichos resultados, mediante envío de los cuestionarios validados de la AHRQ (HOSPS para hospitales y MOSPS para atención primaria (AP). Se consideraron áreas de mejora aquellos ítems con <50% de respuestas positivas.

METODOLOGÍA

Difusión: profesionales de SECA como de FIDISP, así como de otras sociedades científicas que mantienen convenios de colaboración con ambas entidades. Asimismo, se contó con la participación de los referentes de seguridad del paciente de las distintas Comunidades Autónomas, quienes extendieron los cuestionarios en los centros de cada Comunidad.

RESULTADOS

El número de respuestas válidas en hospitales fue de 5.212. Las principales áreas de mejora fueron: dotación de personal; liderazgo; trabajo interdisciplinar y notificación y gestión de incidentes.

El número de respuestas válidas en AP fue de 2.196. Las principales áreas de mejora fueron: dotación de personal y recursos materiales; trabajo en equipo, coordinación y comunicación; trabajar con la suficiente evidencia científica; actividades formativas y atención a las preferencias de los pacientes.

CONCLUSIONES

El número de respuestas obtenido ha sido elevado, permitiendo conocer las áreas de mejora, cuyas soluciones se han de centrar, preferentemente, en la dotación de recursos y en el trabajo interdisciplinar.

ADECUACIÓN DEL USO DE ONDANSETRÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

😊 M^{ra} VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS; M^{ra} BELÉN VELASCO LLVES; ELENA ROJO RODRÍGUEZ; JUAN ANTONIO RUBIO GÓMEZ; NÉLIDA BERNABÉ VICENTE; MÓNICA COLL HERNÁNDEZ

📄 SUMMA 112

Identificador: 738

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Ondansetrón es un antiemético potente, antagonista selectivo del receptor 5HT₃, indicado en prevención y tratamiento de náuseas y vómitos por quimio y radioterapia, y postoperatorios. Hay bibliografía de su uso fuera de ficha técnica en náuseas y vómitos de otro tipo, que interfieren la rehidratación oral y/o no ceden con tratamientos habituales o están contraindicados. Puede presentar efectos adversos graves: prolongación QT, síndrome serotoninérgico, isquemia miocárdica o teratogénia.

El uso de ondansetrón en servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias (SEM) debe realizarse con criterios rigurosos de indicación, dado su potencial riesgo clínico usado indiscriminadamente o fuera de ficha técnica.

La presión asistencial, necesidad de alivio rápido de síntomas y la falta de alternativas eficaces, pueden favorecer un uso no ajustado a la evidencia, que hace imprescindible implementar estrategias de mejora basadas en prácticas seguras.

OBJETIVOS

Evaluar y mejorar el uso de Ondansetrón en un SEM mediante:

- Una Práctica NO HACER: evita uso indiscriminado, fuera de indicación autorizada y sin evidencia.
- Una Buena Práctica: uso en situaciones clínicas indicadas, dosis, vía de administración y monitorización adecuadas.

METODOLOGÍA

Aplicación de metodología PDCA de mejora continua, con revisión de evidencia científica, recomendaciones de agencias reguladoras (AEMPS) y guías clínicas. Identificación de escenarios de uso inadecuado en la práctica asistencial mediante auditoría retrospectiva. Elaboración, implementación y difusión posterior de práctica No Hacer y Buena Práctica. Recordatorios a profesionales en cursos de seguridad del paciente y farmacología aplicada, concienciando del riesgo del uso inadecuado, indicaciones, precauciones en población vulnerable y alternativas terapéuticas. Posteriormente, realización de auditoría prospectiva tras la intervención, con los mismos criterios de evaluación para valorar la mejora de su uso. Se complementa con: revisión del Protocolo de administración de antieméticos, incorporación de algoritmos de decisión clínica, refuerzo de prácticas seguras con sesiones clínicas periódicas y retroalimentación a profesionales.

RESULTADOS

El análisis de datos está en curso, se espera:

- Reducción del uso de ondansetrón en indicaciones no aprobadas
- Aumento de casos con documentación de indicación y consentimiento informado si uso fuera de ficha técnica.
- Mejora en monitorización de paciente con riesgo de eventos adversos (registro ECG, electrolitos).
- Disminución de eventos adversos por su uso.

CONCLUSIONES

La adecuación del uso de ondansetrón en un SEM requiere una estrategia de mejora estructurada y sostenida. La metodología PDCA, junto con implementación de prácticas No Hacer y Buenas Prácticas basadas en evidencia, facilita una prescripción segura, racional y centrada en el paciente. La formación continuada, auditorías e implicación de los profesionales, son claves para consolidar la cultura de seguridad y sostenibilidad de mejora de la práctica clínica.

EVALUACIÓN EXTERNA EFQM POR SUBCRITERIOS: CUESTIÓN DE ESTRATEGIA

 Susana Lorenzo Martínez ⁽¹⁾; M^a Luisa Checa Amaro ⁽¹⁾; Aroa Vadillo Muñoz ⁽¹⁾; M^a Isabel García Pavón ⁽¹⁾; Alejandro San Nicolás Medina ⁽²⁾; Modoaldo Garrido Martín ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ⁽²⁾ 3 Core Proyectos

Identificador: 739

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La evaluación externa con el Modelo EFQM constituye una herramienta clave para impulsar la transformación y la excelencia en las organizaciones sanitarias. En organizaciones que ya presentan un grado elevado de madurez es fundamental en el proceso de renovación garantizar un análisis profundo, ágil y adaptado al contexto. Habitualmente la evaluación la realizan cuatro evaluadores, que analizan los diferentes criterios del modelo por pares.

OBJETIVOS

Realizar la evaluación externa por subcriterios. Este enfoque, alineado con el Modelo EFQM 2020 (versión 2025), persigue aumentar la profundidad del análisis, favorecer la especialización temática de los evaluadores y facilitar una mejor comprensión de las interrelaciones entre las distintas áreas del modelo.

METODOLOGÍA

Ámbito: hospital público de 400 camas, en el contexto de su renovación del Sello EFQM 500+. Periodo de estudio: junio de 2025.

Marco de referencia: Modelo EFQM 2020, versión 2025.

Composición del equipo evaluador: cuatro evaluadores de ámbitos diferentes, con experiencia en el ámbito sanitario.

Asignación de tareas: los 21 subcriterios del modelo EFQM se distribuyeron entre los evaluadores (5-6 subcriterios por evaluador), permitiendo una especialización funcional.

Herramientas y soporte: uso de repositorios compartidos para evidencias, fichas de análisis por subcriterio, plataforma on-line EFQM y documentos de consenso adaptados al enfoque.

Planificación de la visita: entrevistas organizadas en función de los subcriterios, permitiendo a cada evaluador analizar diferentes aspectos. Recorridos in situ de distintos servicios.

Proceso de consenso final: integración de los hallazgos desde una perspectiva transversal, poniendo en valor la visión compartida del equipo y las interconexiones entre subcriterios.

RESULTADOS

El enfoque por subcriterios simplificó la organización del trabajo, permitiendo una asignación clara y equilibrada de responsabilidades.

Se logró una mayor profundidad en el análisis, al permitir a cada evaluador centrarse en aspectos concretos del desempeño del centro.

Las entrevistas resultaron más focalizadas y eficaces, al estar alineadas con los subcriterios analizados, mejorando la calidad de la información recogida.

El proceso de consenso se enriqueció, generando un diagnóstico más matizado e integrado.

El hospital valoró positivamente el enfoque, al percibir mayor profundidad en el análisis.

CONCLUSIONES

La evaluación por subcriterios utilizando como referencia el modelo EFQM 2020 (versión 2025) parece una metodología eficaz y eficiente en el contexto de evaluaciones externas. Su aplicación ha permitido profundizar en el análisis, más completo, y optimizar el trabajo del equipo evaluador. Este enfoque puede consolidarse como buena práctica, especialmente en organizaciones complejas del ámbito sanitario, que requieren evaluaciones más especializadas y con mayor capacidad de observación crítica.

GESTIÓN DE RIESGOS MEDIANTE LEAN HEALTHCARE EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN: PRIORIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA.

 Pablo Del Olmo Ruiloba; Carlos López Sanchez; Ana Rosa Fernandez Guerra; Raquel Pardo Vitorero; Ana Bolado Álvarez de Eulate; María Concepción Fariñas Alvarez ⁽³⁾

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 741

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión de riesgos en las unidades de reanimación (REA) es un proceso clave para garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Existen diferentes metodologías para llevarla a cabo, entre ellas Lean Healthcare, con sus herramientas (VSM, A3, 5S). En noviembre de 2023 se realizó un análisis de procesos mediante Value Stream Mapping (VSM), identificando 33 riesgos en la REA. Posteriormente, se priorizaron por probabilidad e impacto, para su abordaje inmediato a través de A3 y aplicando las acciones de mejora.

OBJETIVOS

Optimizar la calidad asistencial y fortalecer la seguridad del paciente en la Unidad de Reanimación mediante la identificación, priorización y mitigación de los riesgos detectados con metodología Lean.

METODOLOGÍA

Se realizaron 6 talleres con un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, TCAE, celadores) para construir el VSM. El análisis VSM permitió identificar riesgos relacionados con la gestión de información, transferencia de pacientes, estandarización de procesos y coordinación entre servicios. Los riesgos priorizados en una matriz de 5 x 5, se clasificaron en categorías críticas: registros insuficientes, fallos en la comunicación interprofesional, variabilidad en procesos clínicos y deficiencias en la documentación.

Las acciones de mejora se agruparon en nueve documentos A3, estableciendo responsables, plazos de implementación y mecanismos de seguimiento.

RESULTADOS

Los riesgos se agruparon en 4 categorías, con 14 de prioridad muy alta (rojos), 14 de prioridad alta (naranja), 5 de prioridad media (amarillos). Tras su análisis por la herramienta A3 se implantaron las acciones de mejora que ha permitido avances en la reducción de variabilidad en registros y en la estandarización de procesos críticos, resolviendo, desde el inicio del proceso, un 36% de los riesgos y en proceso de resolución un 20% adicional. Se ha logrado una mayor coherencia en la transferencia de información entre profesionales y se han optimizado circuitos de pacientes. Adicionalmente, se ha mejorado la coordinación en traslados y la asignación de responsabilidades, minimizando el riesgo de errores y aumentando la trazabilidad de la información.

CONCLUSIONES

La identificación y priorización de riesgos en la Unidad de Reanimación ha impulsado mejoras significativas en la seguridad del paciente y la calidad asistencial. El uso de herramientas Lean como A3 ha facilitado un enfoque estructurado y verificable, optimizando la gestión de los riesgos detectados. La continuidad en la implementación de acciones permitirá consolidar estos avances y promover una cultura de mejora continua en la REA.

CREACIÓN DE UNA COMISIÓN TÉCNICO CONSULTIVA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

😊 Ángel Abad Revilla; Susana Reverter Vázquez; Javier Cobas Gamallo; Bárbara Martínez De Miguel; José Jonay Ojeda Feo; Sara Gusi Gil

🏥 Hospital La Paz

Identificador: 742

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La salud humana está, en parte, determinada.

Somos un hospital pionero en España al implementar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en nuestra estrategia, con el destino de preservar la salud de nuestros ciudadanos y restablecer la salud de nuestros pacientes.

La Estrategia de nuestro hospital tiene como eje los Objetivos de Desarrollo Sostenible, marcados por Naciones Unidas.

Dichos objetivos están enfocados hacia las personas, el progreso, el planeta, los pactos y la paz. Y son el resultado de una trayectoria de 75 años de desarrollo humano, que nació mirando el desarrollo económico, incorporando posteriormente el social y finalmente el medioambiental. Y evolucionó con el objetivo de asegurar el futuro, el futuro económico, el futuro social y el futuro ambiental a nivel global. Mejorar el mundo de todos es mejorar el mundo de cada uno de nosotros.

Caminar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible es proteger y promocionar la salud de los ciudadanos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son los determinantes sociales de la salud.

Según Marc Lalonde (1974), Ministro de Salud de Canadá, lo que determina nuestra salud es:

Los hábitos de vida. Determina el 43% de nuestra salud

La biología humana. Determina el 27% de nuestra salud

El medio ambiente. Determina el 19% de nuestra salud

El sistema sanitario. Sólo determina el 11% de nuestra salud

Estos son los determinantes de la salud

OBJETIVOS

Mejorar la salud de nuestros ciudadanos implementando acciones de desarrollo sostenible que mejoren los determinantes sociales de la salud, desde un hospital de alta complejidad, a través de la creación de una Comisión Técnico Consultiva de Desarrollo Sostenible y Determinantes Sociales de la Salud.

METODOLOGÍA

Se propone crear la Comisión Técnico Consultiva de Desarrollo Sostenible y Determinantes Sociales de la Salud tanto al equipo directivo como a la Junta Técnico Asistencial del hospital

RESULTADOS

Se crea la Comisión el 26 de septiembre de 2024, formada por 26 representantes

Forman la comisión, profesionales de los siguientes departamentos:

Equipo directivo

Profesionales de medicina y / o enfermeras de ámbito clínico, incluyendo Servicios Centrales

Calidad

Farmacia

Oficina para el Desarrollo Sostenible y Agenda 2030

Sección de Medio-ambiente y Responsabilidad Social Corporativa

CONCLUSIONES

Esta comisión facilita reenfocar la estrategia de un hospital hacia la salud, no sólo a la enfermedad. Facilita un enfoque más poblacional y holístico de la salud y la enfermedad. Y por tanto del papel de un gran hospital en ella.

Y favorece un contacto fluido con el ámbito clínico diario, facilitando pasar de lo estratégico a la acción, a lo asistencial, a lo clínico y de lo poblacional a lo individual.

También potencia la inclusión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la cultura del hospital.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible tienen un marco poblacional desde el punto de vista de la salud.

Creamos valor para los pacientes y también para los ciudadanos

PROTOCOLO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y GESTIÓN EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE

 *Manuel Pereira González ⁽¹⁾; Lorena de la Guía Jiménez ⁽¹⁾; Santiago Ortiz Fernández ⁽²⁾; Elena Martín Ruiz ⁽²⁾; Ana María Ruiz Velázquez ⁽¹⁾; Sandra González Estrella ⁽³⁾*

 ⁽¹⁾ SUMMA 112; ⁽²⁾ SAMUR-PC; ⁽³⁾ Hospital Universitario La Paz

Identificador: 744

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Comunidad de Madrid (CM) ofrece Transporte Sanitario Intercomunitario (TSI) cuando un usuario de la comunidad sufre un incidente dentro del territorio nacional y es ingresado de forma urgente en un Centro Sanitario de diferente Comunidad.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre establece la cartera de servicios común del Sistema Nacional de Salud (SNS), definiendo los supuestos y el medio en los que se puede hacer uso del TSI. El Servicio de Urgencias Médicas de Madrid 112 (SUMMA 112) clasifica los traslados según el tipo de asistencia que requiera el paciente en: 1) Traslado sanitario asistido: -Soporte Vital Básico (SVB), -Soporte Vital Avanzado con Enfermería (SVAE) y Soporte Vital Avanzado (SVA) con personal de medicina y enfermería. 2) Traslado sanitario no asistido: Ambulancias de traslado no asistido.

En 2024 los TSI en la CM se cifran en 1262, de los cuales asistidos fueron 570. La creación de un protocolo de TSNU definiendo las funciones de la enfermería en el SUMMA 112 mejoraría la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Primario: crear un protocolo en TSNU del SUMMA 112 para mejorar la gestión de los recursos móviles de los pacientes según su perfil clínico. **Secundario:** Conocer la calidad asistencial percibida por el paciente y/o familia tras la aplicación del protocolo estandarizado.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal. El personal de enfermería de TSNU será instruido en el conocimiento de: 1) los tipos de ambulancias existentes en el SNS, en concreto en SUMMA 112, 2) los documentos utilizados en la gestión de los TSI, 3) la legislación vigente. Además, realizarán un check list de la documentación requerida desde el Centro Sanitario de origen, incluyendo los informes clínicos y tratamientos prescritos actualizados del paciente antes del traslado. Siendo imprescindible la comunicación bilateral, telefónica o presencial, con los centros prescriptores.

Se realizará un protocolo con el equipo multidisciplinar de TSNU para saber qué tipo de recurso autorizar a cada paciente en función de su situación clínica, de modo que haya un criterio común a todos.

El personal de enfermería del TSNU realizará aleatoriamente encuestas a los pacientes para evaluar la calidad asistencial percibida del 0 al 10. Igualmente, analizará las debilidades del centro prescriptor mejorando así la gestión del proceso.

RESULTADOS

Los resultados esperados a través de la creación del protocolo son mejorar la seguridad y calidad asistencial del paciente, disminuir los tiempos en la gestión de los recursos y unificar criterios en el TSNU de SUMMA 112.

CONCLUSIONES

Se espera un aumento de la percepción de la calidad asistencial y de la seguridad para el paciente ya que con la instauración del protocolo se tendrá en cuenta el transporte de los aparatos médicos propios. Adicionalmente, se espera que con la instauración de un protocolo estandarizado mejorará el rendimiento de la unidad y se unificarán los criterios de todo el personal.

LÍNEAS MEDIAS, GRANDES IMPACTOS: UNA INTERVENCIÓN PARA CUIDAR EL CAPITAL VENOSO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

😊 Maria Luz Fernandez Núñez; Mónica Vizcaíno Castaño; Marina Lecue Martínez; Javier Crespo Fernández; María de la O Ruiz Ramos; Sara Velarde Alonso

 *GAE III-IV. Hospitales Sierrallana - Tres Mares*

Identificador: 745

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Una recomendación clave para la mejora de la gestión del acceso vascular es la valoración y selección adecuada del dispositivo, en función de las características del tratamiento y del paciente.

En el marco de la participación en el Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, se constituyó un equipo de enfermería especializado en la inserción ecoguiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC), principalmente dirigidos a pacientes oncológicos ambulatorios y a pacientes hospitalizados con indicación de nutrición parenteral. Con la progresiva y exitosa consolidación del uso de líneas medias (LM) a nivel internacional, se incorporó su inserción para pacientes de Hospitalización Domiciliaria con buena aceptación. Se identificó entonces que otros pacientes hospitalizados podrían beneficiarse de este tipo de acceso, al evitar múltiples punciones o el uso reiterado de catéteres periféricos cortos. Pero, el sistema de solicitud era reactivo y medico-dependiente, y no anticipaba la necesidad del acceso vascular en función de la previsión terapéutica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se plantea como objetivo extender la cobertura del equipo de enfermería de inserción PICC/ LM de forma programada a las Unidades de Hospitalización.

Para conseguirlo, se crea una agenda específica del equipo de inserción, que permita una planificación estructurada. Además, mediante la elaboración de un protocolo, se otorga autonomía a la enfermería en la solicitud del dispositivo, sin necesidad de intermediación médica, conforme a criterios clínicos establecidos. Por último, se implanta un circuito ágil, que incluye valoración, registro estandarizado y programación de la inserción en el plazo de 24h, evitando demoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implementación (enero 2025), el número de LM insertadas ha aumentado significativamente, pasando de 37, 47, 57 y 61 en los 4 trimestres de 2024 a 107 en el primer trimestre de 2025. El porcentaje de solicitudes urgentes se redujo del 43,6% al 11%, y todas las inserciones se realizaron en menos de 24 horas. La tasa de complicaciones fue del 2,8% y la duración media del catéter fue de 11,23 días.

La intervención ha logrado un impacto significativo, favoreciendo la indicación oportuna de LM en pacientes hospitalizados, lo que se traduce en mayor cobertura y mejor adecuación terapéutica.

El incremento exponencial en el nº de inserciones confirma la viabilidad y capacidad para responder a una demanda previamente no cubierta.

La reducción drástica de solicitudes urgentes evidencia que la autonomía enfermera ha mejorado la capacidad de anticipación y planificación del catéter necesario para la administración del tratamiento endovenoso.

La baja tasa de complicaciones y la duración media en rango reflejan una correcta selección de candidatos, seguridad en la realización del procedimiento y adecuado mantenimiento del dispositivo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO: ANÁLISIS DE UN BROTE DE COVID-19 EN UNA RESIDENCIA

 José Luis Mendoza García; Vicente García Román; Isidra Tenza Iglesias; Ana Gea Pattier; Singrid Rebeca Simion.; Carmen Orenes Almira

 Hospital Universitario de Torrevieja

Identificador: 746

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente en entornos sociosanitarios continúa siendo un reto prioritario en el contexto postpandemia. Aunque la vacunación masiva ha reducido la gravedad de la COVID-19, la aparición de variantes altamente transmisibles como Ómicron ha demostrado que el riesgo de brotes persiste, incluso en centros con coberturas vacunales superiores al 90 %. Las personas institucionalizadas, debido a su perfil clínico y condiciones del entorno, requieren estrategias específicas de prevención, vigilancia y respuesta rápida para garantizar una atención segura y de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir un brote de COVID-19 por la variante Ómicron ocurrido en un centro sociosanitario, analizando factores asociados a infección y hospitalización, y su relación con elementos clave de seguridad asistencial. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en marzo de 2022. Se realizó un análisis descriptivo y análisis bivariante para identificar factores de riesgo relevantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 94,1 % de los residentes contaba con la pauta completa de vacunación más refuerzo. A pesar de ello, el 76,5 % se infectó y el 18,6 % requirió hospitalización. Se identificó mayor riesgo de infección en mujeres y pacientes con enfermedad neurológica ($p=0,001$). La hospitalización se asoció a comorbilidad neurológica ($p=0,001$), cardiovascular ($p=0,043$), y síntomas respiratorios graves. El brote mostró un patrón de diseminación rápida en un entorno cerrado, con una duración de tres semanas. El tiempo medio desde la última dosis de la vacuna hasta el inicio de síntomas fue de 5,9 meses.

Este brote subraya la necesidad de integrar la vigilancia epidemiológica con políticas de calidad asistencial y seguridad del paciente en centros sociosanitarios. La vacunación, aunque esencial, no es suficiente para evitar eventos de transmisión en entornos de alta vulnerabilidad clínica. La identificación de factores clínicos asociados a complicaciones permite anticipar riesgos y establecer circuitos de respuesta más eficaces. Reforzar la inmunidad híbrida, mantener cribados periódicos, sectorizar espacios y optimizar la atención clínica durante los brotes son claves para reducir la morbimortalidad y garantizar la seguridad asistencial en estos centros sociosanitarios.

ENCUESTA AL COMITÉ DE PACIENTES SOBRE LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM).

 Ivonne Andrea Torres Jiménez ⁽¹⁾; Carol Castellares Gonzalez ⁽²⁾; Cristina Artiles Leon ⁽²⁾; Adriana Giménez Cabrera ⁽³⁾; Juan Antonio Rubio Gómez ⁽³⁾; Elena Rojo Rodríguez ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL 12 DE OCTUBRE.; ⁽²⁾ Hospital 12 de Octubre; ⁽³⁾ SUMMA112

Identificador: 747

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La participación ciudadana es un derecho transversal que incluye lo social, cultural, económico, político y sanitario. La colaboración entre profesionales de la salud y la sociedad civil, representada por los pacientes, requiere herramientas de comunicación efectivas. Además, la responsabilidad social exige rendición de cuentas sobre nuestras actuaciones.

Dar voz a los pacientes y conocer su experiencia resulta clave para mejorar continuamente los SEM, adaptándonos a sus necesidades de accesibilidad, comunicación y traslado, ya que son el fin último de la organización. Por ello, en septiembre de 2023 se creó en nuestra organización el Comité de Pacientes, integrado por la dirección, la unidad de calidad, pacientes expertos, representantes asistenciales y 13 asociaciones de pacientes.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de las asociaciones de pacientes sobre la atención recibida por el SEM y valorar el funcionamiento del Comité como herramienta de participación, mejora continua y humanización de la asistencia.

METODOLOGÍA

En junio de 2025 se envió por correo electrónico una encuesta estructurada a las 13 asociaciones integrantes del Comité. El cuestionario consta de 19 ítems agrupados en cinco bloques: aceptación y participación en la encuesta, datos sociodemográficos, relación con la organización, valoración del Comité, y sugerencias de mejora.

RESULTADOS

Respondieron 7 representantes, 86% mujeres, edad media de 55 años, todas con experiencia directa o familiar en la atención del SEM. El 57,1% valoró la atención como muy satisfactoria, destacando la rapidez y calidad.

Un 28,6% considera que el servicio está adaptado a sus necesidades, otro 28,6% cree que no lo está, y un 42,9% opina que lo está parcialmente, señalando barreras como la falta de comunicación accesible para personas sordas, la inadecuada atención a personas con ELA y el poco conocimiento sobre la activación del código de hemofilia.

Las puntuaciones medias (escala 1-5) indican oportunidades de mejora en información y accesibilidad (3.14) y adaptación a condiciones de salud/discapacidad (3.0). Se valoró positivamente la participación en comisiones (3.4), la elaboración conjunta de documentos (3.4) y los avances reales generados por el Comité (3.8). Como prioridades emergieron la implementación de herramientas de interpretación en lengua de signos, la revisión de protocolos y formación específica del personal.

CONCLUSIONES

La creación del Comité de Pacientes marca un avance hacia una atención centrada en el paciente, incorporando su experiencia y propuestas a los procesos asistenciales y organizativos. Este espacio de participación activa sienta las bases para su integración futura en comisiones clínicas, grupos de trabajo y decisiones estratégicas. Los resultados destacan la necesidad de avanzar en accesibilidad, formación y comunicación bidireccional. Escuchar activamente al paciente es esencial para lograr una atención sanitaria más equitativa, empática y eficaz en los SEM.

¿SE PUEDE CONTROLAR EL RUIDO EN URGENCIAS?

 Julián Alcaraz Martínez; Sara Ramos Lopez; Cristina N Esteban Lloret; Jose Omar Valerio de León; Julia Muñoz Arqueros; Belen Soto Castellon

 Hospital Morales Meseguer

Identificador: 748

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el año 2013 la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) emitió una alerta de seguridad sobre las alarmas de equipos médicos no atendidas. En ella se hablaba de la llamada fatiga por alarma que consiste en que si continuamente suenan alarmas en un servicio y casi siempre no avisan de ninguna situación peligrosa, acaban siendo ignoradas y se convierten en ruido de fondo. En 2018, con la hipótesis de que esto ocurría en nuestro servicio de Urgencias, nos planteamos realizar una medición y de confirmarse, instaurar medidas de control.

A finales de 2024 recibimos una notificación de alarma no atendida en un paciente neutropénico que finalmente acabó en UCI, lo que hizo recobrar el interés por este tema.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es reducir las alarmas no atendidas en Urgencias y mejorar la seguridad del paciente. Inicialmente, se tomó una muestra de todos los pacientes monitorizados en Urgencias en 6 días no consecutivos en turno de mañana, comprobando cuantos de ellos tenían alarmas activas que no estaban siendo atendidas en ese momento. Tras obtener el resultado se realizó un protocolo de uso de alarmas que se difundió entre el personal. Tras la pandemia y con ocasión del incidente referido, se realizó el análisis de causas raíz utilizando la nueva versión del protocolo de Londres, se revisó el protocolo y se pusieron en marcha nuevas medidas (inclusión en rondas de seguridad, carteles recordatorios, segundo panel de control). Posteriormente se ha vuelto a realizar cortes de prevalencia durante 10 días. Se han monitorizado las diferencias mediante gráfico de control.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la primera fase se han analizado 81 casos, encontrando que en 36 de ellos (44,4%) la alarma estaba sonando en el momento de la revisión. Previo a la puesta en marcha de medidas se realizaron 3 controles, con un 36% de alarmas no atendidas. Se han identificado 12 causas subyacentes. Tras la puesta en marcha de las acciones de mejora, se han realizado 11 nuevos controles (117 pacientes) con un 11,6% de inadecuaciones.

Como conclusión, se evidencia una mejora de las alarmas no atendidas. Ello lleva asociado un número de sonidos de alarmas más bajo lo que podría facilitar la atención a alertas de seguridad.

DISEÑO DE UN SISTEMA SEGURO DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RELEVANTES

 Isabel Almendro Martínez; Alicia Díaz Redondo; Rodolfo Romero Pareja; Víctor Cuadrado Martínez; Alejandro Rodríguez Quiros; Alba Rapela Freire

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 749

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La transferencia de información entre profesionales ante situaciones de alarma o resultados críticos o inesperados de pruebas diagnósticas puede verse afectada por una comunicación deficiente. La mayoría de los estándares internacionales de seguridad del paciente requieren que las organizaciones tomen acciones para mejorar la comunicación efectiva y oportuna de estos resultados dentro de un marco de tiempo establecido a los responsables de las decisiones médicas. Dada la importancia de comunicar resultados en tiempo y forma, y tras haber detectado errores en el circuito previamente establecido, desde nuestro hospital se rediseñó este circuito para maximizar la seguridad del paciente en este proceso clave.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general de este proyecto fue diseñar una sistemática sensible, segura y efectiva para comunicar resultados críticos. Como objetivos específicos: definir los criterios para considerar un resultado como relevante según servicio y establecer un mecanismo redundante de comunicación y registro en historia clínica de estos resultados.

Las fases del proyecto fueron las siguientes: 1. Creación de un grupo de trabajo con miembros de Dirección, Gestión de Calidad y Sistemas de Información. 2 Definición de criterios de inclusión como resultado relevante con los servicios emisores (Anatomía Patológica, Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear). 3. Consenso de circuito con servicios guía (Aparato Digestivo, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna) 3. Estudio piloto con Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica como emisor y los servicios guía como receptor para explorar funcionamiento de la nueva herramienta y corrección de errores. 4. Implantación al resto del hospital

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema de comunicación clasifica éstos en notificación prioritaria (se deben comunicar en 60 minutos por teléfono) y los de notificación no prioritaria (que se comunicarán vía alerta informática en historia clínica y se deben gestionar en 48h). Tras identificación del resultado por servicio emisor, se crea alerta informática que genera un email y un aviso en historia clínica del peticionario. Semanalmente, el referente de seguridad y jefe de servicio de cada servicio peticionario reciben por email las alertas pendientes para su gestión. Finalmente, se creó un cuadro de mando específico para Dirección que permite visualizar el estado de estas alertas, así como la extracción de indicadores. Durante el pilotaje en 2024, se han depurado los errores del sistema, se han monitorizado los incidentes realizados con este circuito y se ha evaluado la aceptabilidad y utilidad por parte de los usuarios. Actualmente, se está monitorizando los tiempos de gestión de las alertas notificadas. La fortaleza fundamental de este nuevo sistema es la redundancia en la comunicación de resultados a través de varias barreras de seguridad que garantizan la adecuada gestión en tiempo y forma de pacientes con resultados relevantes.

PRESCRIPCIÓN SEGURA DE BENZODIACEPINAS: ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES “NO HACER” EN ATENCIÓN PRIMARIA

 CRISTINA FRAILE GARCÍA ⁽¹⁾; NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ ⁽²⁾; PURIFICACIÓN MAGÁN TAPIA ⁽²⁾; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ ⁽²⁾; CAROLINA POZUELO GONZÁLEZ ⁽³⁾; JOSÉ MANUEL PAREDERO DOMÍNGUEZ ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Centro Madrid; ⁽⁴⁾ Subdirección General Farmacia

Identificador: 750

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En España, el uso de benzodiacepinas (BZD) ha aumentado de forma sostenida en los últimos años, a pesar de que su indicación es solo a corto plazo. Su uso prolongado conlleva riesgos importantes, especialmente en mayores de 65 años, como dependencia, deterioro cognitivo, caídas y demencia. Este grupo es especialmente vulnerable y las BZD están clasificadas como medicamentos potencialmente inapropiados según los criterios Beers y STOPP-START. La retirada gradual en mayores puede mejorar la función cognitiva. Ante esta situación, se requieren recomendaciones clínicas claras para reducir su uso inapropiado y promover un uso más seguro y racional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elaborar, difundir y evaluar una recomendación “No Hacer” para reducir el uso inadecuado de BZD, especialmente en mayores de 65 años.

El Comité de Adecuación de la Práctica Clínica de Atención Primaria, formado por profesionales asistenciales vinculados a sociedades científicas, técnicos y directivos, busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Tras una revisión y priorización basada en impacto y adherencia esperada, se seleccionó el uso inadecuado de benzodiacepinas (BZD). Las recomendaciones se basaron en revisión bibliográfica y consenso clínico.

Se ha elaborado una Recomendación “No Hacer” que incluye:

- Realizar una evaluación clínica completa e informar al paciente antes de iniciar tratamiento.
- Emplear la dosis mínima eficaz, en monoterapia y por el menor tiempo posible.
- Limitar el uso en insomnio a 2–4 semanas y en ansiedad a 8–12 semanas (incluido periodo de retirada).
- Evitar la interrupción brusca del tratamiento.
- No usar BZD como primera opción para insomnio, priorizar medidas no farmacológicas.
- No combinar BZD con opioides en dolor crónico no oncológico (riesgo de depresión del SNC).
- Evitar su uso en adolescentes, salvo casos graves (con seguimiento).
- Restringir su uso en mayores de 65 años a indicaciones estrictas, con control estrecho.
- No prescribir BZD de semivida larga en personas mayores por riesgo de acumulación y efectos adversos.
- No utilizar BZD o hipnóticos como primera opción en agitación o delirio en ancianos; priorizar intervenciones no farmacológicas y alternativas seguras.

Fue difundida a los 264 centros de salud a través de correo electrónico e intranet.

RESULTADOS

Se están midiendo los siguientes indicadores: los resultados preliminares (en una muestra pequeña aún), estimados mediante encuesta, son:

- % profesionales que conocen la Recomendación: 70%
- % profesionales que la consideran útil: 50%
- Nº pacientes en los que impacta: 1 pac/mes y prescriptor (en torno a 5.000 pacientes/año)

CONCLUSIONES

Como conclusión, se ha elaborado y difundido una recomendación “No Hacer” sobre BZD con impacto.

OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO: UNA RECOMENDACIÓN ‘NO HACER’ PARA PREVENIR LA ADICCIÓN

 CRISTINA FRAILE GARCÍA ⁽¹⁾; NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ ⁽²⁾; PURIFICACIÓN MAGÁN TAPIA ⁽²⁾; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ ⁽²⁾; CAROLINA POZUELO GONZÁLEZ ⁽³⁾; JOSÉ MANUEL PAREDERO DOMÍNGUEZ ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria Madrid; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Centro Madrid; ⁽⁴⁾ Subdirección General Farmacia

Identificador: 751

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El uso de opioides potentes (OP) en el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) es controvertido por su escasa eficacia a largo plazo y alto riesgo de dependencia, efectos adversos graves y mortalidad. Aunque no están indicados como tratamiento de primera línea, su uso crónico es frecuente y conlleva importantes riesgos clínicos. Dosis superiores a 100 mg de morfina equivalente diaria duplican o triplican el riesgo de muerte. Ante esta situación, es esencial identificar y manejar precozmente el riesgo de adicción.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elaborar, difundir e implementar una recomendación “No Hacer” sobre OP en DCNO en Atención Primaria (AP), que incluya la detección del riesgo de adicción.

El Comité de Adecuación de la Práctica Clínica de la Gerencia Asistencial de AP, cuyo objetivo es mejorar la adecuación de la práctica clínica y la seguridad de los pacientes, está formado por profesionales asistenciales miembros de sociedades científicas, profesionales de estructuras técnicas y directivas de la organización. Este comité elaboró una serie de recomendaciones basadas en revisiones bibliográficas y consenso clínico, orientadas a evitar prácticas innecesarias o perjudiciales. Para detectar riesgo de adicción se seleccionó la escala Opioid Risk Tool (ORT).

Se ha elaborado la Recomendación, que contempla varios aspectos: no prescribir sin evaluación diagnóstica completa, ni sin probar antes terapias no opioides eficaces; no indicar sin valorar adecuación al tipo de dolor, ni sin evaluar riesgo-beneficio y factores predisponentes a eventos adversos graves; no prescribir sin informar al paciente de riesgos y beneficios, ni sin acordar objetivos terapéuticos.

Específicamente se recomienda “No iniciar ni mantener tratamiento con OP sin valorar riesgo de adicción (escala seleccionada ORT)”.

La Recomendación fue difundida a los 264 centros de salud por mail y en la intranet de AP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implementación conseguida se ha evaluado, encontrando que, en el último año, el 7% de pacientes con opioide potente y dolor crónico tienen ya descartado riesgo de adicción con la escala.

Como conclusión, se ha elaborado y difundido una recomendación “No Hacer” sobre OP en DCNO en AP, consiguiéndose una implementación en el 7% de los casos en el primer año.

DISEÑO DE UN SERVICIO ASISTENCIAL PARA PRIORIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

😊 CRISTINA FRAILE GARCÍA ⁽¹⁾; NATALIE HARRIS DE LA VEGA ⁽²⁾; MARIANELA BAYÓN CABEZA ⁽³⁾; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ ⁽⁴⁾

🏢 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽³⁾ Gerencia de Cuidados Madrid; ⁽⁴⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid

Identificador: 752

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico afecta aproximadamente al 26% de la población española, lo que lo convierte en un problema de salud prioritario por su elevado impacto clínico, social y económico. Es la primera causa de incapacidad laboral debido a su repercusión en la funcionalidad y en la calidad de vida. La Atención Primaria (AP), por su orientación integral y biopsicosocial, representa el ámbito idóneo para abordar este problema.

En nuestra Comunidad, aunque la Estrategia de Atención al Dolor busca un abordaje sistemático en todos los niveles, la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de AP aún no incluye un Servicio (Sº) específico para el dolor crónico. Por ello, se identificó la necesidad de diseñar e incorporar un nuevo Sº. La CSE es un documento técnico que reúne los servicios y prestaciones dirigidos a ciudadanos, con énfasis en la prevención, promoción de salud y atención a problemas prevalentes abordables desde AP, estableciendo estándares para asegurar la calidad asistencial. Los indicadores de calidad son evaluados anualmente.

OBJETIVOS

Elaborar e implementar un Sº orientado a la atención de personas con dolor crónico en AP.

METODOLOGÍA

Un grupo multidisciplinar de profesionales expertos en dolor, llevó a cabo una revisión legislativa y bibliográfica entre enero y mayo de 2024. Se consensuaron: población diana, criterios de inclusión y diagnósticos, tipo de dolor abordado, e intervenciones con mayor evidencia y efectividad en el ámbito de AP, estableciéndose criterios de calidad de la atención.

Se elaboró el Sº de Atención a la Persona con Dolor Crónico No Oncológico, dirigido a personas mayores de 18 años con dolor crónico no oncológico definido como, persistente, (≥ 4 -5 días/semana, > 3 meses), de intensidad moderada-alta, localizado en cualquier región anatómica y que interfiere con las actividades de la vida diaria. La población diana se calculó aplicando los datos de prevalencia descritos en la bibliografía. El Sº se articula en torno a los siguientes criterios de calidad de proceso:

1. Valoración del dolor: características y clasificación.
2. Valoración integral inicial del dolor.
3. Plan asistencial semestral: valoración (intensidad, funcionalidad...), intervenciones no farmacológicas...
4. Plan asistencial de fisioterapia en casos de origen musculoesquelético.
5. Plan de intervención socio sanitario en situación de riesgo social.

Para implementar el nuevo Sº, se ha adaptado la historia clínica a sus requerimientos y se han organizado cursos de formación para los profesionales. La primera evaluación del Sº se realizará en 2026.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha elaborado e implementado un servicio de atención al paciente con DCNO en la Cartera de Servicios Estandarizados, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención a estos pacientes.

LABORATORIO DE INNOVACIÓN

Virginia González Fernández; David Gutiérrez Carballo; Oliver Rodríguez Padrón

Fundación Hospitalarias Tenerife

Identificador: 753

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El Laboratorio de Innovación es una iniciativa colaborativa y transversal que promueve la mejora continua y la transformación de los servicios mediante la generación, implementación y evaluación de soluciones innovadoras. Este laboratorio no se trata solo de un espacio físico, sino de una red dinámica de trabajo conformada por profesionales de los distintos recursos de la Fundación cuyo objetivo es impulsar respuestas prácticas, efectivas y humanas a las necesidades de las personas que atendemos.

OBJETIVOS

- Crear un espacio formal de trabajo colaborativo orientado a la innovación aplicada.
- Incrementar el impacto positivo de las intervenciones en la vida de las personas atendidas.
- Promover el uso de tecnologías innovadoras en procesos de atención y rehabilitación.
- Potenciar la formación continua, la investigación y la transferencia del conocimiento.

METODOLOGÍA

- Definición de una estructura de trabajo con referentes por servicio y la vinculación con consultoras externas especializadas (como Taktice-Serena), que aportaron una visión técnica y metodológica al proceso.
- Creación del formulario “Pon tus ideas en acción” (Anexo 1), a través del cual cualquier colaborador/a de la Fundación puede comunicar sus iniciativas innovadoras, las cuales se reflejarán en el “Observatorio Tecnológico” para su valoración en la Comisión de Innovación
- La incorporación progresiva de tecnologías innovadoras
- La implementación de acciones de formación interna como jornadas anuales de innovación, “píldoras formativas” sobre nuevas tecnologías, boletines trimestrales de vigilancia tecnológica, y espacios de socialización de experiencias.
- La participación en eventos externos y la validación por parte de organismos expertos, como la Red ITEMAS o el modelo EFQM, lo que ha permitido contrastar la práctica con referentes nacionales y europeos.

RESULTADOS

Se ha establecido una generación de cultura de innovación en la organización, con ejemplos como la realización de las jornadas de innovación han incorporado tecnología interactiva.

Se ha potenciado la colaboración interdisciplinar y la visión de conjunto, compartiendo técnicas, experiencias y conocimientos. Hemos comenzado a impulsar proyectos de innovación en contextos clínicos, así como proyectos de investigación.

Implementación de tecnologías innovadoras en el proceso de rehabilitación, reflejadas en el Dossier Tecnológico (documento que recoge todas las iniciativas innovadoras propuestas por los/as colaboradores/as)

Hemos establecido sinergias y contratos de colaboración con distintas empresas externas dedicadas a la innovación dentro de contextos clínicos (FESIA technology, Neuronup, Ioniclicns, entre ellos.)

Se han realizado anualmente Jornadas de Innovación donde se presentan los avances de innovación, investigación y mejora adquiridos.

VOLUNTARIADO CON CORAZÓN HOSPITALARIO

 Virginia González Fernández

 Fundación Hospitalarias Tenerife

Identificador: 754

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En Fundación Hospitalarias estamos comprometidos/as con la atención integral de las personas con discapacidad intelectual y daño cerebral adquirido.

Este colectivo enfrenta riesgos de aislamiento, baja autoestima y dificultades para integrarse en espacios comunitarios. Por ello, la práctica se diseñó para fomentar la participación activa de estas personas en actividades de voluntariado y colaboración social, generando espacios de interacción social, formación y desarrollo personal. Estas actividades incluyeron ferias, talleres formativos, colaboraciones con asociaciones y eventos culturales, promoviendo un voluntariado inclusivo y con sentido social.

La iniciativa facilitó el empoderamiento, la autonomía y la inclusión social de las personas con DCA, mediante su participación activa y reconocimiento dentro de la comunidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Facilitar la integración social y empoderamiento de personas con discapacidad, DCA y otros colectivos vulnerables.
- Promover su participación autónoma y activa en actividades de voluntariado.
- Fomentar redes colaborativas entre instituciones.
- Mejorar habilidades sociales, funciones ejecutivas y bienestar emocional.
- Evitar la soledad y el aislamiento de las personas con discapacidad
- Prestar apoyo educativo y social a la población infantil, adolescencia y juventud en situación de vulnerabilidad.
- Desarrollar programas de ocio y tiempo libre con infancia y adolescencia y juventud en situación de vulnerabilidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participación: Un total de 39 personas usuarias con discapacidad participaron como voluntarias en las distintas actividades, con un aumento constante del número de voluntarios entre 2023 y 2024.

Utilidad y empoderamiento: El 100% de las personas participantes se sintieron útiles y empoderadas tras cada sesión.

Satisfacción: Casi la mitad de la muestra valoró con un 10 sobre 10 su grado de satisfacción. Además, las observaciones cualitativas mostraron un aumento en la autoestima y bienestar emocional al finalizar las actividades o sesiones, corroborado por familias y profesionales.

Impacto comunitario: Se logró la inclusión efectiva de personas con DCA y discapacidad en actividades comunitarias, rompiendo el aislamiento social y fortaleciendo el sentido de pertenencia.

Colaboración: Se consolidaron alianzas con más de una docena de entidades públicas y privadas, aumentando la visibilidad y sensibilización sobre el daño cerebral adquirido.

Se logró una participación creciente y sostenida temporalidad de personas con discapacidad, DCA y voluntarios, con un alto nivel de satisfacción y sentido de utilidad y pertenencia. El 100% de las personas participantes se sintieron útiles y empoderadas tras las sesiones, y una parte importante valoró con máxima satisfacción las actividades. El proyecto también favoreció la visibilidad social del colectivo y mejoró la cohesión social, fomentando redes colaborativas con múltiples entidades públicas y privadas.

PROYECTO SEÑALÉTICA: PICTOGRAMAS PARA UNA CIUDAD INCLUSIVA

 Nieves Margarita Santa Ana Sosa; Beatriz González Domínguez; Candelaria Díaz Pérez; Ana María González López-Peñalver

 Fundación Hospitalarias Tenerife

Identificador: 755

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La comunicación es una necesidad fundamental del ser humano, ya que permite expresar pensamientos, emociones, resolver dudas, tomar decisiones y convivir en sociedad. Esta puede realizarse a través del lenguaje verbal —como el habla— o mediante formas no verbales, como gestos, símbolos, imágenes, pictogramas o el lenguaje corporal.

Sin embargo, cuando la capacidad de comunicación verbal se ve afectada por alguna discapacidad, el acceso a la información, la participación social y la autonomía personal se ven seriamente limitados. En estos casos, es esencial recurrir a los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), herramientas que permiten establecer canales efectivos de interacción mediante recursos visuales comprensibles y accesibles.

Implementar estos sistemas en espacios públicos y privados mediante señalización con pictogramas no solo facilita la orientación y el acceso a la información para personas con discapacidad, sino que también promueve una sociedad más inclusiva, empática y respetuosa con la diversidad funcional.

OBJETIVOS

El proyecto tiene como objetivo implementar un sistema integral de señalización accesible mediante pictogramas en San Cristóbal de La Laguna y Santa Cruz de Tenerife. Se priorizarán los espacios públicos y privados más frecuentados por personas con discapacidad, especialmente usuarios/as de la Fundación Hospitalarias Tenerife. La iniciativa busca garantizar visibilidad, comprensión y accesibilidad, cumpliendo con normativas visuales y ergonómicas. Además, se promoverá la sensibilización y formación de responsables y comerciantes sobre la importancia de la accesibilidad comunicativa.

METODOLOGÍA

Primera fase:

- Identificación de los lugares a señalar.
- Asesoramiento de Simpromi sobre el uso de pictogramas.
- Consulta de normativas municipales sobre cartelería.
- Selección de pictogramas adecuados.
- Solicitud de presupuestos a empresas especializadas.
- Organización de reuniones informativas con entidades implicadas.

Segunda fase:

- Establecer un orden para la colocación de la señalética.
- Señalar prioritariamente los espacios más visitados por el alumnado y usuarios.
- Dar visibilidad pública a la señalización instalada para fomentar su uso e implementación a nivel general.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El proyecto de señalización con pictogramas en los espacios públicos y privados de la Laguna representa un avance significativo hacia la inclusión y accesibilidad universal. Al incorporar estos elementos visuales, se facilita la comprensión del entorno para personas con discapacidad intelectual, del desarrollo, o dificultades en la comunicación. Esta iniciativa promueve la autonomía, la igualdad de oportunidades y la participación activa en la comunidad. Además, sensibiliza a la población general sobre la diversidad funcional. En conclusión, el uso de pictogramas no solo mejora la accesibilidad, sino que también construye una sociedad más empática, equitativa e inclusiva para todos sus ciudadanos.

PROYECTO BIEN-ESTAR

 Irene González Guzmán

 Fundación Hospitalarias Tenerife

Identificador: 756

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La misión de la Fundación Hospitalarias Tenerife se centra en la acogida, asistencia y cuidado especializado a personas con discapacidad.

En nuestros centros, reconocemos la invaluable labor de nuestro personal. Este proyecto nace de la convicción de que el bienestar de quienes cuidan es fundamental para ofrecer una atención de calidad, humana y cercana a las personas usuarias atendidas.

Con este proyecto se pretende tejer lazos de Bienestar, creando espacios seguros y acogedores donde nuestro personal pueda:

- Encontrarse: Compartiendo experiencias, desafíos y aprendizajes
- Dialogar: Expresando sus emociones, inquietudes y necesidades.
- Sentir: Conectando con su ser interior, reconociendo sus fortalezas y fragilidades.
- Discernir: Reflexionando sobre sus papeles como cuidadores y cuidadoras, buscando nuevas perspectivas y estrategias para mejorar su bienestar y el de las personas a las que atienden.

Este proyecto se centra en la creación de un espacio donde las personas puedan conectar consigo mismas y con otros/as, donde puedan sentirse escuchadas y valoradas, y donde puedan encontrar herramientas para gestionar el estrés, la fatiga y el desgaste emocional.

OBJETIVOS

- Promover el bienestar emocional del personal de Fundación Hospitalarias Tenerife.
- Fortalecer los lazos de compañerismo y apoyo mutuo
- Fomentar un ambiente de confianza
- Proporcionar herramientas para la gestión del estrés y el autocuidado.
- Crear un espacio de reflexión sobre la práctica profesional y la atención centrada en la persona.

El principal propósito del proyecto es el de proporcionar espacios de comunicación, confianza, cercanía y calidez a todo/a colaborador/a que preste su función en nuestra fundación, bajo el lema «Me cuido para poder cuidar».

De esta manera y haciendo uso de herramientas sencillas y al alcance de todos y todas, nos reunimos antes de comenzar la jornada con el fin de prepararnos de forma consciente para atender “el día”

Además, se realizan dinámicas que varían según las sensaciones del momento tales como: ejercicios de respiración consciente, métodos de autocuidado y bienestar, etc.... La libertad, el respeto, la escucha activa y la presencia envuelven y perfuman este proyecto y espacio para «cuidar a quien cuida», aportando desde el sosiego, la conciencia y el sentimiento de pertenencia a nuestra Comunidad, para una obra común y enriquecedora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 83% de los encuestados expresó una satisfacción excelente con la formación y aproximadamente un 16% la consideró buena.

La alta satisfacción sugiere que la formación contribuyó positivamente al bienestar emocional de los/as participantes. Al ser un proyecto piloto, las encuestas han estado enfocadas a la satisfacción general con la formación, lo que nos puede indicar indirectamente que las mismas han influido positivamente en el estado emocional al sentirse los/as colaboradores/as, competentes y valorados/as.

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

😊 María de los Llanos Roldán Arroyo; Francisco Jesús Molina Cabrero; José Miguel Cantero Escribano; María Fe Lorena García GarvÍ; Javier Cano Molina; Jesús García Guerrero

 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Identificador: 757

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Durante el 2023 en el Servicio de Medicina Preventiva iniciamos la implementación de la ISO 9001: 2015 con el objetivo de conocer cómo estamos desarrollando nuestras actividades con el fin de mejorarlas y estandarizarlas y así mejorar nuestra calidad asistencial. Utilizamos la norma ISO 9001:2015 puesto que esta alienada con la política de calidad de nuestra gerencia y con la de nuestro servicio regional de salud.

OBJETIVO

Dar a conocer el proceso de implementación de la norma ISO 9001: 2015 en un Servicio de Medicina Preventiva.

METODOLOGÍA

Contactamos con el servicio de Calidad de nuestra gerencia que nos guio en todo este proceso. Establecimos una reunión inicial, el 10/03/2023 y tras ella un cronograma de trabajo. Todo nuestro servicio participó en el desarrollo de esta actividad. Nuestro equipo está formado por cuatro facultativos, siendo uno de ellos el jefe de servicio, residentes de medicina preventiva, cuatro enfermeras, el supervisor de enfermería y un auxiliar administrativo. Con el objetivo de conocer nuestro servicio analizamos el contexto de nuestra organización utilizando el análisis DAFO (Debilidades/Amenazas/Fortalezas/Oportunidades), identificamos nuestras partes interesadas y nuestro alcance. Diseñamos nuestro mapa de procesos. Mediante un análisis AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) identificamos los riesgos y oportunidades con el fin de planificar nuestras acciones. Establecimos nuestros objetivos de mejora y planificamos las actividades para conseguirlos.

RESULTADOS

Al elaborar nuestro mapa de procesos pudimos identificar nuestras entradas (pacientes y profesionales de nuestra gerencia) y salidas (necesidades satisfechas de los pacientes y profesionales). Dividimos este mapa de procesos en cinco subprocesos: Atención al paciente en la consulta de Medicina Preventiva (viajeros y pacientes de riesgo), vigilancia epidemiológica, higiene y saneamiento, promoción y educación en salud y formación e investigación. En nuestro análisis de contexto identificamos 7 debilidades, 6 amenazas, 14 fortalezas y 14 oportunidades, que, tras realizar una priorización, elaboramos nuestro plan estratégico. Establecimos un objetivo por cada subproceso. A fecha 24/05/2023 desde la Dirección General de cuidados y calidad se nos aprobó nuestro proceso de Atención al paciente en la consulta sin incidentes reseñables.

CONCLUSIONES

La norma ISO 9001:2015 nos ha permitido entre otros, gestionar eficazmente nuestros recursos, como es la mejora en la gestión de las agendas de la consulta, ya que ahora podemos identificar pacientes cuya derivación no es correcta y no precisan ser vistos en la consulta, gracias a la modificación de un campo en nuestro formulario. También nos ha permitido conocer nuestras necesidades, gestionar eficazmente nuestros recursos, estandarizar nuestra actividad, anticiparnos ante posibles riesgos y conocer la satisfacción de nuestros usuarios

REACTIVANDO SINASP. TE APUNTAS?

 *Sonia Cercenado Sorando; Juan Fernández Martín; Francisco Serrano Madrid; Monserrat Hernández Luengo*

 SESCOAM

Identificador: 758

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) es una herramienta para la notificación de incidentes y eventos adversos evitables, relacionados con la seguridad del paciente, cuyo fin último es el aprendizaje.

En nuestro servicio de salud, el SiNASP se puso en marcha en el año 2011; sin embargo, su grado de utilización a lo largo de años, no ha sido muy elevado, particularmente, entre los profesionales de atención primaria; resultando un sistema todavía poco conocido para muchos de ellos.

OBJETIVOS

Promover el liderazgo y fomentar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, en el ámbito de la atención primaria, mediante el uso de SiNASP, mediante una campaña informativa y formativa dirigida a todos los profesionales que trabajan en este ámbito, con la implicación directa de profesionales referentes en seguridad del paciente de nuestro servicio de salud.

METODOLOGÍA

Proyecto de intervención, a desarrollar durante los meses de abril a septiembre de 2025, mediante una campaña desplegada en actividades formativas e informativas, dirigida a todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que trabajan en cualquiera de los centros de atención primaria de nuestro servicio de salud. Con evaluación de impacto antes y después.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trata de un proyecto en marcha, a evaluar en la primera quincena del mes de octubre; desarrollándose hasta la fecha siguiendo el calendario previsto y con el compromiso de las partes implicadas.

FESIA GRASP & WALK: EXPLORANDO LA FES EN FUNDACIÓN HOSPITALARIAS TENERIFE

 Oliver Rodríguez Padron

 Fundación Hospitalarias Tenerife

Identificador: 759

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La Estimulación Eléctrica Funcional (FES) es una terapia avanzada en neurorrehabilitación que usa impulsos eléctricos controlados para activar nervios y músculos, buscando generar movimientos funcionales como la prensión o la marcha. A diferencia de otras electroterapias centradas en el dolor o el trófismo, la FES se enfoca en recuperar la capacidad funcional y el reaprendizaje motor.

OBJETIVOS

Este estudio exploratorio busca determinar la eficacia y el potencial terapéutico de FESIA GRASP y FESIA WALK como apoyo en la neurorrehabilitación de pacientes con secuelas neurológicas en nuestro centro. Los objetivos secundarios incluyen evaluar la tolerabilidad, identificar patrones de respuesta y contribuir a protocolos personalizados.

METODOLOGÍA

La metodología se basa en un estudio de cada caso dentro de la Unidad de Daño Cerebral Adquirido (DCA) en nuestro centro multidisciplinar, seleccionando pacientes con disfunción motora compatible. Los dispositivos FESIA GRASP y FESIA WALK, fabricados por FESIA Technologies, son la base de la intervención: FESIA GRASP para la prensión manual y FESIA WALK para la marcha. La electroestimulación se aplica con electrodos de superficie y los parámetros se ajustan semanalmente según la respuesta del paciente. La recolección de datos es continua, registrando la experiencia y evolución funcional para optimizar protocolos. Es importante destacar que la FES siempre se integra como un refuerzo complementario a la fisioterapia y terapia ocupacional.

RESULTADOS

Actualmente, estos dispositivos se han implementado en un gran número de pacientes en la Unidad de DCA, con resultados preliminares alentadores. Se ha documentado feedback positivo tanto en escalas objetivas como en la percepción subjetiva de los pacientes, quienes reportan una mejora en la “percepción propioceptiva” y mayor conciencia de la activación muscular, lo que sugiere un facilitación del reaprendizaje motor. Los pacientes expresan haber sido “ayudados bastante” y desean continuar con la terapia, lo que sugiere que FESIA GRASP y FESIA WALK son herramientas valiosas que podrían reducir los tiempos de rehabilitación y el dolor en algunos casos.

Los planes futuros incluyen expandir la recopilación de datos, establecer protocolos optimizados, extender la aplicación a otras unidades y generar publicaciones científicas. La personalización de la terapia es crucial para el éxito a largo plazo.

CONCLUSIONES

En conclusión, la implementación inicial de FESIA GRASP y FESIA WALK en nuestro complejo sociosanitario demuestra un compromiso con la innovación en neurorrehabilitación. Los resultados preliminares validan la viabilidad de la FES como un complemento efectivo a las terapias convencionales y sientan las bases para futuras investigaciones y la expansión de su aplicación clínica.

DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA EN DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES

 Pilar Andreu Rodrigo ⁽¹⁾; Ignacio Ricci Cabello ⁽¹⁾; Maria Antonia Fiol de Roque ⁽¹⁾; Rafael Jiménez López ⁽²⁾; Alberto José Sesé Abad ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ IDISBA; ⁽²⁾ UIB

Identificador: 760

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un pilar fundamental de la calidad asistencial. Evaluarla desde la perspectiva del propio paciente proporciona una visión complementaria clave para la mejora continua de los servicios sanitarios. Sin embargo, una de las principales barreras para avanzar en este ámbito es la escasez de instrumentos.

OBJETIVOS

Desarrollar, validar e implementar un cuestionario que permita evaluar la seguridad del paciente en los principales ámbitos asistenciales (urgencias, hospitalización, consultas externas y atención primaria), basada en la experiencia y percepción del propio paciente.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado el marco conceptual del PREOS-PC (“Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care”) que, se compone de 5 dominios, como estructura para la elaboración de los cuestionarios de las diferentes áreas asistenciales: urgencias, hospitalización y consultas externas. El estudio se estructura en varias fases: 1) adaptación del cuestionario PREOS-PC a los distintos ámbitos asistenciales. Se realizó una revisión sistemática de la literatura para identificar instrumentos existentes relacionados con el desarrollo, validación o uso de medidas informadas por los pacientes (PROMs/PREMs) sobre seguridad del paciente. Se reclutaron expertos nacionales e internacionales de diversas áreas asistenciales para participar en un delphi. 2) pilotaje y validación psicométrica del cuestionario con una muestra aleatoria de 1.000 pacientes, mediante administración presencial y telefónica, con el objetivo de evaluar su viabilidad y propiedades.

RESULTADOS

La revisión sistemática de la literatura identificó 46 publicaciones de las cuales nos centramos en 20 cuestionarios que evaluaban la seguridad del paciente percibida en la prestación de la atención sanitaria en los diferentes ámbitos asistenciales. El panel de expertos se estructuró en dos rondas: en la primera ronda participaron 13 expertos en la que debían puntuar 64 ítems en función de la pertinencia y relevancia (para cada área asistencial) y claridad y viabilidad. En función de la puntuación obtenida (Índice de consenso de expertos) se sometió a una segunda ronda las propuestas de los cuestionarios y en el que se realizaba un análisis cualitativo de los mismos. Como resultado del delphi se elaboraron los cuestionarios específicos para cada ámbito asistencial: hospitalización (37 ítems), urgencias (42 ítems), consultas externas (41 ítems). Actualmente, el proyecto se encuentra en la fase 2. Se espera obtener, en breve, la validación psicométrica de los instrumentos adaptados a los distintos ámbitos asistenciales cuyos resultados nos gustaría presentar en el congreso.

CONCLUSIONES

Este proyecto representa un paso decisivo hacia la integración de la experiencia del paciente en la evaluación de la seguridad del paciente y calidad asistencial, en diferentes ámbitos asistenciales contribuyendo a una atención más segura, participativa y centrada en la persona.

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES (SGR) POR EL SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE

 M^a Cristina Escalera Alonso; FELICIDAD RECIO DIEZ; ELENA FRANCO GARCIA; YOLANDA REBOLLO LAPERAL; NATALIA RODRIGUEZ GALAN; MANUEL GALINDO GALLEG0

 Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 761

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La opinión de los usuarios respecto a la asistencia que reciben resulta fundamental en la gestión de la calidad de la misma. Proporciona conocimiento sobre aspectos que pueden/deben mejorar y en los que desarrollar acciones de mejora. Las encuestas post-asistencia permiten medir cuantitativamente el nivel de satisfacción con multitud de elementos que la determinan (humanos, estructurales, organizativos, de accesibilidad, etc.). Sin embargo, la presentación documentada y proactiva de reclamaciones, solicitudes, sugerencias y agradecimientos (RSSA) por los medios a disposición del ciudadano constituyen un nivel adicional de alerta en calidad de importante valor para la Organización, más que la opinión tras la realización de una encuesta con invitación a participar voluntariamente. Existe un sistema de control de RSSA en el ámbito sanitario, el CESTRACK, con el que asegurar que se canalizan adecuadamente hasta los responsables de dar respuesta a las mismas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseño e implantación de un Sistema Informatizado propio para Gestión de las Reclamaciones que sustituya al manual y resuelva las debilidades detectadas en la auditoría, garantizando la respuesta en tiempo y forma según la normativa vigente. En 2024 se realizó una auditoría interna de nuestro Sistema de Gestión de RSSA en busca de oportunidades de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las principales debilidades observadas fueron:

Las Reclamaciones y Solicitudes que se reciben en Servicio de Atención al Usuario (SAU) para su tramitación no estaban bien clasificadas finalmente en CESTRACK. Muchas se atienden y resuelven contestando al usuario, pero todas quedan registradas como reclamaciones, ninguna como solicitud resuelta.

La receptividad del responsable de servicio/unidad para responder a la queja es muy heterogénea (algunos proactivos analizando los casos y buscando dar respuesta objetiva y fundamentada, sea favorable o no; otros en sentido contrario).

La trazabilidad del flujo de reclamaciones y respuestas es íntegramente en papel, siendo precario y sujeto a errores.

A menudo falla la comunicación/coordinación entre SAU/Responsable/Admisión en los casos de demora en la asistencia (los más frecuentes) y se responde tardíamente al usuario.

INFORME DE LOS RESULTADOS ENCUESTAS SATISFACCIÓN DE USUARIOS POST HOSPITALIZACION A TRAVÉS DE POWER BI

 RUBEN DE LA OSSA SAN FRUTOS; FELICIDAD RECIO DIEZ; M^a Cristina Escalera Alonso; CARMELO TAFALLA BORDONADA; JOSE ANTONIO MOLINA ORTIZ; MANUEL GALINDO GALLEG0

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

Identificador: 762

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La calidad es una “excelencia innata” que sólo puede ser reconocida por el usuario/ paciente a través de su propia experiencia. Para que el hospital pueda encaminarse hacia la mejora continua y a la eficiencia global debe tener un sistema de medición e información de sus resultados, este sistema de medición debe aplicarse periódicamente a sus servicios, sus procesos y la satisfacción de los usuarios/pacientes (UP).

Las encuestas de satisfacción de los UP son un paso fundamental para recopilar y analiza su experiencia, para determinar dónde pueden implantarse acciones de mejora acordes con sus necesidades, preferencias y así poder avanzar en la atención centrada en el paciente.

OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto es la difusión de la información obtenida a través de las encuestas de satisfacción a los profesionales proveedores de los servicios de una forma objetiva, ágil y dinámica.

METODOLOGÍA

En 2022, se comenzó a desarrollar el cuestionario de satisfacción post hospitalización en formato online por el servicio de Informática, utilizando la plataforma forms. office e implementación de un código QR de acceso al cuestionario. En 2024, se comenzó a desarrollar la explotación de los resultados de las encuestas a través de power BI.

El cuestionario multirespuesta con escala de valoración de Likert 1 a 10 consta de 16 preguntas que exploran información multidimensional sobre: competencia técnica del personal, continuidad de cuidados, empatía, confort, burocracia, tipo y cantidad de información y preguntas abiertas: ¿Qué es lo que más les ha gustado? y ¿En qué podemos mejorar? También incluye la probabilidad de recomendación del servicio el NPS (Net Promoter Score).

La difusión del cuestionario se realiza a través de hoja informativa en la carpeta de despedida, cartelera en las plantas de hospitalización y con un sms 24 horas post alta del paciente.

Los cuestionarios una vez cumplimentados por los UP son incluidos automáticamente en una base de datos Excel, que alimenta a power BI para la presentación de los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los cuestionarios están disponibles para su cumplimentación durante 24 horas /365 y los resultados de la encuesta están a tiempo real dando una visión global, actualizada, evolutiva e intercomparable de la satisfacción de los usuarios/pacientes con otros servicios del hospital.

El coste a terceros de la implementación del cuestionario on line, de la posterior explotación de los datos y presentación de los informes de resultados es de cero euros.

Por otro, lado se ha conseguido una importante liberación de tiempo administrativo para la realización de otras tareas.

Es importante que todos los profesionales conozcan lo que los usuarios opinan de la calidad del servicio que ofrecen a tiempo real. Ayudarles a entender cómo lo que hacen repercute en la satisfacción del usuario, que es fundamental para lograr los objetivos de su servicio y del hospital.

HABLANDO EL MISMO LENGUAJE: ESTRATEGIA PARA REDUCIR EL USO DE ABREVIATURAS EN LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

 Isabel Almendro Martínez; Carmen Medina Bailón; Paula Martín García; Alejandro Rodríguez Quirós; Susana Najera Cano; Adrián Colomer Ugrinovic

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 763

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El uso inadecuado de abreviaturas médicas representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente, generando ambigüedades, errores en la interpretación de la información clínica y potenciales eventos adversos. Diversos estudios han demostrado que una parte considerable de los errores de medicación y diagnósticos están relacionados con la utilización de abreviaturas no estandarizadas o de doble interpretación. En nuestro hospital se han hecho diversas auditorías, encontrando en la documentación clínica una media de uso de 7 abreviaturas diferentes que no están admitidas por episodio evaluado. Ante esta problemática, resulta fundamental implementar medidas que regulen y limiten su uso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este proyecto busca establecer un protocolo institucional que defina claramente qué abreviaturas pueden usarse y cuáles deben evitarse, contribuyendo así a una comunicación clínica más clara, segura y efectiva. El diseño de este estudio es de tipo cuasi experimental con medición pre y post intervención. La población estudiada son los profesionales del ámbito médico y de enfermería de unidades clínicas y quirúrgicas. La intervención ha incluido:

1. Diagnóstico inicial mediante auditoría de historias clínicas para identificar el uso de abreviaturas.
2. Diseño de un protocolo institucional que incluye: listado de abreviaturas médicas aceptadas (basado en guías internacionales y consensos locales), listado de abreviaturas prohibidas y recomendaciones de uso.
3. Desarrollo de una aplicación informática para detectar uso de abreviaturas no aceptadas
4. Campaña de sensibilización con carteles, sesiones clínicas y gamificación.
5. Revisión posterior de historias clínicas tras la implementación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Este proyecto se encuentra en fase de implantación. Hasta el momento se han llevado a cabo la auditoría de historias clínicas previa a la intervención, la difusión del nuevo protocolo y la creación de la aplicación informática para detectar abreviaturas (SGAC- Sistema de gestión de abreviaturas clínicas, herramienta original del hospital). Entre los resultados esperados, se estima: una reducción significativa del uso de abreviaturas no permitidas y una mejora en la percepción del personal sobre la claridad de la documentación. Esta iniciativa, de bajo costo y alta aplicabilidad, puede ser replicada fácilmente en otros entornos hospitalarios, fomentando una cultura de comunicación clara y segura entre los profesionales de la salud.

OPTIMIZACIÓN DEL TRASLADO DE PACIENTES DE UCI PEDIÁTRICA A HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE DIAGRAMA DE PROCESO

 *Jordina Pelejero Manzano; Maria del Mar Albujar Font; Juan Jose de haro Amaro; Meritxell Lorente Vall; Rocio Conchello Monleon; javier Gonzalez Buenafuente*

 *Hospital universitari Joan XXIII de Tarragona*

Identificador: 764

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La transferencia intrahospitalaria de pacientes desde la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCI-p) a las unidades de hospitalización constituye un momento asistencial complejo y vulnerable. La falta de un procedimiento integrado, la fragmentación documental y la comunicación informal entre equipos generan riesgo de discontinuidad y eventos adversos, identificados internamente como prioridad de mejora.

OBJETIVOS

1. Describir el flujo real de la transferencia UCI-p-planta;
2. Identificar roles, tareas y soportes de información;
3. Señalar fortalezas y áreas de mejora sobre las que diseñar acciones.

METODOLOGÍA

Proyecto de experiencia práctica con enfoque de gestión de procesos. Se creó un grupo multidisciplinar (pediatría, enfermería UCI-p y planta, supervisión, gestión de camas y representante familiar). Mediante observación de traslados, revisión de historias y cinco reuniones colaborativas se elaboró un diagrama de flujo detallado (simbología BPMN). El diagrama se validó por consenso y sirvió de base para priorizar mejoras.

RESULTADOS El mapeo visualizó la secuencia completa, desde la identificación del paciente candidato en la “morning meeting” hasta la valoración integral en planta, evidenciando tanto buenas prácticas como brechas: • Fortalezas: coordinación estrecha entre enfermeras de ambos niveles; liderazgo de la supervisora; prescripción electrónica estandarizada sin incidencias. • Áreas de mejora priorizadas:

- inexistencia de un procedimiento corporativo que incluya el diagrama;
- duplicidad y uso de papel en los informes de alta;
- ausencia de plantilla para el informe de alta de enfermería;
- traspaso de información no estructurado, se propone implantar el modelo IDEAS;
- discontinuidad médico-enfermera, se propone reunión “morning” conjunta diaria.

CONCLUSIONES

La diagramación del proceso permitió una comprensión compartida y objetiva de la transferencia UCI-p-planta, facilitó la detección consensuada de puntos críticos y orientó un plan de mejora centrado en estandarizar la documentación, formalizar la comunicación y actualizar el procedimiento corporativo. Este trabajo ilustra el valor del análisis de procesos como herramienta para consolidar la calidad y la seguridad del paciente en entornos de alta complejidad.

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL DOLOR: ENFERMERAS REFERENTES

 Zoa Verónica Rubio Peñalver; Belén López Santonja; Rebeca Suarez Francisco; María Soledad Toril Martínez; María Isabel Moreno Vadillo; Alejandra Salazar Iglesias

 Hospital Universitario Infanta Sofía

Identificador: 765

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El dolor constituye un problema de salud transversal que afecta significativamente a la calidad de vida del paciente. Su abordaje adecuado es un indicador clave de calidad y seguridad asistencial. Nuestro centro establece como prioridad institucional la mejora en la atención al dolor, alineada con la Estrategia de Atención al Dolor 2027. En este marco, se impulsa la figura de la enfermera referente del dolor en cada unidad como agente clave para integrar una atención segura, eficaz y centrada en el paciente. Esta medida parte de la Dirección de Enfermería y la Comisión de Atención al Dolor y tiene como objetivo generar una cultura organizacional orientada al manejo del dolor como parte esencial de la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo general: Promover la cultura de atención al dolor en el Hospital.

Objetivos específicos:

- Impulsar la evaluación sistemática y continuada del dolor.
- Fomentar la coordinación entre profesionales implicados en su abordaje.
- Mejorar la comunicación clínica y el traspaso de información entre turnos y niveles asistenciales.
- Aumentar la seguridad en la atención al dolor, reduciendo variabilidad y eventos adversos.
- Promover la formación continuada e integral de los profesionales.

METODOLOGÍA

Se designan dos enfermeras referentes por unidad (mañana/tarde), en contacto directo con la Comisión de Atención al Dolor y las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) de la Unidad del Dolor. Estas referentes actúan como dinamizadoras del cambio, promoviendo buenas prácticas, identificando áreas de mejora y garantizando la trazabilidad de las intervenciones. Se desarrollan sesiones clínicas, reuniones periódicas, formación específica y grupos de trabajo interdisciplinarios orientados a reforzar la seguridad clínica y estandarizar la atención al dolor como parte integral del proceso asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han realizado cuatro reuniones de coordinación, formación específica a referentes, sesiones clínicas en unidades como Cirugía General, Traumatología y Obstetricia, y participación activa en proyectos como BPSO® y “Sumamos Excelencia”. En marzo de 2025, el registro de valoración del dolor (EVA) alcanzó un 98,51% de cumplimiento diario en hospitalización. Este modelo organizativo ha demostrado ser eficaz, sostenible y replicable, al basarse en la implicación activa del personal de enfermería y no requerir recursos adicionales. Favorece una cultura del cambio, mejora la calidad asistencial, y refuerza la seguridad del paciente mediante una atención protocolizada, continua y coordinada. El compromiso institucional con esta estrategia ha permitido consolidar una estructura sólida y multidisciplinar que sitúa al dolor como prioridad clínica, garantizando una atención más humana, segura y de calidad.

ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE NT-PROBNP EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

😊 MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ ⁽¹⁾; DANIEL GARCÍA FUERTES ⁽²⁾; ANA COSMEN SÁNCHEZ ⁽²⁾; RUBÉN MARÍN SÁNCHEZ ⁽¹⁾; VERÓNICA ORTIZ DIAZ ⁽¹⁾; DAVID SERNA GARCÍA ⁽³⁾

📄 ⁽¹⁾ SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA (SESCAM); ⁽²⁾ HOSPITAL PÚBLICO SANTA BÁRBARA (PUERTOLLANO); ⁽³⁾ HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO

Identificador: 766

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El NTproBNP es un marcador empleado para el diagnóstico en pacientes con sospecha de Insuficiencia Cardiaca(IC).

En la región, en los últimos 4 años se ha producido un aumento pronunciado de solicitudes y realización de pruebas NTproBNP, que ha supuesto un incremento del consumo de reactivos y un aumento de interconsultas a cardiología.

OBJETIVOS

Implantar a nivel regional un procedimiento para la petición adecuada de NTproBNP en todos los ámbitos asistenciales según la evidencia científica disponible para el correcto diagnóstico y seguimiento de pacientes con IC.

Evitar la solicitud inadecuada de NTproBNP, disminuyendo su uso innecesario y la posible cascada diagnóstica producida por un resultado falso positivo.

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo multidisciplinar integrado por 9 profesionales de diferentes gerencias y ámbitos asistenciales.

Tras revisión de la evidencia científica y los diferentes protocolos regionales, se elaboró una infografía en la que se definió la Adecuación de la demanda de NTproBNP en los distintos ámbitos asistenciales.

Se analizó la posibilidad de implementar esta guía en la plataforma de petición de Atención Primaria, configurándose un nuevo perfil analítico de Sospecha de IC en este sistema de información.

Se impartieron 3 sesiones de formación de formadores a nivel gerencial atendiendo a los diferentes ámbitos asistenciales, que se replicaron en el resto de gerencias en 55 sesiones. Tras la formación, se evaluó en una gerencia piloto la adecuación del desarrollo informático y el impacto de la formación realizada.

RESULTADOS

Se detectan algunas incidencias aisladas tras la implantación en el sistema informático del nuevo perfil que son analizadas y subsanadas.

Tras aproximadamente un mes desde la finalización del proyecto se obtienen los siguientes resultados preliminares en la demanda de NT-ProBNP:

- Reducción de 6,79% solicitudes NT-proBNP febrero 2024 vs febrero 2025
- Reducción de 22,85% solicitudes NT-proBNP enero 2025 vs febrero 2025.

CONCLUSIONES

- El NTproBNP es una prueba diagnóstica y pronóstica de utilidad demostrada, si bien, su utilización correcta requiere que el profesional médico aplique la evidencia científica disponible. Esto se facilita a través de formación y con la elaboración de una infografía resumida consensuada por el grupo de trabajo.
- En dos meses de medición de 2025, se ha reducido un 22,85% las solicitudes en valores absolutos, demostrando la efectividad de las actividades realizadas.
- Para un análisis más robusto se requiere analizar mayor número de meses a partir de la completa adhesión de todas las gerencias al procedimiento descrito.
- Puesto que la formación tiene un impacto temporal y la incorporación de nuevos profesionales o el retorno a patrones de petición no basados en la evidencia pueden producir pérdida de adhesión al procedimiento se requerirá la reedición de esta formación, si se observan nuevos incrementos en la demanda.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA TRANSFERENCIA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA A HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA.

 Meritxell Lorente Vall; Arantxa Gomez Carabaza; Maria del Mar Albuja Font; Jordina Pelejero Manzano; Juan José de Haro Amaro; Silvia Uruen Pueyo

 Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Identificador: 767

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La transferencia de pacientes desde Urgencias Pediátricas a la planta de hospitalización es un proceso crítico que involucra múltiples profesionales y sistemas de información (SAP®, Gacela®, Silicon®). La variabilidad en la adjudicación de cama, la prescripción terapéutica y la comunicación entre equipos puede comprometer la continuidad asistencial y la seguridad del paciente pediátrico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir el proceso actual de traslado de pacientes pediátricos y detectar oportunidades de mejora. Se elaboró un diagrama de proceso con participación multidisciplinar (medicina, enfermería, celadores, gestión de camas y farmacia). Se identificaron actividades, puntos de decisión y riesgos de traslado (bajo, moderado, alto). El análisis de flujos, duplicidades y posibles fallos se realizó mediante sesiones de consenso, sin recoger datos cuantitativos adicionales.

RESULTADOS

El mapeo priorizó cuatro áreas de mejora:

1. Planificación y disponibilidad de camas: la falta de criterios predictivos genera re-trabajo y demoras.
2. Prescripción médica fuera del horario presencial: la pauta a distancia retrasa el inicio del tratamiento y aumenta el riesgo de omisiones.
3. Traspaso de información enfermera-enfermera: alta variabilidad en la estructura del hand-over y en la revisión de antibióticos, sin checklist estandarizada.

CONCLUSIONES

El diagrama de proceso visibiliza cuellos de botella y dependencias no evidentes entre servicios. Se proponen: algoritmo predictivo de camas, presencia física vespertina de cirugía pediátrica, cierre automático del episodio ligado al traslado y pase de cuidados estructurado con checklist. La metodología de mapeo sirve de base para ciclos PDSA orientados a reducir demoras, estandarizar la comunicación y mejorar la seguridad en la transición de pacientes pediátricos entre niveles asistenciales.

MEJORANDO PROCESOS CON LEAN: OPTIMIZACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO

 Carmen Hinojo González; Ana De Juan Ferre; Jaime Jimeno Fraile; Jose Estévez Tesouro; Guillermo Hernán De Piero Belmonte; María Concepción Fariñas Alvarez

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 768

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El proceso asistencial del cáncer de mama es complejo e involucra a múltiples profesionales, lo que afecta directamente la experiencia de las pacientes. Aunque la supervivencia ha mejorado y muchas viven con la enfermedad o sus secuelas como una condición crónica, los modelos de atención siguen centrados en un enfoque agudo. Esto, sumado al aumento de casos y supervivencia, ha incrementado la demanda en la atención especializada, responsable del cuidado desde el diagnóstico hasta el seguimiento prolongado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Optimizar el patient journey de la paciente con cáncer de mama, enfocándose en la reorganización del modelo asistencial durante el seguimiento de las pacientes.

Ámbito: hospital universitario de tercer nivel. Se analizó el proceso asistencial del cáncer de mama con metodología Lean, utilizando la herramienta Value Stream Mapping (VSM) para identificar desperdicios en el flujo y proponer mejoras en tiempos, eficiencia, productividad y calidad. Se definieron Key Performance Indicators (KPIs) y se priorizaron áreas de mejora mediante una matriz de impacto y factibilidad.

A continuación, se crearon grupos multidisciplinares para cada línea de trabajo, con el fin de diseñar propuestas de mejora. Finalmente, se definieron indicadores para medir el impacto de la solución en la mejora del proceso asistencial de las pacientes con cáncer de mama.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 7 sesiones multidisciplinarias, en las que participaron 25 profesionales de los siguientes servicios/unidades: mama, oncología, cirugía plástica, radioterapia, anatomía patológica, radiodiagnóstico, atención primaria y calidad.

Se identificaron 15 áreas de mejora, priorizándose la mejora del seguimiento de las pacientes con cáncer de mama localizado. Se trabajó en la actualización de la ruta asistencial de estas pacientes. El equipo multidisciplinar definió la estratificación de las pacientes según el riesgo de recaída y el esquema terapéutico, resultando en cuatro rutas asistenciales: (1) bajo riesgo, (2) alto riesgo con quimioterapiaadyuvante, (3) alto riesgo con inhibidores de quinasas dependientes de ciclina 4/6, y (4) alto riesgo con quimioterapia neoadyuvante.

Se eliminaron consultas duplicadas en la ruta de bajo riesgo: a partir del quinto año, el seguimiento pasa a atención primaria; se suprimieron las consultas en Unidad de Mama en los años 1,5 y 2,5 por duplicarse con radioterapia y; estas últimas también se eliminaron a partir del quinto año.

Tras analizar el proceso asistencial con metodología lean, se actualizó el protocolo de seguimiento de las pacientes con cáncer de mama, incorporando una estratificación por riesgo de recaída y tratamiento para adaptarlo a cada perfil. El modelo asistencial evoluciona hacia un enfoque compartido entre atención especializada y atención primaria, destacando la importancia de integrar y formar a los profesionales de atención primaria en el seguimiento del cáncer de mama.

ESTRATEGIA PARA LA INCORPORACION MASIVA DE MAS DE 1.400 PROFESIONALES EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

 MERCEDES ALMAZAN DEL POZO; JESUS GONZALEZ MOLINELLO; OLGA CAÑETE GUTIERREZ; PALOMA JIMENEZ ARRIBAS; DIANA VITORES FRESNO; LUIS MIGUEL GONZALEZ MORENO

 GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 770

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Desde el inicio de la legislatura, la Comunidad de Madrid se planteó el objetivo de “reducir la temporalidad, situándola en un 8% como máximo para finales de 2024”. En este sentido, el proceso de Estabilización ha sido uno de los de mayor envergadura, por volumen y repercusión.

La Gerencia de Asistencial de A. P., con más de 15.000 profesionales en plantilla orgánica y una media de perceptores mensuales de nómina de + de 20.000 profesionales, es el centro de gasto con mayor plantilla del SERMAS.

El proceso de estabilización, resuelto en 2024, ha resultado complicado y ha afectado a más de 1.400 profesionales de forma directa y a casi 4.000 más de forma indirecta. Esto ha exigido a la Gerencia Adjunta de RRHH llevar a cabo un trabajo de extraordinaria complejidad que permita coordinar los movimientos de los profesionales afectados.

OBJETIVOS

Establecer un procedimiento que garantice la ejecución del proceso de estabilización de manera eficiente y coordinada, dado el elevado número de profesionales implicados. Dicho procedimiento deberá estar orientado a minimizar el impacto negativo sobre la actividad asistencial de los C.S. y a reducir al máximo los posibles efectos negativos para profesionales afectados.

METODOLOGÍA

El proceso contempla varias fases; recopilación y análisis de datos, diseño y desarrollo de bases de datos, proceso de centralización de la información, proyección de posibles escenarios, análisis de la situación actual, plan de comunicación a través de los responsables de contratación, mapas de situaciones futuras de unidades de responsabilidad (DAs, C.S y SSCC), y formalización de la incorporación.

Se realiza un análisis exhaustivo de las plazas convocadas, adjudicadas y no adjudicadas, interinos desplazados, suplentes afectados, situaciones administrativas y permisos que se ven también afectados por el proceso.

Además los C. S. se clasifican en función de los % de cobertura afectada por categoría profesional. Se prioriza la cobertura de los centros con mayor impacto, asignando temporalmente interinos durante un mes, mientras se recupera el nivel mínimo de cobertura para garantizar una asistencia sanitaria adecuada.

Se establece un cronograma secuencial con intervalos de incorporación, con el objeto de anticiparnos a posibles escenarios y minorar distorsiones asistenciales.

RESULTADOS

De las 1.423 plazas convocadas (más del 9 % de la plantilla orgánica). Se adjudican (98,45 % de las convocadas), entre otros 222 MF de AP, 39 médicos de CCA, 42 odontólogos, 368 DUEs de AP, 400 Aux. Advo, 36 TCAEs...

La plazas adjudicadas generan 1.289 desplazados, entre otros 200 MF de AP, 31 médicos de CCA, 40 odontólogos, 367 DUEs de AP, 363 Aux. Advo, 31 TCAEs...

CONCLUSIONES

El proceso se ha resuelto sin apenas incidencias. La planificación y análisis previos han sido fundamentales para llevar a cabo este “desembarco” masivo realiza con éxito. El % de estabilización en GAAP aumenta la plantilla estable 9,46 %.

VALORACIÓN Y PREVALENCIA DEL DOLOR: QUÉ NOS DICEN LOS DATOS.

 Isabel Almendro Martínez; Cristina Hernández Puente; Alvaro Giménez Manzorro; Alba Rapela Freire; Alejandro Rodríguez Quirós; Benjamín Muedra _

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 771

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El dolor es una experiencia subjetiva y prevalente en pacientes hospitalizados, que afecta significativamente su bienestar y recuperación. Se sabe que es un síntoma muy común, numerosos trabajos realizados en diferentes hospitales han confirmado una elevada prevalencia de dolor en los pacientes hospitalizados, llegando a oscilar entre el 40 y el 50%. Sin embargo, la práctica asistencial diaria nos muestra que, a pesar de todas las herramientas que tenemos para combatirlo, aún somos incapaces de controlarlo adecuadamente en muchos pacientes. Por ello, es importante destacar que el abordaje y tratamiento del dolor debe ser multidisciplinar, afectando a la gran mayoría de especialidades y procesos. Entendiendo que el alivio del dolor se enmarca dentro del derecho a la salud, la mejora de la atención a los pacientes con dolor debe ser un objetivo de los profesionales de la salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde la comisión del dolor de nuestro hospital se evalúa anualmente la prevalencia y valoración del dolor con el objetivo de conocer nuestra situación y proporcionar un feedback a los profesionales clínicos. En el año previo, se diseñó un estudio observacional transversal que se realizó en un corte temporal durante la segunda y tercera semana del mes de octubre de 2024. Los datos fueron recogidos por los miembros de la comisión del dolor y se analizaron desde el servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. La muestra objetivo del estudio fue pacientes vulnerables, seleccionando pacientes geriátricos, oncológicos, inmunodeprimidos, paliativos y adolescentes, entre otros. Las variables incluidas fueron:

- Presencia de valoración y registro del dolor con escala validada en la historia clínica en las últimas 24 horas (valoraciones por turno sí/no y nº valoraciones registradas).
- Último valor de la intensidad del dolor registrado.
- Dolor máximo registrado.
- Descripción del tipo y localización del dolor en la historia clínica
- Variables sociodemográficas del paciente (servicio responsable, unidad, cama, edad y sexo) y clínicas (intervención quirúrgica en este ingreso: sí/no).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 421 historias clínicas. Entre los resultados se observó que en las últimas 24 horas aparecía registrada al menos una valoración del dolor en el 95,2% de los pacientes, y una valoración por turno en el 67,7% de los pacientes. Según los valores registrados en la historia clínica en las últimas 24 horas, 99 pacientes presentaban algún tipo de dolor, lo que supone una prevalencia global del dolor del 23,5%. Las mujeres tienen mayor prevalencia del dolor (28,1%) que los hombres (18,1%). Dentro de los pacientes con dolor, el 18,3% tenían dolor leve, el 4,5% dolor moderado y el 0,7% dolor intenso. Las principales conclusiones extraídas fueron la necesidad de mejorar la valoración del dolor como la quinta constante, una vez por turno, incluyendo no solo intensidad sino también localización y características del dolor.

ACTIVANDO LA MEJORA: EL IMPULSO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

 *Leticia Ansedes García; Raquel Gómez Couto; Zulema Diaz Ruiz; Marta Fernandez Iglesias; Margarita Vazquez Rodriguez; Tania Alonso Antuña*

 Hospital Valle del Nalón

Identificador: 772

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad es el conjunto de valores y normas comunes a los profesionales de una misma organización, implicando un modelo compartido de comportamiento que posiciona la seguridad como un objetivo común en la actividad asistencial, tanto en hospital como en Atención Primaria. No siempre es conocida por los profesionales sanitarios, ni su relevancia en la práctica clínica diaria. Solo las organizaciones que entienden la seguridad como una preocupación de todos progresarán hacia una mayor calidad, eficiencia y satisfacción del usuario y sus profesionales.

OBJETIVOS

Objetivo específico: Incrementar la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de un Área Sanitaria.

Objetivo general: impulsar una cultura de seguridad positiva para aumentar la calidad asistencial, mejorar la eficiencia, disminuir la gravedad de los incidentes y mejorar la valoración de la organización.

METODOLOGÍA

Se utilizaron diversas herramientas para detectar eventos adversos y la certificación JCI como impulso para la seguridad del paciente. La intervención en Atención Primaria se decidió por la gran diferencia en la notificación con respecto al ámbito hospitalario. Se llevaron a cabo sesiones formativas presenciales de 30 minutos seguidas de un coloquio sobre seguridad del paciente en los siete centros de salud que conforman nuestra área sanitaria y una sesión adicional para el equipo de SAC/SUAP durante noviembre y diciembre de 2024. Además, se establecieron cuatro líneas estratégicas: establecer una cultura organizacional, proporcionar educación e información pertinente de cultura de seguridad, proporcionar recursos, y evaluar la cultura de seguridad de forma proactiva.

RESULTADOS

Se han realizado más de 10 acciones formativas en 2024. Los resultados de la intervención formativa en Atención Primaria se analizaron en base al incremento de las notificaciones en SINASP. Las notificaciones pre-intervención fueron 9 en 10 meses, y post-intervención, 24 en 6 meses. Esto representa un incremento del 344.44% tras la intervención. En general, ha mejorado la notificación en el área, con 64 notificaciones en 2022 (59 AH y 5 AP), 111 en 2023 (99 AH y 12 AP), y 173 en 2024 (153 AH y 20 AP). Se garantiza el análisis de incidentes, con el 100% analizado en 2022, 99% en 2023 y 100% en 2024.

CONCLUSIONES

El impacto de las sesiones formativas en el fomento de la cultura de seguridad del paciente queda demostrado con el incremento de notificaciones. Además de la mejora numérica, se ha logrado un aumento en la satisfacción de los profesionales de Atención Primaria, quienes manifestaron que era un tema desconocido y reconocieron la relevancia de las sesiones y la necesidad de más formación. El futuro de la seguridad del paciente se construye ahora, promoviendo la formación de alumnos y profesionales, la notificación y el análisis sistémico de incidentes, superando la cultura de culpa, y mejorando los sistemas de notificación para hacerlos más sencillos, ágiles e intuitivos.

ACTUACIONES PARA USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN POR EL PROFESIONAL

😊 M^a VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS ⁽¹⁾; CAROL INGRID CASTELLARES GONZÁLEZ ⁽²⁾; JUAN ANTONIO RUBIO GÓMEZ ⁽¹⁾; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA ⁽¹⁾; CARLOS EDUARDO POLO PORTES ⁽¹⁾; M^a JOSEFA GONZÁLEZ SÁNCHEZ ⁽¹⁾

📅 ⁽¹⁾ SUMMA 112; ⁽²⁾ HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE

Identificador: 773

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las prácticas de medicación poco seguras y los errores asociados son una causa principal de daño evitable. En su tercer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, “Medicación sin daño”, la OMS indica la necesidad de intervenir en tres áreas prioritarias, una es los medicamentos de alto riesgo (MAR). En los Servicios de Emergencias Médicas (SEM), es frecuente usar MAR, que junto con factores como urgencia en toma de decisiones, complejidad asistencial, escasa información del paciente y uso de órdenes verbales, incrementa el riesgo de error. El Servicio de Farmacia (SF) del SEM implementa sistemáticamente actuaciones para el uso seguro de medicamentos (USM).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el grado de conocimiento y valoración por los profesionales del SEM de las actuaciones para el USM, e identificar oportunidades de mejora. Selección de actuaciones habituales:

- Emisión de notas informativas por cambios/incidencias en medicamentos
- Etiquetado individual de ampollas para evitar isoapariencia
- Identificación MAR en cajetines
- Etiqueta fecha apertura en envases multidosis
- Carteles informativos Uso de envases multidosis y Manejo del botiquín
- Infografías de USM

Diseño de cuestionario anónimo con 12 preguntas cerradas (conocimiento y valoración en escala de 1 a 10), pregunta abierta para propuestas de mejora y pregunta perfil profesional: médico, enfermera, técnico en emergencias (TES) y técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Difusión con Microsoft Forms, mayo 2025 a través de Responsables de Unidad Funcional (RUF). Permaneció abierta 15 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Respuestas recibidas 117 (9% participación). Distribución profesional: Medicina 40%, Enfermería 31%, TES 21%, TCAE 9%.

Conocimiento de actuaciones: Notas Informativas 91%, Etiquetado ampollas 81%, Etiquetado fecha envases multidosis 86%, Identificación MAR 56%, Carteles botiquines 56%, Infografías (56%).

Valoración (escala 1 a 10):

Notas Informativas 8,0

Etiquetado de Seguridad 7,8

Etiqueta Multidosis 7,6

Aviso Seguridad MAR 6,9

Infografías 6,8

Carteles en botiquines: 6,7

Pregunta abierta destaca: preocupación por isoapariencia y dificultad lectura del etiquetado de ampollas, conservación medicamentos en vehículos, canales de comunicación, intranet más intuitiva.

Se aprecia alto conocimiento y valoración de las actuaciones (puntuación mayor de 6,5). Diferencias posiblemente relacionadas con el grado de conocimiento y visibilidad de cada actuación.

La participación podría incrementarse con difusión directa de la encuesta (no vía RUF).

Se identifican áreas de mejora en visibilidad y difusión de las actuaciones, especialmente las relacionadas con señalización visual (avisos y carteles) y materiales educativos (infografías).

Se recomienda:

Reforzar: difusión de actuaciones y comunicación visual en botiquines y áreas de trabajo

Integrar infografías en sesiones clínicas o formativas

Mantener y actualizar las actuaciones mejor valoradas

Este análisis permite orientar futuras acciones formativas y de mejora continua para el USM en el SEM.

CÓMO RECICLAR EN EL CENTRO DE SALUD

 Esther Ruiz Chércoles ⁽¹⁾; María del Mar García Villalvilla ⁽²⁾; Luz Divina Encinas Rodríguez ⁽³⁾; Gerardo Hernández Sáiz ⁽³⁾; Jaime Innerarity Martínez ⁽³⁾; Juan Antonio Sánchez Soriano ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Salud María Jesús Hereza, Leganés; ⁽²⁾ Centro de salud Huerta de los Frailes; ⁽³⁾ Centro de salud María Jesús Hereza

Identificador: 774

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Existe preocupación por los cambios que se están produciendo en el medio ambiente y por los efectos que tienen sobre la salud. La OMS mantiene que la contaminación atmosférica provoca cada año en Europa 32.000 muertes y 25 millones de casos de enfermedades respiratorias. La educación es imprescindible para el consumo responsable. Los residuos que acaban en el vertedero, contaminan el suelo, las aguas y la atmósfera. Cada ciudadano, en España, genera (1,7 kg/día), más de 600 kg de residuos/año, (25 millones de toneladas basura/año). Todos podemos modificar nuestros hábitos de consumo. Con las erres: Reducir, Reutilizar, Reciclar podemos reducir el deterioro medioambiental, ahorrar materias primas y energía y conseguir una mejora de la salud. La cultura del reciclado debe abarcar todas las actividades de la vida diaria. Los trabajadores de limpieza representan una pieza clave en la correcta gestión de los residuos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Promover prácticas sostenibles dentro del centro de salud.
- Conocer la actitud de los profesionales ante la posibilidad de separar para reciclar.
- Cuantificar los residuos.
- Concienciar sobre la necesidad de generar menos residuos y de reciclar los generados.

METODOLOGÍA

Se pasó una encuesta a los trabajadores para conocer la posibilidad de reciclar. Periódicamente se hacen pesajes de los residuos durante una semana para informar y motivar a los compañeros. El centro de salud cuenta con contenedores de papel y plástico en todas las consultas que son cajas reutilizadas.

RESULTADOS

El 95% de los trabajadores recicla en su domicilio El 40% para mejorar el medio ambiente, el 20% porque es importante y el 6% para ahorrar recursos. El 97% piensa que se puede reciclar en el trabajo.

Los residuos totales fueron de 23 kg/día (9 kg/d (40%) de papel, 2 kg/d (9%) de plástico, 12 kg/d (51%) restos. De generar 7,5 toneladas/año, hemos pasado a 4,6 toneladas que se tiran en los vertederos. Con la implantación de recogida selectiva hemos disminuido un 49% la cantidad de residuos generados no reciclados. En un año hemos ahorrado 2,3 toneladas de papel al año. Si para fabricar una tonelada de papel se necesitan 15 árboles y 300 kg de petróleo, hemos evitado la tala de 35 árboles y el consumo de 711 kilos de petróleo. Hemos reciclado 442 kilos de plástico al año. Si reciclando 2 toneladas de plástico se ahorra 1 tonelada de petróleo, hemos ahorrado 211 kilos, en total 922 kilos de petróleo. El proyecto se presentó en la V Edición Premios Científicos Hospital Severo Ochoa en 2008. Se formó el Comité Medioambiental del Área 9.

CONCLUSIONES

Con la implantación de recogida selectiva hemos disminuido un 49% la cantidad de residuos generados no reciclados. Al reciclar 2,3 toneladas de papel al año y 442 kilos de plástico se evita la tala de 35 árboles y ahorramos 0,9 toneladas de petróleo. Es necesario extender esta práctica en nuestros centros de trabajo. El personal de limpieza constituye un factor clave. Satisfacción del personal al promover una cultura de sostenibilidad

PROMOCIÓN DEL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE CON ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL ARTE. UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

😊 Esther Ruiz Chércoles ⁽¹⁾; Cristina Martínez Sánchez ⁽²⁾; Primitivo Rodríguez Mendoza ⁽³⁾; Ana Hernández Martín ⁽⁴⁾; Mario Sánchez Sánchez ⁽⁴⁾; Juan Antonio Sánchez Soriano ⁽⁵⁾

📄 ⁽¹⁾ Centro de Salud María Jesús Hereza, Leganés; ⁽²⁾ Instituto de Educación Secundaria María Zambrano; ⁽³⁾ Colegio Salesianos Carabanchel; ⁽⁴⁾ Salud Municipal del ayuntamiento; ⁽⁵⁾ Centro de salud María Jesús Hereza

Identificador: 775

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Existe preocupación por los cambios que se están produciendo en el medio ambiente y por los efectos que tienen sobre la salud. La OMS mantiene que la contaminación atmosférica provoca cada año en Europa 32.000 muertes y 25 millones de casos de enfermedades respiratorias. Los residuos que acaban en el vertedero, contaminan el suelo, las aguas y la atmósfera. Cada ciudadano, en España, genera (1,7 kg/día), más de 600 kg de residuos/año, (25 millones de toneladas basura/año). Todos podemos modificar nuestros hábitos de consumo. Con las erres: Reducir, Reutilizar, Reciclar podemos reducir el deterioro medioambiental y mejorar la salud. La recogida selectiva de residuos permite ahorrar materias primas y energía, disminuyendo la contaminación. La educación es imprescindible para el consumo responsable.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Promover el cuidado del medio ambiente a través de una intervención grupal con adolescentes.

Los alumnos de bachillerato de arte de IES María Zambrano realizaron dibujos para concienciar sobre el cuidado del medio ambiente. Persiguen mejorar la salud de la población mediante la sensibilización. Los estudios demuestran que las advertencias gráficas aumentan enormemente la sensibilización de las personas respecto al cuidado de nuestro entorno.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Cada año se ha ido al instituto para hacer una intervención en la que se fomentan los hábitos saludables (alimentación, ejercicio, prevención del tabaco, alcohol, enfermedades de transmisión sexual, violencia...).

Se pidió que crearan carteles para sensibilizar sobre el cuidado del medio ambiente. Los trabajos se han expuesto en el instituto y en los centros de salud. Como muestra, un botón.

Autor / Mensaje Isabel Povedano Si cuidamos la tierra, la Tierra nos cuidará Javier García No hay vida sin agua Sofía Bohorquez Tu basura nos mata Vanesa López Martínez Cuídalo Irene Cataluña Vegea Cuida la Tierra Valeria Barra Ioanna El cambio está en nuestras manos Evelyn Oupina Gutiérrez Somos lo que comemos Bárbara Lucía Fernández Blasco Nuestra basura, su condena Paola Jiménez Juárez Limpiemos el mundo Adriana Martín Ahorra energía Gianna Cavano ¿De qué lado estás? Susana Redondo Mundo limpio, mundo feliz Diana Colao Gómez Por un mundo mejor Ainhoa Vázquez Sánchez No lo ignores, cambiemos el mundo

CONCLUSIONES

Quizás los profesionales sanitarios deberíamos ir más a los institutos o establecer una comunicación más directa entre salud y educación. Una cosa es tener los conocimientos y otra es llevarlos a la práctica.

Es fundamental promover campañas de promoción de la salud en la escuela, dirigidas a los jóvenes, para sensibilizar sobre el cuidado de nuestro entorno. Es importante mantener una continuidad de la relación en el tiempo para fomentar hábitos de vida saludable: comer sano, no fumar, cuidar el medio ambiente...

Es indudable que la cultura del reciclado debe abarcar todas las actividades de la vida diaria. Estos hábitos suponen una aportación a la conservación del medio ambiente y una inversión en nuestra salud.

TABACO Y MEDIO AMBIENTE

 Esther Ruiz Chércoles ⁽¹⁾; Cristina Martínez Sánchez ⁽²⁾; Paloma Lallave Rojo ⁽³⁾; Ana Hernández Martín ⁽⁴⁾; Mario Sánchez Sánchez ⁽⁴⁾; Pilar Del Peral Del Peral ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Salud María Jesús Hereza, Leganés; ⁽²⁾ Instituto Educación Secundaria María Zambrano; ⁽³⁾ Centro de salud María Jesús Hereza; ⁽⁴⁾ Salud Municipal ayuntamiento; ⁽⁵⁾ Centro cultural José Saramago

Identificador: 776

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica y como tal, necesita prevención, diagnóstico y tratamiento. Anualmente, se producen alrededor de seis billones de cigarrillos, es decir, unos 300 000 millones de paquetes para productos de tabaco (considerando paquetes de 20 unidades). Cada paquete vacío de cigarrillos pesa unos seis gramos, esto supone 1 800 000 toneladas de envases usados compuestos por papel, tinta, celofán, papel de aluminio y pegamento. Si a esto se suman los residuos de los cartones y las cajas que se utilizan para la distribución y el empaquetado de cigarrillos, el total anual de desechos sólidos tras su consumo sobrepasa las 2 000 000 de toneladas. Por ese motivo, el tabaco puede causar daños ambientales muy graves al planeta de diferentes maneras:

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Ofrecer conocimientos y experiencias a la población para mejorar la salud. Prevenir el inicio del consumo de tabaco y que el fumador abandone el tabaco cuanto antes, protegiendo y defendiendo a los no fumadores de la contaminación ambiental de humo de tabaco.

METODOLOGÍA

Los alumnos de arte de IES María Zambrano realizaron dibujos para prevenir el consumo de tabaco. Los trabajos se han expuesto en el instituto, en los centros de salud y en la biblioteca del centro cultural José Saramago donde se han realizado visitas guiadas con centros escolares. Los estudios demuestran que las advertencias gráficas aumentan enormemente la sensibilización de las personas respecto de los daños de consumir tabaco. Sus trabajos se han publicado en la web www.familiaysalud.es. Se ha captado a fumadores con intención de dejar de fumar desde las distintas consultas y se ha hecho el primer grupo de deshabituación tabáquica tras la pandemia. Se han realizado 6 sesiones de hora y media de duración.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Han participado 45 personas, 80% mujeres. Edad media 59 años (40-84). Fuman una media de 20 cigarrillos al día. La edad de inicio de consumo fue antes de los 14 años, el 30%. El 40% es el único fumador de la familia, en el 30% fuman también los hijos. El 90% ha hecho un intento previo para dejar de fumar. El 70% recae por ansiedad, el 10% aumento de peso y 10% porque la pareja seguía fumando. Se ha ofrecido tratamiento con citisina o terapia sustitutiva de nicotina combinada, además del apoyo del grupo.

CONCLUSIONES

Es fundamental promover campañas de prevención en la escuela, antes del inicio del consumo. La carta europea contra el tabaco especifica que: "...cada niño y adolescente tiene derecho a ser protegido de todo tipo de promoción del tabaco y a recibir la ayuda educativa necesaria o de otra índole para resistir la tentación de empezar a consumir cualquier tipo de tabaco". Es necesario promover la realización de campañas publicitarias dirigidas a adolescentes y jóvenes. Es importante realizar una campaña que resalte el bienestar de los niños/as y jóvenes libres de tabaco. La formación de consejo y deshabituación antitabaco deberían ser consideradas en la formación de todo sanitario.

“CERO HUMO, POCO RIESGO”: EL RETO DE LOGRAR UN HOSPITAL, 100% LIBRE DE HUMO

 Lizzy Paola Cisneros Almeida; Beatriz Fidalgo Hermida; José Manuel Carrascosa Bernáldez; Constanza Rodríguez Gómez

 Hospital Universitario José Germain

Identificador: 777

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En nuestro hospital, atendemos a pacientes con trastorno mental grave (TMG) en el que los tipos de incidentes de seguridad (IS) notificados, muestran un patrón específico de riesgos muy diferente al de otros hospitales. En los últimos años, conscientes de que el tabaquismo es un grave problema de salud, hemos llevado a cabo diversas acciones para la implantación de una política de control del tabaco. Sin embargo, detectamos un número significativo de IS notificados, relacionados con pacientes que fumaban, clandestinamente en lugares no habilitados, representando el 63% del total de IS el 2022 y el 54% en el 2023. El común denominador en las notificaciones eran los datos aportados acerca de la causa probable del IS, señalando sobretodo la dificultad para hacer cumplir las políticas libres de humo entre los pacientes.

OBJETIVOS

Describir el proceso del diseño e implantación de un plan estratégico para minimizar el riesgo de eventos adversos asociados al tabaquismo en pacientes con TMG, ingresados en un hospital de mediana y larga estancia.

METODOLOGÍA

Tras la identificación de elevado número de IS notificados, relacionados con pacientes que fumaban en lugares no habilitados, los miembros de la Unidad Funcional de Riesgos sanitarios (UFRS) nos reunimos para valorar los potenciales eventos adversos asociados a estos IS y desplegar planes de mejora.

Detectamos como más frecuentes no solo el uso de mecheros en los conatos de incendio y los IS asociado a los enfrentamientos, peleas, trapicheos, etc, sino que contemplamos el riesgo a la exposición de humo del tabaco, perjudicial también para los pacientes y trabajadores que sin fumar están expuestos a él y los riesgos para la salud del propio paciente.

Implementamos un plan de mejora para abordar la problemática desde distintos ejes no solo para establecer unas normas de restricción tabáquica eficaz, sino también para evitar el riesgo al humo del tabaco, perjudicial para los pacientes y los profesionales que sin fumar estaban expuestas a él, además para promover hábitos de vida saludables y a tratamientos de deshabituación tabáquica.

RESULTADOS

Se dispone del protocolo aprobado, difundido y en fase de implantación. Las primeras evidencias son las siguientes: Los IS relacionadas con el consumo de tabaco han disminuido, En el periodo del 1 de enero al 31 de marzo del 2024 fueron de 98 IS notificados, en el 2025, en el mismo periodo han sido de 9 IS, estando en 6 de ellas implicado el mismo paciente.

CONCLUSIONES

En relación a la seguridad del paciente con enfermedad mental y pese a que la ley a día de hoy les permite fumar, creemos en el éxito de nuestra estrategia y el logro de un entorno hospitalario 100% libre de humo, no solo fundamentados en otras experiencias, que han encontrado respuestas favorables a la prohibición si no en la medida del trabajo conjunto y la implicación de todos los trabajadores. Son clave la sensibilización, la formación y la humanización.

IMPLANTACIÓN ENCUESTA SATISFACCIÓN DE PACIENTES COMO MEDICIÓN DE LA CALIDAD EN LA COCINA HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

 Severino González Álvarez-Cienfuegos ⁽¹⁾; Raquel Gómez Couto ⁽²⁾; M^a Begoña Pérez Martínez ⁽¹⁾; Paula Blanco Pardo ⁽¹⁾; Ivan Berdiales Menéndez ⁽¹⁾; Eva González Suárez ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Valle del Nalón; ⁽²⁾ 35591878E

Identificador: 778

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La alimentación no es solo un servicio básico de un hospital, sino que supone un elemento clave en la recuperación del paciente, además, la calidad del Servicio de Cocina impacta directamente en la experiencia del paciente durante su hospitalización. Esta comunicación presenta los resultados de una encuesta de satisfacción realizada a pacientes del Hospital Valle del Nalón para evaluar su percepción sobre este servicio.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue evaluar la satisfacción de los pacientes hospitalizados del Hospital Valle del Nalón con el Servicio de Cocina. Los objetivos específicos incluyeron analizar la valoración de diversos aspectos de la comida (presentación, variedad, calidad, temperatura, etc.) y obtener una valoración general del servicio.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta en papel a todos los pacientes ingresados con dieta basal (con y sin sal), obteniendo una tasa de respuesta del 61,83% (81 encuestas válidas de 131 enviadas). Se llevó a cabo durante cuatro semanas seguidas, con periodicidad de envío de un día por semana. El cuestionario incluyó preguntas sobre la evaluación de diferentes aspectos de la comida utilizando escalas de valoración. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, calculando puntuaciones medias y porcentajes de satisfacción.

RESULTADOS

La valoración general del Servicio de Cocina fue alta (8,67 de 10). Los aspectos mejor valorados fueron la limpieza de la bandeja y los cubiertos (9,44 de 10) y la temperatura de la comida (8,71 de 10). La cantidad de comida (8,11 de 10) y el horario del servicio (8,51 de 10) también obtuvieron puntuaciones elevadas. La presentación de la comida también fue bien valorada (8,40 de 10). En cuanto a la variedad del menú, la comida (8,77 de 10) y la cena (8,75 de 10) fueron las mejor valoradas. El desayuno (6,88 de 10) y la merienda (7,07 de 10) obtuvieron puntuaciones más bajas en este aspecto. La calidad general de la comida (7,92 de 10) y el sabor de la comida (7,84 de 10) recibieron valoraciones buenas en general, pero fueron ligeramente inferiores en comparación con otros aspectos. El sabor, fue el 2º ítem peor valorado.

CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta revelan alta satisfacción general de los pacientes con el Servicio de Cocina. Los aspectos mejor valorados fueron la limpieza de la bandeja y los cubiertos, la cantidad de comida y el horario del servicio. No obstante, la variedad del menú en el desayuno y la merienda, así como el sabor de la comida se identificaron como un áreas susceptibles de mejora. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para la optimización continua del Servicio de Cocina ofrecido a los pacientes. Tras el análisis de los resultados, tanto desde el propio Servicio como desde la Organización, se propusieron estrategias de mejora, como la implementación de un nuevo sistema de desayunos con una mayor variedad de alimentos, o la opción de que los pacientes puedan elegir su menú diario.

DEL INFORME A LA ACCIÓN: HERRAMIENTA INTERACTIVA PARA CONSULTA DE RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL

 MARIA JOSEFA DIAZ-MUÑOZ CRESPO; CRISTINA NAVARRO ROYO; SARA GONZALEZ MUÑOZ; Luisa Serpa Dos Santos Gonçalves Ferreira

 SUDIRECCION GRAL CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Identificador: 779

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El Registro de Actuaciones en Calidad (RAC) de un servicio regional de salud es una fuente valiosa, pero su volumen y formato estático limitaban la consulta ágil y su utilidad. En un entorno que demanda respuestas rápidas y basadas en datos, se ha desarrollado una herramienta digital interactiva que transforma un documento estático en un buscador dinámico, facilitando el acceso, análisis y uso de la información.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de esta iniciativa es facilitar el acceso, comprensión y explotación de los datos del RAC, mejorando su utilidad para la toma de decisiones.

A finales de 2024 se solicitó en formularios diseñados al efecto las actuaciones de calidad desarrolladas por la Gerencia y las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, 34 hospitales, un servicio de emergencias extrahospitalarias, una unidad central de radiodiagnóstico y un centro de transfusión. Los datos, se integraron en una base de datos global y fueron sometidos a riguroso proceso de limpieza y estandarización. En seis meses (octubre 2024-mayo 2025), se desarrolló un buscador interactivo en Microsoft Excel, garantizando accesibilidad sin licencias adicionales. La validación inicial se realizó con coordinadores de calidad. Los usuarios objetivo son gerencias y responsables de calidad, con acceso desde la web corporativa y sin necesidad de formación. El desarrollo incluyó un piloto inicial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La herramienta se estructura en diez 10 pestañas temáticas: Planes y documentación, Acreditaciones, Certificaciones, Comisiones clínicas, Grupos de mejora, Encuestas y estudios cualitativos, Jornadas y premios organizados, Premios recibidos y sellos EFQM, Prácticas exportables y Resumen.

Las funcionalidades permiten una búsqueda rápida por texto libre y por gerencias que han mejorado la localización y comprensión de la extensa información incluida: más de 500 acreditaciones y 600 certificaciones, 488 encuestas y estudios cualitativos a pacientes y familiares, más de 1000 comisiones clínicas y grupos de mejora constituidos, 576 premios recibidos y cerca de 600 prácticas exportables. El contador numérico en el “Resumen” ofrece una visión numérica instantánea de las temáticas del RAC en cada centro. Aunque el tiempo es breve para evaluar el impacto cuantitativo, la herramienta ya facilita la identificación de experiencias exitosas, detección de oportunidades de mejora y fomento del aprendizaje compartido, posicionándose como un recurso vital para la toma de decisiones y la mejora continua.

La herramienta ha logrado facilitar el acceso y la comprensión de los datos, pasando de un informe estático a una herramienta dinámica. Este proyecto en Excel destaca la viabilidad de crear soluciones de alto impacto con tecnologías accesibles, subrayando la importancia de la actualización informática. Las líneas futuras incluyen el seguimiento del uso y la exploración de nuevas funcionalidades o la expansión a otros registros.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y LA NORMA ISO EN UN HOSPITAL DEL SEGUNDO NIVEL.

 M^aVictoria Olalla Martín; Joaquin González Revaldería; Patricia Fernan Perez; Nuria García Montes; Zita Quintela Gonzalez

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 782

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Gestión de la Calidad es actualmente parte integrante de la atención sanitaria. Dentro de los sistemas de certificación de la gestión de la calidad destaca la norma ISO 9001 siendo de amplia implantación en las organizaciones sanitarias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la estrategia de implantación de los sistemas de gestión de la calidad en un hospital de segundo nivel. Para ello, se realiza un análisis descriptivo de la evolución histórica de la implantación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 1999 se realiza el primer Plan Estratégico del hospital cuya línea estratégica 4 hablaba de promover los sistemas de gestión de la calidad. A partir del año 2000 se comienza una formación, principalmente en los servicios centrales. En el año 2006 se certifican las primeras Unidades del Hospital: Banco de Tejidos y Extracciones (se amplía, posteriormente, a Análisis Clínicos). Tras ellos, Banco de Sangre, Microbiología, Telemedicina y Unidad de Obesidad Mórbida.

En ese momento se decide que el hospital está suficientemente maduro para emprender el abordaje de implantar sistemas de gestión de la calidad en servicios asistenciales. Así, en el periodo 2009-2014 se certificó el Servicio de Urgencias (incluida Ginecología y Pediatría), Admisión, Atención al Paciente, Suministros, y Cuidados enfermeros en hospitalización médica y en el área quirúrgica. Más adelante (periodo 2015-2020) se incluyeron, Bloque Quirúrgico, Cuidados Paliativos, Unidad de Quemados, Alergología, Cuidados enfermeros en el parto, parto y postparto, Ortopedia infantil, Seguridad, Farmacia y Laboratorio de hematología.

En una última fase se han certificado la Jefatura de personal subalterno, Mortuorio, Diálisis, Neurofisiología, Medicina Nuclear, Unidad de Vértigo llegando a ser 25 unidades certificadas.

En la actualidad participan en los sistemas de gestión de la calidad más del 85% de los trabajadores del hospital y el sistema de ingreso de un paciente está en todo momento bajo un área con sistema de gestión de la calidad certificado.

Durante todo el periodo ha habido un apoyo claro y explícito por parte de la dirección del hospital.

La implantación de la Gestión por Procesos aporta conocimiento y favorece el trabajo en equipo.

La medida de los indicadores de proceso da información sobre el funcionamiento de los mismos y ayuda a diseñar mejoras y objetivos de calidad.

Las dificultades con las que se encuentran las unidades y servicios acreditados son el sobre todo el manejo de la documentación, que a veces se percibe como excesiva y que conlleva trabajo extra, y el crear una cultura de calidad en las unidades que se van a certificar. Asimismo, se detectan dificultades en la implantación de mejoras a nivel estructural o de presupuestos.

La implicación de la Unidad de Calidad ha sido fundamental para este proceso ya que además de asesorar a los responsables de Calidad de cada Unidad realiza cursos orientados al conocimiento y la implantación de la Norma.

GESTIÓN DE RECLAMACIONES HOSPITALARIAS. REVISIÓN DE CIRCUITOS Y MEJORAS

 Oscar Cruz Salgado; Jesús Cárcamo Baena; Carmen Martín Robledo; Mercedes Román Fuentes; Natalia Casasola Luna; Carmen Barroso Gutiérrez

 Hospital Universitario Virgen Macarena

Identificador: 783

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cualquier persona física o jurídica que en sus relaciones con los servicios que presta el Sistema Sanitario en nuestra Comunidad Autónoma considere que ha sido objeto de anomalía como consecuencia de un supuesto mal funcionamiento de estos, tiene derecho a presentar una reclamación, a formular las sugerencias de mejora que estime oportunas y a recibir una adecuada respuesta en tiempo y forma.

El procedimiento establecido, indica que el centro directivo competente para resolver debe dar respuesta a las reclamaciones y sugerencias en el plazo de 15 días hábiles (salvo excepciones en las que el plazo se puede ampliar hasta 30 días), a contar desde la fecha de entrada del documento. Toda reclamación o sugerencia una vez recibida, debe registrarse a través de la aplicación RESUELVE que permite un seguimiento centralizado de las mismas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nos planteamos como objetivo mejorar el circuito existente para reducir los plazos de respuesta de las reclamaciones recibidas.

- Para ello, la dirección de enfermería en coordinación con la Unidad de Calidad y Unidad de Atención al Usuario acuerdan realizar un seguimiento más estrecho de las reclamaciones, contando con la información centralizada en la plataforma RESUELVE, se amplió el perfil de acceso a la Unidad de Calidad para que pudiera consultar la información con mayor frecuencia, y hacer un seguimiento de las reclamaciones pendientes de contestar.
- Se acuerda también, informar periódicamente a los responsables, remitiendo correos electrónicos recordatorios a aquellas especialidades con reclamaciones cuyos plazos de respuesta estaban próximos a los 15 días con objeto de poder contestar a las reclamaciones en tiempo y forma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se muestran a continuación los resultados de los años 2022 y 2023 previos a la mejora del circuito y de 2024 tras la intervención:

Los datos globales del centro muestran un nº total de reclamaciones en 2022 de 2740, con un tiempo medio de respuesta de 27,6 días hábiles y un % de expedientes finalizadas en plazo del 48,1%.

En el año 2023 el nº total de reclamaciones fue de 3504 con un tiempo medio de respuesta de 23,9 días hábiles y un % de expedientes finalizadas en plazo del 48%.

En el año 2024, el nº de reclamaciones fue de 3922, con un tiempo medio de respuesta de 7,98 días hábiles y un 94,4% de expedientes finalizadas en plazo.

Disponemos de la información desagregada por especialidad en la que se evidencia una mejora similar, disminuyendo considerablemente el tiempo de respuesta, no siendo en ninguna especialidad durante 2024 superior a los 15 días.

La puesta en marcha de este circuito de seguimiento continuado han permitido mejorar considerablemente los tiempos de respuesta a pesar del incremento en el nº de reclamaciones en los últimos años.

Nos planteamos como siguiente línea de trabajo establecer circuitos ágiles de respuesta a pacientes que interponen reclamaciones que no deberían llegar a tramitarse si se les da respuesta a los problemas planteados en el momento, p.ej: gestión de citas.

OPTIMIZACIÓN EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE COCLEAR

😊 *Fco Javier Olarieta Soto; Beatriz Delgado Vargas; Karla Natali Montaña Rueda; Mercedes Vinuesa Sebastián*

 Hospital Universitario de La Princesa

Identificador: 784

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El implante coclear es un dispositivo que permite rehabilitar hipoacusias severas y profundas. Se trata de un recurso costoso que mejora significativamente la calidad de vida. Sin embargo, se trata de un proceso diagnóstico- terapéutico complejo y prolongado para el paciente que implica a múltiples profesionales.

OBJETIVOS

Optimizar el proceso del implante coclear mediante el uso adecuado de la resonancia magnética (RM) y la sincronización de citas diagnósticas. Los objetivos específicos son:

1. Adecuar la solicitud de RM en candidatos a implante
2. Reducción de citas en el proceso diagnóstico del candidato a implante coclear.

METODOLOGÍA

1. Identificación de aquellos pacientes en los que por sus antecedentes o características clínicas puedan tener: Hipoacusia de origen retrococlear, otosclerosis avanzada, antecedente de laberintitis, antecedente de meningitis bacteriana o clínica de hipoacusia inmunomediada.
2. Realización de TC de peñascos a TODOS los pacientes que presenten indicación audiológica para la realización de implante coclear. (excluimos de realización de prueba de imagen a aquellos que no tiene indicación clínica de implante en la primera valoración en la unidad aunque se les vaya a realizar seguimiento porque en el futuro pudieran serlo.)
3. Realización de resonancia magnética a aquellos pacientes que presenten indicación audiológica para realizar implante coclear con antecedentes bien documentados de otosclerosis avanzada, laberintitis, meningitis bacteriana o hipoacusia autoinmune o que presenten sospecha clínica de hipoacusia retrococlear
4. Realización de resonancia magnética a aquellos pacientes que en el TC de peñascos realizado muestren signos de fibrosis u osificación coclear aunque no se hayan identificado previamente los antecedentes señalados en el punto 3.
5. Coordinación de las pruebas audiológicas y la primera consulta en los pacientes candidatos a implante coclear.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con las optimización implementada han sido:

1. Disminución del tiempo entre primera visita a la unidad e implantación de en torno a 3 meses.
2. Reducción de la resonancia magnética en pacientes candidatos a implante coclear en un 50%.
3. Reducción de las pruebas radiológicas en conjunto en 30%.

CONCLUSIONES

La optimización del proceso diagnóstico en los pacientes candidatos a implante coclear supone una mejora en el uso de los recursos disponibles, con un ahorro en pruebas y citas no imprescindibles, que redundan en una disminución del tiempo del proceso diagnóstico y mejora de la eficiencia en la unidad de implantes cocleares.

MEJORA EN LA PERCEPCION DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS TRAS LA ESTANDARIZACIÓN DEL CONTROL POR ENFERMERÍA

 *Natalia Casasola Luna; Carmen Barroso Gutiérrez; Mercedes Román Fuentes; Oscar Cruz Salgado; Jesús Cárcamo Baena*

 *Hospital Universitario Virgen Macarena*

Identificador: 785

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes hospitalizados es el dolor, que aparece en múltiples patologías de diferente nivel de gravedad e intensidad. El hospital ha puesto en marcha en los últimos años una serie de objetivos para fomentar el uso y registro de escalas de valoración del dolor por parte de enfermería en los pacientes hospitalizados. Tras estas medidas, se quiere analizar si estas mejoras han tenido un reflejo en la calidad percibida por el paciente respecto al dolor.

OBJETIVOS

Exponer los resultados del registro de las valoraciones iniciales de dolor y seguimiento a las 24h en la historia clínica por el personal de enfermería, frente a la percepción del usuario con respecto al dolor durante su estancia en el hospital, así como analizar la correlación entre ambas variables.

METODOLOGÍA

El personal de enfermería utiliza escalas validadas para medir el dolor quedando registro en la historia de salud (ej.escala EVA). Se miden de forma automatizada indicadores mensuales de cumplimentación de registros en al historia clínica. Las supervisoras de enfermería analizan los datos mes a mes, definiendo áreas de mejora en caso necesario.

La población incluida son pacientes ingresados más de 24h en el hospital. Que suponen 31128 pacientes en 2021, 33082 pacientes en 2022, 33792 pacientes en 2023, 34216 pacientes en 2024.

El hospital dispone de una encuesta en formato electrónico, que los usuarios reciben en un SMS tras el alta. Se ha incluido una pregunta específica del dolor con la siguiente estructura: ¿Ha tenido dolor durante su estancia?, con opciones de respuesta: No; Sí, lo trataron y se controló; Sí, lo trataron pero no se controló; Sí, no lo trataron. El número de cuestionarios cumplimentados por los pacientes fue de 389 encuestas en el año 2021, 2045 en el año 2022, 3839 en el año 2023 y 3792 en el año 2024.

Diseño descriptivo observacional transversal.

RESULTADOS

de los registros de enfermería respecto a registro de Episodios con valoración del dolor en 24h: 18.63% (2021), 54.71%(2022), 70.23%(2023), 73.58%(2024) y respecto a registro de Episodios con valoración en 24h con dolor controlado: 81.72% (2021), 82.75%(2022), 85.72%(2023), 88.89%(2024).

Resultados de la encuestas, agrupados el total de pacientes que refieren que no tuvieron dolor, o lo tuvieron pero este se controló: 87,54%(2021), 93,94%(2022), 93,3%(2023), 94,64%(2024).

Con fórmula de Pearson, comparando las variables registro enfermería dolor controlado24h vs pacientes sin dolor o con dolor controlado, coeficiente de correlación (r) de 0.982. Existe una correlación positiva entre ambas variables.

Esto sugiere que la evaluación temprana y sistemática del dolor es un factor clave para lograr un manejo más efectivo y satisfactorio del mismo desde la perspectiva del paciente, contribuyendo de forma importante a una mejor experiencia de los pacientes durante la hospitalización, que se refleja en una mayor porcentaje de pacientes que no tienen dolor durante su estancia.

INFLUENCIA DE LA ENFERMERA DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS DATOS OBJETIVOS DE MEJORA DE LOS PACIENTES

 Sandra Rojo Rozada; Elena Zamora Montes; Irene Alvarez Sanchez; Paula Granda Villalobo; Laura Menendez Alvarez; Sara Alvarez Gento


Hospital Valle del Nalón

Identificador: 786

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La creación de unidades de Insuficiencia Cardíaca con un diseño multidisciplinar que incluya al profesional de enfermería, ha permitido mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y racionalizar los recursos utilizados.

La titulación de fármacos en la IC correspondía únicamente al médico pero cada vez más se cede esta función a la enfermera. Diversos estudios han demostrado que puede titular adecuadamente si se realiza siguiendo un protocolo establecido y bajo supervisión médica cuando se requiere, sometiendo al paciente a una vigilancia clínica estrecha que incluya seguimientos periodicos por parte de la enfermera de la consulta para realizar los reajustes necesarios.

OBJETIVOS

El objetivo es determinar si existe relación entre el número de consultas de enfermería realizadas y el número de pacientes que consiguiera titular a dosis máximas dos o más fármacos y si estos tienen mayor porcentaje de recuperación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), con lo que mejoraría su calidad de vida y se modificaría el transcurso natural de la enfermedad lo que reduciría la tasa de hospitalización y mortalidad.

METODOLOGÍA

estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo.

pacientes tratados en la unidad de IC de cardiología (103) durante los primeros seis meses de su puesta en marcha (octubre 2023-marzo 2024).

Se recogen de la historia clínica digital los siguientes datos: edad, sexo, FEVI al diagnóstico y a los 6 meses de consulta, número de consultas de enfermería realizadas, número de fármacos pronósticos que se introducen y dosis máxima de fármacos alcanzadas.

El análisis estadístico fue con chi2

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Todos nuestros pacientes reciben educación sobre la enfermedad para reconocer síntomas de descompensación y su abordaje.

Aquellos que alcanzan una titulación a dosis máxima de al menos dos fármacos pronósticos tienen una mayor respuesta positiva, con mayor frecuencia de mejoría de la fevi>40%.

En nuestro estudio los pacientes que recibieron un mayor número de consultas con la enfermera fueron también los que tuvieron una mayor probabilidad de alcanzar dosis máxima en al menos dos grupos terapéuticos pronósticos

Concluimos que las unidades de IC con participación activa de las enfermeras permiten un manejo holístico, seguro y eficiente de esta patología.

Se debe implementar el aumento de consultas con la enfermera en la educación y titulación de fármacos ya que influyen positivamente en alcanzar la dosis máxima en mayor número de fármacos, lo que se traduce en más pacientes con fevi mejorada. Permiten que los pacientes conozcan los síntomas de descompensación de la enfermedad y tengan herramientas para manejarlos precozmente lo que conlleva un descenso del número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, mejora el pronóstico a largo plazo y reduce la mortalidad. En definitiva incrementando su autonomía y calidad de vida.

PLAN DE PROTECCIÓN DE SECUESTRO Y ROBO DE POBLACIÓN PEDIÁTRICA “NO ME DEJES SOLO”

 Antonio Ruiz García ⁽¹⁾; Dolores Canet García ⁽²⁾; Celia Sánchez Mullor ⁽¹⁾; Israel González Fernández ⁽¹⁾; Maria Pilar Cabrera Sevilla ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Vithas Almería; ⁽²⁾ Hospital Vithas Almería

Identificador: 787

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente pediátrico es prioritaria, especialmente ante riesgos como desapariciones o secuestros. La Joint Commission International (JCI) los considera eventos centinela y recomienda medidas como identificación con pulseras, control de accesos y formación continua. Aunque no exige simulacros, sí promueve planes de seguridad con evaluación de riesgos y participación familiar. En este contexto se desarrolló el plan “No me dejes solo”, implementado entre 2023 y 2025, alineado con buenas prácticas internacionales.

OBJETIVOS

Objetivo principal: prevenir desapariciones o secuestros de menores hospitalizados.

Objetivos específicos:

1. Reforzar la identificación inequívoca de menores y adultos responsables.
2. Garantizar el acompañamiento continuo de los menores.
3. Controlar y restringir accesos a unidades sensibles.
4. Entrenar al personal mediante simulacros anuales.
5. Sensibilizar a familias mediante material gráfico y sesiones informativas.
6. Reducir el nivel de riesgo sanitario

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental pre-post. Se analizó el riesgo mediante matriz de triple factor. Se implantaron medidas organizativas, educativas y tecnológicas: identificación con pulseras y tarjetas, control de accesos, simulacros y formación. Se evaluaron indicadores antes y después de la intervención (2023–2025), con seguimiento anual y auditorías observacionales

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2023 se identificaron deficiencias en la identificación de pacientes pediátricos y sus acompañantes, con solo un 66,7 % de menores correctamente identificados. La implantación de impresoras de pulseras y la formación al personal de admisión mejoraron progresivamente el cumplimiento, alcanzando el 100 % en 2025. Antes de la intervención, no se registraban los adultos responsables, lo que dificultaba el control de accesos y la comunicación clínica. Tras la implementación del plan, el 83,3 % de los padres portaban tarjeta identificativa. La mejora en el acompañamiento redujo los incidentes, reforzando la importancia del rol activo de los cuidadores. Se reforzaron barreras físicas y alarmas en zonas sensibles, reduciendo los accesos no autorizados del 10 % al 5 %. Los simulacros anuales permitieron evaluar la respuesta del personal, con un 100 % de roles activados correctamente en 2025. El folleto “No me dejes solo” mejoró la implicación familiar: el 97,1 % recomendaría el centro por su seguridad pediátrica. El análisis de riesgos mediante matriz de triple factor clasificó inicialmente el riesgo como “Alto/Crítico” (factor 32). Tras aplicar medidas organizativas, educativas y tecnológicas, el riesgo se redujo a “Medio/Vigilar” (factor 16), manteniéndose estable tras un año de seguimiento. Aunque el impacto potencial sigue siendo muy grave, el plan ha demostrado ser eficaz, sostenible y alineado con los estándares internacionales de seguridad del paciente.

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: CUÁNDO SE INICIA Y FACTORES ASOCIADOS

 EDUARDO MILLAN ORTUONDO ⁽¹⁾; AITZIBER ETXAGIBEL GALDOS ⁽¹⁾; Inés Garmendia Navarro ⁽²⁾; Tamy Goretty Trujillo Escobar ⁽³⁾; Julián Librero López ⁽⁴⁾; NEKANE JAIO ATELA ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ OSAKIDETZA; ⁽²⁾ GOBIERNO VASCO; ⁽³⁾ BIOEF; ⁽⁴⁾ NAVARRABIOMED; ⁽⁵⁾ ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA BARRUALDE-GAL-DAKAO

Identificador: 788

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Existen fármacos efectivos para mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), aunque se estima que la adherencia al tratamiento no es óptima. Determinar dónde se inicia el tratamiento pero también la frecuencia de suspensión de los mismos ayudaría a conocer la realidad y establecer intervenciones para mejorar la adherencia a las recomendaciones

OBJETIVOS

Describir cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico, cuándo se inician los tratamientos y determinar diferencias según morbilidad y factores demográficos

METODOLOGÍA

Cohorte retrospectiva de pacientes con primer ingreso (2016-2017) por IC y fracción de eyección reducida en los hospitales del Servicio de Salud de una CCAA. Fueron seguidos durante 6 meses o hasta fallecimiento. Se obtuvieron el porcentaje de personas que durante el seguimiento iniciaron y/o suspendieron tratamiento con betabloqueantes e IECA/ARA2 y el nivel asistencial donde ocurrió. Se realizaron subanálisis por edad, sexo e Índice de Charlson.

RESULTADOS

Al final del seguimiento (1540 pacientes, mediana 79 años; 33% mujeres), el 70% y el 63% estaban en tratamiento con BB e IECA/ARA2, respectivamente. Este porcentaje decrece con la edad (88% y 90% con BB e IECA/ARA2 en menores de 55 años vs 55% y 45% en mayores de 84) y la comorbilidad (83% y 76% con BB e IECA/ARA2 en Charlson de 1 vs 63% y 51% en Charlson de 6 o más). En hombres el porcentaje fue de 70% y 65% con BB e IECA/ARA2 frente a 71% y 59% en mujeres. De los que iniciaron el tratamiento durante el seguimiento, el 80% lo hizo durante el ingreso y el 20% tras el alta. A mayor edad y comorbilidad el porcentaje de inicios durante la hospitalización se redujo (81% y 87% para BB e IECA/ARA2 en menores de 55 vs 76% y 78% en mayores de 84; y 84% y 84% para BB e IECA/ARA2 en Charlson de 1 vs 67% y 71% en Charlson de 6 o más). En hombres fue de 79% y 77% para BB e IECA/ARA2 frente a 81% y 85% en mujeres.

La suspensión de los tratamientos ocurrió en mayor proporción en los IECA/ARA2, principalmente tras el alta (17% y 8% de retiradas tras el alta de IECA/ARA2 y BB vs 3% y 3% durante el ingreso). La probabilidad de suspensión tras el alta aumentó a mayor edad, sobre todo IECA/ARA2 (4% y 5% para BB e IECA/ARA2 en menores de 55 vs 10% y 29% en mayores de 84), tendencia similar con la morbilidad (2% y 9% para BB e IECA/ARA2 en Charlson de 1 vs 14% y 24% en Charlson de 6 o más). Por sexo no hubo diferencias importantes.

CONCLUSIONES

En esta cohorte con pacientes ingresados por IC en hospitales un porcentaje importante no estaba en tratamiento con los fármacos recomendados. Sin embargo, su asociación con la edad y la morbilidad, además del porcentaje elevado de suspensiones en estos grupos podría estar indicando dificultades importantes para la implementación de estos fármacos en vida real, aunque por otro lado, el bajo porcentaje a los que se les inicia el tratamiento tras el alta sugiere cierto problema de inercia terapéutica.

CAMBIO HACÍA LABORATORIO VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE AUTOMATIZACIÓN DE LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS

 Antonio Rezusta López ⁽¹⁾; Joanna Cieloszyk Lubian ⁽²⁾; David Badenas Alzugaray ⁽²⁾; Diego Ortega Larrea ⁽¹⁾; Pilar Palacian Ruiz ⁽¹⁾; Matilde García Gallo ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Miguel Servet; ⁽²⁾ IIS Aragón

Identificador: 789

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El objetivo del cambio fue mejorar la seguridad del paciente, disminuir la carga de trabajo y mejorar la seguridad de los trabajadores, así como reducir la cantidad de residuos generados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En el año 2021, el laboratorio de serología del Hospital Universitario Miguel Servet se automatizó con Cobas® p612 y COBAS® e801 (Roche Diagnostics). Además, se reorganizó el laboratorio y el procedimiento, automatizando la distribución de muestras. Se evaluó el proceso, analizando datos de los años previos (2019) y posteriores a la implementación (2023), utilizando Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Al analizar la mediana del tiempo de validación de las muestras en los períodos pre y post-automatización, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Año 2019 1 día 3 horas y 45 minutos con 145,921 muestras procesadas
- Año 2023 1 hora y 44 minutos con 190,940 muestras procesadas

En cuanto a la gestión de residuos, en 2019 se utilizaban 24 garrafas de plástico (GP) de 10 litros y 119 de 25 litros, lo que suponía un total de 142,9 kg de plástico al año. En 2024, estas cifras se redujeron a 13 y 20 GP respectivamente, con un peso total de plástico de 28,5 kg. Esto representa una disminución anual de 114,4 kg de plástico.

Entre las mejoras implementadas, destaca la instalación de un depósito para soluciones acuosas, equipado con un sistema de aviso luminoso: luz naranja cuando es necesario vaciarlo y luz roja cuando está lleno. Asimismo, se incorporó un techo fonoabsorbente y un sistema de iluminación que se ajusta a la luz natural, permitiendo reducir a la mitad el uso de fluorescentes en días soleados.

Además, se implementó un sistema de control automático de reactivos, lo que facilitó la actividad diaria del personal, mejoró su bienestar y disminuyó el volumen de reactivos caducados. Estas medidas contribuyen tanto a la sostenibilidad ambiental como a la eficiencia económica del laboratorio.

Como resultado global, se logró la reasignación de una persona a otras funciones y, de manera destacada, no se han vuelto a registrar casos de tendinitis entre el personal desde la implementación de estos cambios.

La implementación de un sistema automatizado ha supuesto una mejora clara en el procesamiento de muestras de serología. Los resultados, que anteriormente requerían más de un día, ahora se obtienen en pocas horas dentro de la misma jornada, optimizando los tiempos de respuesta y la calidad asistencial.

En el ámbito de la sostenibilidad, la sustitución de garrafas de plástico y la reorganización del espacio han tenido un impacto positivo tanto ecológico como funcional. Las estrategias aplicadas —automatización en el manejo de residuos, control de reactivos, iluminación eficiente y reducción del esfuerzo físico— han contribuido a disminuir el uso de plásticos, prevenir lesiones y mejorar el entorno laboral. Estas mejoras reflejan un avance hacia un laboratorio más seguro, eficiente y sostenible.

INDICADORES DE DESEMPEÑO AMBIENTAL: TRANSFORMACIÓN SANITARIA BASADA EN DATOS

 MARIA JOSEFA DIAZ-MUÑOZ CRESPO; ALBERTO PARDO HERNANDEZ; Luísa Serpa Dos Santos Gonçalves Ferreira

 SUBDIRECCION GRAL CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Identificador: 790

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La gestión ambiental en el sector sanitario enfrenta el desafío de convertir un volumen masivo de datos en información útil y accionable para cada centro. Los hospitales de un servicio regional de salud han recopilado indicadores ambientales (consumos, residuos, etc.) desde 2012, pero su formato original no facilitaba un diagnóstico contextualizado del desempeño individual ni su uso para la mejora. Este trabajo responde a la necesidad de dotar a cada hospital de una herramienta de autodiagnóstico ambiental, transformando datos históricos en informes evolutivos individualizados. Estos informes innovan al permitir la comprensión de la trayectoria propia del hospital y su comparación con la mediana de su grupo de complejidad, ofreciendo una visión estratégica a largo plazo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar e implementar un sistema centralizado de desempeño ambiental que integre datos consolidados de hospitales, permitiendo la comparación interactiva intercentro y facilitando la toma de decisiones basada en indicadores.

Estudio retrospectivo (2012-2024) de 34 hospitales de un servicio regional de salud, categorizados por complejidad, que ha permitido desarrollar un modelo automatizado (Excel). Este integra, estandariza y valida más de 5300 registros de diversos indicadores ambientales, como consumos energéticos (electricidad, gas, combustibles), hídricos, generación de residuos (no peligrosos, bio-sanitarios, químicos, citotóxicos) y consumo de papel. El modelo genera diversos cuadros de indicadores evolutivos individualizados y por grupo de complejidad que permiten la comparación con la mediana del grupo y análisis de sus desviaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La iniciativa culmina en una herramienta innovadora que facilita los datos históricos de desempeño ambiental hospitalario. Convierte información crítica de consumos (agua, electricidad, gas, papel) y generación de residuos (peligrosos y no peligrosos) en un recurso visual y estratégico.

La herramienta facilita a cada hospital la visualización intuitiva de su trayectoria ambiental, superando la dispersión de datos. Destaca su capacidad de comparación interanual y visualización de desviaciones respecto a la mediana del grupo de complejidad. Esto permite un benchmarking robusto, identificando patrones y oportunidades de mejora accionables, dotando a los centros de una comprensión contextualizada de su gestión ambiental.

Esta iniciativa transforma una década de datos ambientales en un sistema interactivo y accesible, esencial para la toma de decisiones. Además, promueve la cultura ambiental, fomentando la sensibilización y el compromiso del personal. Este proyecto demuestra cómo la innovación digital y el rol del dato ambiental son pilares para la calidad asistencial y la transformación sanitaria. Su escalabilidad y replicabilidad en otros sistemas sanitarios sientan un precedente para una gestión ambiental hospitalaria más inteligente y proactiva, consolidándose como un cuadro de indicadores de referencia.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.

 Carlos Francisco Adán Tomás ⁽¹⁾; Gracia María Muñoz Marín ⁽¹⁾; Estela Bernabeu Pérez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Vithas Valencia Consuelo; ⁽²⁾ Estudiante de Farmacia de la UV

Identificador: 791

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Evaluar el impacto en el consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) tras la implantación de un programa de terapia secuencial en dos etapas: Una primera etapa donde se realizó recomendación farmacéutica de secuenciación a vía oral y una segunda etapa donde se realizó intervención farmacéutica directa. Adicionalmente, se evaluó el impacto económico del programa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 3 años de duración (2022-2024). Como variable principal se analizó el impacto en el consumo de IBP tras la implantación de un programa de terapia secuencial en el paciente hospitalizado no crítico, frente al periodo previo a su implantación (2022). En una primera etapa (2023) se identificaron los pacientes y se informó al médico mediante hoja informativa adjuntada a la historia clínica; en una segunda etapa (2024) se realizó el intercambio terapéutico, informando al médico de la modificación a través de historia clínica electrónica. Para el cálculo del consumo se utilizó las dosis diarias definidas (DDD) por cada 100 estancias. Para el cálculo estadístico se utilizó el test de ANOVA. Se comprobó la normalidad con el test Shapiro-Wilk y la homocedasticidad con la prueba de Bartlett. El análisis estadístico se realizó con el aplicativo R.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante 2023, se observó, frente a 2022, un descenso del consumo (DDD/100 estancias) de IBP intravenoso (103,6 [IC95 91,7-115,5] frente 116,0 [IC95 102,3-129,8]), y un aumento del consumo total de IBP (181,1 [IC95 168,3-193,9] frente 177,5 [IC95 160,4-194,6]), aunque no estadísticamente significativo ($p=0,229$ y $p=0,911$), así como un aumento estadísticamente significativo del consumo de IBP oral (77,5 [IC95 70,6-84,3] frente 61,5 DDD [IC95 55,0-68,0], $p=0,002$). Durante 2024, se observó, un descenso estadísticamente significativo del consumo de IBP intravenoso y del consumo total de IBP, frente a 2022 (60,1 [51,7-68,4] frente 116,0 [IC95 102,3-129,8], $p<0,0001$; y 134,4 [IC95 125,5-143,4] frente 177,5 [IC95 160,4-194,6], $p<0,0001$), como frente a 2023, (60,1 [51,7-68,4] frente 103,6 [IC95 91,7-115,5], $p<0,0001$; y 134,4 [IC95 125,5-143,4] frente 181,1 [IC95 168,3-193,9], $p<0,0001$). Se observó un aumento estadísticamente significativo en el consumo de IBP oral frente a 2022 (74,4 [IC95 67,4-81,4] frente 61,5 [IC95 55,0-68,0], $p=0,015$), no así frente a 2023 (74,4 [IC95 67,4-81,4] frente 77,5 [IC95 70,6-84,3], $p=0,757$).

El programa de terapia secuencial basado en intervención farmacéutica resultó más eficaz en conseguir un descenso en el consumo de IBP intravenoso y del total de IBP, tanto frente a la no intervención como frente a la recomendación farmacéutica, así como un aumento del consumo de IBP oral frente a la no intervención. Adicionalmente, resultó en una reducción significativa del coste de IBP cada 100 estancias frente a la no intervención y frente a la recomendación farmacéutica.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE VOLUNTARIADO EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL

 Laura Ruiz Serrano ⁽¹⁾; Guadalupe Mancheño Sánchez. ⁽²⁾; Lizzy Cisneros Almeida ⁽³⁾; Jose Diéguez Gomez ⁽⁴⁾; José Manuel Carrascosa Bernaldez ⁽⁴⁾; Concepción BARO SANTAMARTA ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Asociación Salud y Alternativas de vida (ASAV); ⁽²⁾ Punto de Información al Voluntariado del Ayuntamiento de Leganés.; ⁽³⁾ Hospital U. José Germain; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario José Germain; ⁽⁵⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN

Identificador: 792

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Tomando como referencia la definición de voluntariado” es el conjunto de actividades de interés general desarrolladas por personas físicas en el seno de organizaciones públicas o privadas que tengan un carácter libre, gratuito y solidario”.

El voluntariado va dirigido a los pacientes que presenta un trastorno mental grave (TMG) que necesitan ingresos prolongados, requiriendo durante su estancia acompañamiento, apoyo social y comunitario. Con el objetivo de favorecer su autonomía y bienestar personal, fortaleciendo su integración en la comunidad e independencia y desde el reconocimiento de sus capacidades.

OBJETIVOS

Diseñar un Proyecto de intervención del voluntariado, orientado a la atención de los pacientes con TMG ingresados en unidades de hospitalización de media y larga estancia de salud mental. Con el fin de lograr una mayor calidad de vida, facilitando el acompañamiento, apoyo social y comunitario.

Metodología: Primero se realiza un análisis de contexto para conocer el tejido asociativo y de voluntariado a nivel local, buscando posibles instituciones implicadas con las que colaborar. Posteriormente elaboración de un acuerdo de colaboración entre Hospital, Ayuntamiento y una Asociación. Se definen las funciones del voluntariado, se planifican encuentros formativos en los que participaran pacientes, el Punto del Voluntariado Municipal y la Escuela de Animación de la Comunidad de Madrid. Por último, se seleccionan los voluntarios y las actividades a realizar, en función de las necesidades de los pacientes

RESULTADOS

Se dispone de un acuerdo entre el hospital, ayuntamiento, a través del Punto de Información del Voluntariado Municipal y una asociación de paciente y familiares de salud mental.

Se han definido las funciones y actividades a realizar, se ha planificado la selección de voluntarios, durante los meses de agosto y septiembre. En octubre se realizará el encuentro formativo titulado “Acompañamiento a personas con problemas de salud mental”. La actividad formativa será impartida por miembros de la asociación, profesionales del hospital y del punto de información del voluntariado municipal y pacientes con TMG.

CONCLUSIONES

Las actividades están encaminadas al acompañamiento de actividades lúdicas, ocio, tiempo libre y citas médicas, que no precisen de otro tipo de supervisión y siempre que la persona lo desee y demanden.

Este tipo de programas ayudaran a profundizar, en el conocimiento del voluntariado, en el ámbito de la salud mental y a reflexionar sobre su papel y efectos en cuanto a la humanización y erradicación, del estigma asociado a la enfermedad mental. Además, mejorará la calidad de vida de los paciente con TMG ingresados en el hospital y será fundamental para la consolidación y optimización de la coordinación y corresponsabilidad, con todos los agentes sociocomunitarios, implicados en la mesa de convivencia municipal y la adhesión de otras entidades del tejido asociativo y del trabajo en red comunitario.

DE LA GESTACIÓN AL POSTPARTO: UN ENFOQUE INTEGRADO Y DIGITALIZADO EN LA ATENCIÓN PERINATAL

😊 MARIA TERESA MADRID CONDE ⁽¹⁾; IDOIA RUIZ LEGARRETA ⁽²⁾; AITZIBER ETXAGIBEL GALDOS ⁽¹⁾; JOSE ANGEL SANCHO ESTERAS ⁽¹⁾; MIGUEL ANGEL OGUETA LANA ⁽¹⁾; MARIA OVIEDO MADRID ⁽³⁾

🏢 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA; ⁽²⁾ OSAKIDETZA; ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO VALDECILLA

Identificador: 794

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

El registro del proceso de embarazo-parto-postparto en la Historia Clínica Electrónica (HCE) se realiza de forma segmentada por los profesionales que intervienen en los diferentes momentos del ciclo reproductivo. Esta dispersión de la información dificulta la coordinación y afecta la continuidad asistencial. Por otro lado, se observa la necesidad de una mejora en la comunicación sobre cuidados, signos de alarma y preparación en cada etapa, sumados a barreras culturales o educativas que dificultan el entendimiento y la adherencia a tratamientos. Se plantea la necesidad de unificar todo el proceso, desde el embarazo hasta el seguimiento del recién nacido, en una única herramienta digital dentro de la HCE. Esto permitirá ofrecer un seguimiento longitudinal y personalizado, reducir errores y duplicidades, mejorar la trazabilidad y promover un enfoque centrado en la mujer, garantizando su participación activa y toma de decisiones informada

OBJETIVOS

- Desarrollar una funcionalidad en la HCE que unifique el seguimiento del embarazo-parto-postparto, incluyendo la gestión del recién nacido.
- Optimizar la calidad de atención y seguridad clínica a través de protocolos y sistemas de gestión de riesgos.
- Favorecer el empoderamiento de la mujer gestante mediante acceso a información y herramientas personalizadas

METODOLOGÍA

Se conformó un equipo multidisciplinar (matronas, obstetras, enfermería, dirección) que, mediante técnicas como Design Thinking y User Experience, identificó perfiles de mujeres usuarias y sus necesidades. Se diseñó un gadget específico dentro de la HCE que presenta las diferentes tareas a realizar en las diferentes visitas, según su edad gestacional. Se integraron fuentes diversas de información (ecografías, historiales, vacunas, etc.) y tras el parto se genera automáticamente el expediente del recién nacido con datos relevantes de la madre. Se desarrollaron funcionalidades de interacción bidireccional a través de la Carpeta de Salud y una app con notificaciones, contenido audiovisual, visitas virtuales, cuestionarios, educación personalizada, etc

RESULTADOS

La nueva aplicación facilita a cada profesional acceso ágil y actualizado a toda la información del proceso de embarazo-parto-postparto y recién nacido (12051 partos en 2024), facilitando una atención holística y segura a la mujer y ofreciendo información fiable, accesible y adecuada a su etapa gestacional, mejorando su comprensión, autogestión y experiencia general. Identifica signos de alarma, previenen errores y duplicidades y ofrece un entorno más humano y participativo

CONCLUSIONES

La integración digital del proceso de embarazo-parto-postparto dentro de la HCE junto al protagonismo activo de la mujer, representa un avance muy significativo en salud materno-infantil. Mejora la seguridad y la calidad asistencial y sitúa a la mujer en el centro del cuidado, logrando un sistema más eficiente, sensible, sostenible y conectado con sus necesidades reales

DEL DIAGNÓSTICO AL DIALOGO: INFORMACIÓN Y FORMACIÓN PERSONALIZADAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

 MARIA TERESA MADRID CONDE ⁽¹⁾; DABI SANTANO GARCIA ⁽²⁾; AITZIBER ETXAGIBEL GALDOS ⁽²⁾; JOSE ANGEL SANCHO ESTERAS ⁽²⁾; MIGUEL ANGEL OGUETA LANA ⁽²⁾; MARIA OVIEDO MADRID ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA; ⁽²⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA; ⁽³⁾ HOSPITAL DE VALDECILLA

Identificador: 795

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La educación sanitaria personalizada y el acceso a información fiable son esenciales para empoderar a los pacientes y mejorar su salud. En nuestro compromiso con la modernización y la humanización de la asistencia, hemos identificado la necesidad de integrar la prescripción de información clínica y formativa en la Historia Clínica Electrónica (HCE) adaptada a cada paciente. Esta innovación responde a la necesidad de superar la dependencia de la iniciativa individual de profesionales o pacientes y la falta de sistematización y trazabilidad de la educación sanitaria tradicional. Por otro lado, la falta de integración dificulta el seguimiento y evaluación del impacto de intervenciones educativas limitando su alcance y efectividad, buscando garantizar una atención más participativa y centrada en la persona

OBJETIVOS

- Integrar la prescripción de recursos formativos en la HCE
- Facilitar el acceso directo del paciente a la información recomendada
- Registrar la actividad formativa y mejorar su trazabilidad
- Fomentar el empoderamiento del paciente mediante información útil y adaptada

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló en fases. Se analizaron necesidades, se diseñó una funcionalidad basada en criterios de personalización y se integró tecnológicamente la plataforma de recursos educativos. Se ofreció formación a profesionales y se realizaron pilotos en varios centros de salud para probar su eficacia y usabilidad. Finalmente, se evaluaron los resultados y se recogieron sugerencias para mejorar la herramienta

RESULTADOS

La nueva herramienta permite a los profesionales seleccionar material educativo desde la HCE (textos, vídeos, cursos) que se registran automáticamente como actividades pendientes en la Carpeta de Salud del paciente que puede acceder fácilmente a los recursos prescritos. El sistema monitoriza el proceso, facilitando el seguimiento y la evaluación del impacto. Entre 27/03/2025 y 09/05/2025 se han realizado 1002 prescripciones por 132 profesionales a 416 pacientes. Se constata un aumento de prescripción de información personalizada en las consultas y el acceso a información veraz y relevante por los pacientes directamente desde su Carpeta de Salud. Permite el registro y seguimiento efectivo de las actividades educativas en la HCE, incrementa la participación en cursos, sobre todo entre pacientes crónicos o con necesidades especiales y presenta una alta satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, destacando la utilidad, facilidad de uso y refuerzo del vínculo asistencial

CONCLUSIONES

La integración de la prescripción de educación sanitaria personalizada en la HCE supone un avance clave hacia una atención más humana. Mejora la continuidad asistencial, la corresponsabilidad en salud y la calidad de las intervenciones educativas. Fortalece un modelo centrado en la persona abriendo nuevas vías para el desarrollo de competencias en autocuidado y se alinea con los objetivos de modernización y humanización de nuestro sistema de salud

CON CADA REGISTRO, UNA HISTORIA PIDE AYUDA: LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

 MARIA TERESA MADRID CONDE ⁽¹⁾; MARIA TERESA PAINO ORTUZAR ⁽²⁾; LEIRE GUAJARDO OMAECHEVARRIA ⁽²⁾; MAXIMIANO GUTIERREZ JODRA ⁽³⁾; AITZIBER ETXAGIBEL GALDOS ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA; ⁽²⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA; ⁽³⁾ CENTRO DE SALUD DE ZABALGANA. OSI ARABA OSAKIDETZA

Identificador: 796

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La detección precoz de la violencia de género (VG) es clave para dar acompañamiento a las mujeres y evitar consecuencias graves y el sistema sanitario desempeña un papel fundamental en esta labor. El registro debe realizarse en la Historia Clínica Electrónica (HCE) en el momento de su detección. Los sistemas actuales facilitan desde la HCE que la información sea compartida entre el personal y los diferentes niveles asistenciales lo que facilita la atención integral de estas mujeres. No obstante, se identificó un problema de infraregistro de casos atribuible a diversas causas: falta de sensibilización o formación del personal, dudas sobre la confidencialidad de los datos, complejidad del proceso de registro o voluntad de algunas mujeres de no dejar constancia del episodio. Esta situación limitaba tanto la visibilización del problema como el seguimiento efectivo de los casos

OBJETIVOS

Mejorar el proceso de atención a las mujeres en situación de VG de forma colaborativa, facilitando la labor de los profesionales y favoreciendo el registro

METODOLOGÍA

Desarrollar herramientas dentro de la HCE orientadas a guiar a los profesionales en el proceso de atención, facilitar el registro y mejorar la calidad del mismo. Tras la publicación de la guía de actuación para profesionales de la salud ante la VG y las agresiones sexuales, se habilitan diferentes mejoras. Se desarrollan códigos específicos de violencia de género, checks específicos para identificación de casos en Urgencias hospitalarias y para enfermería y una guía faro de actuación que desencadena automáticamente una serie de acciones a realizar tras el registro de un caso. Posteriormente, se desarrolla un cuadro de mando corporativo donde se pueden acceder a los datos registrados por el personal para disponer de indicadores y herramientas de evaluación

RESULTADOS

En nuestro ámbito, desde la implementación de estas medidas, se ha mejorado la sensibilización y la formación de los profesionales, y esto se ha traducido en un aumento del número de casos registrados (Año 2019: 445 Año 2024: 1574) y un aumento en la calidad de los mismos. En un estudio reciente que analiza los feminicidios cometidos en Bizkaia entre 2010 y 2022, se identificaron un buen número de casos con resultado de muerte que no tenían registro en la HCE, detectando áreas de mejora como el registro del número de hijos e hijas o antecedentes relevantes de mujeres víctimas de VG y concluyendo que las mujeres con registro en HCE están más protegidas.

CONCLUSIONES

Se ha mejorado el registro de VG en HCE y en base al estudio mencionado, en guías posteriores implantadas en nuestro sistema de salud (hijos e hijas, violencia sexual y violencia sexual infantil) se incorpora la importancia del registro y herramientas que ayudan al mismo destacando la necesidad de incluir a las personas que conforman la unidad familiar de la mujer que enfrenta y sufre VG

IMPLEMENTACIÓN DE TRIGGERS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS EN CÁNCER DE PULMÓN

 Tamara Alonso Safont ⁽¹⁾; Gerardo Garzón González ⁽²⁾; Jose Carlos Estévez ⁽³⁾; Óscar Aguado Arroyo ⁽⁴⁾; Aurora Barberá Martín ⁽²⁾; Ester Zamarron Fraile ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Dirección técnica de sistemas de información. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud; ⁽²⁾ Área de Procesos y Calidad Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS; ⁽³⁾ Dirección técnica de sistemas de información sanitaria. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Oeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. SERMAS; ⁽⁵⁾ Centro de salud Baviera. Gerencia asistencial de Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 797

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores diagnósticos en Atención Primaria (AP) son la segunda causa de incidentes de seguridad con daño, tras los relacionados con la medicación. Entre las estrategias emergentes para su prevención destaca el uso prospectivo de herramientas basadas en triggers clínicos, especialmente en enfermedades oncológicas. El cáncer de pulmón (CaP), con más de 22.000 muertes en España en el primer semestre de 2024, es la neoplasia con mayor mortalidad, lo que subraya la necesidad de intervenciones tempranas y eficaces.

OBJETIVOS

Desarrollar y validar modelos predictivos basados en triggers clínicos, que generen reglas de alerta integrables en la historia clínica electrónica (HCE), para identificar y evitar oportunidades diagnósticas perdidas (ODP) en CaP.

METODOLOGÍA

Estudio de cohortes históricas con 85.714 pacientes >65 años con HCE activa entre 2022 y 2024. Variable dependiente: diagnóstico nuevo de CaP. Variables predictoras: edad, sexo y 12 triggers clínicos identificados en la literatura (tos de duración superior a 1 mes, hemoptisis, pérdida de peso, tabaco, neumonía, bronquitis, tuberculosis, EPOC, antecedentes personales o familiares de cáncer, y exposición a asbesto y radón).

Fuentes: HCE de AP y Conjunto Mínimo Básico de Datos. Modelos predictivos construidos mediante regresión logística, con muestra de desarrollo (70%) y validación externa y temporal (30%). Rendimiento evaluado con curvas ROC y AUC. Las reglas de alerta se diseñaron a partir del mejor modelo, incorporando el criterio de ODP, definido como la ausencia previa de pruebas diagnósticas clave (radiografía de tórax, citología de esputo, TC torácico o derivación).

En una segunda fase se evaluará la implementación de alertas con enfoque cualitativo y cuantitativo, analizando su utilidad clínica (cambios en la actuación profesional) e impacto (eventos adversos evitados).

RESULTADOS

Las variables con significación estadística fueron sexo, edad, tabaquismo, EPOC, bronquitis, neumonía y antecedentes de neoplasia. El rendimiento del modelo fue aceptable (R^2 de Nagelkerke = 0,10; AUC = 0,78). A partir de los coeficientes se construyó un score clínico. Las alertas generadas permiten identificar ODP: la roja (score ≥ 0) identifica un subgrupo con una incidencia del 2%, notablemente superior a la incidencia media del 0,15% observada en la muestra del estudio (unas 13 veces más); la naranja (score ≥ -3) alcanza una sensibilidad del 72,5% y especificidad del 51,1%.

CONCLUSIONES PROVISIONALES

Los resultados respaldan la incorporación de reglas automatizadas en la HCE para mejorar la detección precoz del cáncer de pulmón y reducir la variabilidad diagnóstica. Su implementación podría facilitar la identificación de casos inadvertidos y contribuir a la detección de más de 30.000 casos anuales en mayores de 65 años, mejorando la oportunidad diagnóstica y reduciendo retrasos

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN BASADA EN LOS MARCOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

 NATALIA DE PRISO SAÑUDO ⁽¹⁾; Cristina Navarro Royo ⁽²⁾; Elena Jimenez García ⁽³⁾; María Celia García Menéndez ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SUBDIR. GENERAL CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE - AREA SEGURIDAD DEL PACIENTE; ⁽²⁾ Consejería de Sanidad.; ⁽³⁾ Consejería de Sanidad

Identificador: 798

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de notificación de incidentes son herramientas para la mejora continua de la seguridad del paciente, ya que permiten identificar riesgos, aprender de los errores y prevenir daños futuros.

En nuestro servicio regional de salud, el sistema de notificación implantado ha mostrado un crecimiento significativo en el número de notificaciones, lo que plantea como retos, la dificultad para extraer información significativa, y estructurada.

La OMS, a través del Modelo de Información Mínima para la Seguridad del Paciente (MIM PS), y la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), propone una vía para mejorar estos sistemas de notificación a través de la estandarización. El uso de estos marcos permite optimizar los sistemas, especialmente en contextos con alto volumen de notificaciones, facilitando la comparación, el aprendizaje y la toma de decisiones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es evaluar el grado de alineación del sistema de notificación de nuestro servicio regional de salud a través de marcos internacionales de seguridad del paciente.

La metodología ha consistido en un estudio descriptivo basado en el análisis de los campos del formulario de notificación: estructurado o libre, obligatoriedad y tasas de cumplimentación, según el MIM PS, en el análisis de las tasas de cumplimentación de los campos clave de las notificaciones registradas en el año 2024 y en la revisión conceptual de los 17 tipos de incidentes de seguridad de la herramienta, según la CISP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La herramienta de notificación evaluada recoge actualmente ocho de los diez campos del modelo avanzado del MIM PS. El 30 % son obligatorios: el campo Fecha del incidente es estructurado, mientras que Causas y Medidas de mejora se recogen en texto libre. Los cinco campos restantes, tienen carácter opcional y se recogen de forma estructurada.

La revisión de los datos de 2024 muestra que se pierde una cantidad considerable de información, así en Atención Hospitalaria, los campos Edad y Sexo presentan tasas de no cumplimentación del 45 % y 53 % respectivamente, y el campo Resultados para el paciente una tasa del 30,5%. En Atención Primaria, el porcentaje de no cumplimentación supera el 66 % para Edad, el 71 % para Sexo, y el 60 % para Resultados para el paciente.

El análisis de la taxonomía actual de tipos de incidentes muestra una correspondencia parcial con la estructura jerárquica de la CISP, ya que incluyen elementos de distintos procesos asistenciales, lo que dificulta la codificación precisa y el análisis comparativo. Como conclusión el sistema de notificación cuenta con una buena base de alineación con el MIM PS, detectándose un margen de mejora en cuanto a la estructuración y obligatoriedad de sus campos. La revisión técnica de los tipos de incidentes realizada pone de manifiesto la pertinencia de actualizar la clasificación de los tipos de incidentes para facilitar su análisis y comparabilidad.

SEGUIMIENTO DE PACIENTE NEONATAL CON LESIÓN TISULAR POR EXTRAVASACIÓN Y SU ANÁLISIS COMO EVENTO ADVERSO

 Sandra Isoldi Barbeito; Laura Matamala García; Maria del Carmen Diaz-Ceso Sanchez; Mercedes Pascual Oliva; Yolanda Sanchez Cortes

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Identificador: 799

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La extravasación de gluconato cálcico al 10% en neonatos es complicación grave que aparece como consecuencia de múltiples factores. La notificación como evento adverso junto al seguimiento de la evolución del caso nos ha permitido el desarrollo de un procedimiento de manejo de extravasaciones en la unidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Protocolizar el manejo y tratamiento de extravasacion en unidad neonatal.

Resaltar la notificacion de eventos adversos como metodo de desarrollo de acciones de mejoras practicas.

Se presenta el caso de un neonato que ingresa por una deshidratación hiponatrémica. A los 5 días de ingreso presenta extravasación por gluconato cálcico que deriva en una lesión necrótica-isquémica, estadio III según la escala de Millán, en dorso mano izquierda. El paciente recibe tratamiento precoz con hialuronidasa subcutánea y cura húmeda, cambiando a las 24h a cura cerrada con apósito hidrocoloide. La evolución de la lesión fue favorable, manteniendo tratamiento durante 10 días. Al alta es derivado a consultas externas de cirugía plástica para valoración y tras 1 mes de seguimiento es dado de alta. El caso fue notificado como evento adverso y fue analizado de forma multidisciplinar por responsables de seguridad y profesionales de la unidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las características propias del paciente neonatal como son la fragilidad y delgadez de la piel y el tejido subcutáneo, la localización del acceso venoso o la incapacidad de localizar el dolor junto a las características de la solución administrada y la velocidad de infusión, la cantidad y tiempo de exposición son factores que influyen en la aparición y gravedad de esta complicación.

El seguimiento y análisis del caso dentro un sistema de notificación de eventos adversos permitió la realización de una instrucción técnica de prevención y manejo de las extravasaciones en la unidad de neonatología.

El tratamiento precoz con hialuronidasa subcutánea es importante en extravasaciones por gluconato cálcico. Posteriormente la realización de una cura con apósito hidrocoloide es el tratamiento conservador de elección.

El sistema de notificación de eventos adversos y su análisis es un excelente sistema de mejora de la calidad asistencial.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

 José Miguel Cantero Escribano ⁽¹⁾; Francisco Jesús Molina Cabrero ⁽²⁾; Lucía Hernández Rivas ⁽³⁾; María Fe Lorena García Garvi ⁽²⁾; María Cantos Molina ⁽²⁾; María de los Llanos Roldán Arroyo ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE; ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ⁽³⁾ Hospital Universitario La Paz

Identificador: 800

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas sanitarios se centran predominantemente en el tratamiento de enfermedades, asignando recursos mínimos a la prevención, a pesar de que los estilos de vida constituyen el principal determinante de la salud. Esta situación, sumada a la sobrecarga de la Atención Primaria y la infradotación de los servicios de Salud Pública, deja un vacío en la promoción de la salud para la población sana. En paralelo, el consumo masivo de información en redes sociales ha incrementado la propagación de desinformación y bulos sobre salud, generando una necesidad urgente de fuentes fiables y contrastadas. La revolución de la Inteligencia Artificial (IA) en la creación de contenido ofrece una oportunidad única para abordar este problema de manera innovadora y eficaz.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la prevención y la educación para la salud, difundiendo mensajes rigurosos y accesibles en redes sociales cubriendo una amplia gama de temáticas.

METODOLOGÍA

La metodología se basa en: Creación de contenido validado: Un comité científico multidisciplinar, compuesto por médicos especialistas, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios y de la comunicación, valida toda la información para garantizar su rigor científico. Uso de Inteligencia Artificial: Se emplean herramientas de IA generativa para crear contenidos en formatos de alto impacto y consumo rápido, como vídeos cortos, infografías y canciones, adaptados a las distintas plataformas (Instagram, TikTok, YouTube, etc.). Estrategia de difusión: El crecimiento se impulsa mediante la difusión orgánica, el contacto con medios de comunicación e influencers, y el uso de campañas de marketing digital.

RESULTADOS

El proyecto comenzó en junio de 2024. A fecha de abril de 2025, se ha creado una comunidad en redes sociales que cuenta con más de 6.500 seguidores. Se han realizado un total de 573 publicaciones, las cuales han acumulado 636.660 impresiones y han generado 15.170 interacciones. Los contenidos publicados han abarcado un amplio espectro de la prevención, con campañas sobre temas como el abandono del tabaco, la prevención del cáncer, la salud mental, la importancia de la vacunación, la salud cardiovascular, la prevención de lesiones y consejos de alimentación saludable.

CONCLUSIONES

Se trata de una iniciativa que busca explorar el potencial de combinar la inteligencia artificial y las estrategias de comunicación digital para la promoción de la salud. Aunque el proyecto se encuentra en una fase inicial y su alcance es aún limitado, supone un enfoque interesante para hacer frente a la desinformación sanitaria. La capacidad para adoptar nuevas tecnologías de forma ágil puede facilitar la creación de campañas con un coste asumible. Los siguientes pasos deben orientarse a aumentar la visibilidad del proyecto y consolidar la comunidad, con el fin de seguir creando contenido de calidad que ayude a dar a la prevención la importancia que merece.

PEQUEÑAS PINCELADAS, GRANDES CAMBIOS: CONCURSO DE DIBUJO INFANTIL “TU CENTRO DE SALUD IDEAL”

 *María Concepción Blanco Morales ⁽¹⁾; María Aída Ridaura Cuenca ⁽²⁾; José Luis Baquero Úbeda ⁽³⁾; María Soledad de Frías Redondo ⁽²⁾; Paloma Robles Bujalance ⁽²⁾; Purificación Magán Tapia ⁽²⁾*

 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽³⁾ Osteoarthritis Foundation International

Identificador: 801

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La humanización de los espacios busca crear entornos que respondan a las necesidades de los pacientes y favorezcan una atención menos traumática. En pediatría, ambientes visualmente estimulantes y adaptados a los niños contribuyen a reducir el estrés y mejorar su estado de ánimo durante el proceso asistencial.

OBJETIVOS

1. Redecorar una sala de espera de pediatría fomentando la participación activa de los niños.
2. Promover una cultura de humanización basada en la escucha activa del paciente.

METODOLOGÍA

En 2024 se desarrolló un concurso de dibujo infantil dirigido a niños y niñas de 7 a 11 años, estructurado en varias fases: difusión del concurso, recepción de dibujos en los centros de salud (CS), evaluación y redecoración de la sala de pediatría. Se difundió el concurso a la población a través de carteles y la página web institucional. El responsable de humanización de cada CS seleccionó un dibujo entre todos los entregados, que fue enviado a su dirección asistencial (DA). En cada DA se seleccionaron 4 dibujos de todos los remitidos por los CS. Los 28 dibujos finalistas fueron evaluados por un comité multidisciplinar compuesto por profesionales y pacientes, todos ellos miembros de la Comisión de Calidad Percibida y Humanización, aplicando criterios de creatividad, impacto visual, expresión y esfuerzo visible.

RESULTADOS

Se celebró una ceremonia presidida por la Gerente y directivos de la institución, en la que se entregaron premios a los niños de los tres dibujos con mayor puntuación. Cada finalista recibió un diploma y un kit de dibujo personalizado. El niño ganador eligió el diseño con el que se redecoró la sala de espera de pediatría de su CS. La redecoración se realizó durante un fin de semana, evitando interferencias con la actividad sanitaria, de modo que profesionales y usuarios encontraron el espacio ya transformado al inicio de la semana siguiente. Además, los tres dibujos finalistas fueron enmarcados y están expuestos en los centros de salud correspondientes a cada niño.

Actualmente, se está desarrollando la segunda edición del concurso, dada la excelente acogida tanto en los niños y familiares, así como en los profesionales de los centros de salud.

CONCLUSIONES

El concurso ha sido una herramienta original y eficaz para humanizar espacios, transformando una intervención técnica en un proceso participativo. El concurso fomenta el sentido de comunidad y pertenencia entre los niños, reforzando que sus aportaciones son valoradas y tienen impacto.

La participación de pacientes estuvo presente en todas las fases del proyecto, al haber sido diseñado en el seno de la Comisión de Calidad Percibida y Humanización.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR PARA LA MEJORA DEL MANEJO EN PACIENTES POLISENSIBILIZADOS

 *Ismael Linde Rubí; Rita Matinez Manzanal; Ana Cosmen Sanchez; Melanie Abreu Di Berardino; David Melguizo Melguizo; Juana Bautista Joyanes Romo*

 *Hospital Santa Bárbara*

Identificador: 802

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Existen pacientes con síntomas de alergia cuyo diagnóstico es complejo, especialmente pacientes polisensibilizados y pacientes donde no se observa una clara correlación entre los resultados de pruebas de alérgenos y los síntomas. Para dar respuesta a esta necesidad el servicio de Análisis Clínicos ha consensuado junto al servicio de Alergia la implantación una técnica molecular para el diagnóstico de este tipo de pacientes.

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de análisis molecular para la mejora del diagnóstico y tratamiento de pacientes polisensibilizados en los cuales el diagnóstico por métodos convencionales no es concluyente.

METODOLOGÍA

Se implanta un método de diagnóstico molecular basado en la tecnología array, ALEX² de la casa comercial MADx, que es una prueba de inmunoensayo basada en el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). Los extractos de alérgenos o los alérgenos moleculares, que están acoplados a nanopartículas, se depositan de forma sistemática sobre una fase sólida formando una matriz macroscópica. Material necesario:

- “Raptor server”. Software de acceso vía web desde un ordenador del servicio de Análisis clínicos.
- Lector de arrays “ImageXplorer”. Se conecta al mismo ordenador.
- Kit de reactivos (incluye arrays).
- Vórtex.

RESULTADOS

Ventajas de las técnicas moleculares:

Usan alérgenos moleculares frente a los extractos utilizados en las técnicas convencionales, por lo que la sensibilidad de la técnica es mucho mayor. Evitan la reactividad cruzada entre moléculas homólogas. Las reacciones cruzadas se producen cuando el sistema inmune reconoce proteínas similares en diferentes alérgenos. Se producen normalmente dentro de una misma familia de proteínas. Las técnicas moleculares nos ayudan a diferenciar entre co-sensibilización y reacción cruzada. Aumentan la precisión del diagnóstico y de las recomendaciones. Se bloquean gran parte de los CCD (determinantes de carbohidrato de reactividad cruzada). Son azúcares unidos a glicoproteínas naturales y que pueden estimular la producción de IgE. Se detectan como alérgenos y pueden dar la impresión de polisensibilización, cuando son clínicamente irrelevantes. El bloqueo de CCDs reduce los falsos positivos y los resultados falsamente elevados sin impacto clínico. Se ofrece un Informe de resultados interpretado que muestra una imagen completa y precisa del estado de sensibilización del paciente, ya que en cada array se pueden detectar hasta 300 alérgenos. Permite un diagnóstico y tratamiento individualizado.

CONCLUSIONES

Con la implantación de esta nueva técnica se van a beneficiar una serie de pacientes cuyo diagnóstico y tratamiento era difícil con los métodos usados anteriormente. Con el nuevo sistema de diagnóstico molecular se van a obtener informes completos y detallados mostrando un mapa detallado del estado de sensibilización del paciente, mejorando su diagnóstico y permitiendo un tratamiento más eficaz y personalizado.

RONDAS DE HUMANIZACIÓN: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA

😊 *María Elena Aguilar Hurtado ⁽¹⁾; María Concepción Blanco Morales ⁽²⁾; María Belén Soriano Hernández ⁽³⁾; Adela Villanueva Guerra ⁽⁴⁾; Nury Alejo Brú ⁽⁵⁾; Purificación Magán Tapia ⁽⁶⁾*

📋 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Oeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽²⁾ Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁵⁾ Dirección Asistencial Centro. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁶⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 803

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Línea estratégica 'Liderazgo en humanización' del II Plan de Humanización Asistencia Sanitaria (PHAS) incluye las Rondas de Humanización (RH) como herramienta para garantizar que los equipos directivos reciban información directa sobre las preocupaciones de los profesionales en aspectos de humanización, reafirmando su compromiso y promoviendo la creación de una cultura organizacional humanizada

OBJETIVOS

General: Desplegar el PHAS en los centros de salud (CS) de una Gerencia de Atención Primaria (GAP) mediante RH, implicando a los equipos directivos

Específicos: Detectar problemas relacionados con la humanización e implantar acciones de mejora que favorezcan una atención más humanizada en los CS.

METODOLOGÍA

En 2023, un equipo multidisciplinar consensuó un procedimiento para la realización de las RH en los CS de la GAP, para garantizar su desarrollo homogéneo y el cumplimiento de sus objetivos.

En este procedimiento se describen diferentes apartados: 1) normas básicas del desarrollo de las RH; 2) fases de las RH: preparación de la ronda (Se recomienda definir un calendario anual de 10 RH, y comunicar la fecha con antelación a los CS. El CS debe conocer el propósito de la visita y la lista de verificación), realización de la ronda (recorrido por el centro, diálogo con profesionales y uso de una lista de verificación basada en las áreas del PHAS, áreas de mejora detectadas en proyectos de experiencia de paciente y recomendaciones del manual de estilo. Se debe levantar acta) y seguimiento (agradecimiento, resumen de hallazgos, identificación de buenas prácticas y propuestas de mejora). La información se recoge en actas y se sistematiza para su análisis posterior.

RESULTADOS

Entre octubre de 2023 y 2024 se realizaron RH en 84 de los 264 CS de la GAP (31,8%). Los resultados agregados muestran que el 92,5% tiene espacios que protegen la intimidad. El 86,8% promueve formación de la Escuela Madrileña de Salud (EMS) y los profesionales usan tarjeta identificativa. El 100% informa sobre IIPP y cuenta con bucles magnéticos. El 60,4% no dispone de sala de lactancia y el 21,8% carece de sala pediátrica amigable. El 98,1% tiene referente de humanización y el 100% aplica medidas para agrupar citas

Acciones de mejora: sesiones sobre la EMS, comunicación de problemas de accesibilidad e intimidad a la Dirección Técnica de Obras y dotación de tarjetas o pinzas identificativas

CONCLUSIONES

Las RH han sido una experiencia innovadora y bien acogida, que han permitido avanzar en una atención más cercana y respetuosa. Han favorecido el compromiso de líderes y profesionales, beneficiando tanto a estos como a los pacientes. Su despliegue homogéneo, el alto grado de implantación en un breve periodo de tiempo, acogida positiva y facilidad de transferencia avalan su continuidad y extensión a otros centros sanitarios.

MAPEANDO LOS AGUJEROS DEL QUESO: REVISIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

 Clara Salamanca Ávila; Gerardo Garzón González; Ana Isabel Pérez Hernández; Almudena del Pino de la Fuente; María Concepción Hernández de Luna; Miguel Gallego Munuera

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 804

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores diagnósticos relacionados con pruebas diagnósticas, que incluyen exploraciones inadecuadas, incompletas, mal etiquetadas y retrasos o pérdidas de los informes o de la valoración de los resultados, suponen uno de los eventos adversos no relacionados con medicación más frecuentes y de mayor gravedad. Según datos del estudio autonómico de prevalencia de eventos adversos, suponen un 8,5% del total, de los cuales el 88% son evitables. Además, suponen un elevado número de notificaciones a. La gravedad del daño se concentra en la demora de valoración de resultados alterados. En el caso de resultados críticos, los sistemas de alerta están funcionando para evitar la demora. Sin embargo, los resultados “subcríticos” no se alertan y la demora en su valoración puede producir daño.

En el análisis de incidentes notificados, se identificó como factor contribuyente crítico el método de revisión de resultados que utilizan los profesionales y la falta de conocimiento organizacional de los distintos sistemas, su frecuencia y su motivación para poder implementar barreras de seguridad en los mismos

OBJETIVOS

Identificar los distintos métodos de revisión de pruebas diagnósticas y su frecuencia, en atención primaria (AP).

METODOLOGÍA

Diseño: estudio descriptivo mediante cuestionario

Participantes: 8.620 médicos de familia, pediatras y enfermeras (incluidos MIR y EIR) de 264 centros de salud

Mediciones: Se elaboró una cuestionario. El cuestionario consta de 16 preguntas relacionadas con los siguientes apartados:

Método de revisión de resultados para cada tipo de prueba (analítica, radiología y anatomía patológica)

Método de citación para revisión de resultados en su caso

Método de comunicación de resultados y cierre de consulta

Revisión de resultados de compañeros ausentes

Existencia y conocimiento del procedimiento común del centro (y su inclusión en Reglamento Interno)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados preliminares (pequeña muestra) de la cuestionario son los siguientes:

- Básicamente hay dos modelos de revisión de resultados por los profesionales: uno proactivo, de revisión cuando los resultados se descargan en historia clínica (esta tiene un sistema de aviso de resultados disponibles), y otro reactivo de cita del paciente para revisión de resultados
- La frecuencia es similar en ambos grupos situándose alrededor del 50 % en cada uno de ellos.
- Se ha encontrado mucha variabilidad (intercentro e intracentro) en métodos de citación para resultados en su caso (se informa al paciente que se cite, se le cita a la vez que se cita la prueba...)

métodos de comunicación de resultados y cierre

revisión de resultados de profesionales ausentes

CONCLUSIONES

Se han identificado, mediante una cuestionario los distintos métodos de revisión de los resultados pendientes de pruebas diagnósticas en los centros de AP. El conocimiento de esta casuística por parte de la organización permite establecer distintas barreras adaptadas a los distintos riesgos

¿ESTAMOS IGNORANDO UNA AMENAZA SILENCIOSA? LA INERCIA TERAPÉUTICA COMO CAUSA FRECUENTE DE DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

 Clara Salamanca Ávila; Gerardo Garzón González; Miguel Gallego Munuera; Analía Gladys Bianco Fernández; Blanca Romero Panadero; Raquel Escuredo Campos

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 805

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se considera inercia terapéutica (IT) al fallo de los profesionales sanitarios en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando este estaba indicado. Como consecuencia, hay pacientes que no consiguen su objetivo control.

Con datos de un estudio autonómico de prevalencia de eventos adversos, la tasa de fallos por IT, con daño, por 1.000 consultas, fue de 1,2‰ (IC95%: 0,3‰-2,1‰), lo que supone más de 50.000 pacientes al año

OBJETIVOS

Reducir el daño por inercia terapéutica (IT) en diabetes tipo 2 (DM2) y en hipertensión arterial (HTA) en prevención secundaria (PS), en Atención Primaria (AP).

METODOLOGÍA

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar

El grupo realizó un análisis de situación

Se complementaron los datos del estudio mencionado con una revisión bibliográfica que evidenció que la IT es frecuente en enfermedades crónicas asintomáticas: un 25- 40% de los pacientes con DM2 sufren IT y hasta un 60% de los pacientes con HTA padecen IT.

Se revisó la evidencia sobre impacto de acciones para reducir la IT. La integración de sistemas electrónicos en la historia clínica para la toma de decisiones mejoró el aprendizaje y la práctica clínica. Las alertas automáticas en pacientes con resultados subóptimos generaron modificaciones de tratamiento y mejoras en el control lipídico. Los incentivos económicos lograron un descenso tanto de la HbA1c como de la TA fuera de rango.

No disponemos de experiencias de abordaje, publicadas, de la IT en AP

El grupo diseñó acciones de mejora

- El core de la mejora consiste en que los profesionales identifican a sus pacientes con mal control de HbA1c o de TA (en PS) y revisan si en estos pacientes hay IT y lo corrigen.
- Para ello sacan listados de pacientes con mal control de HbA1c o de TA (en PS) de forma automática del cuadro de mando
- Para sensibilizar a los profesionales sanitarios se lanzó una recomendación de seguridad y se han propuesto pop-up periódicos

RESULTADOS

Se está realizando una primera evaluación

Se está midiendo la tendencia de la tasa de daño por IT por 1.000 consultas, considerando “daño por IT” la HbA1c o TA no controlados y, la no modificación del tratamiento farmacológico correspondiente en el último año.

Como fuente de datos se aprovecha el proyecto ya implementado de revisión de historias con trigger, por profesionales, utilizando los trigger “Hbg o TA no controladas”. La muestra para revisar se obtiene directamente del cuadro de mando.

Los resultados preliminares en una pequeña muestra (en breve se dispondrá de resultados definitivos) de la primera medición son los siguientes:

- Tasa en DM2: 0,3 pacientes con daño por IT en DM2 por cada 1.000 consultas
- Tasa en HTA en PS: 0,2 pacientes con daño por IT en HTA en PS por cada 1.000 consultas

CONCLUSIONES

Se han implementado medidas basadas en la identificación por parte del profesional de pacientes mal controlados para reducir el daño por inercia terapéutica en DM2 y en HTA en PS

BIBLIOTECA BREVE DE ATENCIÓN AL DOLOR, UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

 Maria Paz Palos Zorrilla ⁽¹⁾; Pilar Rivera Moreno-Chocano ⁽²⁾; Cristina Alcantarilla Moreno ⁽³⁾; Francisca García Lizana ⁽⁴⁾; María Celia García Menéndez ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid; ⁽²⁾ Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente; ⁽³⁾ S. G. de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente; ⁽⁴⁾ SG Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

Identificador: 806

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la salud, el dolor representa uno de los desafíos más complejos y frecuentes que enfrentan los profesionales en su práctica diaria. La Biblioteca Breve de Atención al Dolor surge como un recurso esencial para apoyar la toma de decisiones clínicas, fomentar el aprendizaje continuo y mejorar la calidad de la atención al paciente.

OBJETIVO

Puesta en marcha de una plataforma web con recursos bibliográficos básicos sobre la atención al dolor.

METODOLOGÍA

Se creó un grupo de trabajo con perfil multiprofesional de expertos clínicos en atención al dolor y gestores de información, para la creación de la Biblioteca Breve de atención al dolor.

Se decidió por consenso las áreas que debía contener la biblioteca y, posteriormente, se seleccionó la bibliografía atendiendo a los siguientes criterios:

1. Fecha de publicación
2. Grado de evidencia científica
3. Documentos clave para cada área temática

Una vez seleccionados los contenidos, se trabajó conjuntamente la elaboración de la página web con la Oficina Web del Servicio Regional de Salud. Terminada la fase de edición contó con el visto bueno del Comité Editorial de la Dirección General promotora. Después se revisó la página por la Comisión Web Permanente, quien después de hacer las observaciones y sugerir las correcciones pertinentes, aprobó la publicación en la página web del Servicio Regional de Salud.

La web posee un apartado de estadísticas para contabilizar las visitas.

RESULTADOS

La biblioteca breve de atención al dolor se puso en marcha en agosto de 2024.

Los contenidos se han dividido en:

1. Recursos Generales:
 - 1.1. Qué es dolor: aspectos conceptuales y culturales
 - 1.2. Estrategias de atención al dolor nacionales e internacionales
 - 1.3. Información institucional
 - 1.4. Estudios epidemiológicos
 - 1.5. Investigación e innovación
2. Recursos por área temática
 - 2.1. Manejo del dolor
 - 2.2. Dolor oncológico
 - 2.3. Dolor lumbar
 - 2.4. Cefalea
 - 2.5. Artrosis
 - 2.6. Fibromialgia
 - 2.7. Dolor en situación de últimos días
 - 2.8. Dolor en población infantil
 - 2.9. Dolor en otras poblaciones vulnerables

3. Organismos y sitios web de interés

4. Recursos para los ciudadanos

Durante el año 2024, la biblioteca recibió un total de 1.859 visitas, alcanzando su punto máximo en octubre con 578. En los primeros cinco meses de 2025, el número de visitas ascendió a 2.262, con un pico en febrero de 1.197.

CONCLUSIONES

La Biblioteca Breve de Atención al Dolor ofrece información concisa, actualizada y basada en la evidencia sobre el manejo del dolor en sus diversas manifestaciones, facilitando el acceso rápido a conocimientos clave en el contexto clínico. Su utilidad radica no solo en su capacidad para fortalecer las competencias profesionales, sino también para garantizar un fondo documental de consulta para los profesionales.

CUIDADOS BÁSICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES

 Irene Álvarez Sánchez; Diana Valiente Vena; Honora Murcia Cortina; Claudia Fernandez Puente; Miriam Alonso López; Eva Fernández García

 Hospital Valle Nalón

Identificador: 808

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La creación del taller de cuidadores está pensado para dar formación sobre cuidados básicos en paciente dependientes que precisan cuidados domiciliarios por parte de sus familiares/cuidadores. Se desarrolla a nivel hospitalario con la captación en las unidades del área de Gestión Clínica de Medicina Interna. El contenido de la formación está basado en la higiene, movilización, ingesta, prevención de lesiones y prevención de caídas. Este proyecto formativo y de apoyo a la persona cuidadora, pretende evitar la sobrecarga y dar apoyo en el cuidado.

OBJETIVOS

Posibilitar la adquisición de habilidades para la prestación de cuidados. Asegurar la continuidad de los cuidados. Informar de recursos socio-sanitarios.

METODOLOGÍA

La captación de personas cuidadoras estará a cargo de las supervisoras de las unidades. Diariamente el servicio de informática enviará el listado de pacientes ingresados con un resultado en Escala Barthel ≤ 55 . De ese listado se excluirán los pacientes institucionalizados, cuyo cónyuge sea ≤ 80 años y los que viven solos. En estos dos últimos casos, la enfermera responsable de la captación realizará una derivación a la Trabajadora Social que realice la valoración oportuna. Se contactará con las personas cuidadoras que cumplan criterios de inclusión y se les realizará una entrevista y una propuesta formativa para acudir al taller de formación. Los talleres se organizan en horario de mañana y tarde, con una duración aproximada de 3 horas. La formación será impartida por una enfermera y una técnica en cuidados auxiliares de enfermería. Una vez identificada la persona cuidadora, deberemos dejar registro en la Historia Clínica del paciente.

El contenido de la formación se divide en:

Higiene: Se impartirá conceptos básicos de higiene en el paciente encamado y no encamado, incidiendo en el correcto orden y material recomendado.

Movilización/Tranferencia: el contenido irá dirigido a facilitar la movilización del paciente que resulte menos lesiva. Se incidirá sobre la importancia de los cambios posturales.

Cuidados en la ingesta: se darán pautas que cubran las necesidades nutricionales. Identificación temprana de signos de disfagia y prevención de atragantamientos.

Cuidados en la eliminación: se pretende incidir en la importancia de una correcta higiene genital en el cambio del pañal.

Prevención de lesiones por presión y prevención de caídas.

Al finalizar, se recogerán los datos de las personas cuidadoras asistentes y se enviarán a la responsable de Atención Primaria para favorecer la continuidad del plan de atención y apoyo a personas cuidadoras.

RESULTADOS

Analizando los resultados obtenidos desde la implantación del taller en nuestro hospital, podemos concluir que tanto la impresión general, el material, su contenido y utilidad es satisfactoria en un 20% de los encuestados y muy satisfactoria en el 80%. Reflejando la importancia de la educación a cuidadores.

IMPACTO SANITARIO DEL PROGRAMA REGIONAL DE VACUNACIÓN PEDIÁTRICA FRENTE AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

 Oscar Herráez Carrera ⁽¹⁾; Francisco Javier Gómez Romero ⁽²⁾; Juan Fernández Martín ⁽¹⁾; María de los Ángeles Martín Octavio ⁽³⁾; Laura Ruíz López ⁽⁴⁾; Monserrat Hernández Luengo ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Dirección General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; ⁽²⁾ Gerencia Atención Integrada de Ciudad Real; ⁽³⁾ Dirección General de Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; ⁽⁴⁾ Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Identificador: 809

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El virus respiratorio sincital (VRS) es una de las principales causas de infección respiratoria aguda en la población pediátrica, lo que conlleva un importante consumo de recursos sanitarios en los sistemas de salud. Este virus es responsable de un alto número de hospitalizaciones, particularmente durante las estaciones de otoño e invierno.

En octubre de 2023 se implementó en la región de Castilla-La Mancha un programa general de vacunación contra el VRS dirigido a la población pediátrica. El impacto potencial de la vacunación en la reducción de la demanda de consultas pediátricas podría reducir la hospitalización y la aparición de complicaciones asociadas a la infección respiratoria. Además, podría ayudar a mejorar la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a otras solicitudes sanitarias.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la vacunación frente al VRS en la demanda de consultas pediátricas en Castilla-La Mancha.

METODOLOGÍA

Realizamos un análisis observacional de series temporales para evaluar el efecto de la vacunación contra el VRS en la solicitud de consultas pediátricas desde enero de 2022 hasta julio de 2024, abarcando así los periodos pre y post-vacunación. En el estudio se utilizan datos de vacunación de todas las gerencias de atención integrada de la región, evaluándose por un lado la evolución de consultas por gerencia (estudio individualizado), y por otro lado, la evaluación de los datos agregados.

Se emplean análisis descriptivos e inferenciales, como la regresión de Poisson, sobre los datos de series temporales para la detección de diferencias en la demanda de consultas pediátricas entre los periodos previos y posteriores a la vacunación.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 3.552.401 consultas pediátricas, con un total de 11.771 vacunas administradas.

El análisis de Poisson de datos individualizados muestra una disminución de 8,9% en el número de consultas pediátricas tras la vacunación, con un OR de 0,911 (95% IC 95%: 0,909-0,913). Este OR inferior a 1 indica una menor solicitud de consultas en el periodo post-vacunación, aunque no se detectan diferencias significativas entre el número de consultas mensuales.

El modelo de series temporales, utilizando datos agregados, indica que la vacunación contra el VRS sí produjo una reducción en el número de consultas pediátricas en, aproximadamente, un 9,8% (Coeficiente de intervención: -0,098; IC: -0,190 -0,017).

CONCLUSIONES

Los resultados indican que la implantación regional de la vacunación frente a VRS se asocia a una disminución de aproximadamente el 10% del número de consultas pediátricas. Este resultado es consistente con otros estudios que demuestran la reducción de problemas respiratorios en niños.

La reducción en el número de consultas también sugiere que esta vacunación puede contribuir a disminuir la presión en los servicios de atención primaria.

CAPSAICINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ASOCIADO A LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA.

 Breta María Jiménez Rubiano ⁽¹⁾; Juan Antonio Verdún Aguilar ⁽¹⁾; María Nieves Galán Cerrato ⁽¹⁾; Mónica Macía Calvo ⁽²⁾; María Monclus Blasco ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Alcañiz; ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet

Identificador: 810

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los agentes neurotóxicos dañan las terminaciones nerviosas periféricas produciendo una entidad clínica propia: la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (CIPN). El Objetivo de este estudio es evaluar la respuesta al tratamiento del dolor asociado a la CIPN mediante el tratamiento con parches de Capsaicina tópica a altas dosis 8% (PCAD). El tratamiento sistémico convencional con agentes antiepilépticos, antidepresivos, opioides...suele producir escasa o nula mejoría del cuadro sobre todo cuando la CIPN dolorosa se cronifica. Evaluamos la eficacia del tratamiento tópico de la CIPN dolorosa con PCAD mediante los siguientes indicadores: porcentaje (%) de pacientes que reciben los parches del total de los pacientes con CIPN dolorosa establecida así como el % de pacientes que presentan mejoría del dolor y otros síntomas asociados evaluado mediante el cuestionario DN4 (Neuropathic Pain in 4 Questions) del total de pacientes tratados con PCAD. Para ello se ha establecido un circuito de derivación de los pacientes a RHB que evalúa y coloca los parches en un plazo máximo de 14 días.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Todos los pacientes con sospecha de CIPN dolorosa fueron remitidos a RHB que confirmó el diagnóstico en 13 casos y pautó el tratamiento con PCAD. La reevaluación de la respuesta la realizó tanto el/la FEA de RHB como de Oncología Médica responsable del paciente: a las 24 horas de forma no presencial, al mes y a los 3 meses tras la administración de los parches. Se evaluaron otros síntomas como las parestesias o disestesias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del 100% (n=13) de pacientes tratados con PCAD, el 76.9% (10) eran mujeres, 23.07% (3) hombres. El 100% había finalizado el tratamiento oncológico más allá de los 3 meses tratándose de un cuadro de CIPN crónico. En el 100% de los casos existía neuropatía sensitiva palmo-plantar periférica (NPP) secundaria a platinos y taxanos. El 53.8% (7) de los pacientes experimentó mejoría del dolor evaluado mediante el cuestionario DN4 tras la primera aplicación del tratamiento y un 23.07% (3) precisó una segunda administración a los 3 meses de la primera. Se van a realizar sesiones formativas entre ambos servicios para ampliar las indicaciones del tratamiento con PCAD.

Nuestro estudio muestra un beneficio del tratamiento con PCAD en la CIPN dolorosa en más de la mitad los pacientes tras la primera aplicación posicionándose como una alternativa al tratamiento sistémico habitual asociado a efectos adversos. Actualmente se emplea en casos refractarios y crónicos aunque debería posicionarse antes de la cronificación.

REDUCCIÓN DE REGISTROS Y CAMINO DEL PAPEL ZERO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MEDIANTE LEAN

 ANA GOMEZ SANCHEZ; MARIA MARTINEZ MIRALLES; CEFERINA SUAREZ CASTAÑO; GARAZI VIANA ESPESO; VIRGINIA FLOR MORALES; ANA MARIA RUIZ RUIZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Identificador: 812

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito sanitario el tiempo es un recurso primordial para los profesionales. Sin embargo, con frecuencia se dedica a tareas de registro manuales, redundantes y que no generan valor. Es importante optimizar las tareas para una mejor gestión del tiempo que permita, sin comprometer seguridad del paciente, una reducción de carga administrativa y una mejora en la calidad de la atención sanitaria.

OBJETIVOS

Simplificar, unificar y digitalizar los registros en una unidad de Reanimación en un hospital de tercer nivel para optimizar el tiempo de los profesionales.

METODOLOGÍA

Se reunió un grupo de trabajo multidisciplinar, donde médicos, del servicio de Calidad y anestesiólogos, supervisora, enfermeras, TCAE y celador, evaluaron el proceso de atención al paciente y concretamente el número de registros en la unidad usando la metodología Lean. Se agruparon y se analizó su uso, responsable y finalidad, posibilidad de eliminar, simplificar o digitalizar.

RESULTADOS

Se objetivaron 17 registros: pacientes diarios, pacientes en espera de cama, procedentes de hospital de día quirúrgico, trasladados de otras unidades, datos para estudios médico-farmacológicos, incidencias en el traslado de pacientes, con plantas de hospitalización, ratios y personal, plantillas de pacientes por sala, registro de vías centrales, exitus, incidentes de seguridad, uso de mórnicos, tratamientos de la unidad de dolor agudo, bombas de analgesia, partes a mantenimiento y a electromedicina.

8 registros se unificaron (47,05%) por resultar compatibles: pacientes en espera de cama y traslados de hospital de día quirúrgico para pasar la noche, se agrupó incidencias en el transfer de entrada a quirófano con buzón de seguridad.

2 se eliminaron (11,76%) por poder obtener el dato por otra vía: estudio médico-farmacológico (Farmacia Hospitalaria), registro de exitus (Registro de bloque quirúrgico).

Después de la reagrupación, 6 registros se digitalizaron (35,29%): el registro de vías centrales a un formulario web, las incidencias de personal, plantas, préstamos y mantenimiento/electromedicina en excel y la hoja de registro de la Unidad de dolor agudo en Altamira.

5 de los registros se mantuvieron en papel (29,41%): recuento diario de paciente, registro de ingresos en Críticos de Anestesia, bombas de analgesia, mórnicos (pendiente de digitalizar por el servicio de Farmacia) y plantillas de cada zona.

CONCLUSIONES

La simplificación y digitalización de los registros clínicos en un hospital de tercer nivel, contribuyen a un proceso de salud más ágil y eficiente, permitiendo a los profesionales una gestión óptima del tiempo, liberando la carga administrativa y pudiendo enfocar los recursos humanos en actividades asistenciales lo cual redundará en una mejora en la calidad asistencial en los pacientes. La digitalización total aún es un reto.

RATIO DE LAS RECLAMACIONES HOSPITALARIAS: UNA HERRAMIENTA DE BENCHMARKING

 Carmen Montserrat Martín Noda; Virginia Flor Morales; María Paz Álvarez García; Nieves Pérez Diego; Ana María Ruiz Ruiz; María Concepción Fariñas Álvarez

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 813

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Para poder conocer el “grado de insatisfacción” de los usuarios con la atención prestada en el hospital se utiliza como indicador el número total de reclamaciones recibidas. Algunos hospitales han adoptado otro enfoque que permite comparar centros de diferentes características midiendo la tasa de reclamaciones; definida como número de relaciones ajustada por la actividad. A nivel interno, este ajuste por actividad también permite comparar las reclamaciones registradas para cada servicio hospitalario, dado que la actividad y el volumen asistencial no son homogéneos entre ellos.

OBJETIVOS

Conocer el grado de insatisfacción de los usuarios con los servicios asistenciales prestados, ajustando por actividad.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo del número total de reclamaciones por Unidad / Servicio, obteniendo estos datos del Gestor de Reclamaciones de los Centros Públicos del sistema sanitario de Cantabria (JIRA). Los indicadores de actividad asistencial han sido proporcionados por el Servicio de Admisión. Para definir “acto asistencial” se han tenido en cuenta los diferentes momentos en los que los usuarios acceden al hospital: ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, consultas externas y técnicas diagnósticas-terapéuticas; incluyendo las agendas de actividad de enfermería. Se excluyeron los servicios de apoyo que no desarrollan actividad asistencial (como servicios generales, administración, mantenimiento, informática, etc).

El ratio de reclamaciones se calculó mediante el número de reclamaciones totales y por servicio y el total de datos de actividad asistencial; expresado como número de reclamaciones por 1000 actos asistenciales.

RESULTADOS

Número absoluto: Del total de 3195 reclamaciones registradas en 2024, se observó que los 3 servicios con mayor número de reclamaciones eran Traumatología y Ortopedia (n=579), Radiodiagnóstico (n=258) y Digestivo (n=222).

Ratio: De manera global, se registró un promedio de 1,2 reclamaciones/1000 actos sanitarios. Por servicios la clasificación varió, siendo los 3 servicios con mayor ratio de reclamaciones/1000 actos: Neurocirugía (n=152; ratio 9,55/1000 actos), Traumatología y Ortopedia (n=579, ratio 8,09/1000 actos) y Cirugía Plástica y Reparadora (n= 49; ratio 5,34/1000 actos).

El principal motivo de las reclamaciones en los servicios mencionados son las listas de espera (de intervenciones quirúrgicas, de acceso a consultas y a pruebas diagnósticas).

CONCLUSIONES

En relación con las reclamaciones, es importante establecer un indicador de calidad estandarizado, que permita hacer comparaciones entre hospitales y servicios con distintos volúmenes de actividad asistencial.

Además, se deberían crear fuentes públicas que permitan compartir estos datos y favorecer el flujo continuo de información. Esto impulsaría el desarrollo de herramientas de benchmarking, permitiendo identificar oportunidades de mejora y fomentar las buenas prácticas.

CÓDIGO PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA. MAPEO DE SU DISTRIBUCIÓN

 Carmen Montserrat Martín Noda; Virginia Flor Morales; Selma Herrero López; María del Mar del Olmo de Celis; Pablo del Olmo Ruiloba; Marta Ruiz Lera

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 814

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Ante un paciente con sospecha de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRIH), es importante poner en marcha sistemas de atención inmediata. La evidencia científica ha demostrado que una detección y tratamiento precoz de la PCRIH puede mejorar el impacto en la supervivencia del paciente, mediante la implementación de estrategias de “cadena de supervivencia”. Estas persiguen acortar el tiempo de respuesta de la atención y disminuir tanto la mortalidad como las posibles secuelas tras la PCRIH. Para optimizar la respuesta, en este hospital, se han definido dos grupos de atención a la parada, teniendo en cuenta las características de los pacientes ingresados de cada unidad, y las posibles etiologías de la PCRIH: Grupo de Parada de Cardiología y Grupo de Parada General.

OBJETIVOS

Conocer las activaciones del código de parada en el hospital y su distribución por áreas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo de las activaciones del código de parada, analizando el periodo comprendido entre enero 2023 y diciembre 2024. Los datos se obtuvieron del registro de los SMS enviados desde la central de telefonía del hospital a los buscas de los profesionales asignados en cada uno de los grupos de atención a la PCR. Se excluyeron las activaciones duplicadas y las anulaciones inmediatas.

Se analizaron las activaciones globales, por año específico, unidad asistencial, servicio y edificio hospitalario. Asimismo, se analizaron los errores de activación del grupo de atención a la parada.

RESULTADOS

Del total de 132 activaciones registradas en el periodo a estudio, 79 tuvieron lugar en 2023 (15,2% del grupo de parada de Cardiología y 84,8% del grupo de parada general) y 53 en 2024 (18,9% del grupo de Cardiología y 81,1% del grupo de parada general).

Por unidad de hospitalización y servicio, se observó que en ambos años las unidades que generan más activaciones son la P03 (corresponde con Cardiología) y las P08 y 09 (Medicina Interna). La distribución por edificios coincide también en ambos años, produciéndose en más del 50% en el edificio 2 de noviembre (donde se ubican dichos servicios).

En 2023 en un 7,6% de las activaciones, se produjeron errores en la activación del grupo de atención; y en 2024, en un 1,9%. En el periodo global de estudio constituye un 5,3% de errores de activación del grupo correcto establecido.

CONCLUSIONES

Tras el análisis, se proponen las siguientes acciones de mejora:

- Priorizar la formación de los profesionales sanitarios que trabajan en las áreas de Cardiología y Medicina Interna, para asegurar la detección y tratamiento precoz de la PCR.
- Reforzar la difusión del Plan de PRC del hospital, para garantizar que todos los profesionales conozcan la sectorización y que se active el grupo de atención a la parada establecido.

MAS ALLA DE LA EXCELENCIA EN ATENCIÓN SANITARIA. EXCELENCIA EN RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

 *Sonia Soria Domingo; Francisco Javier Gomez Garcia; Carlos Montero Martin; Joaquín Gonzalez Revaldería; Patricia Fernán Pérez; Maria Victoria Olalla Martin*

 *Hospital Universitario de Getafe*

Identificador: 815

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Nuestro Hospital busca no solo brindar atención sanitaria de calidad, sino que apuesta por la innovación, la responsabilidad social (RS), sostenibilidad y las personas. En 2019 optó por el sello “Madrid Excelente”, logrando un “Avanzado” con un 85 % de cumplimiento. El Cuestionario de Autoevaluación permite diagnosticar el grado de madurez en RS y orientar mejoras, siendo adoptado por la Dirección como herramienta clave para alcanzar la excelencia

OBJETIVOS

Mantener e incrementar la excelencia en materia de RS en base al Cuestionario de Autoevaluación de Madrid Excelente

METODOLOGIA

2019: Selección del Cuestionario del sello de acreditación de Madrid Excelente como herramienta para la identificación de áreas de mejora y medición en materia de RS

Difusión del Primer Informe obtenido con las áreas a trabajar en el siguiente período, para ello desde la Unidad de Calidad, apoyado por el equipo directivo, despliega los objetivos entre las comisiones, así como, en los grupos ad hoc, que se crean

2021-22: Con la modificación del cuestionario, se comunican y se planifican las nuevas acciones para lograr dar respuesta a las nuevas, además del endurecimiento de las metas del resto de áreas, precisando búsqueda de buenas prácticas en otras áreas

2023-24 Con la difusión del informe periódica del Cuestionario, se hace un último esfuerzo, haciendo un análisis comparativo, y un proceso de benchmarking con nuestro grupo de Hospitales y con el total de la Comunidad, además de incorporar grupos específicos para las áreas nuevas del cuestionario

RESULTADOS

2019-20: Nivel alcanzado: Excelente: 85% de cumplimiento (79% mediana del grupo de Hospitales). 13 áreas de mejora

2021-22 se mantiene “Excelente”: 92% de cumplimiento, al igual que en 2023, 96% (70% mediana del grupo de Hospitales)

2024: modificación de cuestionario e incremento de la exigencia se logra “Avanzado” con un 87% de cumplimiento (77% mediana del grupo de Hospitales)

El índice de cumplimiento de 2019-24 es superior a la mediana del grupo de Hospitales, además del resto de Hospitales de la Comunidad.

CONCLUSIONES

La estrategia del hospital, centrada en la atención integral al paciente, la excelencia científica y la sostenibilidad, permite cumplir con la mayoría de los ítems del cuestionario de autoevaluación, especialmente en áreas clave como gestión ambiental, participación de las personas, atención al paciente e implicación con los grupos de interés. El Comité de Gestión Medioambiental impulsa acciones para reducir la huella de carbono, el consumo energético y la gestión de residuos. La presencia en medios, la web y las alianzas con asociaciones y centros educativos refuerzan su compromiso social. Además, se mide la satisfacción del paciente para mejorar la atención, y se promueve el cuidado de los profesionales mediante comunicación directa, formación y apoyo a la innovación. Todo ello sitúa al hospital en niveles superiores de cumplimiento en RS frente a su grupo y a la media de la Comunidad.

ANÁLISIS DE COSTES EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE VULNERABLE: PERSPECTIVA DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 Oscar Herráez Carrera ⁽¹⁾; María de los Ángeles Asencio Egea ⁽²⁾; María Huertas Vaquero ⁽²⁾; Silvia Gómez Fernández ⁽¹⁾; Miguel Ángel Serrano Rodríguez ⁽¹⁾; Martín Cabero Becerra ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Dirección General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; ⁽²⁾ Gerencia Atención Integrada de Alcázar de San Juan

Identificador: 816

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La reactivación de citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunodeprimidos representa una causa importante de morbi-mortalidad. Se identifica un paciente con linfoma folicular con tratamiento quimio y radioterápico que acude a urgencias por fiebre, disfagia y fatiga extrema. El paciente presenta neutropenia febril y tras pruebas radiológicas y exámenes de laboratorio se observa lesión cavitada pulmonar por Nocardia veterana, bronquiolitis obliterante y esofagitis por CMV tratada con valganciclovir y ganciclovir sin respuesta clínica ni virológica.

OBJETIVOS

Este caso aborda el desafío terapéutico de manejar una esofagitis por CMV refractaria en un paciente con inmunosupresión severa, analizando el balance entre eficacia, seguridad y coste de dos opciones terapéuticas dispares, foscarnet versus maribavir.

METODOLOGÍA

Se consideraron dos opciones de tratamiento.

- Uso de foscarnet, con amplia experiencia clínica y menor coste, pero asociado a nefrotoxicidad significativa.
- Uso de maribavir, más seguro y eficaz, pero con un elevado coste y aprobado únicamente para el tratamiento de infecciones por CMV refractario en pacientes trasplantados.

Tras análisis multidisciplinario se decide iniciar maribavir (400 mg/12 horas) debido al estado crítico del paciente, en el cual la nefrotoxicidad por foscarnet se consideraba un riesgo considerable. El tratamiento se mantuvo durante 6 semanas, logrando negativización de la carga viral y resolución de la esofagitis sin efectos adversos.

RESULTADOS

Los gastos asociados a la administración de foscarnet, que requiere hospitalización (6 semanas) para su administración intravenosa, monitorización renal y supervisión estricta para detección de complicaciones (insuficiencia renal aguda, infecciones nosocomiales y recurrencias) ascenderían a 21.208 – 21.520 €.

El coste del tratamiento con maribavir fue de 22.864, considerando el coste del medicamento y la hospitalización requerida por el estado crítico del paciente (dos semanas).

CONCLUSIONES

En nuestro caso el maribavir resulta más coste-efectivo que el foscarnet, permitiendo un manejo menos invasivo, más seguro y rápido en la disminución de la carga viral de CMV, factor crucial en la recuperación del paciente.

Este caso subraya el desafío de tratar infecciones oportunistas en pacientes inmunocomprometidos y plantea un dilema ético, clínico y económico que puede abordarse desde varias perspectivas. Desde la perspectiva de la seguridad del paciente se plantea la necesidad de equilibrar la inversión en fármacos innovadores, con menor riesgo de efectos adversos, con la sostenibilidad del sistema de salud.

También se destaca la importancia de un enfoque individualizado y multidisciplinario en el manejo de enfermedades infecciosas complejas y puede orientar futuras decisiones sanitarias para optimizar los recursos destinados a pacientes críticos.

ESCUELA DE CUIDADORES: ROL DE ENFERMERIA EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y FORMACIÓN DEL CUIDADOR DE UN PACIENTE CON ICTUS

 Patricia Gomez Piqueras; Lorena Martin Rollan; Soledad Martin Cermeño; Mar Blas Arias; David Platero Garcia-Velasco; Sonia Soria Domingo

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 817

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El ICTUS conlleva un elevado grado de discapacidad con impacto en pacientes y familiares, lo que precisa la búsqueda de estrategias de información, educación y acompañamiento. Las escuelas de pacientes surgen como una herramienta fundamental para dar respuesta a esta necesidad identificada por los pacientes y cuidadores en un momento de gran vulnerabilidad.

OBJETIVOS

Mejorar el nivel de educación respecto al ICTUS de los pacientes afectados y sus cuidadores.

METODOLOGÍA

- Para ello, se llevó a cabo una detección de necesidades emocionales y formativas de los pacientes y sus cuidadores.
- Diseño del Plan Formativo, basado en intervenciones educativas enfermeras
- Definición del sistema de evaluación de conocimientos adquiridos tras la intervención educativa.

RESULTADOS

Creación de la Escuela de Cuidadores, que consiste en un total de 4 áreas a tratar en diferentes sesiones:

1. Impacto de las secuelas en sus actividades de la vida diaria: principales cambios (físicos y psicológicos),
2. Formación y adquisición de destrezas en los nuevos cuidados a aplicar.
3. Información sobre los recursos disponibles, actuación conjunta con la trabajadora social
4. Abordaje de la respuesta emocional a la nueva situación, intervención conjunta con asociaciones y paciente experto,

Selección de escala ICUB97 para ver el impacto de la formación en la calidad de vida de los pacientes, además de indicadores de actividad, en cuánto a nº de pacientes y cuidadores formados, y su nivel de satisfacción con la escuela.

CONCLUSIONES

El diseño de la escuela de pacientes y cuidadores afectados por ICTUS de nuestro hospital, se encuentra en el marco del Posicionamiento estratégico, en la línea de atención centrada en el paciente, y empoderamiento del mismo. Se comenzará con el arranque a finales de 2025.

SALA OBEYA: HACIENDO VISIBLE LOS PROYECTOS ESTRATEGICOS FRUTO DEL TRABAJO EN EQUIPO

 Zita Quintela Gonzalez; Patricia Fernán Perez; Joaquín Gonzalez Revalderia; Nuria Garcia Montes; Carlos Montero Martin; Maria Victoria Olalla Martin ⁽²⁾

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 818

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El nuevo Plan Estratégico del hospital se basa, entre otros aspectos fundamentales, en la promoción de la colaboración de los diferentes estamentos profesionales que prestan su servicio en la atención del paciente y en la relación fluida entre los mismos. Un aspecto fundamental es que la forma de esta colaboración es planificada por los propios profesionales.

OBJETIVOS

Promover la colaboración entre estamentos profesionales de diferentes Servicios y Unidades mediante la creación de un ámbito de encuentro (sala Obeya) que dé visibilidad a los proyectos estratégicos del hospital y su relación con los proyectos operativos definidos autónomamente por los profesionales, facilitando la colaboración entre los mismos.

METODOLOGÍA

Para ello, se definió el espacio físico donde debería establecerse la sala Obeya: un ámbito de acceso libre, pero tranquilo, del hospital. Se definieron varios tipos de tablero:

- Estratégico
- Táctico
- Operativos

El panel estratégico permite tener en todo momento, a la vista, el Propósito, Misión y Valores del hospital, así como los Objetivos Estratégicos y Transversales que componen el Plan Estratégico a alto nivel. Los paneles operativos permiten conocer el grado de desarrollo de cada proyecto definido y puesto en marcha de forma colaborativa o específica por los profesionales, facilitando el encuentro entre los diferentes actores que han de desarrollarlo, incluido el equipo directivo. El panel táctico muestra el estado de avance de los Objetivos Estratégicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La sala Obeya permite tener un espacio de encuentro para mejorar la coordinación en el desarrollo de los planes operativos definidos por los profesionales teniendo en todo momento a la vista:

- los Servicios y Unidades implicados en su desarrollo,
- la relación de cada plan con las líneas y objetivos estratégicos del hospital,
- las características específicas de cada uno (mediante enlace QR),
- el valor de los indicadores clave en cada punto temporal de análisis,
- la fecha de la última actualización de cada plan operativo.

Asimismo, se especifican otros aspectos como si participa el equipo lean del hospital para ayuda al desarrollo del proyecto, la sostenibilidad del mismo, si se ha desarrollado una sala Obeya periférica, ...

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de la Sala Obeya permite analizar visualmente las características de cada proyecto, facilita la comunicación entre las personas de cada área implicada en su realización (lo que facilita la resolución de los posibles problemas que puedan surgir durante su desarrollo), permite detectar Objetivos Estratégicos que han tenido menor despliegue para poder balancearlos con los demás y hace que exista transparencia en todo el hospital.

LIDERAZGO HUMANIZADO: CONTRUYENDO EL HOSPITAL DEL FUTURO CON LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES CON METODOLOGIA LEAN

 Zita Quintela Gonzalez; Patricia Fernan Perez; Nuria Garcia Montes; Carlos Montero Martin; Lorena Jimenez Mandy; Sonia Soria Domingo

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 819

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Una organización de elevada complejidad como un hospital de nivel 2 necesita planificar sus actuaciones. La participación de los profesionales en el diseño de este plan favorece que lo adopten como propio.

OBJETIVOS

Realizar un Plan Estratégico en el que se incluyan las necesidades de todos los Servicios y Unidades del hospital y de los centros de especialidades dependientes del mismo en un entorno de participación y transparencia.

METODOLOGIA

En una primera fase, se solicitó de todos los mandos intermedios (sanitarios y no sanitarios) una exposición de los puntos fuertes que detectaban en su ámbito de competencia y las áreas de mejora que era necesario abordar. Tras un análisis detallado de todos los informes, estas áreas se agruparon en: las relacionadas con los espacios físicos (40% de los informes), con recursos humanos (30%), con recursos materiales (20%) y con cuestiones organizativas (10%).

A partir de esta información, el equipo directivo promueve el desarrollo de dos grandes planes:

- Plan Funcional de Espacios a 5-7 años, con el fin de abordar los requisitos de redistribución y racionalización de espacios de un hospital de 35 años de antigüedad, adaptándolo a la actual realidad asistencial.
- Plan Estratégico a 3 años revisando el Propósito, Visión y Valores y especificando cuatro Líneas Estratégicas, cinco Objetivos Estratégicos, doce Anuales y cuatro Transversales.

Dentro de la estructura del Plan Estratégico, cada Servicio o Unidad es responsable de definir los planes específicos propios que, de forma alineada con aquel, lo desarrollarán. Estos planes específicos se incorporan, junto con los Objetivos institucionales en los Contratos de Gestión anuales de cada Servicio o Unidad dando mayor peso a los que se desarrollan conjuntamente entre varios estamentos profesionales y entre diferentes Servicios y Unidades.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han presentado un total de 151 proyectos (15% en el área de Gestión). El 46% de los relacionados con sanitarios se realizan conjuntamente entre facultativos, enfermería y/u otras Unidades (25% en el área quirúrgica), el 45% se relacionan solo con facultativos y el 9% solo con Enfermería. Todos se han difundido al hospital.

La opinión más frecuente entre los trabajadores es que es una “buena idea”, que “favorece el trabajo en equipo” y que “es necesario gestionar bien el tiempo”.

CONCLUSIONES

La metodología de realización del actual Plan Estratégico ha sido muy bien recibida por las personas del hospital ya que les ha permitido expresar la situación de partida y las acciones a abordar en un ambiente de transparencia. La definición de una parte importante del contrato de gestión por los propios trabajadores, con mayor peso en los planes conjuntos entre Unidades o Servicios, ha sido fundamental para poder gestionar el proceso de atención al paciente de una forma integral.

REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE ESPACIOS COMO PALANCA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES

 Zita Quintela Gonzalez; Carlos Montero Martin; Patricia Fernan Perez; Francisca Rodriguez Hervas; Carolina Vegas Plaza; Nuria Garcia Montes

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 820

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Nuestro hospital fue inaugurado en los años 90. Las estructuras y disposiciones arquitectónicas originales constituyen, actualmente, deficiencias para afrontar los nuevos retos asistenciales que se reorientan hacia la ambulatorización de procesos. En vez de realizar mejoras en las infraestructuras de forma aislada, se aborda de forma integral un Plan Funcional de Espacios dentro del Posicionamiento Estratégico 2025-2031 de nuestro hospital.

OBJETIVOS

Mejorar las infraestructuras hospitalarias para dar respuesta a los retos asistenciales actuales: Rediseñar la organización de los espacios hospitalarios con un enfoque hacia la eficiencia, la accesibilidad y la sostenibilidad, que propicie la gestión por procesos. Planificar la transformación por fases, minimizando el impacto sobre la actividad asistencial. Asegurar la viabilidad presupuestaria anual del proyecto. Promover el cambio organizativo y cultural asociado a los nuevos espacios.

METODOLOGÍA

Constitución de un grupo director y recogida de información de todos los profesionales intervinientes en la actividad diaria del hospital, a través de la identificación de interlocutores de todas las disciplinas.

Análisis de los datos recogidos según los principios LEAN, con agrupación posterior en base a necesidades asistenciales, funcionales y de sostenibilidad.

Validación de las propuestas y consenso con el equipo técnico de arquitectos aplicando fundamentos de eficiencia y sostenibilidad. Presentación y comunicación a la Dirección General de Infraestructuras

RESULTADOS

Se obtiene que la necesidad de reorganización afecta al 95% de las áreas (lo que representa una afectación del 60% del espacio funcional) en las cuales se han detectado 57 necesidades que responden a cambios de ubicación (18), ampliación de espacios (21) y transformación interna (18).

Precisan una reorganización profunda áreas como hospital de día, consultas externas, bloque quirúrgico, UCI, Farmacia, Medicina Nuclear, pruebas funcionales, así como la incorporación de nuevos espacios (docencia, vestuarios, etc.).

Se realiza el estudio de costes, y se prioriza el abordaje por fases anuales garantizando la viabilidad económica, así como la minimización del impacto asistencial.

CONCLUSIONES

Las infraestructuras hospitalarias precisan una mejora continua, que se deben de abordar de forma integral considerando el propósito, visión y valores de la organización.

El Plan Funcional de Espacios de nuestro Hospital es una herramienta estratégica y una palanca para transformar el modelo asistencial, integrando visión organizativa, participación profesional, eficiencia económica y sostenibilidad. Su enfoque participativo y su aplicación escalable lo convierten en un modelo de referencia dentro del sistema sanitario público.

Además, el modelo está siendo replicado en otros hospitales públicos, a solicitud de la Dirección General, demostrando su capacidad de adaptación y exportabilidad.

TALLERES DE EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN CUATRO EDICIONES

 *Gema Gallardo Sánchez*

 *Hospital de Fuenlabrada*

Identificador: 821

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El ejercicio terapéutico es una intervención recomendada por las principales guías clínicas para personas con cáncer, al contribuir a preservar la funcionalidad, reducir la fatiga y mejorar el estado emocional. Sin embargo, su implementación como parte del tratamiento integral sigue siendo desigual, y son escasas las experiencias documentadas en formato grupal, presencial y adaptado al contexto asistencial. Con esta iniciativa se pretendió ofrecer un espacio seguro y guiado para el movimiento, que además fomentara la adherencia a largo plazo mediante la educación en ejercicio terapéutico.

OBJETIVOS

El objetivo fue evaluar la satisfacción de los/as participantes tras su paso por un taller grupal de ejercicio terapéutico.

METODOLOGÍA

Las sesiones fueron presenciales, de dos horas de duración, con una única sesión por edición. Los contenidos combinaron educación con ejercicios de movilidad, fuerza funcional, control postural, respiración y estiramientos, todo adaptado a las capacidades y situación clínica de cada persona. Se recogieron datos mediante encuestas anónimas con preguntas tipo Likert y comentarios abiertos. En total se obtuvieron 57 encuestas completas entre las cuatro ediciones.

RESULTADOS

La satisfacción general fue elevada en todas las ediciones. El 100 % de los encuestados valoró la organización general del taller como buena o excelente. El 97 % consideró que el contenido fue claro y comprensible. El 90 % manifestó que el taller cumplió total o ampliamente sus expectativas en cuanto a ejercicio terapéutico. Todos los participantes se sintieron cómodos y seguros durante la sesión, y el 93 % consideró que las actividades estuvieron bien adaptadas a sus necesidades físicas. La preparación del equipo fue calificada como excelente en el 100 % de los casos. En cuanto a la recomendación, el 100 % lo recomendaría a otras personas, y el 96 % afirmó que este tipo de iniciativas pueden mejorar su calidad de vida. Las valoraciones generales oscilaron entre 4 y 5 estrellas (media: 4,8/5). Los comentarios abiertos subrayaron la utilidad de la sesión, el valor del acompañamiento profesional y la necesidad de ampliar el tiempo o frecuencia de los talleres. Algunas sugerencias textuales fueron: “Que pudiera durar más tiempo”, “Muy instructivo”, “Me gustaría un taller específico para pacientes con metástasis óseas”.

CONCLUSIONES

Los talleres de ejercicio terapéutico para pacientes oncológicos han demostrado ser una intervención viable, segura y muy bien valorada. La participación activa en un entorno grupal adaptado refuerza el empoderamiento del paciente y favorece la percepción de control durante el proceso oncológico. La alta tasa de recomendación y la petición de continuidad evidencian el impacto positivo de esta experiencia. Se propone consolidar esta práctica como parte del abordaje integral en oncología, con posibilidad de extender su duración y adaptar nuevas ediciones a subgrupos clínicos específicos.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE MEJORA DE PROCESOS Y LEAN HEALTHCARE PARA LA MEJORA CONTINUA EN UN CENTRO SANITARIO

 *Andreu Aloy Duch; Carles Sivilla Roura; Mònica Ballester Roca; M^a Teresa Abellaneda Camacho; David Barrachina Caricchio; Dària Esther Rubio Lopez*

 *Consorci Sanitari del Maresme - Hospital Universitari de Mataró. Barcelona*

Identificador: 822

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La gestión por procesos, la reestructuración y la mejora continua son métodos clave para optimizar los sistemas sanitarios. La aplicación de la metodología LEAN facilita la reorganización eficiente de los flujos operativos, impulsando la eficacia y la maximización de los recursos disponibles. Estos enfoques resultan esenciales para elevar la calidad de la atención al paciente, la salud pública y el bienestar de los profesionales del sector.

OBJETIVOS

Describir el proceso de creación, características, implementación y resultados de una Unidad de Mejora de Procesos (UMP) en una Organización Sanitaria Integral (OSI), utilizando el enfoque LEAN como herramienta principal para la mejora continua.

METODOLOGÍA.

El centro es una OSI que abarca los 4 niveles de atención (especializada, primaria, salud mental e intermedia) de referencia comarcal, contando con 316 camas convencionales y 20 de cuidados intensivos, atendiendo a una población sanitaria de 280.964 habitantes y de 445.720 en Salud Mental. En 2021 se constituyó la UMP y se desarrolló un Plan Funcional (misión, objetivos, estructura organizativa, operativa, procesos clave, herramientas LEAN e indicadores). Los objetivos de la UMP fueron:

1. Afrontar la creciente complejidad del sistema sanitario
2. Asistir a los profesionales al reducir cargas innecesarias y mejorar el ambiente laboral
3. Priorizar la calidad asistencial, la excelencia clínica y la optimización de recursos
4. Fomentar un sistema más sostenible, eficiente y centrado en pacientes y profesionales.

RESULTADOS

Entre 2021 y 2025, en la UMP trabajan 2 expertos en LEAN (un ingeniero y una enfermera), con el apoyo de una consultora externa con 5 profesionales. Los elementos claves del éxito de la UMP han sido: liderazgo clínico, impulso directivo y apoyo metodológico LEAN. Se han gestionado 24 proyectos, de los cuales 14 (58%) han concluido y 10 (42%) permanecen en ejecución. Los temas abordados incluyen: procesos médicos (extracciones, traslados, urgencias, entre otros), procesos quirúrgicos (implantes, programación, entre otros), procesos farmacológicos (oxígeno) y Plan Director-2038 de la OSI. Los indicadores de proceso a lo largo de 39 meses han sido:

- 350 sesiones (promedio de 15 por proyecto), involucrando a 364 profesionales de la OSI (16 por proyecto).
- Se evaluaron 110 bases de datos relevantes (5 por proyecto).
- Se formaron a 322 profesionales (15 por proyecto).
- Las herramientas LEAN fueron: VSM (100% de los proyectos), A3 (96%), Diagrama de espagueti (12%), Gestión visual (8%) y 5S (4%). Los indicadores de resultados han evidenciado:
- Un cumplimiento del 62% de los objetivos establecidos.

CONCLUSIONES

La UMP ha jugado un rol fundamental en la mejora organizacional de los procesos, alcanzando más de la mitad de los objetivos planteados. La metodología LEAN ha facilitado la reorganización eficiente de los flujos de trabajo, incorporándose también en la formación y el vocabulario cotidiano de los profesionales del centro.

IMPORTANCIA DE PROGRAMAS DE EJERCICIO FISICO Y SALUD

 Fernando Serrano Pérez ⁽¹⁾; María de las Nieves Tarín Vicente ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Quirónsalud Sur de Alcorcón y Escuela de Ejercicio Físico y Salud Santa Gema; ⁽²⁾ Hospital Universitario de Móstoles

Identificador: 823

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El ejercicio físico es fuente de salud. En diferentes grupos de edad y en diferentes patologías, un programa de ejercicios es fundamental para mejorar los resultados.

Ya hemos realizado programas de ejercicio y optimización funcional vinculados a la COVID, a pacientes oncológicos... En esta ocasión presentamos los resultados de un programa de ejercicios en personas mayores y los resultados en beneficios físicos, emocionales, psicológicos y sociales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El programa consistió en:

Programa de ejercicios en grupo de 20 personas mayores

Tutorizando el ejercicio al grupo de participantes y mentoría a la tutora del grupo.

Duración: 3 meses, consistente en acudir al gimnasio 2 días a la semana (martes y jueves) durante una hora cada día.

Para conocer el impacto, se contabilizó la participación y ausencias. Y se utilizaron unas encuestas anónimas que preguntaban sobre: aspectos físicos, psicológicos, y emocionales para analizar el impacto al final del programa.

RESULTADOS

Edad media 70 años y 55% mujeres/45% hombres. Muy escaso absentismo

- El 90 % se siente mejor a nivel físico
- El 100 % ha mejorado su movilidad
- El 100 % han mejorado su fuerza
- El 90 % controlan mejor el estrés
- El 85 % han mejorado a nivel psicológico
- El 90% hacen más cosas que antes y les cuesta menos
- El 100 % agradecen la relación con el grupo
- El 90% han bajado o mantenido el peso
- El 90% han mantenido o bajado su Tensión Arterial
- Al 100 % les ha ayudado el programa a meter el ejercicio en sus vidas como una rutina
- El 60 % toma menos pastillas

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que la tutela presencial de monitores y asistentes a un programa de ejercicios aplicado a personas mayores mejora en poco tiempo los resultados de salud, fideliza a las personas en la práctica de ejercicio y mejora su condición física, psicológica y social.

Estos programas deben extenderse a distintos grupos de edad y condición, dados los resultados y su bajo coste. La participación de mujeres en este programa fue alta.

ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO.



M Mercedes Vinuesa Sebastián; Isabel Lopez Villar; Jose Luis Muñoz de Nova



Hospital Universitario de La Princesa

Identificador: 824

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico del hiperparatiroidismo primario es bioquímico y el único papel de las pruebas de Medicina Nuclear, una vez establecida la indicación quirúrgica, es la localización anatómica de las glándulas hiperfuncionantes. Se detectó que en ocasiones estas pruebas se solicitan sin disponer de un diagnóstico, en ausencia de indicación quirúrgica o incluso, en pacientes que rechazan la cirugía

OBJETIVOS

Optimizar el proceso diagnóstico del hiperparatiroidismo primario mediante el uso adecuado del SPECT-TC y su valoración conjunta por el cirujano experto y el especialista en Medicina Nuclear.

METODOLOGÍA

En primer lugar se analizó el proceso diagnóstico actual con las pruebas solicitadas desde enero a septiembre de 2024, que actuaría como grupo control (nº de pruebas realizadas, adecuación, tasa de pruebas con glándula patológicas, demora y costes sanitarios relacionados). En segundo lugar, nos adherimos al programa de Adecuación en la práctica clínica del hospital, comunicando la propuesta a dirección y Comisión de Adecuación, mediante una recomendación argumentada de realizar la prueba o reconsiderar su necesidad. En tercer lugar, se implantó la práctica de manera que se revisan todas las indicaciones de SPECT TC solicitados, conjuntamente el cirujano experto y el especialista en Medicina Nuclear, para valorar la existencia de un diagnóstico confirmado en un paciente con indicación quirúrgica. En caso de duda, se valoraría en el Comité de Patología Endocrina Quirúrgica. Por último se evaluaron los pacientes atendidos tras seis meses de la implantación (de octubre 2024 a marzo 2025).

RESULTADOS

En los 6 meses siguientes a implantar medidas, se analizaron 71 petición. En 58% (41) se emitió recomendación de “reconsiderar petición”, siendo finalmente no realizadas. De las 30 pruebas realizadas, el 73% tuvo hallazgos (glándula hiperfuncionante). La demora media de la prueba fue de 29 días.

En la etapa previa (enero a septiembre de 2024), se realizaron 105 SPECT TC. Tras la revisión, se observó que un 67% hubieran tenido recomendación de “reconsiderar petición”. La tasa de positividad de la prueba fue de 25%. La demora media de la prueba fue de 61 días.

Con la nueva práctica se ha estimado ahorro anual de 42.340€ por pruebas no realizadas.

CONCLUSIONES

La conclusión es que una correcta adecuación en la indicación del SPECT TC de paratiroides, constituye un importante punto de mejora en el manejo de estos pacientes porque agiliza y simplifica el proceso, aumenta la seguridad del paciente y además, optimiza las listas de espera, el uso de recursos económicos y la disponibilidad de profesionales. La determinación de éstos y su trabajo conjunto, son la clave para la implantación y el mantenimiento de esta práctica.

GESTIÓN DEL APAGÓN ELÉCTRICO DEL 28 DE ABRIL DE 2025 EN UN HOSPITAL: LECCIONES APRENDIDAS.

 Cristina García Fernández; Belén Ubach Badía; Carmen Noguera Quijada; Félix Álvaro Conde Rodríguez; Arturo José Mengual Mora; Guillermo Ceñal Pérez

 Hospital Universitario Infanta Sofía

Identificador: 825

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El apagón en la península ibérica fue una interrupción generalizada del suministro eléctrico producida el lunes 28 de abril de 2025 a las 12:33. Dejaron de funcionar los ferrocarriles y metros y gran parte de las telecomunicaciones. Sólo tenían suministro aquellos edificios con generadores propios, como los hospitales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la gestión de la interrupción del suministro eléctrico en un hospital de segundo nivel, así como las áreas de mejora detectadas. Se analiza la instalación eléctrica de rescate disponible, las coberturas y monitorización de la autonomía. Se describen las modificaciones asistenciales realizadas y el sistema de comunicación establecido.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La gestión de la crisis fue liderada por el equipo directivo que permaneció en el centro hasta la resolución. Profesionales de diferentes servicios se mantuvieron en el hospital para reforzar los equipos de guardia, al igual que los servicios localizados. El hospital dispone de tres centros de transformación (CT), cada uno con grupo electrógeno que dan cobertura a diferentes zonas. Ante el fallo de suministro de red se activaron tres grupos electrógenos, uno por CT, quedando sin suministro las zonas preestablecidas que más consumo generan. Por ejemplo, climatización (excepto bloque quirúrgico), parte del Servicio de Radiología, alumbrado exterior, etc. Durante el proceso de conmutación o en fallo del grupo electrógeno, los SAls asumen el suministro de los servicios críticos. Los grupos electrógenos se alimentan con gasoil disponiendo de una capacidad total de 37900 litros. Se monitorizó el nivel de gasóleo, calculando una autonomía de 36 horas y se redujeron cargas apagando zonas no críticas. En cuanto a las comunicaciones la telefonía móvil permaneció sin servicio, funcionando la telefonía fija, wifi y red de datos permitiendo acceso con normalidad a la historia clínica electrónica. Las comunicaciones entre profesionales se establecieron a través de telefonía fija con un circuito definido por la dirección. Se habilitaron zonas para atender pacientes que necesitaban conectar dispositivos de terapias domiciliarias. El nivel del tanque de oxígeno que estaba al 30% (consumo diario 5%) se suplementó ante la previsión de alta demanda. Se preparó y sirvió menú frío en la cena. Se suspendió la actividad quirúrgica extraordinaria y las endoscopias, funcionando con normalidad la hospitalización, la cirugía urgente y la atención en urgencias.

El hospital demostró alta capacidad de reacción ante una situación crítica, asegurando la continuidad asistencial. Ciertas áreas de alto consumo quedaron sin suministro, lo que evidencia la necesidad de redefinir prioridades energéticas o ampliar cobertura crítica, especialmente el servicio de radiología. Se logró establecer comunicación profesional interna mediante telefonía fija, wifi y la red de datos, sería recomendable considerar medios alternativos. Se propone realizar simulacros periódicos que permitan mejorar la respuesta organizada del hospital.

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

 *Andreu Aloy Duch; Hernan Gerardo Pirozzo Skobalski; José Manuel Cancio Trujillo; Meritxell Usas Torrents; Daria Esther Rubio López; Vanesa Quiroga García*

 *Consorci Sanitari del Maresme - Hospital Universitari de Mataró. Barcelona*

Identificador: 826

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención sociosanitaria (ASS) 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.

OBJETIVOS

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

MÉTODOLOGÍA

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 ASS, con una influencia sanitaria poblacional de 280.964 habitantes, y de 445.720 habitantes en Salud mental. Se creó la HaDAS elaborando un Plan Funcional describiéndose el perfil de paciente a incorporar.

RESULTADOS

Estudio piloto pre-implementación. Se evaluaron el global de 76 pacientes consecutivos de la ASS, de los cuáles 41 (54%) serían posiblemente tributarios de HaDAI (80,3 ± 11,9 años, estancia media de 33,7 ± 23,3 días, y 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% procedían de la atención especializada; el 80% con deterioro funcional; >50% Barthel < 50 puntos; > 90% con fisioterapia (FST) diaria; un 39% había precisado O2 y/o antibióticos e.v.; un 10% fue visitado en Urgencias; el 100% con deterioro funcional; el 50% con insuficiencia cardíaca de base.

Estudio piloto post-implementación. Se crearon 15 puntos de HaDASS (en domicilio o residencia social) susceptibles de mejora 1) funcional; 2) curas; y 3) descompensaciones "complejidad moderada"; y sin exclusiones. Características: cobertura asistencial presencial 6 días de 8 a 20h y ambulancias 24h: 1 médico, 2 enfermeras/mañana y 1 tarde, fisioterapeuta, trabajadora social, y administrativo/a.

Resultados de 4 meses (hasta Feb., 2025): pacientes 119; índice de ocupación del 110%; estancia media: 23 días (Estándar < 30 días); procedencia: 69% de Geriátria/UCP (E < 60%); Charlson 7,7 (E 2-13), 55% deterioro cognitivo moderado-severo; mortalidad 2,8% (E < 15%); reingresos 3,7% (E < 10%); domicilio/residencia 88,7% (E > 80%); 40,6% han realizado FST (mejora: 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 HaDAS ha significado un cambio importante asistencial y cultural para nuestra organización. La implementación de un equipo de HaDAS es coste efectivo y muy bien aceptado por la población atendida.

MEJORA DE LA BIOSEGURIDAD EN QUIRÓFANOS MEDIANTE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

 *Lucía Pérez Granda; Cristina Prado López; Rocío Coto Moreno; Vanesa García Díaz; Carmen Martínez Ortega; Jorge Corrales González*

 *Hospital Valle del Nalón*

Identificador: 827

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los quirófanos constituyen áreas críticas donde el cumplimiento de las medidas de bioseguridad es esencial para prevenir infecciones nosocomiales. En 2023, el Hospital Valle del Nalón identificó múltiples áreas de mejora en el cumplimiento de la disciplina intraquirófano del personal, el estado del equipamiento y las prácticas de limpieza y desinfección en la zona quirúrgica. Los informes de auditoría externa, tanto de GECCAS como de Joint Commission International, corroboraron esta situación.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de los niveles de contaminación microbiana en los quirófanos del hospital entre 2023 y 2025, relacionándola con la implementación progresiva de acciones de mejora en disciplina, organización y limpieza.

METODOLOGÍA

Se implementaron una serie de acciones correctoras, entre las que se encuentran la puesta en marcha de una sistemática de control de estructura, la mejora de la circulación interna y la reorganización del almacenamiento de recursos materiales. Algunas de estas mejoras precisaron de una obra en el área quirúrgica y de inversión en recursos de almacenaje.

Estudio descriptivo retrospectivo basado en rondas mensuales de observación estructurada y toma de muestras de seguridad ambiental. Se evaluó el cumplimiento de la disciplina intraquirófano, la estructura del entorno quirúrgico y la eficacia de limpieza mediante bioluminiscencia.

Se documentaron las acciones de mejora y se compararon los resultados microbiológicos anuales.

RESULTADOS

Durante 2023 se observaron incumplimientos de normas de higiene, deficiencias estructurales (puertas, mobiliario, materiales inadecuados) y una elevada contaminación ambiental en los quirófanos, con 821 pruebas positivas a microorganismos patógenos en 76 mediciones, precisando modificar actividad quirúrgica en 15 ocasiones. A lo largo de 2024, se implementaron acciones correctoras como sustitución de materiales, refuerzo de limpieza, sesiones formativas, revisión de procedimientos y reuniones con supervisión. En 2024 se registró una reducción significativa de la contaminación, con valores fuera de rango en 332 mediciones y descenso de la modificación de actividad quirúrgica a 9 ocasiones. En los primeros meses de 2025, únicamente se detectaron 2 mediciones positivas que precisaron en ambos casos modificar la actividad quirúrgica, lo que refleja una mejora drástica y sostenida.

CONCLUSIONES

La intervención progresiva y coordinada entre los servicios implicados permitió revertir una situación inicial de riesgo elevado, mejorando de forma sustancial los indicadores de bioseguridad quirúrgica. La disciplina del personal, la adecuación del entorno físico y el cumplimiento estricto de los procedimientos han sido claves para garantizar un entorno seguro. La experiencia demuestra que la mejora continua es posible con seguimiento sistemático, liderazgo desde supervisión y compromiso institucional.

MEDIDAS PREVENTIVAS (BUNDLE) DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA COLORRECTAL ¿DEBEMOS MEJORAR LOS REGISTROS?

 Elena Vidal Díez ⁽¹⁾; Andreu Aloy Duch ⁽¹⁾; Ana Hornero López ⁽²⁾; Roser Ferrer Aguilera ⁽³⁾; Lucrecia López González ⁽⁴⁾; Manuela Torres Gaspar ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Consorci Sanitari del Maresme - Hospital Universitari de Mataró. Barcelona; ⁽²⁾ Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona; ⁽³⁾ Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Calella - Blanes. Barcelona; ⁽⁴⁾ Complex Universitari Moisès Broggi. Barcelona

Identificador: 828

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se han promovido paquetes de medidas o bundles quirúrgicos como estrategia para prevenir la infección del sitio quirúrgico (ISQ) asociada a procedimientos quirúrgicos. Demostrar la eficacia de las medidas incluidas en estos bundles resulta complejo, principalmente por las dificultades en el registro sistemático de su implementación.

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de cumplimiento del registro de 2 bundles quirúrgicos, uno de 9 medidas y otro de 6 en cirugía electiva/diferida de resección colorrectal.

Analizar la tasa de la ISQ de cirugía colorrectal en función del cumplimiento de ambos bundles.

Identificar qué medidas incluidas en los bundles quirúrgicos de 9 y 6 componentes tienen un mayor impacto en la reducción de la ISQ.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo analítico multicéntrico 2020-2024: pacientes sometidos a resección colorrectal y con criterios de inclusión en el programa de vigilancia de la ISQ de cirugía electiva/diferida colorrectal (VINCat-Cataluña). Se excluyó la cirugía urgente o peritonitis. Análisis descriptivo de los registros del bundle quirúrgico recopilados en el marco de la vigilancia, excluyendo todos los registros incompletos.

Bundle quirúrgico de 9 medidas (BQ-9): 7 medidas fueron variables dicotómicas (Sí/No): 1-Profilaxis antibiótica; 2-Cirugía laparoscópica; 3-Uso de clorhexidina alcohólica al 2%; 4-Medidas para prevenir la hipotermia, 5-Preparación del colon con antibiótico oral, 6-Preparación mecánica del colon; 7-Uso de plástico de doble anillo, y 8-9-variables numéricas (control de glicemia capilar post-cirugía, y normotermia post-cirugía).

Bundle quirúrgico reducido a 6 medidas (BQ-6) dicotómicas (Sí/No) de las anteriores: 1-3, y 5-7.

RESULTADOS.

Se analizaron 1.405 procedimientos quirúrgicos. Tasa de cumplimiento de los registros completos del BQ-9 (35,7%), y del BQ-6 (7,8%).

Tasas de ISQ del BQ-9 medidas: ≤ 6 medidas (ISQ 28,5%); > 6 (ISQ 8,3% con $P < 0,01$); ISQ global con 9 medidas (ISQ 9,5%).

Tasas de ISQ del BQ-6 medidas: ≤ 4 medidas (ISQ 35,7%); > 4 (ISQ 7,8% con $P < 0,0002$); ISQ global con 6 medidas (ISQ 8,5%).

Medidas asociadas a mayor riesgo de ISQ:

BQ-9

Glicemia capilar fuera de rango (< 150 o > 200)

Hipotermia ($< 36^\circ$)

Profilaxis inadecuada

Sin laparoscopia

Sin preparación mecánica

BQ-6

Hipotermia ($< 36^\circ$)

Profilaxis inadecuada

Sin laparoscopia

Sin preparación mecánica

CONCLUSIONES

El bajo cumplimiento del registro de las medidas de los bundles quirúrgicos limita evaluar su efectividad. Es necesario reforzar los mecanismos de los programas de vigilancia para garantizar una mejor calidad y consistencia en los registros.

El cumplimiento de las medidas del BQ-6 es el doble que el observado en el BQ-9; cumplir un mínimo de 6 medidas en el BQ-9 y 4 medidas en el BQ-6 se asocia con una reducción significativa de la tasa de ISQ.

Se necesita ampliar el estudio para identificar las combinaciones de los BQ más efectivas para prevenir la ILQ en cirugía colorrectal.

EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR: TRES AÑOS DE MEJORA CONTINUA CON IMPACTO CLÍNICO Y ASISTENCIAL (2022–2025)

 Georgina Jiménez Rodríguez

 Hospital Vithas Madrid La Milagrosa

Identificador: 829

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El manejo del dolor sigue siendo un reto en la práctica clínica, a pesar de su impacto en la calidad asistencial y la seguridad del paciente. La OMS reconoce el alivio del dolor como un derecho fundamental, y el Ministerio de Sanidad de España lo ha priorizado en su estrategia nacional. Sin embargo, persisten desigualdades en su evaluación sistemática, lo que puede comprometer la equidad y la seguridad clínica. Este proyecto surge en 2021 ante la ausencia de un abordaje homogéneo en la evaluación del dolor en un hospital general. Se diseñó un modelo estructurado y progresivo de mejora continua (PDCA), implantado entre 2022 y 2025, con el objetivo de estandarizar la valoración del dolor, reducir la variabilidad entre profesionales y turnos, e incorporar la percepción del paciente como indicador de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es desarrollar e implantar un modelo estructurado de evaluación del dolor que permita estandarizar la práctica clínica, reducir la variabilidad entre profesionales y turnos, e incorporar la percepción del paciente como indicador de calidad. Se trata de un estudio observacional retrospectivo y cuantitativo (2022–2025), con revisión de historias clínicas (1.260 casos), auditorías por la Comisión de Documentación Clínica (468 casos) y encuestas a pacientes al alta (962 entrevistas). Se aplicaron indicadores como evaluación inicial y completa del dolor, frecuencia por turno y percepción del paciente. El modelo se implementó en cuatro fases anuales siguiendo el ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), con acciones específicas en cada etapa: formación, auditorías, retroalimentación y expansión a nuevas áreas asistenciales. Se incorporó la historia clínica electrónica como soporte para el registro estructurado de las valoraciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La evaluación inicial del dolor mejoró del 80,4% (2022) al 95,5% (2025), y la evaluación completa alcanzó el 100%. La satisfacción del paciente fue del 97,46%. El análisis de correlación de Pearson ($r = 0,998$; $p = 0,0023$) evidenció una alta concordancia entre observaciones de enfermería y auditorías clínicas, reforzando la fiabilidad del modelo. En 2024 se amplió la evaluación del dolor por turno a UCI, urgencias y hospital de día oncológico, alcanzando niveles de cumplimiento del 100%, 91,3% y 99,7% respectivamente. Estos datos reflejan una implementación homogénea en áreas críticas y ambulatorias, consolidando el modelo más allá de hospitalización. El análisis de retorno de inversión (ROI) fue positivo, dado el bajo coste frente al valor asistencial obtenido. Además, se aplicó el enfoque ROH (Return on Health), destacando beneficios como la mejora de la experiencia del paciente, la identificación de áreas críticas para intervención formativa y el refuerzo de la cultura de seguridad clínica. Este modelo ha demostrado ser eficaz, replicable y alineado con los pilares estratégicos de calidad y seguridad asistencial, aportando valor al paciente y promoviendo una cultura de mejora continua.

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

 *Carmen Rosa Martel Santiago; Alicia Hernández Santana; Alberto González Zapardiel; Gloria Esther Robaina Hernández; Fernando Fernández Fuertes; José Javier Blanco López*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)*

Identificador: 830

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La implantación de un Plan Estratégico (PE) en un complejo hospitalario de tercer nivel es fundamental para garantizar una gestión eficiente y una atención sanitaria de calidad, acorde a las crecientes demandas y complejidad de los Servicios.

Toda Organización debe definir, mediante un PE, la dirección a tomar, establecer objetivos de corto y medio plazo y definir acciones necesarias para alcanzar las metas propuestas, optimizar recursos, mejorar procesos y fortalecer la capacidad de respuesta ante retos emergentes. Además, la implantación de un PE facilita la alineación de todos los actores institucionales en torno a objetivos comunes, promoviendo la sostenibilidad y mejora continua del hospital.

Este PE marcará la ruta de actuación del hospital durante un periodo de 4 años: 2024-2028.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Desarrollar e implementar una metodología eficaz en la implantación de un PE para cohesionar a la Organización en torno a la estrategia.

Objetivos específicos:

- Involucrar a los distintos actores del hospital para asegurar el compromiso y la participación en el proceso.
- Mejorar la coordinación de servicios, uso eficiente de recursos y satisfacción del paciente.

METODOLOGÍA

Constitución de un equipo de trabajo en la Unidad de Calidad compuesto por 1 médico, 1 enfermera y 2 técnicos.

Planificación de la implantación en 5 fases:

1. Fase 1. Análisis de contexto mediante el método CAME, DAFO y PESTEL (octubre 2023).
2. Fase 2. Definición de la Estrategia y los Objetivos (marzo 2024).
3. Fase 3. Ejecución y aprobación (noviembre 2024).
4. Fase 4. Expansión del conocimiento y difusión (diciembre 2024).
5. Fase 5. Evaluación y seguimiento (2025-2028).

RESULTADOS

Este Plan se centra en 4 perspectivas: Resultados clave (4 objetivos), Paciente y Sociedad (2 objetivos), Procesos internos (3 objetivos), y Aprendizaje y conocimiento (4 objetivos).

En total, quedó estructurado con 13 objetivos, 53 iniciativas, 124 acciones y 137 indicadores.

Cada objetivo tiene un responsable para su supervisión y análisis, mientras que cada indicador, tiene asignado su propio responsable de volcado de datos para que puedan ser analizados en conjunto.

Dada la complejidad y extensión de los aspectos a controlar, la evaluación y seguimiento de los objetivos e indicadores, se realiza mediante una herramienta digital que reporta informes gráficos de evolución.

CONCLUSIONES

La implantación de un PE mediante una metodología participativa y estructurada es clave para el desarrollo sostenible de un complejo hospitalario de tercer nivel.

Este proceso contribuye a la mejora de la gestión de la Organización, la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

Además, la constante evaluación y ajuste del plan permiten adaptarse a los cambios y desafíos del entorno sanitario, consolidando al hospital como una institución de referencia en atención de alta complejidad.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE HOSPITAL “PAPEL CERO”

 Carmen Rosa Martel Santiago; Alicia de los Ángeles Vega Moreno; Antonio Bernal Curbelo; Laura María Rodríguez Velázquez; María Macarena Pasquau Nieto; Alicia Hernández Santana

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)

Identificador: 831

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

El Complejo Hospitalario ha decidido adquirir un compromiso con el cuidado y el respeto al medioambiente en el desarrollo de sus actividades sanitarias cotidianas, alineado con los objetivos de la Norma UNE-EN ISO 14001:2015 de gestión ambiental, obteniendo la certificación en febrero 2024.

Se había detectado la impresión de forma innecesaria de documentos fácilmente localizables en la historia clínica electrónica, implantada desde hace tiempo en nuestro Complejo Hospitalario.

En marzo 2024, se inició un proyecto de sostenibilidad bajo la iniciativa “Papel Cero” que pudiera representar un avance significativo hacia prácticas más responsables y sostenibles.

OBJETIVOS

Objetivo general: Avanzar hacia un hospital más eficiente y respetuoso con el medio ambiente.

Objetivos específicos: Fomentar en el profesional el sentido de responsabilidad ambiental. Medir el impacto de las acciones implementadas en la reducción de uso de papel.

METODOLOGÍA

La Unidad de Calidad realizó un sondeo en marzo de 2024 para evaluar el uso innecesario de papel. La metodología del estudio consistió en la revisión de historias clínicas físicas de pacientes de alta hospitalaria, con la colaboración del Servicio de Archivo y Documentación Clínica.

Tras el análisis de los resultados, se promovió una cultura organizacional orientada a la reducción del uso de papel, se implementaron acciones como manual de buenas prácticas, sesiones formativas y banners informativos en la intranet.

Se realizó nuevo sondeo al año (período entre 23 y 28 de abril de 2025) comparándolo con los resultados previos para evaluar avances y definir posibles áreas de mejora.

Se revisaron 178 historias clínicas en 2024 y 129 en 2025, correspondiendo a un 15.35% y 20.8% respectivamente del total de historias recibidas en el Servicio de Archivo en un día. Como instrumento de medida se utilizó una hoja de recogida de datos, reflejando el servicio, cantidad y tipo de papel eliminado.

RESULTADOS

Los servicios que más generaron papel en 2024 fueron Obstetricia 59,26%, Preescolares 19.09%, Cardiología 13.59% y Medicina interna 12.61%. Se constata una disminución significativa con un 25.5%, 13.7%, 8.59% y 6.01% respectivamente.

La variable más frecuente en la eliminación de papel fue la etiqueta de datos demográficos (1296 etiquetas/día), disminuyendo con respecto al año 2024 (2434 etiquetas).

El tipo de documento eliminado más frecuente sigue siendo el informe de alta.

El Servicio de Archivo mejora respecto al aumento de espacio físico de almacenamiento y optimización del tiempo administrativo.

CONCLUSIONES

Se constata que la promoción de una cultura organizacional orientada a la reducción del uso de papel y la implementación de acciones han contribuido al objetivo de impresión de lo estrictamente necesario. Por tanto, se continuará con el desarrollo de la estrategia de la política medioambiental comprometida con la eficiencia y el desarrollo sostenible, dentro del marco de la Agenda 2030 del Gobierno de Canarias.

RUTA CLÍNICA INTEGRAL PARA EL CÁNCER DE PULMÓN: OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

 Gloria Esther Robaina Hernández; Carmen Rosa Martel Santiago; Alicia Hernández Santana; Ana Castellot Martín; Alberto González Zapardiel; José Javier Blanco López

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)

Identificador: 832

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de pulmón es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Su detección tardía y la demora en el proceso asistencial aumentan significativamente la morbilidad y mortalidad.

En nuestro hospital, se han identificado fallos en la continuidad del proceso asistencial sobre todo en largos tiempos de espera al diagnóstico, falta de coordinación entre especialidades y ausencia de protocolos integrados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general: Optimización del proceso asistencial para reducir el tiempo al diagnóstico en pacientes con cáncer de pulmón.

Objetivos específicos: Establecer una ruta clínica estandarizada y multidisciplinar. Mejorar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales

METODOLOGÍA

Constitución de un equipo multidisciplinar con un equipo Core y 3 equipos coliderados por 2 miembros. Se incorporan 2 perfiles de la Unidad de Calidad como apoyo transversal a los colíderes de los equipos para la dinámica del método, comunicación y estandarización de la información para el seguimiento.

Diagnóstico e identificación de ámbitos de mejora con objetivos específicos.

Identificación de soluciones y análisis para definición de un plan de acción.

Implementación del plan, asignación de recursos y registro de datos relevantes.

Verificación del plan comparando resultados obtenidos con los objetivos y criterios predefinidos.

Análisis de los datos y estandarización de lo que ha funcionado, aplicando mejoras al proceso.

Representación gráfica del circuito asistencial y desarrollo del cuadro de indicadores.

Periodo de estudio: mayo 2024 - marzo 2025.

RESULTADOS

Se constata como aspecto de mejora la interacción AP-AE, tiempo de pruebas diagnósticas y derivación de pacientes de privada-concertada. Se desarrolla:

Digitalización de la solicitud de radiografía de tórax e informe en plataforma digital con disminución del tiempo de demora a 10.13 días (1º trimestre 2025).

Creación de interconsulta específica de sospecha de cáncer de pulmón a Neumología, con disminución del tiempo medio de respuesta de la petición desde AP.

Campo añadido en la petición, así Medicina Nuclear identifica los pacientes de diagnóstico de cáncer de pulmón para dar prioridad. Segunda sala de broncoscopia aumentando los estudios un 20% respecto al año anterior.

Guía clínica de derivación desde AP para sospecha de neoplasia pulmonar

Se observa disminución del tiempo medio de 7.1 días desde que se solicita el PET desde Oncología con sospecha de recidiva o progresión tumoral hasta que se cita al paciente.

CONCLUSIONES

La implementación de la ruta clínica integrada para la atención del cáncer de pulmón permite una atención más rápida, eficiente y centrada en el paciente.

La coordinación entre especialidades son clave para eliminar barreras asistenciales.

El modelo puede ser replicado en otras patologías oncológicas de alta complejidad.

Esta ruta impacta positivamente en la calidad de vida del paciente, los resultados clínicos y la eficiencia del sistema de salud.

CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN UNA UNIDAD DE RECLAMACIONES PARA MEJORAR LA EFICACIA DE LA RESPUESTA AL USUARIO

 *Alberto González Zapardiel; Fernando Fernández Fuertes; Carmen Rosa Martel Santiago; Alicia Hernández Santana; Ana Vargas-Machuca Goñi; Carmen Delia García Castellano*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)*

Identificador: 833

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las reclamaciones son un indicador de la Calidad para el Complejo Hospitalario desde hace más de una década, además, es tal la importancia que se le está dando al sistema PRSDF (Peticiones, Reclamaciones, Sugerencias, Disconformidades y Felicitaciones), que en el Plan Estratégico 2024-2028, se han incluido 6 indicadores relacionados con este sistema, de los cuales 4 están directamente relacionados con el análisis de las reclamaciones y su tiempo de respuesta.

OBJETIVOS

Acortar los tiempos de respuesta de los Servicios a las reclamaciones conforme a la Normativa Vigente.

Reducir el número de reclamaciones de los usuarios del Complejo Hospitalario optimizando los recursos disponibles.

METODOLOGÍA

Análisis del entorno, origen y motivos de las reclamaciones.

Estudio de la tendencia en el número de reclamaciones anuales desde el año 2022 hasta el primer semestre de 2025.

Cambio organizativo y estructural a nivel de responsabilidad de la gestión de las reclamaciones, dependiendo de forma directa a la Subdirección Médica de Proyectos Transversales.

Optimización de los recursos técnicos y humanos existentes en la Unidad de Reclamaciones.

Digitalización de las reclamaciones y sistematización de las respuestas.

RESULTADOS

Tras llevar a cabo la planificación, se obtuvo una ligera disminución de un 3%, que debemos considerar como muy satisfactorio dado que se venía de una tendencia al alza del 27% y un 17% en los últimos 2 años.

La gran evolución se dio en el número de reclamaciones contestadas, aumentando en más de un 7% (552 respuestas más) en el primer año de implantación.

Si nos centramos en las reclamaciones contestadas en plazo entre el 2023 y el 2024, en los 4 rangos considerados por la Normativa, la diferencia es más plausible.

Así, en el plazo de 15 días se pasó de 435 a 552 respuestas, en 20 días de 546 a 748, en 30 días de 803 a 1242 y en 60 días de 1989 a 2754.

Se quiso abordar si esta mejora en el trato de las reclamaciones, había tenido un impacto positivo en el Complejo a través de las Felicitaciones recibidas y si bien no podemos afirmar al 100% de que es consecuencia directa, ya que muchas de ellas tendrán que ver con la buena praxis asistencial de los Servicios, estamos convencidos que el aumento de casi un 55% (de 41 a 63) es en parte debido a la mejora en la gestión de la Unidad de Reclamaciones.

CONCLUSIONES

Los cambios organizativos han logrado optimizar los recursos, lo que conlleva una mejora en la eficiencia y eficacia respecto a la gestión de las reclamaciones.

De esta forma, se ha podido focalizar el origen de las reclamaciones con impacto en la reducción del número de reclamaciones y aumento del número de felicitaciones recibidas. Se ha logrado implicar a los diferentes Servicios contribuyendo en una disminución de tiempos de espera en la respuesta.

Las medidas tomadas han repercutido en la mejora del ambiente de trabajo en la Unidad de Reclamaciones.

ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO TRAS INTERVENCIÓN

 *Nayra Lee Miguel; Carmen Rosa Martel Santiago; Rosa María Sánchez Hernández; Vicente Galván Sasía; Borja Nicolás Santa-
na López; Raúl Calcines Alamo*

Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)

Identificador: 834

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medición de la satisfacción del usuario en los servicios de salud es una herramienta de incuestionable utilidad para la mejora continua de la calidad asistencial.

Hasta ahora en nuestro complejo hospitalario, esta información se enviaba únicamente al equipo directivo y mandos intermedios mediante un informe trimestral vía mail, reconociendo en muchos casos dichos profesionales desconocer la metodología de las encuestas, los resultados o incluso la existencia del proyecto de medición de la satisfacción.

Que los profesionales “a pie de cama” sean conocedores del feedback del usuario es fundamental para seguir promoviendo la excelencia mediante la potenciación de sus fortalezas y facilitando la modificación de los aspectos mejorables de forma certera.

OBJETIVOS

Mejorar los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario y aumentar la participación.

METODOLOGÍA

Se selecciona el Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario, que cuenta con un índice de satisfacción bueno, pero inferior a la media del Complejo y con un nivel de participación similar, según datos del año 2024.

Se realiza una intervención formativa e informativa al equipo multidisciplinar, mediante 5 sesiones incluyendo al Jefe de Servicio y Supervisión de Enfermería, en las que se presenta el proyecto de medición de la satisfacción por primera vez a los profesionales del servicio en su sala de reuniones, para facilitar la asistencia.

Mediante presentación digital se comunican los resultados del año 2024, se establecen comparativas respecto a la puntuación global obtenida en el Complejo y resultados previos del propio servicio (evolución temporal-años 2022 y 2023) y al sector nacional (servicios de urgencias del sector público).

Se clasifica la información obtenida en áreas de mejora (aspectos peor puntuados) y en fortalezas (aspectos mejor puntuados). Se expone un gráfico categorizando los comentarios realizados por los usuarios.

Se analiza el mismo período (mayo-junio) en el año 2024 y 2025, pre y post intervención. Se comparan los principales parámetros de satisfacción, el índice NPS y la satisfacción global; la participación y grupos de edad.

RESULTADOS

Se observa una tendencia positiva en la satisfacción del usuario, pasando de un NPS de 16 a 18. Las áreas mejor y peor valoradas (fortalezas y áreas de mejora) son las mismas, aunque con valores discretamente diferentes. La participación en las encuestas, así como el número de comentarios ha aumentado de forma considerable, de 222 encuestas con 60 comentarios a 388 con 123 comentarios). Se observan similitudes en la categorización de comentarios. El personal manifestó verbalmente desconocer el proyecto y mostró interés en el mismo.

CONCLUSIONES

Tras la intervención, se objetiva una mejora en la satisfacción y participación del usuario, especialmente importante en áreas críticas como urgencias, lo cual sugiere que las medidas adoptadas fueron efectivas.

CAMINO A LA HUMANIZACIÓN: EVIDENCIA DEL CAMBIO EN NUESTRA ORGANIZACIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL COMITÉ DE HUMANIZACIÓN

 *María del Mar Peñate Rodríguez; María Macarena Pasquau Nieto; Nayra Lee Miguel; Rosa María Sánchez Hernández; Laura María Rodríguez Velázquez; Carmen Rosa Martel Santiago*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)*

Identificador: 836

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria contemporánea exige un enfoque centrado en la persona, donde la calidad técnica se complementa con un trato digno, empático y respetuoso. Frente a los desafíos del Sistema de Salud, se ha identificado la necesidad de promover la humanización como un pilar de transformación organizacional. Presentamos la experiencia de nuestra organización tras la creación del Comité de Humanización, una estructura multidisciplinaria destinada a promover una cultura más cercana, respetuosa y centrada en las personas. Se describen las principales líneas de acción desarrolladas.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la creación del Comité de Humanización en la cultura organizacional, sistematizar las buenas prácticas implementadas y su repercusión en el entorno institucional.

METODOLOGÍA

Se constituyó un Comité de Humanización multidisciplinar con funciones de diseño, implementación y seguimiento de iniciativas. Lideró acciones como la adecuación de salas de espera, formación en comunicación empática y revisión de documentos informativos.

Los resultados fueron analizados mediante técnicas de estadística descriptiva, análisis cualitativo de entrevistas y revisión documental de prácticas humanizadoras. Se incluyeron datos relacionados con el trato percibido, satisfacción, ambiente laboral y resolución de conflictos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados mostraron iniciativas de humanización, desde protocolos de comunicación hasta espacios de contención emocional para el personal y reflejaron un cambio favorable en la cultura organizacional. Los datos recogidos mencionan de forma recurrente la mejora en la escucha activa, el respeto a los tiempos del paciente, y una mayor sensibilidad del personal hacia las necesidades emocionales. Se identificó una mayor cohesión entre equipos y una mejora en la comunicación interna.

El Comité de Humanización ha generado transformaciones significativas en la forma de entender, organizar y prestar la atención sanitaria en nuestra organización. Los resultados obtenidos muestran que al incorporar la humanización como parte estructural de la estrategia de calidad no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también repercute directamente en la motivación del profesional, la reducción de conflictos y la mejora del clima organizacional.

Se demuestra que es posible avanzar hacia una sanidad más humana sin perder eficiencia ni rigor técnico. La sostenibilidad del cambio requiere liderazgo institucional, participación activa de todos los agentes implicados y un compromiso real con los valores de respeto, dignidad y empatía como pilares fundamentales del sistema de salud.

Encontramos obstáculos relacionados con la resistencia al cambio y falta de recursos.

Se recomienda la continuidad del comité y difusión del modelo como buena práctica replicable, y el establecimiento de planes de mejora continua.

DEL ESTÁNDAR A LA EXCELENCIA: ARQUITECTURA DE UN MODELO SOSTENIBLE DE CALIDAD TRAS LA REACREDITACIÓN JCI

 Margarita Vázquez Rodríguez; Leticia Ansedes García; raquel gomez couto; Tania Alonso Antuña; Marta Fernández Iglesias; Zulema Díaz Ruiz

 Hospital Valle Del Nalón

Identificador: 837

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La reacreditación de un hospital público español bajo estándares internacionales requiere más que cumplimiento documental: demanda una arquitectura sólida que garantice la sostenibilidad, el aprendizaje continuo y la evolución sistemática de la cultura de calidad. Este trabajo describe la estrategia diseñada tras nuestra reacreditación JCI para consolidar un modelo permanente de gobernanza de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue construir un sistema autoevaluativo, adaptativo y transversal, basado en ciclos de mejora continua y gobernanza participativa. Se desarrolló un sistema de auditoría interna cuatrimestral, revisión estructurada de eventos adversos, evaluación de prácticas seguras y un marco de indicadores que dialoga directamente con los estándares JCI. La metodología incluyó simulacros, formación modular y dinamización de comités clínicos.

RESULTADOS

Tras su implantación, se logró un 95% de cumplimiento total sostenido de los estándares críticos y no críticos, mejoras en el tiempo de respuesta ante eventos adversos, y una integración efectiva del pensamiento preventivo en los servicios clínicos. El sistema se ha consolidado como núcleo vertebrador de la gestión operativa y estratégica.

CONCLUSIONES

La sostenibilidad en calidad no es un estado, sino un sistema vivo. Apostar por una arquitectura organizativa que respire con el día a día asistencial permite mantener estándares internacionales sin desconectarlos de la realidad operativa. Nuestra experiencia demuestra que es posible institucionalizar la mejora continua como forma de trabajo.

ACTITUD Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL

😊 Juan Antonio Rubio Gómez ⁽¹⁾; Greta Amat Baeza ⁽²⁾; Adriana Giménez Cabrera ⁽³⁾; Inmaculada López Carrillo ⁽²⁾; Amparo Ramos Rodríguez ⁽¹⁾; Elena Rojo Rodríguez ⁽¹⁾

📄 ⁽¹⁾ SUMMA 112; ⁽²⁾ Hospital Infanta Sofía; ⁽³⁾ SUMMA

Identificador: 838

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria a personas con enfermedad mental en situaciones de urgencia requiere no solo habilidades clínicas, sino también una actitud libre de estigmas y conocimientos adecuados para garantizar una intervención eficaz y humanizada. Detectar posibles carencias o sesgos entre los profesionales permite diseñar estrategias formativas y de sensibilización que favorezcan una atención más inclusiva y adecuada a las necesidades de estos pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos y actitudes del personal sanitario respecto a la enfermedad mental.

METODOLOGÍA

Para ello, se diseñó una encuesta anónima, confidencial y voluntaria dirigida a profesionales sanitarios, basada en dos cuestionarios validados: uno de conocimientos generales sobre enfermedad mental y otro sobre actitudes, emociones y conductas relacionadas con personas con trastornos mentales graves. La encuesta fue enviada de forma telemática a un total de 1.690 profesionales, y estuvo disponible entre noviembre y diciembre de 2024.

RESULTADOS

Participaron 212 profesionales (44.8% mujeres, 54.7% hombres) con una edad media de 49,7 años y una media de 14,8 años de experiencia laboral. El 45% pertenecía a la categoría médica, el 30% a técnicos y el 25% a enfermería. Un 60% manifestó no tener una formación suficiente en salud mental. El nivel medio de conocimiento fue intermedio, aunque se identificaron áreas con mayor desconocimiento, como las causas multifactoriales de los trastornos y la capacidad de autonomía económica de estos pacientes. En cuanto a actitudes, se observaron puntuaciones bajas en estereotipos de peligrosidad, ira, miedo y segregación. Las puntuaciones más altas se relacionaron con la disposición a ayudar. Factores como la compasión, la evitación y la coacción mostraron niveles intermedios, especialmente en relación con el seguimiento del tratamiento, predominando una orientación más médica que psicosocial.

CONCLUSIONES

Los profesionales encuestados presentaron actitudes mayoritariamente no estigmatizantes, con una alta disponibilidad para prestar ayuda. No obstante, se evidencian carencias en el conocimiento profundo de la enfermedad mental y en actitudes relacionadas con la coacción y la evitación. Estos resultados indican la necesidad de reforzar la formación específica en salud mental dentro del entorno de atención urgente, fomentando una comprensión más holística del paciente y favoreciendo entornos asistenciales inclusivos, empáticos y basados en la evidencia

PROTOCOLOS Y PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICOS PARA EL MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO INFANTIL

 Patricia Catalán Escudero; Elena García Fernández; Karina Sifontes Romero; Sandra Casares Acuña; Livia Gisbert De la Cueva; Ernesto Martínez García

 Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Identificador: 839

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes pediátricos son especialmente vulnerables al dolor y los fármacos que se utilizan para su tratamiento pueden asociar efectos secundarios importantes. Este riesgo es mayor en la edad pediátrica por sus características fisiológicas y de inmadurez de los sistemas metabólicos. En ocasiones, el dolor pediátrico no se maneja de forma adecuada, por desconocimiento de los fármacos o de las dosis que se pueden utilizar, o por la variabilidad entre prescriptores. Por todo ello una estandarización de la prescripción de los protocolos de tratamiento del dolor agudo llevaría a que profesionales de diferentes especialidades lo manejen de forma adecuada y segura.

OBJETIVOS

Estandarización mediante la historia clínica y prescripción electrónica de los protocolos del tratamiento del dolor agudo en el paciente pediátrico así como la monitorización y prevención de los efectos secundarios del mismo.

METODOLOGÍA

Elaboración de protocolos de tratamiento del dolor según tipo e intensidad. Cada protocolo va asociado a la monitorización del efecto secundario propio de cada fármaco para su diagnóstico, profilaxis y tratamiento. Inclusión de los protocolos tanto en la historia clínica electrónica (formularios de comentarios de evolución), como en la prescripción electrónica y en las bombas de infusión

RESULTADOS

Mediante el análisis de las prescripciones en Dedalus-HCIS (nuestro programa informático) se puede saber las realizadas a través de protocolo. Por ejemplo, dentro de los protocolos de dolor severo, el anestésico local levobupivacaína se ha pautado a través del correspondiente protocolo en el 96.71% de los casos en los últimos 5 años. Este protocolo lleva asociado tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y rescates con morfina. Además de la escala de valoración del dolor incluye la monitorización del bloqueo motor, prurito y náuseas y un algoritmo de decisiones para prevenir y tratar los efectos secundarios. Para monitorizar estos efectos secundarios se puede medir las veces que se ha administrado antieméticos asociados con el protocolo por ejemplo en el caso de las náuseas y vómitos. El otro 3,29% de prescripción de esa presentación de levobupivacaína se trata de perfusiones de nervio periférico.

CONCLUSIONES

Estos protocolos podrían aplicarse en cualquier centro del SERMAS dotado con Dedalus-HCIs y prescripción electrónica para unificar el tratamiento del dolor agudo en el paciente pediátrico. Como objetivo de mejora habría que incluir las escalas de valoración del dolor y de los efectos secundarios de forma que se puedan analizar y no sólo mediante comentarios de evolución, como se hace actualmente. También se podría protocolizar las demás perfusiones de anestésico para que vayan asociadas al resto de tratamiento pautado, coadyuvante y detección de efectos secundarios. Proponemos la prescripción electrónica de los protocolos para el manejo del dolor agudo pediátrico como buena práctica clínica y de seguridad del paciente.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EXCELENTE: ADAPTACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL NO CONVENCIONAL A ESTÁNDARES JOINT COMMISSION

 ALICIA DÍAZ REDONDO; ALBA RAPELA FREIRE; FRANCISCO JAVIER PICHARDO GALÁN; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS; NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 840

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La acreditación por Joint Commission International (JCI) supone una oportunidad para reforzar la calidad y la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias. Nuestro hospital, pionero en Hospitalización a Domicilio (HaD), decidió apostar por adaptarnos a los exigentes requisitos de JCI, lo cual presenta múltiples desafíos. La atención domiciliaria exige trasladar los principios de seguridad clínica y mejora de procesos a un entorno no controlado, donde los profesionales deben actuar con autonomía y capacidad de respuesta rápida, e implicar a pacientes y cuidadores en el seguimiento de estándares.

Esta realidad obliga a implantar de forma progresiva soluciones prácticas, consensuadas y contextualizadas.

OBJETIVOS

Describir el proceso de integrar estándares JCI a nuestra HaD, identificar las áreas clave para la implantación y las soluciones adoptadas para trasladar los requisitos al entorno domiciliario.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de los estándares aplicables al ámbito Home Care (2ª edición), y análisis de brechas entre prácticas existentes y exigencias JCI. Desde una gobernanza específica, se diseñan planes por áreas, creación de comités, revisión documental, desarrollo y adaptación de protocolos, formación, auditorías internas, desarrollo de cuadro de mandos y otras herramientas específicas.

RESULTADOS

Constitución de la gobernanza del modelo y un manual de organización del mismo.

Derechos del paciente: actualización de consentimientos, garantizando la comprensión de pacientes y cuidadores.

Continuidad asistencial: revisión de circuitos de comunicación con pacientes, entre niveles asistenciales, incluyendo pautas al ingreso, seguimiento y alta.

Normalización protocolos: diseño de herramientas específicas para la educación sanitaria, plan de cuidados, y evaluación de riesgos del entorno.

Gestión de riesgos: análisis sistemático de riesgos y abordaje de situaciones críticas (riesgo autolítico, conflicto familiar, violencia, fallo de equipamiento, transporte de personal y muestras, etc.).

Formación y competencias: evaluación competencial de los profesionales, y formación en seguridad en domicilio, protección personal, bioseguridad, y respuesta ante emergencias.

CONCLUSIONES

Todo el proceso ha requerido la implicación de las direcciones asistenciales y los responsables clínicos de las distintas unidades de HaD (adultos, pediatría, salud mental y hematología), junto con áreas transversales (Calidad, Farmacia, Medicina Preventiva, Protección de Riesgos Laborales, Seguridad, Servicios Generales, Sistemas de Información y Admisión, Trabajo Social).

La implantación de estándares JCI en HaD requiere una estrategia progresiva, flexible y realista, centrada en adaptar la cultura de calidad y seguridad a las características propias del entorno domiciliario. Nuestra experiencia demuestra que, con liderazgo clínico, apoyo institucional y herramientas adaptadas, es posible trasladar los requisitos internacionales a modelos asistenciales no convencionales, sin renunciar al rigor ni a la seguridad del paciente.

MEJORA DE LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS MEDIANTE MESA INTERDISCIPLINAR

 Lidia Clara Rodríguez García ⁽¹⁾; Diana Fernández Zapico ⁽¹⁾; Amalia Pilar Fernández Vázquez ⁽²⁾; Sergio Pérez-Holanda Fernández ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Área Sanitaria VIII SESPA; ⁽²⁾ Consejería de Salud

Identificador: 841

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La situación previa se caracterizaba por falta frecuente de camas de hospitalización disponibles, acumulación de pacientes en urgencias y retraso en el paso a hospitalización. Esta situación generaba problemas de seguridad de paciente e insatisfacción de pacientes, familiares y profesionales. Se identificaron áreas de mejora como la ubicación de pacientes en pasillos esperando el ingreso en planta, retraso en resultados de virus, escasa disponibilidad de telemetría, retraso en el paso a hospitalización y falta de información de prealtas.

OBJETIVOS

Los objetivos definidos fueron aumentar la disponibilidad de camas, reducir el número de pacientes pendientes de hospitalización en urgencias, disminuir el tiempo de paso a hospitalización y aumentar la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales.

METODOLOGÍA

Para alcanzar estos objetivos, se realizó una estrategia centrada en la puesta en marcha de una “mesa de gestión de camas”, con representación de las partes interesadas en el flujo de hospitalización: equipo directivo, admisión, urgencias y hospitalización. La mesa se reúne diariamente durante 15 minutos y analiza datos clave: atenciones en urgencias, ingresos desde urgencias, pacientes pendientes de ingreso, camas disponibles, posibles altas, ingresos programados e incidencias. Este análisis permite tomar decisiones ágiles y su comunicación. Los cambios organizativos generados fueron: redistribución de pacientes en urgencias pendientes de ingreso, comunicación ágil de resultados de virus, hospitalización en aislamiento preventivo de pacientes pendientes de resultado de virus, agilización del paso a hospitalización, asignación de camas no ocupadas por pacientes pendientes de ambulancia e implementación de un sistema de notificación de prealtas.

RESULTADOS

Aunque la actividad de urgencias, quirúrgica, hospitalizaciones urgentes y programadas, sufrieron un leve descenso en 2024 y se igualaron a 2023 en el año actual, la ocupación disminuyó de 80% a 73% y la estancia media de 7 a 6,4. El tiempo medio entre solicitud de ingreso y hospitalización ha experimentado una reducción significativa y constante, disminuyendo de 5,9 horas en 2023 a 4,4 horas en 2024 y alcanzando 3,4 horas en 2025.

CONCLUSIONES

La estrategia de gestión de camas a través de la mesa interdisciplinaria ha tenido un impacto positivo en la eficiencia del proceso de ingreso hospitalario. La disminución de la ocupación y de la estancia media permite disponer de camas libres y evita acumulación de pacientes en urgencias. La disminución del tiempo medio entre solicitud de ingreso y paso a hospitalización indica una mejora sustancial en la agilización de este paso, lo que parece indicar una mayor fluidez en la asignación final y ocupación de camas una vez que el paciente ha sido evaluado y está pendiente de hospitalización. Con la aplicación práctica del ciclo PDCA hemos establecido una dinámica de trabajo colaborativo entre las partes implicadas con un objetivo común de mejora continua en el proceso asistencial descrito.

DOLOR LUMBAR CRONICO. UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA ATENCIÓN PRIMARIA- ATENCIÓN HOSPITALARIA

😊 *Jesús María Fernández Tabera ⁽¹⁾; Laura Alfaro Cardenas ⁽²⁾; Marta Yus López ⁽³⁾; Julio Caso Peláez ⁽⁴⁾; Ainhoa Rodriguez Oyaga ⁽⁵⁾; María Gloria Heras Salvat ⁽⁶⁾*

📄 *⁽¹⁾ Hospital Universitario General Villalba; ⁽²⁾ Hospital Universitario General de Villalba; ⁽³⁾ Hospital Universitario Gral de Villalba; ⁽⁴⁾ Consultorio Alpedrete; ⁽⁵⁾ Hospital Universitario Gral de Villalba; ⁽⁶⁾ Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria*

Identificador: 844

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El dolor lumbar crónico es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Esta alta prevalencia afecta significativamente a la calidad de vida de los pacientes, limitando sus actividades diarias y laborales.

Los enfoques tradicionales para el tratamiento del dolor lumbar crónico, como el uso de medicamentos analgésicos, antiinflamatorios o incluso intervenciones quirúrgicas, no siempre logran resultados satisfactorios. Por tanto, es crucial explorar y aplicar enfoques terapéuticos más integrales que combinen la intervención farmacológica con otras terapias como la fisioterapia, la terapia cognitivo-conductual, y las técnicas de manejo del estrés.

La implementación de un programa integral de atención al dolor lumbar crónico es fundamental para abordar esta problemática de salud pública que afecta a una proporción significativa de la población.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de atención al paciente con dolor crónico lumbar ya diagnosticado que ha alcanzado el techo terapéutico.
- Transferir conocimientos y habilidades para el manejo del dolor lumbar crónico.
- Calidad en la continuidad asistencial.
- Implicar a los pacientes en su tratamiento.

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión: En general: pacientes que no tengan indicación de intervencionismo o que teniendo indicación de intervencionismo, se han realizado las técnicas de las que disponemos para su patología, y no han sido eficaces.

Dolor lumbar crónico

Intensidad severa: EVA >7

Repercusión funcional, limitación física, psíquicas y sociales

No respuesta al tratamiento habitual, incluido el intervencionismo de un cuarto escalón

Circuito e itinerario de atención compartida Atención Primaria- Atención Hospitalaria:

Entrada: desde Atención Primaria (AP) y desde la unidad dolor de pacientes que cumplen criterios de inclusión.

Citación: agenda de EPS de AP, a través de la Unidad Atención Usuario (UAU). Los pacientes derivados desde el hospital se gestionarán a través de continuidad asistencial.

Proceso: sesión grupal impartida por equipo multidisciplinar: Médico Familia, enfermera, fisioterapeuta y psicología.

Trayectoria asistencial hospitalaria diseñada para la atención al paciente con patología columna lumbar

Indicadores resultado:

- Proceso
- Número de pacientes incluidos
- Grupos de EPS generados
- Reentrada en unidad dolor
- Resultado
- Encuesta calidad de vida
- Feed-back de los grupos a través de encuesta de satisfacción

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El proyecto de mejora de atención al paciente con dolor lumbar crónico va a iniciar su actividad en septiembre de 2025.

El valor que aporta el proyecto a la calidad sería el siguiente:

- Coordinación y Continuidad Asistencial: rompe con la fragmentación del sistema sanitario.
- Enfoque centrado en el paciente: mejora la experiencia y resultados en salud de paciente con dolor crónico.
- Mejora de resultados en salud según la evidencia científica la atención multidisciplinar de este tipo de paciente.
- Trabajo multidisciplinar: médico familia, enfermería, psicólogo, fisioterapeuta

INFORME DE USO Y OPTIMIZACIÓN DE APÓSITOS EN LESIONES POR PRESION

 LAURA ANTONIO CAMBLOR; LIDIA RODRIGUEZ PEREZ; Lidia Freire Gonzalez; VANESA SANCHEZ ANTUÑA; LAURA ALONSO DIAZ; JENNIFER CORRAL GARCIA

 HOSPITAL VALLE DEL NALON

Identificador: 845

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las lesiones por presión (LPP) suponen un reto importante en la atención hospitalaria debido a su repercusión en la calidad de vida de los pacientes y el alto consumo de recursos sanitarios. La correcta selección de apósitos es fundamental para mejorar la evolución clínica, optimizar los tratamientos y reducir costes asociados.

OBJETIVOS

Identificar el apósito más adecuado según el tipo de lesión.

Evaluar la eficacia de los apósitos utilizados.

Mejorar el cumplimiento de protocolos clínicos.

Optimizar el uso de materiales sanitarios.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo entre los años 2023 y 2024 en las unidades de hospitalización 3A, 3B y 3C del Hospital Valle del Nalón (Asturias).

La información fue obtenida del sistema de gestión clínica SELENE, combinada con auditorías internas y sesiones formativas dirigidas al personal sanitario.

RESULTADOS

El apósito más utilizado fue Aquacell Extra Hidrofibra.

Año 2023 (Total: 870 apósitos):

Unidad 3A: 240

Unidad 3B: 270

Unidad 3C: 360

Año 2024 (Total: 540 apósitos):

Unidad 3A: 170

Unidad 3B: 260

Unidad 3C: 110

La unidad 3C presentó la mayor reducción en el consumo, lo que sugiere una mejora significativa en el uso racional de recursos y una posible disminución en la demanda clínica. Esta reducción implicó un ahorro de 330 apósitos y aproximadamente 500 euros.

CONCLUSIONES

Se evidencia una gestión más eficiente del material sanitario tras la implementación de estrategias formativas y auditorías. Se ha mejorado el uso de apósitos en función del tipo de exudado, especialmente en lesiones con abundante secreción. Asimismo, se identificaron errores frecuentes en el registro, lo que subraya la necesidad de continuar reforzando estrategias preventivas, especialmente en zonas anatómicas de alto riesgo.

VALORACIÓN PRECAMPAÑA DE LA RETICENCIA Y MOTIVACIÓN HACIA LA VACUNACIÓN CONTRA GRIPE EN ATENCIÓN PRIMARIA

😊 Miriam Latorre Millán ⁽¹⁾; Ignacio Ezpeleta Ascaso ⁽²⁾; Ana María Milagro Beamonte ⁽¹⁾; José Manuel Álvarez Zárate ⁽¹⁾; Miriam García Vázquez ⁽³⁾; Laura Clusa Cuesta ⁽¹⁾

🏥 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Miguel Servet; ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet; ⁽³⁾ Departamento de Salud del Gobierno de Aragón

Identificador: 846

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La vacunación es la medida más segura y eficaz para limitar el impacto de la epidemia anual de gripe, evitando 37000 fallecimientos al año en Europa. Conseguir una adecuada cobertura en personal sanitario es importante para la protección del trabajador y también como estrategia de seguridad del paciente, sin embargo en España estamos lejos del objetivo (36% en el sector Zaragoza II en la campaña 2022-23 vs objetivo de 70%), por lo que se requiere aplicar medidas de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este trabajo pretende conocer diferentes aspectos sobre la motivación y reticencia hacia la vacunación antigripal, incluyendo sus condicionantes sociodemográficos, en los trabajadores de los centros de Atención Primaria del Sector II del SALUD.

Un estudio observacional transversal en los centros de AP del Sector II del SALUD se realizó tras la aprobación del CEIC y antes de la campaña de vacunación 2024-2025. Se invitó a todos los trabajadores, a través de emails y pósters con códigos QR, a cumplimentar un cuestionario online que incluyó el estado de vacunación contra gripe para la campaña previa, la aceptación o reticencia para la campaña actual, datos sociodemográficos, y la escala de motivación para la vacunación antigripal MoVac-Flu (Motors of vaccination against influenza). Valorando así los sentimientos hacia la misma, en cuanto a valor, impacto, capacidad de decisión y autonomía. Las pruebas estadísticas de Chi2, T de Student y fiabilidad se analizaron utilizando software libre (Jamovi v.2.3.28).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 179 trabajadores contestaron al cuestionario, 80% mujeres y 20% hombres, con una edad media de 51 años, y una representación del personal asistencial de 87%. Los centros con mayor participación fueron Sagasta-Miraflores, Rebolería, y San Pablo (8-10%). Las tasas de vacunación y la intención de vacunación contra gripe fueron respectivamente del 75% y del 78%, siendo mayores en los trabajadores de mayor experiencia profesional (más del 75% a partir de 20 años de experiencia), y en personal asistencial (78 y 81%), como médicos (74 y 81%) y enfermeras (79% y 79%). Las puntuaciones globales para la escala MoVac-Flu fueron más bajas en los trabajadores no vacunados en la anterior campaña (41.2 ± 14.8 vs 56.3 ± 7.2) o con reticencia a la vacunación para la actual (38.5 ± 13.6 vs 56.5 ± 7.1), y se encontraron diferencias en la misma dirección para cada uno de los ítems de la escala (todos $p < 0.001$). La aplicación de la escala MoVac-flu mostró una elevada consistencia interna, con una α de Mc Donald de 0.964 (mayor que en la validación de la versión española).

Estos hallazgos serán de utilidad en el diseño y aplicación de diferentes intervenciones dirigidas hacia el personal del ámbito sanitario, que podrán optimizarse al hacer incapié en colectivos concretos, con el objetivo de mejorar la cobertura de vacunación antigripal a través de los diferentes aspectos relacionados con la motivación.

ACTITUDES Y ACEPTACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA GRIPE Y COVID-19 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

😊 IGNACIO EZPELETA ASCASO ⁽¹⁾; Ana María Milagro Beamonte ⁽²⁾; José Manuel Álvarez Zárate ⁽²⁾; Ana Delia Cebollada Gracia ⁽³⁾; Laura Clusa Cuesta ⁽²⁾; Miriam Latorre Millán ⁽²⁾

📄 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET; ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet; ⁽³⁾ Departamento de Salud del Gobierno de Aragón

Identificador: 847

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La vacunación es la medida más segura y eficaz para limitar el impacto de las enfermedades causadas por infecciones de virus respiratorios como la gripe y la COVID-19. Conseguir una adecuada cobertura en personal sanitario es importante para la protección del trabajador y también como estrategia de seguridad del paciente, sin embargo en España estamos lejos de alcanzar el objetivo para estas vacunas, por lo que se requiere aplicar medidas de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este trabajo pretende conocer las actitudes hacia la vacunación contra gripe y COVID-19, así como su relación con diversos condicionantes sociodemográficos, en trabajadores del ámbito hospitalario.

Se realizó un estudio observacional transversal en el Hospital Universitario Miguel Servet, tras la aprobación del CEIC y durante el periodo pre-campaña 2024-2025. Se animó a todos los trabajadores (a través de emails y pósters con códigos QR) a cumplimentar un cuestionario online que incluyó el índice de confianza en las vacunas (VCI), la escala de motivación para la vacunación antigripal (MoVac-Flu), la escala de actitudes frente a la vacunación de COVID-19 (COVID-VAX), su estado de vacunación contra gripe y COVID-19 en la campaña previa, la aceptación o rechazo para la siguiente campaña, y datos sociodemográficos. La fiabilidad y las pruebas de Chi2 y la T de Student se analizaron utilizando software libre (Jamovi v.2.3.28).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participaron un total de 940 (>18%) trabajadores del ámbito sanitario, de los cuales 80% fueron mujeres y 20% hombres, siendo la mediana para la edad 48,5 años. Se observaron unas tasas de cobertura de vacunación y de intención de vacunarse del 51% y 38% contra COVID-19, y 64% y 64% contra gripe, respectivamente (más altas que las de la población general de referencia pero lejos de su objetivo específico del $\geq 70\%$). Todas las escalas mostraron una consistencia interna alta, con coeficientes para la α de McDonald de 0,902, 0,947 y 0,873 para VCI, MoVac-Flu y COVID-VAX, respectivamente. Las puntuaciones para estas escalas se asociaron significativamente con la aceptación de vacunación contra gripe y COVID-19 en la campaña previa y la intención en la futura. Se encontró una mayor predisposición a ser vacunado para los médicos y los sanitarios con formación postgrado, siendo estos dos grupos los que obtuvieron mejores resultados en las tres escalas ($p < 0,02$) en comparación con trabajadores con menor nivel educativo y otras categorías laborales.

Estos resultados resaltan el impacto positivo del tipo y nivel de formación sobre las actitudes hacia la vacunación contra gripe y COVID-19 de los trabajadores sanitarios, sugiriendo que intervenciones educativas podrían ser de utilidad para mejorar la cobertura vacunal entre sanitarios en las próximas campañas de vacunación, facilitando así una reducción de la carga asociada a estas enfermedades.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASOCIADAS AL VIRUS DEL PAPILOMA DE ALTO RIESGO EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX

😊 *Mónica Pilar Ariza Samper*⁽¹⁾; *Ana María Milagro Beamonte*⁽¹⁾; *Alexander Tristancho Baró*⁽²⁾; *Amparo Borque Ibañez*⁽¹⁾; *Miriam Latorre Millán*⁽¹⁾; *Antonio Rezusta López*⁽³⁾

🏥⁽¹⁾ *Hospital Universitario Miguel Servet*; ⁽²⁾ *Hospital Ernest Lluch*; ⁽³⁾ *Hospital Miguel Servet*

Identificador: 848

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) y otras infecciones de transmisión sexual (ITSs) son promotores del desarrollo del cáncer de cérvix (CC), especialmente cuando coexisten. Además, la presencia de estos microorganismos también está relacionada con implicaciones en otras afecciones. Por otro lado, algunos colectivos pueden encontrar dificultades de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITSs.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es determinar la presencia de ITSs y la tasa de coinfección en mujeres diagnosticadas previamente de infección por el VPH-AR.

METODOLOGÍA

Tras la aprobación del CEICA, se realizó un estudio observacional transversal, para el cual se reclutaron 254 mujeres de entre 25 y 65 años en seguimiento por infección por VPH-AR (sin antecedentes de CC) entre febrero de 2024 y noviembre de 2024. Sus muestras endocervicales se recogieron en el Servicio de Ginecología del HUMS como parte del proceso asistencial habitual, y se remitieron al Servicio de Microbiología del mismo hospital donde, además de realización la detección rutinaria de VPH-AR, se amplió el estudio para Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium y Trichomonas vaginalis, todas por PCR, utilizando reactivos y equipos disponibles en el mercado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La tasa global de infección fue del 38,6% para VPH-AR y del 4,3% para otras ITSs (3,8% en mujeres con VPH-AR y 5,1% en mujeres sin VPH-AR). La presencia de otras ITSs en mujeres de 25 a 34 años fue mayor en aquellas con VPH-AR persistente (20,0% frente a 4,2%) con un OR de 5,6 (CI95% 0,8 – 37,6). Se encontraron diversos tipos de coinfección en las mujeres con VPH-AR persistente, detectándose también alguna ITS aislada en las mujeres ya sin VPH-AR. La evidencia disponible en la literatura señala que el cribado de estas ITSs (prioritarias para la agenda 2030 de la OMS) a través de esta estrategia resulta rentable cuando la tasa de coinfección supera el 3%, con beneficios adicionales más allá de la prevención del CC, como la reducción de la carga de otras enfermedades asociadas (incluyendo enfermedad inflamatoria pélvica, problemas para el embarazo y el neonato, y afecciones extra-ginecológicas), así como mayor facilidad de acceso para ciertos colectivos. Además, el estado de revisión actual del programa nacional de prevención de CC promueve un escenario proclive y oportuno para ello.

Estos hallazgos respaldan los beneficios del cribado de ITSs en mujeres españolas con diagnóstico previo de VPH-AR hasta los 50 años (y particularmente hasta los 35). Dado el beneficio y rentabilidad prevista de la detección de ITSs en el cribado de CC, se debería considerar su implementación, especialmente en mujeres jóvenes y grupos de riesgo.

DESARROLLO DE UN MODELO DE COMUNICACIÓN INTERNA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN SANITARIA

 Pilar Mestre Ortega ⁽¹⁾; Rosario Azcutia Gómez ⁽¹⁾; Juan Antonio Sarrión Bravo ⁽²⁾; Esther Martín del Campo Molina-Prados ⁽³⁾; Consuelo Muñoz González ⁽⁴⁾; Óscar Pascual Martínez ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; ⁽²⁾ Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; ⁽³⁾ Servicio de Comunicación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; ⁽⁴⁾ Secretaría de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; ⁽⁵⁾ Dirección Técnica de Sistemas de Información de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 849

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

A partir de los resultados obtenidos en encuestas internas y reuniones con profesionales, se identificó en 2024 la necesidad de fortalecer la comunicación interna en una Gerencia de Atención Primaria, como respuesta a demandas clave: recibir información relevante de forma oportuna y fomentar el sentido de pertenencia a la organización. Esta necesidad se ve acentuada por la dispersión geográfica de las unidades y la centralización de servicios como recursos humanos y logística, lo que dificulta la interrelación entre los más de 400 dispositivos de Atención Primaria.

OBJETIVOS

Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la comunicación interna como herramienta de gestión.
Implantar un modelo estructurado de comunicación interna que facilite el trabajo diario, promueva la cohesión entre equipos y refuerce la identidad corporativa.

METODOLOGÍA

En enero de 2024 se constituyó un Grupo de Trabajo representativo y multidisciplinar de toda la organización, en coordinación con el Equipo Directivo de la Gerencia de Atención Primaria, para revisar iniciativas previas e identificar áreas de mejora.

Acciones priorizadas:

Optimización de la intranet corporativa; uso eficaz del correo electrónico; homogeneización de documentos y elementos de identidad visual; diseño de logotipos para toda la estructura; formación y empoderamiento en comunicación interna; organización y desarrollo de reuniones de reversión de todas las acciones en todas las unidades de la Gerencia.

Definir e identificar la figura del Responsable de Comunicación Interna en cada una de las 287 unidades (servicios centrales y centros de salud) para crear una red estructurada en cascada.

RESULTADOS

Inclusión en 2025, del Responsable de Comunicación Interna en el contrato programa de los 266 centros de salud y en el Reglamento Interno del centro, que incluye la definición de las funciones de esta figura.

Celebración durante el primer trimestre de 2025, a instancias de cada responsable de comunicación interna, de reuniones de reversión con levantamiento de acta y listado de firmas de asistentes.

Actualización de la intranet con aportaciones de los profesionales e inclusión de vídeos tutoriales e información interactiva.

Realización en 2025 de tres sesiones formativas tipo webinar con cerca de 700 conexiones (por centro), con alta demanda de nuevas ediciones.

Uso generalizado de logotipos institucionales, especialmente en firmas de correo electrónico, con el propósito de la Gerencia.

Identificación clara de contenidos de interés en la intranet y habilitación de editores en servicios centrales para su actualización.

CONCLUSIONES

Las acciones implementadas han tenido una excelente acogida entre los profesionales, generando un canal directo para expresar necesidades como formación, materiales de identidad y mejoras en la recepción de información. El modelo ha demostrado ser una herramienta eficaz para fortalecer la cohesión organizativa y mejorar la gestión sanitaria desde la comunicación interna.

EVALUACIÓN DE TECNOLOGIA EN GESTION DE RRHH, UN EJERCICIO NECESARIO.

 DAVID LOPEZ ANTEQUERA; LORENA JIMENEZ MANDAY; JAVIER MORENO RAMIRO; MARIA ISABEL CAMBRONERO MARTIN SAN PABLO; VERONICA CRESPO BUSQUETS; FERNANDO MORENO RIVERA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Identificador: 850

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La planificación de las jornadas de trabajo para los profesionales sanitarios, es de vital importancia, como principal medida para lograr una conciliación familiar. De tal manera, que son muchos los esfuerzos desde los departamentos de gestión de personas, que se encargan de buscar medidas para dar respuesta a dicha necesidad.

En 2023 se apostó, de forma centralizada, por la normalización de la planificación de turnos mediante la implantación de la plataforma Gestión de Personal de Turnos (GPT). Un año después, el análisis del funcionamiento pone de manifiesto diversas carencias, siendo una de las más relevantes los problemas una vez realizado el traspaso de la información desde GPT a la aplicación de nóminas PeopleNet; el proceso pierde continuidad, las regularizaciones no se integran automáticamente, lo que obliga a una gestión manual del procedimiento.

OBJETIVOS

Mejorar y garantizar el pago correcto de la jornada de trabajo, así como los complementos asociados al puesto de todos los trabajadores.

METODOLOGIA

Constitución de grupo de trabajo (Equipo de RRHH y Direcciones Asistenciales (DDAA)) para la evaluación y seguimiento de incidencias de la plataforma GPT.

Se establece un cronograma de seguimiento y análisis de incidencias recibidas por parte de los mandos intermedios.

Planificación de acciones para la mejora y corrección de incidencias.

RESULTADOS

Reuniones periódicas realizadas en las que se detecta principalmente la falta de automatización de las regularizaciones de la atención continuada, lo que conlleva:

- Falta de trazabilidad
- Riesgo de errores
- Altas cargas de trabajo
- Falta de criterios estandarizados

Dichos problemas conllevan que los profesionales sanitarios no cobren correctamente, lo que implica incremento de las cargas de trabajo en el área de RRHH. Hasta la implantación de la nueva versión, se pone en conocimiento de las correspondientes DDAA, para complementar el proceso de gestión de pagos de atención continuada y complementos específicos de forma manual, para garantizar el correcto pago de los profesionales.

CONCLUSIONES

Toda aplicación implantada precisa una evaluación y seguimiento hasta que se garantice su correcto funcionamiento, y fiabilidad. El éxito radica en como la evaluación debe ser realizada por todos los perfiles de usuario que estén implicados en el proceso en el que esté incluida la aplicación. La rápida detección de los errores en la plataforma GPT hace que se gestione de forma ágil un plan de acciones, es decir, comunicación de la situación a las DDAA, información de cómo proceder con el sistema manual (envío de emails, documentos transcritos...). Se logra que el 100% de la plantilla cobre en tiempo y forma, con el incremento de la carga de trabajo en el área de RRHH, incrementándose tiempo de profesional gestor también en las DDAA al tener que registrar manualmente los errores para solventarlos, aspecto que se debe abordar en una segunda fase.

NOMINA CONECTA: AUTOMATIZACION DEL PAGO DE LAS REGULARIZACIONES POR ATENCION CONTINUADA.

 DAVID LOPEZ ANTEQUERA; LORENA JIMENEZ MANDAY; MERCEDES LOPEZ LAMELAS; MARIA TERESA BAILON RAMOS; MARIA ISABEL CAMBRONERO MARTIN SAN PABLO; VERONICA CRESPO BUSQUETS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Identificador: 851

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

A raíz del cambio de gestión de la normalización de la planificación de turnos (GPT) el área del pago de la atención continuada y complementos no se registran correctamente, lo que conlleva un incremento de incidencias y reclamaciones por parte de los trabajadores. Se diseña una herramienta NOMINA CONECTA®, a raíz de su implantación se precisa evaluación de dicha herramienta.

OBJETIVOS

Evaluar la herramienta NOMINA CONECTA® tras su implantación, como mejora del proceso de gestión de pagos de las regularizaciones por atención continuada y complementos a los profesionales de un Hospital.

METODOLOGIA

Diseño de los formularios proforma con los datos mínimos para garantizar un correcto registro para el pago, fruto del análisis de los errores detectados en el último año. Dichos formularios se validan para proceder a constituir la base de conocimiento de la futura herramienta, que llevará por nombre NOMINA CONECTA®

Creación de la herramienta con paquete de Microsoft 365, y validación con las principales usuarias futuras de la misma.

Diseño de cronograma de implantación y evaluación de la herramienta, así como definición de cada una de las fases, arrancando por la fase piloto

RESULTADOS

Para la creación y diseño de la herramienta se ha empleado la metodología SCRULL, contiene tres formularios para el registro del pago de atención continuada y complementos, con ayudas cognitivas para la correcta cumplimentación.

Se prioriza comenzar a trabajar con la Dirección Asistencial Enfermera, es decir, con un total de 1425 profesionales.

En los primeros 6 meses de su implantación se ha logrado automatizar un total del 60% de los documentos, alcanzando el último mes el 75%. Esto ha conllevado un descenso del 12% de los errores en nómina, además de acortarse en 5 días el tiempo empleado en la detección de errores, al disponer de mecanismos garantistas de detección proactiva.

En el estudio de opinión y satisfacción con la herramienta con de las principales usuarias de la misma de la fase piloto, se puntuó con un 8 sobre 10, evidenciándose áreas de mejora en cuanto al tiempo de registro.

CONCLUSIONES

La herramienta NOMINA CONECTA® ha demostrado dar respuesta a la necesidad evidenciada de falta de trazabilidad en los pagos de las regularizaciones por atención continuada y complementos, además de reducir la variabilidad de las fuentes de información de entrada de incidencias en el área de gestión de RRHH al unificarse el soporte y el canal de comunicación.

Contribuye a la robustez del proceso de soporte de la gestión de pagos al reducir satisfactoriamente los errores en la nómina, además de garantizar una reducción en el período ventana de detección de errores, todo ello contando con la satisfacción de los profesionales que la usan.

Se debe continuar con el desarrollo de NOMINA CONECTA® para terminar la implantación en la globalidad del Hospital, y revisar la usabilidad en cuánto a optimización de recurso informático.

ASEGURANDO LA ACCESIBILIDAD AL TESORO MEJOR GUARDADO

 *Rubén García Martínez; Mº Jose Vega Felipe; Teresa Espinosa Rodríguez; Tania Rodríguez Blázquez; Domingo Fernández Luengo; Mar Blas Arias*

 *Hospital Universitario de Getafe*

Identificador: 852

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Tras la instalación de tomas de pared de gas medicinal oxígeno en los Hospitales, la reserva de dicho gas almacenado en forma de bala portátil, pasó a ser el “tesoro mejor guardado”, al ser esencial en la atención a urgencias fuera de las zonas habituales de asistencia, así como soporte a las transferencias de los pacientes (para pruebas, cambio de ubicación...). Esto conllevó que desde los servicios, pasaran a hacer un acopio, en ocasiones descontrolado.

Para poder garantizar la disponibilidad del gas se decide revisar y actualizar el procedimiento de aprovisionamiento, almacenamiento y trazabilidad de balas de oxígeno portátiles en nuestro Hospital.

OBJETIVOS

Mejorar el proceso de aprovisionamiento, almacenamiento y trazabilidad de balas de oxígeno portátil en un Hospital

METODOLOGIA

Creación de grupo de trabajo para la revisión del proceso según LEAN. Uso de Ishikawa, validado por el resto de intervinientes. Diseño de kaizen y gestión visual del mismo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Causas identificadas

PROFESIONALES: Desconocen como identificar si se precisa reposición, si existe deterioro de la bala...

EQUIPAMIENTO: Falta de definición de un estocaje

ORGANIZACIÓN: Falta de procedimiento estandarizado

ENTORNO: Falta de ubicación clara dentro de los servicios, señalización deficitaria, falta de soportes

Actualización del Procedimiento de Actuación, con la definición de estocaje en base a la patología de los pacientes atendidos en su área, y responsabilidades. Disponible para toda la organización

Formación: conocimiento del material, ergonomía y uso seguro del gas medicinal. El 100% de los celadores han recibido la formación. Se ha reducido las IT relacionadas con la manipulación de balas.

Sistema de control y seguimiento: creación de formularios distribuidos por todas las unidades, con la dotación de balas asignadas, estado de las balas (% de gas disponible) y movimientos de las botellas, todo ello controlado de forma centralizada desde la Jefatura de Celadores. En el 100% de las situaciones que se ha precisado oxígeno portátil ha habido una bala con la cantidad de oxígeno preciso. No existen incidentes de seguridad del paciente relacionados.

Auditoría realizada por los celadores en el que se identifica acopio de balas, condiciones de almacenamiento... ha logrado reducir el período ventana para la detección de deficiencias de la bala, así como los deterioros: balas no correctamente llenas por el proveedor, fugas en el tanque, o las válvulas no están íntegras.

CONCLUSIONES

La revisión del procedimiento de abastecimiento, mantenimiento y trazabilidad de las balas de oxígeno ha sido todo un éxito, que radica en el rol del celador como agente de formación, acompañamiento y revisión del material, junto con el equipo de enfermería. Disponer de una dotación de balas de oxígeno correctamente gestionado, contribuye a una atención ágil en situaciones como “el apagón”. Contribuye a la Seguridad del Paciente por garantizar el aporte de un gas medicinal en toda situación que lo requiera.

CALIDAD ASISTENCIAL MÁS ALLÁ DE LA VIDA: IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001 EN LA UNIDAD DE MORTUORIO HOSPITALARIA

 *Rubén García Martínez; M^o Jose Vega Felipe; Antonio Marchante Parra; Marcos Cuevas Ferreras; Alvaro Plaza Abad; Francisco Ángel Fernández Sánchez*

 *Hospital Universitario de Getafe*

Identificador: 853

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Nuestro Hospital tiene imbricada en su cultura organizacional la mejora continua y la excelencia en la calidad asistencial, esto hace que se haga extensivo a todos los procesos de gestión hospitalarios. El proceso de traslado y custodia de pacientes fallecidos o restos de entidad suficiente hasta que abandonan el hospital dispone de un férreo control, más si cabe desde la pandemia COVID19, que precisa un estricto control, para lo que se busca una herramienta que permita una buena gestión de los procesos y una gestión proactiva de los riesgos, fundamental para una atención eficiente, eficaz y segura para preservar y mantener la dignidad de los pacientes fallecidos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la gestión de la calidad de la unidad de mortuorio de un Hospital de Nivel II a través de la implantación de una norma de certificación

METODOLOGIA

Selección de la NORMA UNE EN ISO 9001:2015 de Sistemas de Gestión de la Calidad como norma de referencia.
Definición del alcance dentro de todas las actividades realizadas en la Unidad de Mortuorio junto con la Unidad de Calidad.
Diseño de itinerario formativo para el grupo de trabajo acerca de la NORMA UNE EN ISO 9001:2015, herramientas calidad.
Plan de trabajo siguiendo la secuencia de actividades del ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)
Estructuración y elaboración de soporte documental.
Creación de canales de comunicación y difusión.
Calendario de reuniones con el equipo para informar del avance y validación de cada etapa del proceso.

RESULTADOS

Certificado según la NORMA UNE EN ISO 9001:2015 de la Unidad de mortuorio, para las actividades relacionadas con el traslado y la custodia desde que fallece un paciente, o se obtiene un resto de entidad suficiente del mismo, hasta que abandona las dependencias del Hospital.

Para ello se realiza:

Análisis del contexto interno y externo (DAFO)

Identificación de los requisitos de las partes interesadas

Enfoque de gestión por procesos mediante la identificación de los procesos (Mapa de Procesos), su descripción y documentación (Ficha de Procesos) y establecimiento de puntos de mejora

Identificación y priorización de los riesgos y definición de las medidas de actuación (Mapa de Riesgos) a partir de la metodología AMFE (gestión preventiva del riesgo)

Diseño de Cuadro de mando de indicadores de calidad

Realización de auditoría interna con la identificación de los puntos de mejora.

CONCLUSIONES

La certificación de la Unidad de mortuorio ha sido el resultado de una amplia trayectoria de gestión por procesos, es el reconocimiento al buen trabajo realizado por todo el equipo, y es tan solo una muestra del compromiso con la mejora continua. Ha permitido optimizar y agilizar la disponibilidad de zonas para contribuir a su eficiencia.

La gestión eficaz de los procesos correspondiente al alcance contribuye a la dignidad de la persona más allá de la vida, contribuyendo a la resolución del duelo de la familia y acompañantes, con la percepción de seguridad que disponen, gracias a la solidez y estrecho control del proceso que se realiza.

EL ROL DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: AVANZADO EN LA PROFESIONALIZACIÓN

 *Rubén García Martínez; M^o Jose Vega Felipe; Segundo Jose Sanchez Gutierrez; Ricardo Ismael Atanasio; Domingo Fernández Luengo; David Platero García-Velasco*

 *Hospital Universitario de Getafe*

Identificador: 854

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria por parte del celador en unidades especiales como es el Bloque quirúrgico, el rol del celador adquiere una relevancia estratégica, no solo como apoyo logístico, sino como parte activa del equipo quirúrgico para contribuir en la coordinación, la precisión y la seguridad del paciente. Por ello es preciso, realizar una nivelación de competencias de los celadores de plantilla, al ser una formación específica, no cubierta por la formación de base.

OBJETIVOS

Capacitar a los celadores en el desempeño eficiente y seguro de las funciones específicas en el bloque quirúrgico (BQ)

METODOLOGIA

Creación de grupo de trabajo multiprofesional para el diseño del curso, previo a la detección de necesidades formativas en el área del BQ. Se opta por un aprendizaje centrado en el profesional: el celador es protagonista de su proceso formativo, con actividades que promueven la reflexión, la participación y la autonomía. Con una contextualización: los contenidos y actividades se vinculan directamente con situaciones reales del quirófano. Además de una integración teoría-práctica: se combinan sesiones teóricas con simulaciones, talleres y prácticas supervisadas, sin olvidar la evaluación continua.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Diseño de Acción formativa para adquirir conocimientos teóricos y prácticos acerca de:

Funciones específicas del celador en el BQ, rol autónomo y colaborativo
Revisión y simulación de protocolos de higiene, seguridad y traslado de pacientes
Conocimiento de la dinámica de trabajo dentro del BQ, entorno físico, instrumental quirúrgico y aparataje.
Fomento de habilidades de comunicación efectiva y trabajo en equipo, así como la responsabilidad, confidencialidad y ética profesional, esenciales para el desempeño en un entorno clínico de alta sensibilidad.

La evaluación de la nota de la acción formativa, está distribuida en:

- Práctica: 40%
- Observación directa: 30%
- Rúbricas de desempeño: 20%
- Autoevaluación: 10%

El 100% de la plantilla de celadores del área del BQ, más los profesionales de soporte ante incidencias. Constituye un factor contribuyente a la reducción de incidencias y retrasos en las transferencias al BQ y desde el mismo. El grado de satisfacción de los profesionales es alto o muy alto.

CONCLUSIONES

El desarrollo de este proyecto de formación por competencias para celadores especializados en BQ responde a la necesidad de profesionalización dentro del ámbito sanitario. A través de un enfoque centrado en el desarrollo integral de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) se logra no solo mejorar el desempeño técnico de los celadores, sino también fortalecer su rol como parte esencial del equipo quirúrgico, cumpliendo los más altos estándares de calidad y seguridad exigidos por la organización.

SIMULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA, RETOS Y LOGROS DE LOS EQUIPOS

 *Ma Dolors Alsina Coll ⁽¹⁾; Alyson Goussens x ⁽²⁾; Ricardo Manuel Paim Fernandez ⁽³⁾; Anna Triado Pages ⁽⁴⁾; Alex Lazaro Algado ⁽⁵⁾*

 ⁽¹⁾ *Intitut Català de la Salut;* ⁽²⁾ *EAP Figueres;* ⁽³⁾ *CAP Masdevall;* ⁽⁴⁾ *CAP Ernest LLuch;* ⁽⁵⁾ *CAP Can Gibert del Pla*

Identificador: 855

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La Simulación como modelo de aprendizaje ha ganado espacio en el siglo XXI. La formación y capacitación continuada de los profesionales sanitarios debe de ser una prioridad en los sistemas de salud.

La presión asistencial en los centros de atención primaria tiene un impacto directo en los profesionales, generando un desgaste profesional; así como en el entorno laboral, en ocasiones con ambiente interno difícil.

La simulación entendida como herramienta de motivación formativa y, en entornos de aprendizaje seguros para los profesionales sanitarios de atención primaria, puede facilitar oportunidades de mejora grupales y individuales. La simulación impulsa mejoras organizativas, de comportamiento y culturales, colocando el factor humano en el centro para detectar y optimizar la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El programa de simulación en atención primaria incluye dos fases:

En la primera fase, un instructor en Simulación forma a profesionales seleccionados de los centros de salud como Facilitadores en simulación mediante un curso híbrido: una parte virtual autoformativa con tutorización reactiva y evaluación, y una parte presencial que se desarrolla tres semanas después donde se completa la formación en escenarios propios del entorno de atención primaria.

En la segunda fase estos Facilitadores generan talleres de Simulación en sus centros de atención primaria donde se practican escenarios de simulación basados en las plantillas prediseñadas. Se preserva la seguridad psicológica de los participantes en base a fidelidad del escenario, respeto y confidencialidad, para facilitar el debriefing posterior efectivo. Una encuesta de satisfacción anónima recoge valoraciones sobre organización, metodología y aplicabilidad de los talleres de simulación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La Simulación promueve retos cognitivos en entornos de aprendizaje seguros y constructivos favoreciendo la seguridad psicológica de los participantes. Este elemento clave facilita conversaciones y reflexiones de aprendizaje efectivas.

Estas reflexiones seguras durante el debriefing posterior permiten oportunidades de mejora en los equipos a nivel de aprendizaje experiencial en su entorno laboral, mejora el rendimiento en habilidades no técnicas y facilita una cultura de Seguridad clínica en los equipos para la mejora de la calidad asistencial.

El programa de simulación en los centros sanitarios ambulatorios contribuye al desarrollo de la eficacia colectiva en equipos interprofesionales, fortaleciendo la confianza grupal en su capacidad para alcanzar resultados conjuntos exitosos

¿CÓMO SE COMPORTAN LOS CICLOS DE MEJORA CONTINUA? UN EJEMPLO PRÁCTICO CON LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN

😊 Elena Vidal Díez ⁽¹⁾; Andreu Aloy Duch ⁽¹⁾; Sara Gil Álvarez ⁽¹⁾; M^a Fernanda Solano Luque ⁽²⁾; Manuela Torres Gaspar ⁽¹⁾

🏥 ⁽¹⁾ Consorci Sanitari del Maresme - Hospital Universitari de Mataró. Barcelona; ⁽²⁾ fsdfsd

Identificador: 856

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

¿Implementamos frecuentemente ciclos de mejora continua en la práctica asistencial diaria? ¿Comprobamos su utilidad? ¿Cómo se comportan?

A modo de ejemplo, la terapia endovenosa es básica en situaciones agudas para la administración directa de líquidos, medicamentos o nutrientes; si bien los accesos vasculares pueden originar complicaciones como trombosis o infecciones derivadas.

Los eventos adversos asociados a los catéteres, sirven para demostrar la utilidad de los ciclos de mejora continua, y las estrategias multimodales a realizar para su éxito.

OBJETIVOS

Describir cómo se comportan los ciclos de mejora continua, a partir de un ejemplo basado en las bacteriemias por catéter, dependiendo de las causas que la producen y la prevalencia de los eventos adversos resultantes.

METODOLOGÍA

El centro hospitalario, de ámbito general y referente comarcal, dispone de 316 camas convencionales y 20 de cuidados intensivos (UCI). Anualmente, se evalúa mediante estudios de prevalencia: 1º la infección nosocomial hospitalaria general (VINCat) y en UCI (ENVIN-HELICS); y 2º: las bacteriemias (VINCat, flebitis-ZERO, control de catéteres venosos periféricos (CVP), y centrales (CVC) (med-line/PICC).

Se aplicó un ciclo de mejora continua en 2 períodos de infección puntual elevada en 2009 y 2015 con la estrategia de: 1º tasa de infección por catéter periférico y central; 2º implementación interdisciplinaria de Acciones de Mejora (AM); 3º resultados y revisión post-AM.

RESULTADOS

En 2009 se produjo: 1º un aumento de la infección en CVP de 0,07 casos por 1000 estancias (Estándar < 0,04), y de CVC 0,16 (E < 0,06); 2º las AM fueron: a., estudios de prevalencia de infección periódicos; b., registros de observación diarios de los catéteres; y c., formación continuada; 3º descenso de la infección entre 2010-2014 de 0,02 en CVP, y 0,06 en CVC.

En 2015 se produjo, asociado a las nutriciones parenterales y contrastes en radiología, al manipularse los catéteres: 1º infección en CVP de 0,09, y de CVC 0,10; 2º las AM se basaron en: a., formación; b., actualización de procedimientos; c., mejora del registro de catéteres; y d., cumplimiento de los procedimientos; 3º el descenso de la infección entre 2016-2028 fue de 0,03 en CVP, y 0,04 en CVC.

En 2020 se produjo, por la pandemia COVID: 1º un aumento de la infección sólo en CVC 0,14, no en CVP; 2º las AM se basaron en las mismas AM anteriores; 3º el descenso de la infección entre 2021-2024 fue de 0,01 en CVC.

La forma de la curva en las gráficas, mostraron una distribución bimodal exponencial decreciente de múltiples a menos causas de impacto.

CONCLUSIONES

Un ciclo de mejora continua en cualquier mejora de procesos es útil cuando produce, de forma decreciente, menos causas y repuntes de infección progresivamente inferiores, hasta estabilizarse en el estándar.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR EN ARTROPLASTIA DE RODILLA: CALIDAD ASISTENCIAL ENFOCADA EN EL PACIENTE

 Héctor Arribas Pérez; Mónica Robles López; Irene Espina Flores; Vanesa Rubio Contreras; Sara Rut Arias Pérez; David Esteban Torres García

 Hospital Universitario Santa Cristina

Identificador: 857

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La artroplastia total de rodilla es una cirugía compleja, con un posoperatorio prolongado y doloroso, que requiere una participación activa del paciente para lograr una recuperación funcional satisfactoria. La ansiedad, la incertidumbre y el dolor son barreras que afectan la adherencia al tratamiento y la percepción de calidad asistencial.

Las intervenciones estructuradas de educación para la salud han demostrado mejorar el afrontamiento del proceso quirúrgico, reducir el dolor percibido y fortalecer la autonomía del paciente. Bajo este enfoque, se desarrolla una intervención educativa prequirúrgica interdisciplinar, centrada en la persona y alineada con los principios de humanización. Esta práctica busca transformar la experiencia asistencial mediante una comunicación clara y bidireccional, promoviendo decisiones informadas y empoderamiento.

OBJETIVOS

General: Potenciar la participación activa del paciente en su proceso quirúrgico, promoviendo una experiencia asistencial positiva y una recuperación funcional segura.

Específicos:

- Favorecer la coordinación interdisciplinar para una atención eficiente y centrada en la persona.
- Proporcionar herramientas activas para el control del dolor y el autocuidado funcional.
- Disminuir la ansiedad prequirúrgica mediante información clara y adaptada.
- Mejorar la satisfacción global del paciente con el proceso.

METODOLOGÍA

Descripción: Programa educativo para pacientes candidatos a prótesis de rodilla y sus familiares, basado en una sesión grupal interactiva de 1,5 horas, impartida quincenalmente. Participan profesionales de traumatología, anestesiología, geriatría, enfermería y fisioterapia.

Captación: Se informa al paciente en consultas médicas, entregando folleto informativo con datos de contacto. La inscripción se realiza en la unidad de fisioterapia.

Contenidos: Información sobre el procedimiento quirúrgico, anestesia, circuito hospitalario, cuidados postoperatorios, plan de fisioterapia funcional y estrategias de control del dolor. La sesión fomenta la participación activa y la resolución de dudas.

RESULTADOS

Desde abril de 2024 se han realizado 15 sesiones, con participación de 13 profesionales y 72 pacientes y acompañantes. Se observa mayor satisfacción, menor ansiedad y mejor adherencia al tratamiento fisioterápico. Los equipos profesionales destacan una mejora en la coordinación asistencial. Se identifica como área de mejora la necesidad de incorporar indicadores cuantitativos.

CONCLUSIONES

La educación sanitaria estructurada en artroplastia de rodilla se consolida como una estrategia eficaz para implicar al paciente, mejorar el afrontamiento del dolor y reforzar la adherencia al tratamiento. La intervención fortalece la comunicación profesional-paciente, facilita la adaptación al proceso y promueve una atención más empática, segura y centrada en la persona. Esta experiencia aporta valor al sistema sanitario mediante la mejora de la calidad percibida y la eficiencia asistencial.

COORDINADOR DE TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, LÍDER FUNDAMENTAL PARA LA MEJORA CONTINUA

 Sara Estébanez Aldonza; Ana Castaño Cantos; Nidia Peinado Adán; Rosa María Morera López

 Hospital universitario La Paz

Identificador: 859

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los técnicos especialistas en Oncología Radioterápica (TERT) son una pieza clave para asegurar el éxito del tratamiento. Son los profesionales sanitarios responsables de realizar el TC (tomografía computarizada) de simulación, posicionar adecuadamente al paciente cada día de tratamiento radioterápico y administrar el mismo. Por ello es necesario un liderazgo en el estamento para optimizar la calidad asistencial y la seguridad terapéutica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer un coordinador de TERT que conozca de primera mano el trabajo que realizan dichos profesionales con el objetivo de aumentar el sentimiento de pertenencia y su compromiso con el servicio de Oncología Radioterápica lo que repercutirá en una atención sanitaria de mayor calidad asistencial y seguridad terapéutica.

Se realiza convocatoria libre, el requisito es defender un proyecto de gestión y méritos profesionales, ante un tribunal multidisciplinar con representación de la dirección del centro. En nuestro caso, la coordinadora es elegida en 2023 y su figura es incorporada al Equipo de Calidad. Este equipo de trabajo queda constituido por Jefa de Servicio, Supervisora de Enfermería, Coordinadora de TERT, facultativo, enfermera y TERT.

Tomada posesión del cargo, se evalúa la situación actual del servicio y de los TERT, tanto individualmente como en relación al trabajo realizado en equipo, intentando detectar elementos susceptibles de mejora que ayuden a potenciar la motivación tanto laboral como personal de los trabajadores, lo que repercutirá a su vez en un trabajo más organizado y de mejor calidad siendo beneficioso tanto para el trabajador como para el propio paciente.

Para ello, tras ser consensuado en el Equipo de Calidad, se ponen en marcha diferentes planes de acción, indicadores de calidad y herramientas de comunicación, basadas en reuniones tanto individuales como colectivas y un continuo contacto con los trabajadores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A los 2 años, el 80% de los TERT opina que se ha mejorado las vías de comunicación entre diferentes estamentos y con sus superiores. Se han realizado sesiones formativas con participación activa de los TERT, con un programa de formación continuada anual que asegure un conocimiento actualizado de la especialidad. Estas medidas, hacen viable en el momento actual, que sean los responsables de la verificación QA del tratamiento de radioterapia. Además, se ha optimizado el número de tratamientos por acelerador y la realización de TC de simulación por turno.

La figura de coordinador de TERT que asegure conocimiento y experiencia de la especialidad es fundamental para optimizar el flujo de trabajo y conseguir un ambiente laboral saludable que haga viable la mejora continua.

CERTIFICACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

 *María Eugenia Llana Velasco ⁽¹⁾; Enrique García Carús ⁽¹⁾; Miguel Alaguero Calero ⁽¹⁾; Emilio García Prieto ⁽²⁾; Tomás Suárez Zarracina-Secades ⁽³⁾; María Belén Suárez Mier ⁽⁴⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Central de Asturias; ⁽²⁾ Hospital Universitario Central de Asturias; ⁽³⁾ Hospital Universitario Central de Asturias; ⁽⁴⁾ Consejería de Salud

Identificador: 860

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La publicación de las normas de certificación de los Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) Hospitalarios y el impulso del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) 2025-2027 a través de la línea 2 “control de la resistencia a los antibióticos hace necesaria la implantación de un sistema de evaluación de calidad de los equipos PROA a nivel Hospitalario para la evaluación de su desempeño.

OBJETIVOS

Describir los resultados obtenidos tras implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) en un Equipo PROA Hospitalario basándose en la normas de certificación hospitalaria de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) y en la norma UNE-EN-ISO 9001:2015.

METODOLOGÍA

Abordaje e implantación de 71 estándares de 7 tipologías (aspectos organizativos, institucionalización, recursos humanos/técnicos, indicadores, intervenciones educativas, medidas no impositivas de ayuda a la prescripción y medidas de coordinación interniveles) utilizando los requisitos UNE-EN-ISO 9001:2015.

RESULTADOS

A nivel organizativo, institucionalización y recursos: se consolidó equipo multidisciplinar de 5 especialidades (Farmacia, Microbiología, Medicina Intensiva, Medicina Interna-Infecciosas y Urgencias) y se crearon 7 perfiles de puesto.

Se desarrolló una herramienta informática propia y se incluyó en Historia Clínica Electrónica lo que permitió registrar y evaluar 6382 intervenciones en 2022, 6239 en 2023 y 5598 en 2024.

Se incluyeron los PROA en el acuerdo de gestión del servicio de salud con el área sanitaria y a nivel de hospital se acordaron objetivos específicos con cuatro servicios clínicos (% de aceptación de intervenciones y disminución de consumo de quinolonas).

A nivel de indicadores, intervenciones educativas, medidas de ayuda a la prescripción y de coordinación interniveles: se establecieron herramientas para el cálculo de indicadores de consumo de antimicrobianos: dosis diarias definidas (DDD) y días de tratamiento (DOT) por 1000 estancias estratificadas por servicio. Se implantaron sistemas de ayuda a la prescripción. Se obtuvieron los mapas de resistencia, se calculó la densidad de incidencia de patógenos multirresistentes y la mortalidad cruda de las bacteriemias.

Se implantó un programa de formación interna y de formación externa dirigido a médicos prescriptores y a residentes. Se incluyeron rotaciones específicas dentro de los itinerarios formativos de 5 especialidades.

En marzo de 2023 se obtuvo la certificación UNE EN ISO 9001:2015 y en junio de 2025 se obtuvo la autocertificación en el nivel básico según la norma de la AEMPS.

CONCLUSIONES

La implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 9001:2015 y su certificación favorece el cumplimiento de estándares normas específicas y facilita la evaluación de su desempeño con carácter anual. Su mantenimiento permitirá preparar en un año el nivel avanzado y/o excelente determinado en la norma específica PROA Hospitalaria.

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE SOLUCIONES DE CLORURO POTÁSICO

 *Laura Congost Devesa ⁽¹⁾; Montse Ibàñez Vidal ⁽¹⁾; Ferran Bossacoma Busquets ⁽¹⁾; Aurora Fontova Almató ⁽¹⁾; Maria José Bueno Domínguez ⁽²⁾*

 ⁽¹⁾ *Fundació Salut Empordà;* ⁽²⁾ *Instituto Universitario Avedis Donabedian*

Identificador: 861

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El potasio intravenoso es un medicamento de alto riesgo y es muy utilizado en los hospitales para el tratamiento de la hipopotasemia y la reposición de pérdidas a través de la fluidoterapia intravenosa. La estandarización de las soluciones de electrolitos para infusión, la restricción en las unidades asistenciales de las ampollas concentradas de cloruro de potasio (KCl) y la adopción de protocolos normalizados se han considerado medidas efectivas para prevenir daños graves a los pacientes. En nuestro centro se disponía de ampollas de KCl concentrado de acceso libre en todas las unidades que se restringieron a partir de la implementación de las soluciones de KCl comercialmente disponibles.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento de la prescripción de soluciones de potasio tras la implantación de un protocolo de uso seguro del potasio intravenoso en un hospital comarcal.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de octubre de 2024 a marzo de 2025. Se revisaron las prescripciones de pacientes que recibieron tratamiento con reposición de KCl en las plantas de hospitalización de agudos y urgencias en un hospital comarcal. Se estableció un tamaño muestral mínimo de 310 registros. Se excluyeron las prescripciones realizadas en las unidades de pediatría, neonatos, quirófano, y unidad de monitorización de urgencias. Se midió la prescripción como correcta cuando se ajustaba al protocolo y no había sido necesaria la intervención farmacéutica. Los datos se recogieron en una base de datos del programa Excel de Microsoft Office. Se realizó el análisis estadístico mediante el software R. Para analizar el cumplimiento de la prescripción se describió el porcentaje de soluciones normalizadas en función del total de soluciones prescritas.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 319 pacientes que recibieron tratamiento endovenoso mediante sueroterapia con KCl. En el 77,12% (n=246) de los casos se cumplió la prescripción según la pauta normalizada de sueros. En aquellos casos en que no se cumplió dicha pauta (n=73), se realizó un intercambio terapéutico en 14 casos (19,18%), alcanzando una tasa de sustitución total del 81,5%. Por servicios, se cumplió la pauta normalizada en hospitalización quirúrgica en 75 casos (89,29%), en hospitalización médica en 120 (75,95%), urgencias 42 casos (65,62%), unidad geriátrica de agudos 7 (100%), ginecología y obstetricia 2 (33,33%).

CONCLUSIONES

Tres cuartas partes de los profesionales se han adaptado a las presentaciones comercializadas incluidas en el protocolo del centro, valorándose positivamente el cumplimiento de prescripción. La distribución por servicios no resultó homogénea. La muestra aleatoria es representativa de los servicios donde se encuentran aquellos pacientes con más necesidad de reposición de electrolitos. La implantación de soluciones estandarizadas de potasio intravenoso se considera una medida efectiva para garantizar la mejora de la seguridad del paciente.

MAMITOUR

 *Mar Villacorta Martín; Laura Gutiérrez Chicote; Virginia Martínez García; Rebeca Saldaña Burgos; LUCIA ZÚÑIGA BLANCO; Paula Fernández Araque*

 *Hospital Universitario Río Hortega Valladolid*

Identificador: 866

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales sanitarios del Área de Obstetricia y Ginecología de nuestra Área de Salud, sensibilizados ante la necesidad de avanzar hacia una atención más humanizada y con una visión más holística de la persona, hemos impulsado la implantación del Proyecto “Mami-tour”.

Está demostrado que una experiencia de parto positiva tiene efectos duraderos en la salud mental de la madre, fortalece el vínculo afectivo con el recién nacido y mejora la percepción general del sistema sanitario. A través del Mami-tour, se busca reforzar esa experiencia positiva, garantizando una atención centrada en la mujer, respetuosa, empática y basada en la evidencia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la ansiedad y el temor ante el parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer la comunicación con las embarazadas, desarrollando una relación de confianza con los profesionales.
- Mejorar la satisfacción de la experiencia y expectativas del parto.
- Sensibilizar a los profesionales en necesidades humanas como la empatía, el respeto y la amabilidad.
- Informar y divulgar los elementos científicos, tecnológicos y humanos relevantes en la calidad asistencial durante todo el proceso de embarazo y parto.

METODOLOGÍA

La implantación del proyecto se llevó a cabo en nuestro Área de Salud, iniciándose en enero de 2023, a través de un trabajo colaborativo entre las matronas y los servicios administrativos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, bajo el amparo de la Comisión de Humanización del Área.

La población diana son las mujeres embarazadas del Área de Salud y/o un acompañante que será el mismo que le acompañe en el parto.

Se han diseñado dos tipos de visita:

- Un “Tour virtual” por el área obstétrica de un hospital de tercer nivel. Con cuatro vídeos, de breve duración, abordando los temas de interés como la filosofía de parto de nuestra área.
- El “Tour presencial” se realiza a partir de las 30 semanas de gestación. La futura madre puede visitar los diferentes espacios del área de obstetricia del hospital, donde los profesionales sanitarios responderán a sus dudas y miedos.

La visita se realiza los jueves a las 10.00 h, 11.00 h y 12.00h, con un máximo de 5 gestantes en cada uno de los grupos. Las gestantes pueden venir acompañadas por la persona que les va a acompañar en el parto. La duración es de 45-50 minutos aproximadamente.

RESULTADOS

De las mujeres que dieron a luz en nuestro hospital durante los años 2023 y 2024, realizaron el tour presencial el 32’3% y el 37% respectivamente.

En el año 2024 de una muestra de 63 mujeres a las que se les pasó la encuesta de satisfacción les ha servido de ayuda y recomendaría el tour el 98% de las mujeres encuestadas.

CONCLUSIONES

El parto es considerado uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer. Una adecuada información ayuda a disminuir su ansiedad, sus miedos e incertidumbres y favorece una vivencia más satisfactoria del embarazo y del parto.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CERTIFICACIÓN ISO 9001.2015 CENTRALIZADO EN UN ÁREA DE SALUD

 *Mar Villacorta Martín ⁽¹⁾; M^a Pilar Rodríguez Jañez ⁽¹⁾; M^a Belén Cantón Álvarez ⁽¹⁾; Elpidio García Ramón ⁽²⁾; Susana Sánchez Ramón ⁽¹⁾*

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Río Hortega Valladolid; ⁽²⁾ Gerencia Atención Primaria ASVAO

Identificador: 867

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El fin de esta metodología es dotar a nuestra organización de un sistema de gestión (Norma ISO) que le ayude a mejorar su funcionamiento, con métodos de trabajo sistematizados, homogéneos y bien documentados. Estableciendo un sistema de evaluación a través de indicadores, que nos permitan ver las tendencias, realizando un análisis exhaustivo del contexto a través del DAFO de nuestra organización, para así poder detectar áreas de mejora y plantear objetivos.

De esta forma aseguramos una gestión adecuada para obtener buenos resultados, con la meta puesta en la mejora continua.

OBJETIVOS

Desde la Unidad de Calidad del Área de Salud de un Hospital de 3º nivel, se ha fijado como objetivo, dentro de la propia certificación ISO 9001.2015, la ampliación de alcance en la certificación en 2 Servicios o Unidades Hospitalarias y 1 Centro de Salud del Área anualmente.

METODOLOGÍA

Disponemos de una guía de implantación del sistema de gestión, con todos los puntos de la misma y como se van abordando a lo largo de la implantación.

Para llevarlo a cabo, tras decidir los nuevos servicios a incluir en el alcance, se realizan reuniones programadas a lo largo del año, donde se trabaja con los equipos en la norma, elaborando documentación y madurando el sistema, de forma que los profesionales hagan suyo esta metodología de trabajo.

Finalmente, se realiza la auditoría interna de todos los Servicios/Unidades y Centros de Salud, presentamos los resultados de las mismas en la Revisión por la Dirección y tras realizar la auditoría externa, se lleva a cabo el plan de acciones correctivas si preciede. No solamente se acompaña a los Servicios/Unidades y Centros de Salud en el año de implantación, sino que anualmente se mantienen reuniones de seguimiento con los ya certificados, para seguir creciendo en la maduración de la norma, compartiendo documentación, formatos, indicadores. De esta forma, conseguimos que los que tienen más experiencia apoyen a los nuevos en esta andadura.

RESULTADOS

Los objetivos marcados se han cumplido desde el año 2018 en que se implantó el sistema de certificación ISO centralizada, contando en la actualidad con 21(15 Servicios/Unidades hospitalarios y 6 Centros de Salud) todos ellos bajo el paraguas de la ISO centralizada del Área de Salud que también se encuentra certificada.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido construir un sistema de calidad con cimientos sólidos, trabajando desde la base, apostando por la gestión de calidad con más de 1000 personas.

Compromiso e implicación del personal entrevistado con la implantación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad, fomentando el trabajo en equipo.

Análisis del contexto de cada Unidad/Servicio y Centro de Salud.

Revisiones por la Dirección de cada uno de las Unidades/Servicios y Centros de salud, presentando resultados y consiguiendo una implicación activa de la dirección.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 *Francisco José Camello Marqués* ⁽¹⁾; *MIRIAM DE LA PUENTE YAGÜE* ⁽²⁾; *JUANA MARÍA BRENES SÁNCHEZ* ⁽³⁾; *ISABEL RODRÍGUEZ-PIÑERO CEBRIÁN* ⁽³⁾; *BLANCA GONZÁLEZ PALOMARES* ⁽³⁾; *MARÍA HERRERA DE LA MUELA* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ *Historial Clínico San Carlos*; ⁽²⁾ *CENTRO MEDICO CRECIENDO*; ⁽³⁾ *HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS*

Identificador: 868

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La implementación de protocolos de rehabilitación multimodal (ERAS) en el ámbito de la cirugía oncológica, ha demostrado beneficios significativos en términos de recuperación postoperatoria, reducción de complicaciones y mejora de la calidad de vida de las pacientes. Nuestra comunicación tiene como objetivo analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de un protocolo ERAS adaptado a este tipo de pacientes, evaluando su impacto clínico y funcional. La presentación busca aportar evidencia que respalde la integración de estos protocolos en la práctica clínica habitual, promoviendo un abordaje más integral, eficiente y centrado en la paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mediante la aplicación de un protocolo de rehabilitación multidimensional (ERAS) en pacientes oncológicas de la Unidad de patología mamaria, confirmar si se produce una disminución de la estancia hospitalaria de las pacientes intervenidas y evaluar el grado de satisfacción en el grupo de pacientes que llevaron a cabo el protocolo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estudio retrospectivo transversal de cohortes (N= 216) en el cual se han comparado las características de pacientes con cáncer de mama que han seguido el protocolo ERAS (n= 123), y aquellas que no (n= 93). Período de análisis: pacientes intervenidas entre Noviembre de 2021 y Septiembre de 2022. Método: revisión de las historias clínicas junto con encuesta de satisfacción a los 6 meses de la intervención quirúrgica.

Dentro del grupo ERAS la mediana de número de días de hospitalización fue 2 [0;2], y en el no ERAS fue 0 [0;2]. La mayoría de las pacientes, tanto del grupo ERAS como no ERAS, respondieron muy bien o excelente a ambas preguntas de la encuesta de satisfacción: 94,3% y 96,8% respectivamente; 87,8% y 86% respectivamente.

CONCLUSIONES

La estancia hospitalaria en pacientes tratadas quirúrgicamente por un cáncer de mama no se ha visto significativamente reducida con la aplicación del protocolo ERAS, en comparación con el grupo control. Así mismo, tampoco se ha objetivado una diferencia significativa en la satisfacción de las pacientes en cuanto a atención recibida y participación en la toma de decisiones entre el grupo ERAS y el grupo no ERAS.

RISLAB “HERRAMIENTA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGOS LABORALES” Y “ESPACIO ÁGORA” DE GESTIÓN DE CONFLICTOS INTERPROFESIONALES

 Noemí Montserrat Fornies; M^a José Grau Cat; Andreu Aloy Duch; Marta Argilés Grau; David Barrachina Caricchio; Rafael Lledó Rodríguez

 Consorci Sanitari del Maresme - Hospital Universitari de Mataró. Barcelona

Identificador: 869

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Para la prevención de riesgos laborales (PRL) en los centros sanitarios se adopta un conjunto de actividades para evitar o disminuir los riesgos laborales, en el conjunto de la empresa, y que el profesional no sufra daños derivados del trabajo.

Una de las problemáticas más difíciles que debe gestionar el SPRL se refiere a los conflictos entre profesionales. Por todo ello, es clave la realización de acciones de mejora (AM) en este ámbito, y el establecimiento de una comunicación fluida y eficaz entre los profesionales y el SPRL, con herramientas confidenciales y adecuadas a este fin.

OBJETIVOS

Presentar una herramienta eficaz y confidencial para comunicar riesgos o incidentes para la PRL.

Describir la casuística de las notificaciones.

Exponer las acciones de mejora implementadas para la gestión de los conflictos entre profesionales.

METODOLOGÍA

En la Organización Sanitaria Integral (OSI), centro de referencia general, trabajan 2400 profesionales, distribuidos en los 5 ámbitos de la salud (se incluye el “social”), y una población de referencia de 250.000 hab.

Se creó la herramienta RISLAB, a modo de formulario, y se describen las mejoras para los conflictos entre profesionales, incluyendo el Espacio Ágora.

RESULTADOS.

Herramienta RISLAB: notificación. Esta, debe contener básicamente el nombre, apellidos y teléfono del notificante; la tipología de incidente, el día y hora del suceso, el centro, el servicio, y el turno; baja o no laboral, y visita médica o no; la descripción sucinta del incidente, y una sugerencia de resolución por parte del notificante.

Resultados 2021-2025 de RISLAB. Se han declarado 2991 incidencias: violencia entre profesionales y pacientes (60,6%), accidentes (27,3%), bionoculación o contacto con enfermedad infecciosa (11,5%), conflictos entre profesionales (0,6%), y enfermedad profesional (0,03%).

5 macroproyectos implementados de mejoras para la gestión de conflictos entre profesionales: se crearon 1) la comisión para la prevención de la violencia de la OSI, y 2) la comisión de gestión de conflictos en el entorno laboral mediante técnicas de mediación y gestión alternativa de conflictos; 3) se han realizado encuestas de clima y de evaluación de riesgo psicosocial; 4) diagnósticos de la cultura organizacional de conflictos en la OSI; y 5) puesta en marcha del Espacio Ágora, con un formulario propio para gestionar las discrepancias entre dos profesionales en conflicto. Se han abordado 20 casos, con resultados óptimos en el 75% de los casos.

CONCLUSIONES

RISLAB es una herramienta eficaz para comunicar riesgos o incidentes relacionados con la PRL.

Se han declarado pocos conflictos entre profesionales, por lo que se debería mejorar su difusión e implementación.

El Espacio Ágora permite gestionar las discrepancias entre profesionales con unos resultados óptimos.

TENIENDO EN CUENTA TODAS LAS AREAS: APORTACION DEL ÁREA DE GESTIÓN, PARA UNA GESTIÓN INTEGRAL E INTEGRADORA

 David Lopez Antequera; Carlos Montero Martin; Lorena Jimenez Manday; Ildefonso Palomino Mena; M^odel Mar Garcia Sanz; Zita Quintela Gonzalez

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 870

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Toda organización sanitaria para llevar a cabo su misión y visión, bajo su política de valores, es recomendable disponer de una hoja de ruta, que en la mayoría de las ocasiones se vehiculiza a través de la elaboración de un Plan Estratégico de la organización.

En la revisión de los Planes estratégicos disponibles de otras organizaciones no se evidencia participación activa de los profesionales del área de gestión y económica-financiera. De ahí, que con la incorporación del nuevo equipo directivo, se decide como innovación realizar un grupo de trabajo de dicha área para establecer líneas estratégicas para el desarrollo de los objetivos estratégicos fijados

OBJETIVOS

Describir la estrategia de la innovación de la inclusión de los profesionales del área de gestión y económica-financiera, al igual que las áreas asistenciales, al Plan estratégico del Hospital.

METODOLOGÍA

Constitución del grupo de trabajo con la totalidad de jefaturas y mandos intermedios del área.

Se ha trabajado en modalidad mixta: presencial (reuniones con facilitador) y on line de forma colaborativa (equipo de Microsoft-TEAMS®).

Seguimiento de los proyectos mediante reuniones periódicas y gestión visual en la Sala Obeya de la organización.

Se realiza estudio de opinión acerca de la iniciativa, además del proceso de elaboración del Plan Estratégico, para incorporar acciones de mejora de forma ágil.

RESULTADOS

Dentro del Plan Estratégico se han definido un total de 29 proyectos, lo que supone un 15%, contribuyendo al logro de los objetivos estratégicos.

El 63% de los profesionales han participado con anterioridad como “procesos de soporte”, el 87,5% experimenta esta iniciativa como ayuda al crecimiento como profesional y desarrollo como gestor.

El 46% de los relacionados con sanitarios se realizan conjuntamente entre facultativos, enfermería y/u otras Unidades (25% en el área quirúrgica), el 45% se relacionan solo con facultativos y el 9% solo con Enfermería. Todos se han difundido al hospital.

La opinión más frecuente entre los trabajadores es que es una “buena idea”, que “favorece el trabajo en equipo” y que “es necesario gestionar bien el tiempo”.

CONCLUSIONES

La iniciativa innovadora de la inclusión del área de gestión y económica-financiera en la elaboración del Posicionamiento Estratégico, garantiza la representatividad del total de los profesionales que conforman el Hospital, logrando una gestión integral e integradora.

PÍLDORAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

 Carmen Nión Seijas; Ángela Mondelo Estevez; Cristina de la Vega Jimenez; Carmen Nión Seijas; Catia María Martínez Barjas

 HUAC

Identificador: 871

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Las personas cuando se acercan al entorno sanitario necesitan sentirse acogidos, recibir una atención personalizada con una comunicación amable, clara, fluida y precisa que establezca una relación de confianza. Los manuales de estilo son una guía integral que establece normas y directrices para una comunicación efectiva entre los profesionales y entre estos y las personas que acuden al sistema sanitario, así como propone unas pautas para cuidar la imagen difundida y percibida de la institución sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Mejorar la comunicación en el ámbito sanitario.
2. Fomentar la imagen, identidad corporativa y sentido de pertenencia a la organización.
3. Compartir de forma concisa las principales recomendaciones que se recogen en el manual de estilo de nuestro servicio de salud.

Se creó un grupo de trabajo para revisar el manual de estilo y elaborar píldoras informativas con las ideas principales. Se diseñaron ventanas emergentes (pop-up) para todos los ordenadores del área sanitaria. El cronograma establecido fue el siguiente:

Durante tres días a la semana (lunes, miércoles y viernes), la primera semana del mes aparece, al acceder a la intranet colaborativa, una ventana emergente en cada PC. Esta ventana permanece abierta hasta que el usuario la cierra. Los contenidos del manual están divididos en cuatro capítulos. De cada uno de ellos se extrajo la información que se consideró más relevante para diseñar las píldoras, un total de 25.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El proyecto, vigente en la actualidad, alcanza los 5000 terminales del área sanitaria. Al completarlo pasaremos una encuesta para testar si la iniciativa ha sido una herramienta útil de mejora de la comunicación.

Cada vez más, la comunicación se significa como una herramienta estratégica para el proceso asistencial. En esta era de la comunicación por autonomía creemos fundamental fomentarla de todas las maneras posibles a nuestro alcance. El alcance cercano del mensaje propiciado por las pop-up capta la atención y facilita la adhesión a los objetivos de la iniciativa. Como consecuencia de la intrusión de las redes sociales en nuestro día a día, se busca captar la atención mediante un impacto por lo que condensar el mensaje con frases breves, claras y sencillas que faciliten la lectura es imprescindible. Al estar integrado en la intranet corporativa se percibe como parte natural de la misma y se reduce la saturación visual. La difusión limitada y que sea fácil de cerrar (incluye X visible) ayuda a reducir molestias.

EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) TRAS 23 AÑOS COMO LÍNEA ESTRATÉGICA: SOSTENER, TRANSFORMAR Y ENSEÑAR

 *Maria José Bueno Domínguez; Anton Benet Català; Misericordia Voltó Julve; Alba Franch Robert; Maria Angeles Esquirol Solé; Marta Serra Altes*

 *Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp*

Identificador: 872

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La SP ha sido una prioridad estratégica durante más de dos décadas en nuestra organización y aunque hemos avanzado mucho en este ámbito, se plantean nuevos desafíos y objetivos a desarrollar.

La SP debe seguir siendo para todos los profesionales, una prioridad activa, dinámica y transversal.

OBJETIVOS

Para ello, queremos proponer un nuevo enfoque actualizado y sostenible para la SP en la organización después de tenerla como línea estratégica durante 23 años.

METODOLOGIA

Desde el 2004, se han definido objetivos anuales de SP a implementar y se ha realizado seguimiento de ellos en la Comisión de SP. Desde el 2007, se da soporte estructurado a las Segundas Víctimas.

Desde el 2014, se introducen según calendario indicadores de SP en la plataforma del Departament.

En el 2022, se ha abierto la página web externa para pacientes y familiares, para vincularlos a la SP y puedan notificar eventos adversos.

En 2023, en la organización se diseñó y desarrollo un curso online de SP, implementado en la plataforma Moodle, con el objetivo de actualizar conocimientos, fortalecer competencias y renovar el compromiso de los equipos con la cultura de seguridad. Para finalizar el curso, debieron responder a la encuesta de SP, AHRQ en caso de hospital y MOSPS en atención primaria.

Puesta en marcha del PROSP como herramienta proactiva para reducir el riesgo.

En 2024 se han realizado sesiones de una hora de duración presenciales y on-line en los diferentes servicios del hospital.

Para el 2025, se ha definido como objetivo:

- Sesiones presenciales para otros perfiles profesionales: camilleros, administrativos y a profesionales de atención primaria.
- Se están desarrollando nuevos mapas de riesgo: UCI y hospitalización a domicilio.
- Nuevo análisis de la cultura de SP a profesionales.
- Grupo focal con pacientes sobre SP.

RESULTADOS

2023: 1130 profesionales: 851 H (AHRQ) 49,65% de plantilla, cultura de SP: 7,8/10 y 279 AP (MOSPS) 86,37%, cultura de SP 72,4 /100.

2024: han asistido 829 profesionales en un total de 33 sesiones y se ha recogido diferentes áreas de mejora.

2025: Marcada agenda para sesiones con profesionales: camilleros, administrativos y atención primaria. En curso recogida de datos de cultura de SP.

Reforzar motivación para incrementar notificaciones al SNI SP Cat: 2023 (174), 2024 (165) y 2025 (5 meses) (127).

CONCLUSIONES

El uso de entornos virtuales de aprendizaje como Moodle y las sesiones presenciales, ofrecen vías potentes de acercamiento para revitalizar la SP en nuestra organización.

Ya estamos planteando para 2026 nuevos objetivos de SP para la organización:

- Nuevos mapas de riesgos
 - Análisis de la cultura de SP en el resto de profesionales
 - Uso de Simulación en la enseñanza
 - Uso de Inteligencia artificial para aplicar a la SP
-

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN FORMATIVO EN HUMANIZACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MOTIVACIÓN Y BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES

😊 Mamen Nicolás Herrerías; Carmen Galindo Lalglesia; Sonia Ruiz Sanchez; Mercè Cabrera Ruiz; Ignasi Garrido Ribas; Neus Párraga Fernández

📄 Fundació Assistencial MútuaTerrassa

Identificador: 874

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Para transformar la cultura organizacional hacia una atención centrada en la persona, la formación en habilidades emocionales y comunicativas es clave. En 2022, en nuestro centro de salud, que cuenta con un hospital de 400 camas y 9 centros de atención primaria, implementó un programa formativo dentro de su Plan de Humanización. Esta iniciativa refuerza el compromiso institucional de cuidar a quienes cuidan, potenciando el valor humano en la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Promover el autoconocimiento del estilo comunicativo y su impacto en la relación profesional-paciente.

Desarrollar habilidades comunicativas y estrategias para gestionar emociones en la práctica clínica.

Potenciar la interacción interdisciplinaria para fortalecer la cohesión y trabajo en equipo

METODOLOGÍA

El programa, innovador en la entidad, por su diseño integrador y de carácter obligatorio, se planificó considerando aspectos que impactan en la atención, la interacción profesional-paciente y el bienestar emocional. En cada sesión participaron profesionales de todas las categorías, favoreciendo la diversidad y el aprendizaje compartido.

Componentes del programa:

Autoconocimiento del estilo comunicativo (AEC): identificación del propio estilo y del interlocutor para mejorar la comunicación empática.

Talleres habilidades comunicativas (THC): experiencias prácticas role-playing en grupos reducidos para entrenar situaciones reales.

Gestión emocional (GE): recursos para desarrollar empatía, autocontrol y asertividad, facilitando una gestión emocional saludable que mejore la calidad asistencial.

RESULTADOS

Se realizaron 58 formaciones (18 AEC, 32 THC y 8 GE) con 707 participantes: enfermería (23%), administrativos (19%), médicos (18%), TCAI (14%) y otros (26%). La satisfacción media fue de 3,76 sobre 4.

Los indicadores de experiencia paciente del Plan de Encuestas de Satisfacción, Percepción y Experiencia de Usuarios del Sistema de Salud de nuestra comunidad autónoma entre 2022 y 2024 presentaron los siguientes resultados:

Trato por parte del personal administrativo aumentó del 82,5% al 90,7%, del personal médico pasó del 90,9% al 93,5% y de enfermería se mantuvo estable en 95%.

La información recibida y explicaciones comprensibles aumentó de 86%-90%, al 92,7%, respectivamente.

El Net Promoter Score (NPS), herramienta internacional para medir la experiencia y fidelización del paciente, incrementó de 44,27% a 53,3%.

CONCLUSIONES

El programa ha impulsado un cambio cultural hacia la humanización, promoviendo el bienestar profesional, mejorando competencias clave y la comprensión mutua. Aunque no se realizaron evaluaciones cuantitativas específicas para medir el impacto en competencias comunicativas, los resultados indican avances en la percepción de pacientes y profesionales, consolidando la necesidad de extender el programa, con implementación progresiva que abarque a todos los profesionales de la entidad y seguimiento continuado para evaluar la consolidación de los cambios a medio-largo plazo.

IMPLANTACION DE UNA BUENA PRACTICA PARA EL USO SEGURO Y EXCEPCIOPNAL DE SUJECIONES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

 JUAN ANTONIO RUBIO GÓMEZ

 SUMMA 112

Identificador: 875

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso de sujeciones mecánicas en pacientes agitados en urgencias y emergencias extrahospitalarias representa una intervención de alto riesgo clínico, ético y legal, asociada a complicaciones físicas y psicológicas, así como a la posible vulneración de derechos fundamentales. La evidencia reciente desaconseja su uso indiscriminado y recomienda la valoración individualizada, la prescripción facultativa y la documentación rigurosa. Sin embargo, la presión asistencial y la urgencia pueden dificultar la adecuada aplicación de estas recomendaciones. Mejorar la adecuación de esta práctica es clave para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es evaluar y mejorar la adecuación en el uso de sujeciones mecánicas en un servicio de urgencias y emergencias extrahospitalarias, implantando una Práctica NO HACER y una Buena Práctica, mediante la metodología PDCA (Plan-Do-Check-Act). Se realizó una auditoría retrospectiva de historias clínicas con motivo de consulta “alteración del comportamiento”, analizando la adecuación según: existencia de indicación clínica clara, valoración individualizada, prescripción facultativa y registro de alternativas menos restrictivas intentadas. Tras la auditoría basal, se diseñó e implementó un programa de formación y difusión de prácticas seguras a los equipos asistenciales. Posteriormente, se realizó una auditoría prospectiva post-intervención, aplicando los mismos criterios. Los indicadores principales fueron: porcentaje de sujeciones adecuadas, frecuencia de documentación completa y reducción de sujeciones no indicadas. Se empleó análisis estadístico descriptivo y comparativo para valorar el impacto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el momento de la presentación, el análisis de los datos se encuentra en curso. Se espera que la implantación de las prácticas seguras incremente el porcentaje de sujeciones con indicación clínica justificada, valoración individualizada y registro de alternativas intentadas, así como una reducción del número de sujeciones no indicadas y de eventos adversos asociados. Los resultados definitivos se presentarán en el congreso.

La implantación de prácticas seguras y la auditoría sistemática, en el marco de un ciclo PDCA, tienen el potencial de mejorar la adecuación y la seguridad en el uso de sujeciones mecánicas en urgencias y emergencias extrahospitalarias. La formación continua, la revisión de la práctica clínica y el refuerzo de la cultura de seguridad son fundamentales para la sostenibilidad de la mejora y la protección de los derechos de los pacientes.

IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO DE MEJORA PARA OPTIMIZAR LA APLICACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS EN UN HOSPITAL

 LETICIA VEGA REQUENA; ARIANA LAFUENTE MIGUEL; SONIA LOPEZ GARCIA; CAROLINA PEREZ GARVIN; JAIME RODRIGUEZ SANCHEZ; ADRIANA SANTANA DORNALETECHE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 876

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Los Planes de Cuidados (PdC) son una parte fundamental de la Metodología Enfermera en la atención a los pacientes. Por ello se plantean estrategias que mejoren su inclusión en la Historia Clínica Electrónica (HCE) a partir de la constitución de un Grupo de Mejora.

OBJETIVOS

Actualizar el catálogo de PdC estandarizados de un hospital disponibles para la HCE.

Fomentar la inclusión de los PdC en la HCE de los pacientes atendidos en unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA

Identificación de enfermeras en Unidades de Hospitalización Médicas y Quirúrgicas, Materno-Infantil, Obstetricia y Salud Mental con las que se constituye un Grupo de Mejora.

Selección de los procesos principales por áreas, diseño de los PdC estandarizados relacionados e inclusión en la HCE.

Difusión de los PdC incluidos: sesiones en las unidades por los referentes, espacio específico en la Intranet del hospital.

Formación a los profesionales en Metodología Enfermera en la HCE, incluyendo la gestión de PdC: cursos de formación acreditados, píldoras y guías publicadas en la Intranet del hospital.

RESULTADOS

Catálogo con 99 planes de cuidados; Materno-Infantil 38; Hospitalización Médica 29; Hospitalización Quirúrgica 12; Salud Mental 11; Obstetricia 9.

Indicador global del hospital de pacientes con plan de cuidados durante el ingreso está lejos del objetivo planteado, aunque en tendencia ascendente. En las unidades en las que un profesional ha participado en el Grupo de Mejora, supera el 90%.

CONCLUSIONES

Se plantea la necesidad de analizar la baja aplicación de los PdC en las unidades que no han contado con un profesional en el Grupo de Mejora y desarrollar estrategias de mejora.

El desarrollo de estrategias de mejora con la participación de los profesionales a los que van dirigidas, facilita la implantación de las acciones correctoras.

La inclusión de indicadores de cuidados (Metodología Enfermera) supone una oportunidad de avance y desarrollo de la profesión, así como una mejora atención al paciente y sus personas significativas.

COMITÉ QUIRÚRGICO 360º: EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST PARA LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

 CAROLINA VEGAS PLAZA; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; PATRICIA FERNÁN PEREZ; NURIA GARCIA MONTES; EVELYN MORALES SANCHEZ; MARIA DE LOS ÁNGELES SANTIAGO PERALES

 HOSPITAL DE GETAFE

Identificador: 878

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Garantizar el acceso de los pacientes a tratamientos quirúrgicos prescritos, cumpliendo estándares de calidad, seguridad y plazos del servicio regional de salud, requiere una estrategia multimodal y multiprofesional. Este proceso involucra múltiples servicios, desde Admisión y equipos quirúrgicos hasta Radiología y mandos intermedios de enfermería del Bloque Quirúrgico (BQ). Con la llegada del nuevo equipo directivo, se inició una revisión exhaustiva del proceso y metodologías de planificación quirúrgica para incrementar la eficiencia del BQ, lo que llevó a la reestructuración del Comité Quirúrgico (CQx) y a la mejora de los canales de comunicación internos.

OBJETIVOS

Optimizar la gestión de la planificación quirúrgica de manera proactiva mediante la revisión y mejora de la metodología del Comité Quirúrgico.

METODOLOGÍA

El equipo directivo, junto con responsables del Bloque Quirúrgico (supervisora de enfermería, jefaturas, anestesia y equipos quirúrgicos), diseñó una nueva estrategia para el CQx, basada en buenas prácticas de organizaciones reconocidas. Se analizaron los datos de los últimos seis meses sobre suspensiones, rendimiento e indicadores de lista de espera quirúrgica, identificando factores clave que generan retrasos y suspensiones. Se elaboró un checklist como guía para las reuniones del CQx, abordando temas críticos como la definición de población diana y la comparación con otros hospitales del grupo. Además, se implementó un canal de comunicación ágil para mejorar la coordinación entre servicios.

RESULTADOS

El CQx se adelantó dos días respecto a la programación habitual, permitiendo más tiempo para resolver incidencias, iniciativa especialmente bien recibida en enfermería. Se actualizó el perfil de asistentes, garantizando la participación de Anestesia, equipos quirúrgicos, enfermería, servicios centrales y Admisión. Se implantó un checklist de 10 ítems para asegurar la programación semanal, incluyendo planificación, solicitud de recursos de radiología, confirmación de jornadas extraordinarias, valoración de camas y análisis retrospectivo para mejoras ágiles gracias al registro centralizado. El 62% de los participantes se mostró satisfecho o muy satisfecho con los nuevos contenidos. La comunicación migró a Microsoft Teams, mejorando accesibilidad, agilidad y disponibilidad documental; el 54,6% expresó alta satisfacción con este cambio. La encuesta reflejó una puntuación media de 3,36 sobre 5 en satisfacción global, y cerca del 80% consideró que los cambios mejoraron la efectividad del comité.

CONCLUSIONES

La creación de un grupo multiprofesional y la adaptación de buenas prácticas han sido clave para mejorar la eficiencia del proceso quirúrgico. La reorganización del CQx, junto con un sistema de seguimiento y un canal de comunicación ágil, ha favorecido el rendimiento del BQ, con una tendencia positiva en eficiencia y reducción de suspensiones no clínicas.

EL FACTOR HUMANO COMO ELEMENTO DE ÉXITO EN LOS RESULTADOS DE PROYECTOS INNOVADORES

 CAROLINA VEGAS PLAZA; PILAR DE LA CAL ARAUZO; PATRICIA FERNÁN PEREZ; MARIA CONCEPCIÓN GARCIA ESCUDERO; MARIA DOLORES CALLES GATO; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ

 HOSPITAL DE GETAFE

Identificador: 879

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Nuestro hospital cuenta con un modelo de gestión de recursos humanos orientado a la gestión por competencias, lo que permite una visión integral y alineada con los objetivos estratégicos, facilitando la mejora continua en la gestión del talento. Modelos como EFQM e ISO 9001 avalan este enfoque, donde la herramienta de perfil de competencias integra necesidades formativas y evaluación del desempeño. La reciente incorporación del nuevo Equipo Directivo ha impulsado proyectos innovadores, destacando la creación de una consulta enfermera para valoración preanestésica ante la escasez de anestelistas. Dada la envergadura e impacto de esta iniciativa, se diseñó e implantó un proceso específico de selección y gestión del talento para este nuevo rol profesional.

OBJETIVOS

Diseñar el perfil competencial de la enfermera responsable de la valoración preanestésica en intervenciones de baja complejidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica y del marco legal vigente sobre competencias profesionales, junto al análisis del catálogo de gestión por competencias de los servicios centrales de la comunidad de Madrid. Se constituyó un grupo multiprofesional que trabajó combinando reuniones presenciales para la toma de decisiones clave y trabajo colaborativo virtual (correo electrónico y plataformas digitales) para la elaboración documental. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales con funciones similares para identificar competencias clave. El perfil se elaboró según el catálogo regional, la norma UNE-EN ISO 9001:2015 y la legislación vigente, incorporando requisitos que faciliten su uso como herramienta de selección y gestión de talento.

RESULTADOS

Elaboración del perfil de competencias para profesionales de Enfermería para la consulta enfermera para la valoración preanestésica, constituido por:

- Identificación inequívoca de dependencia jerárquica y funcional.
- Objetivos a cumplir en el puesto, basado en la misión, visión y valores.
- Descripción de las funciones, tareas y responsabilidades a ejercer dentro del puesto de trabajo.
- Habilidades técnicas del puesto.
- Enumeración y detalle de competencias alineadas con el catálogo regional: liderazgo, compromiso, integridad, respeto, humanización, flexibilidad, planificación, organización, autocontrol, resistencia al estrés, iniciativa, creatividad e innovación, entre otras.
- Requisitos específicos para el puesto, que pueden ser del índole obligatorio o recomendado.

CONCLUSIONES

Las organizaciones innovadoras se caracterizan por una alta valoración del saber y del conocimiento. La asociación entre el conocimiento y puestos de trabajo ofrece la posibilidad de planificar en función de las competencias. De esta manera se logra la cobertura de una forma más idónea de los déficits formativos, logrando mayor adecuación entre la persona y el puesto que ocupa, y permitiendo la evaluación del desempeño y asignación de productividad variable, mejorando el servicio, implicación y satisfacción de usuarios y profesionales.

EL CRIBADO NUTRICIONAL EN LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD. ESTUDIO PILOTO

 Julia Álvarez Hernández; Rosana Ashbaugh Ashbaugh Enguidanos; Elena Martínez Pérez; Luz Pajares Díaz; Marta Macías Maroto

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Identificador: 880

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La evidencia científica demuestra que la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) es un problema grave de seguridad para el paciente debido a sus consecuencias clínicas (aumento de la morbilidad, prolonga estancias hospitalarias, deteriora la calidad de vida). La identificación precoz de pacientes en riesgo nutricional es fundamental y representa el primer paso para mejorar la calidad asistencial en el abordaje integral de la DRE.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos. Implantar un procedimiento de cribado nutricional (CN) en un hospital de segundo nivel y conocer el grado de satisfacción del personal de enfermería de las unidades asistenciales con esta medida.

Métodos. Se diseñó un proyecto piloto prospectivo en cinco fases secuenciales. 1ª Elaboración de un protocolo específico de CN, adaptado a las características del centro y basado en la mejor evidencia disponible. 2ª Digitalización del procedimiento. 3ª Formación específica a los profesionales de enfermería y otros implicados. 4ª Implementación práctica del protocolo en dos unidades de hospitalización y análisis de los resultados obtenidos durante un año. 5ª Evaluación de la satisfacción de los profesionales mediante encuesta estructurada, identificando barreras y facilitadores del proceso.

RESULTADOS.

- 1ª fase, la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD) y los equipos de enfermería elaboraron un protocolo que seleccionó el NRS (Nutritional Risk Screening) 2002 como método de CN, definiendo responsables y acciones desde la hospitalización hasta la valoración nutricional (VN).
- 2ª fase, se integró el NRS 2002 en la aplicación Dietool para facilitar el registro y seguimiento.
- 3ª fase, se realizaron cuatro sesiones formativas iniciales y dos de refuerzo a los tres meses, dirigidas a los profesionales de dos unidades (4B-Oncología y Hematología / 3C-Cardiología y Neumología).
- En la 4ª fase se analizaron 1339 pacientes; el 20% tuvo CN positivo (101 mujeres y 176 hombres). La UNCyD realizó la VN de todos los positivos, identificando un 19,8% de falsos positivos. El cumplimiento del protocolo fue del 93% en la unidad 4B y del 51,8% en la 3C.
- En la quinta fase, una encuesta a 32 profesionales mostró que la mayoría dedicó entre 5 y 10 minutos al NRS 2002; un 25% señaló dificultades por desconocimiento y un 60% lo percibió como sobrecarga asistencial. Sin embargo, el 93% consideró que el estado nutricional influye directamente en la evolución del paciente y todos coincidieron en la necesidad de extender esta práctica a todas las unidades.

CONCLUSIONES

El cribado nutricional con NRS 2002 es factible y eficaz con la implicación de los equipos de enfermería. Permite identificar precozmente a pacientes en riesgo de DRE o desnutrición, optimizando su tratamiento. El éxito requiere sensibilización y formación continuada de los profesionales, elementos imprescindibles para consolidar esta práctica y mejorar la calidad asistencial.

GESTIÓN DE CALIDAD EN CIRUGÍA COLORRECTAL: USO DE MARCADORES NUTRICIONALES PARA OPTIMIZAR PROCESOS EN PREHABILITACIÓN.

 Julia Álvarez Hernández ⁽¹⁾; Paula Elena Matei rotariu ⁽²⁾; Fernando Vidal Ostos de Lara ⁽¹⁾; Lourdes Moneva Vicente ⁽¹⁾; Maria Jesus Rodriguez Troyano ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ⁽²⁾ Departamento de Medicina y Especialidades Medicas (en formacion)

Identificador: 881

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La vía RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) contempla en la prehabilitación preoperatoria (PHP) de pacientes con cáncer colo – rectal (CCR) la evaluación del estado nutricional. Una adecuada gestión de la calidad exige optimizar los procesos asistenciales en aras de la eficiencia y la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de sarcopenia (SP) y Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) en la consulta PHP de CCR. Evaluar su impacto en las complicaciones postoperatorias. Identificar los elementos de valor para optimizar el proceso.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de cohorte observacional retrospectivo de los primeros 55 pacientes con CCR, evaluados en la consulta de PHP. Se analizaron datos clínicos (comorbilidades, historia dietética, %pérdida de peso, circunferencia pantorrilla (CP), complicaciones posquirúrgicas), duración de la estancia hospitalaria (EH) y mortalidad de los pacientes. Se aplicaron los criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) para el diagnóstico de DRE y los criterios GLIS (Global Leadership Initiative in Sarcopenia) para el de SP, considerando para el cribado el cuestionario SARC-F, los valores de Dinamometría ajustados a edad y género y utilizando la imagen de TAC (Tomografía Axial Computarizada) en L3 con el software FocusedON para determinar la masa y calidad muscular. Mediante bioimpedancia se midió el Angulo de Fase (AF). Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Python v3.11. El protocolo fue aprobado por el CEIm del centro.

RESULTADOS

Se analizaron los primeros 55 pacientes que acudieron a la consulta de PHP en CCR. El 36,3% de los pacientes presentaban DRE moderada, 16,4% DRE grave. Seis paciente (11%) presentaban SF. El 69% de los pacientes presentaban baja masa muscular medida por CP y un 42% medida por TAC. Un 23,6% presentaban dinapenia. El 74,5% mostraban datos de mala calidad muscular en el TAC. El AF fue $\leq 5^\circ$ en el 74,5% de los pacientes. No encontramos asociaciones estadísticas significativas entre sarcopenia y complicaciones. Se evidenció una asociación entre pérdida de peso $\geq 5\%$ y mortalidad ($p=0,0033$) y valores bajos de CP y EH más prolongadas ($p=0,037$). Los pacientes que reingresan presentan un AF $\beta = -0,416$ ($p=0,034$) ajustado por edad y sexo.

CONCLUSIONES

La prevalencia de SP en la consulta de PHP de CCR fue del 11% similar a otros estudios publicados en la literatura. Cerca de la mitad de los pacientes presentaban DRE, predominando el grado moderado. El AF y la CP, así como la pérdida de peso de $\geq 5\%$, se identifican como elementos de alto valor en el proceso de atención de estos pacientes por ser marcadores pronósticos, al asociarse con EH más prolongadas, reingresos y mortalidad. La implementación de estos elementos en la práctica clínica representa una oportunidad clara para optimizar los protocolos de atención lo que contribuye a una gestión más eficiente y segura del proceso asistencial.

MEJORA CONTINUA EN ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: DIETA FÁCIL DEGLUCIÓN SEGÚN IDDSI PARA PACIENTES CON DISFAGIA.

 *Julia Álvarez Hernández; Julian Teodosio Fernandez Macias; Luisa Maria Andrés Estaban; Rosana Ashbaugh Enguidanos; Isabel Arrabé Yuste*

 *Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

Identificador: 882

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La Disfagia Orofaringea (DOF) es un síntoma muy prevalente. Su manejo condiciona la seguridad y la calidad asistencial. Integrar los descriptores propuestos por la Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI) es un reto asistencial para la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD) y la Cocina Hospitalaria (CH).

OBJETIVOS

Facilitar una alimentación adaptada con una dieta de fácil deglución (DFD) que atienda a las recomendaciones nutricionales cuali-cuantitativas de los pacientes con DOF e integre los descriptores de la IDDSI, abandonando la monotonía de los triturados como acción de mejora continua de la calidad en la alimentación hospitalaria.

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo de trabajo (GT) con profesionales de la UNCyD (médico, enfermeras y dietistas) y de CH (cocinero y pinches). Se utilizó el ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Action) como método de mejora continua de la calidad para optimizar la alimentación de los pacientes con Disfagia Orofaringea que ingresan en nuestro centro.

RESULTADOS

El GT analizó las causas y consecuencias de la mala aceptación de la alimentación habitual de los pacientes con DOF. Un 9,29% de los pacientes tomaban una dieta triturada monótona prescrita por DOF, independiente del tipo y grado de severidad. Se analizó la viabilidad de la aplicación de los descriptores de la IDDSI diseñando una DFG atendiendo a las consideraciones técnicas de modificaciones de texturas y viscosidad de los alimentos. Se seleccionaron platos ofertados por el equipo de cocina y se planificaron los menús, considerando estratégicamente la base de alimentos que cada día conforman la organización del código de dietas. La elaboración de los platos precisó de un tiempo adicional de trabajo por parte del equipo de cocina, hasta conseguir las texturas adaptadas a los requerimientos del planteamiento de la dieta que se había hecho desde la UNCyD. Se realizaron catas para comprobar las cualidades organolépticas, así como de textura y viscosidad de cada plato. Definidos los menús, fueron incluidos en el código de dietas mecanizándose su composición en la base de datos de la aplicación informática para la gestión de dietas utilizada por la UNCyD, la CH y las unidades de hospitalización (UH). Posteriormente, se definieron las normas de prescripción de esta dieta y se comunicó a las UH. Durante un semestre se evaluaron 23.532 servicios de comidas a pacientes con DOF. De estos, 1383 fueron DFD lo que permitió evitar comer triturado siempre haciendo posible variar su alimentación de una manera segura y eficaz. Para el 98% de los pacientes el grado de satisfacción fue muy elevado.

CONCLUSIONES

El diseño de una dieta de fácil deglución que integre los descriptores de la IDDSI en paciente con DOF y permita mejorar la calidad percibida de estos pacientes es viable con la implicación de los profesionales de las UNCyD y CH.

IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRÁCTICA NO HACER SOBRE BUTILESCOPOLAMINA EN CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS

 AMPARO RAMOS RODRIGUEZ; Juan Antonio Rubio Gómez; Isabel Rico Pesquera

 SUMMA 112

Identificador: 883

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso de butilescopolamina como tratamiento del cólico nefrítico ha sido tradicionalmente frecuente en urgencias extrahospitalarias. Sin embargo, la evidencia científica actual y las principales guías clínicas desaconsejan su utilización, ya que no aporta beneficio analgésico relevante frente a AINEs u opiáceos, puede dificultar la expulsión del cálculo y se asocia a efectos adversos significativos. Por ello, desde la Comisión de Farmacia y Terapéutica y la Comisión de Seguridad Clínica del servicio de urgencias se estableció una práctica NO HACER: no utilizar butilescopolamina sistemáticamente en el tratamiento del cólico nefrítico, ni como tratamiento único ni asociado a otros fármacos.

OBJETIVOS

El objetivo del proyecto fue reducir el uso inadecuado de butilescopolamina en el cólico nefrítico, promoviendo la adecuación terapéutica y la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Se aplicó un ciclo PDCA:

Plan: Revisión de la evidencia, elaboración y difusión de la recomendación NO HACER, y presentación en jornadas de calidad.

Do: Comunicación formal de la recomendación a los equipos asistenciales y actualización de protocolos.

Check: Auditoría retrospectiva de historias clínicas y análisis del uso de butilescopolamina en episodios de cólico nefrítico durante dos periodos (previo y posterior a la intervención), con seguimiento mediante recordatorio institucional periódicamente.

Act: Retroalimentación a los equipos, refuerzo de la formación y actualización de la práctica según los resultados obtenidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis de las historias clínicas mostró una reducción significativa en la prescripción de butilescopolamina tras la implantación de la práctica NO HACER. En el periodo previo, la tasa de uso era del 23,5%, descendiendo al 7,1% tras la intervención. El cumplimiento de la recomendación fue superior al 90% en el último registro auditado. No se observaron complicaciones graves asociadas ni impacto negativo en el control del dolor, manteniéndose la eficacia terapéutica con AINEs y opiáceos como tratamiento de elección. La intervención fue bien aceptada por los equipos, que valoraron positivamente la claridad de la recomendación y la actualización basada en evidencia.

La implantación de una práctica NO HACER sobre el uso de butilescopolamina en el cólico nefrítico, apoyada en formación, auditoría y mejora continua, ha permitido reducir la utilización inadecuada de este fármaco y mejorar la adecuación terapéutica en urgencias extrahospitalarias. El enfoque PDCA facilita la sostenibilidad y la replicabilidad de la intervención, contribuyendo a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial.

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAS: UNA VÍA PARA LA CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ENTORNO SANITARIO

 CAROLINA VEGAS PLAZA; SONIA SORIA DOMINGO; DAVID PLATERO GARCIA-VELASCO; MAR BLAS ARIAS; MARIA CONCEPCION GARCIA ESCUDERO; PATRICIA FERNÁN PÉREZ

 HOSPITAL DE GETAFE

Identificador: 885

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

Con la incorporación del nuevo equipo directivo, se llevó a cabo un exhaustivo análisis de los procesos clave de la organización, destacando la gestión de personas como un área prioritaria. En el ámbito de Enfermería, se detectó un exceso de jornada realizada por los profesionales, superando las previsiones de planificación. Esta situación repercutía negativamente tanto en la satisfacción del personal como en la capacidad de los mandos intermedios para gestionar y planificar los recursos necesarios que garanticen una asistencia sanitaria de calidad.

OBJETIVOS

Desarrollar y desplegar un plan integral de gestión de recursos humanos (RRHH), en el área de Enfermería, orientado a optimizar la planificación, mejorar la satisfacción profesional y reforzar la eficiencia organizativa.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis exhaustivo de las fuentes de información relativas a la devolución de horas de trabajo y la gestión de turnos. Se constituyó un grupo de trabajo específico en el área de Enfermería para definir la estrategia y configurar el plan de gestión de RRHH. Las medidas propuestas fueron validadas y consensuadas con el equipo directivo y el área de Recursos Humanos. Posteriormente, se implementaron las acciones mediante un despliegue en cascada a través de los mandos intermedios, utilizando reuniones presenciales y diferentes métodos de acompañamiento y seguimiento.

RESULTADOS

Se diseñó e implantó un plan de gestión de RRHH en Enfermería, articulado en tres líneas estratégicas:

1. Reforzar la confianza de los profesionales en el equipo directivo de Enfermería.
2. Potenciar la competencia y el desempeño de los profesionales.
3. Profesionalizar la gestión de personas en el ámbito enfermero.

Entre los principales logros destacan la planificación y publicación trimestral de plantillas en el 100% de las unidades, lo que ha facilitado la conciliación familiar y la gestión eficiente del tiempo. El 100% de las plantillas ha regularizado la deuda de horas mediante medidas extraordinarias. Según el feedback de los mandos intermedios, se observa una mayor colaboración de los profesionales en la cobertura de incidencias y un incremento en la satisfacción de los propios mandos. Actualmente, el plan está ejecutado en un 75%, con una excelente acogida entre los profesionales.

CONCLUSIONES

La gestión integral y humanizada de los recursos humanos favorece el compromiso organizacional y mejora el clima laboral. Una adecuada planificación que facilite la conciliación personal y familiar incrementa la colaboración y satisfacción de los profesionales, contribuyendo a una organización más saludable y eficiente. Las primeras valoraciones confirman la importancia de cuidar y liderar a los equipos desde una perspectiva humanista para alcanzar la excelencia asistencial.

UNA SOCIEDAD PARA PROPAGAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

 VICENTE HERRANZ GONZALEZ ⁽¹⁾; SUSANA CAÑIBANO DIEZ ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ JUBILADO; ⁽²⁾ HOSPITAL MONTE NARANCO

Identificador: 886

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Cuando se decidió crear la Sociedad hace casi 25 años, en sus estatutos se reflejaba: “especial énfasis en la difusión de la cultura de la Calidad Total”, es decir extender la calidad asistencial por todo el ámbito de nuestra autonomía.

Analizaremos cómo lo hemos llevado a cabo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la difusión de los principios y herramientas de la Calidad Asistencial en nuestro Servicio de Salud.

El Mapa sanitario en nuestra Comunidad autónoma consta de 8 Áreas Sanitarias en cada una de las cuales existe un Hospital de referencia. Las Áreas Sanitarias tienen una estructura muy dispar tanto desde el punto de vista poblacional como geográfico. En su momento algunas se dotaron de Hospital por la distancia que existía al Centro hospitalario más cercano, cosa que hoy en día la mejora de las comunicaciones ha solucionado, si bien se mantienen para dar cobertura a la población.

Para cumplir con el objetivo que marca nuestros Estatutos se decidió realizar actividades de forma rotatoria por los distintos hospitales cabecera de Área Sanitaria.

En esta comunicación vamos a describir las actividades realizadas durante estos últimos 25 años, temas tratados, número de inscripciones y número de comunicaciones.

RESULTADOS

Actividades por Área:

Área I: Dos Congresos.

Área II: Un Congreso.

Área III. Tres Congresos.

Área IV: Cuatro Congresos mas uno nacional.

Área V: Dos Congresos mas uno nacional.

Área. VI: Dos Congresos.

Área VII: Tres Congresos.

Área VIII: Tres Congresos.

Se realizó un Congreso y unas Jornadas en formato virtual coincidiendo con la Pandemia.

Todos los Congresos fueron precedidos de un Taller la víspera.

Prevía a la creación de la Sociedad se habían llevado a cabo tres Jornadas con los mismos objetivos.

El total de inscritos a lo largo de este tiempo fue de 2584 personas y se presentaron 1427 comunicaciones.

La temática tratada ha sido muy variada y se observa como se fue adaptando a las diversas tendencias y novedades, a modo de ejemplo y de mas antiguo a mas moderno:

Cuadro de Mando Integral.

Introducción a la Gestión por Procesos.

La seguridad en los cuidados a los pacientes hospitalizados.

Herramientas para la Seguridad de Pacientes en Atención Primaria.

Introducción a herramientas web 2.0 y a la web Social en Salud.

Metodología LEAN en Sanidad.

¿Qué hacemos con los datos?. Respuesta desde la Inteligencia Artificial.

El e-profesional y las RRSS.

La transformación de los Sistemas Sanitarios en tiempos de crisis.

Calidad en Gestión de la Innovación.

CONCLUSIONES

La difusión de la Calidad está obteniendo buenos resultados y tenemos una alta cifra de socios teniendo en cuenta la población de nuestra CCAA. Año tras año venimos observando la mejora de las comunicaciones presentadas en las que cada vez se hace más referencia al Ciclo de Deming. Los trabajos proceden fundamentalmente del área donde se lleva a cabo el Congreso, aunque cada vez hay más procedentes de otras áreas.

Los resultados de las encuestas de satisfacción de los Congresos y talleres nos animan a seguir por ese camino.

IMPACTO DE LAS MEJORAS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE MAMA

 MARIA ELENA PÉREZ LÓPEZ ⁽¹⁾; ELENA BARTOLOMÉ BENITO ⁽²⁾; VANESSA GARCÍA CARBALLAL ⁽¹⁾; M^a ÁNGELES CARBALLO CARRILLO ⁽³⁾; AURELIA ÁLVAREZ SUAREZ ⁽³⁾; CONCEPCIÓN DE LAS HERAS BAUTISTA ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Oficina Regional de Coordinación Oncológica (ORCO). Dirección General Asistencial. Servicio Madrileño de Salud.; ⁽²⁾ Oficina Regional de Cribados Oncológicos (ORCO). Dirección General Asistencial. Servicio Madrileño de Salud.; ⁽³⁾ Oficina Regional de Coordinación Oncológica (ORCO). Dirección General Asistencial. Servicio Madrileño de Salud

Identificador: 889

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En la CM se considera el cáncer de mama el tumor más frecuente en mujeres con un porcentaje de un 29,6% con respecto al resto de tumores. Programas de cribado como DEPRECAM, han sido y son una de las estrategias más efectivas para la detección precoz y para la reducción de la mortalidad debida esta enfermedad.

OBJETIVOS

General: : determinar los factores que ha condicionado la reactivación del Programa DEPRECAM en la población diana de mujeres de 50-69 años de la CM desde los años 2016 al 2024

Específico: Analizar los factores exógenos y endógenos asociados

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo desde el año 2016-2024.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La tecnología es el pilar fundamental de esta transformación. Se ha llevado a cabo una redefinición y automatización de la invitación y citación en función de la participación en el programa (nueva entrada, sucesivos o recuerdos), una automatización del aplicativo soporte de DEPRECAM mediante la resolución automática de avisos, generación de cita automática en el momento de solicitarla y una integración de un nuevo Visor de Imágenes que permite reducir el tiempo de emisión del informe y una cita automática al finalizarlo. La Autocitación vía APP/WEB ha supuesto un incremento en la autogestión de la cita por parte de las mujeres elevando el número de huecos disponibles en las agendas en un 50 %. El incremento en la difusión del programa mediante colaboración con AECC y con la EMS y la realización de jornadas en los CEP ha aumentado la participación y fidelización. En la Ronda 13 (2023/2024) se ha contactado con el 100 % de la población diana. De las mujeres invitadas o citadas, un 51 % (391.984) han participado. La tasa de adhesión (mujeres que acuden de forma reiterada excluyendo las de nueva entrada) es del 79%. Un 0,2 % han tenido resultados BI-RADS 3 y se han detectado un 0,82 % de casos de BI-RADS 4-5 (1.685 mujeres con sospecha de malignidad). En la actualidad se alcanzan cifras record de pruebas de realizadas con respecto al año 1999, gracias a la disponibilidad de agendas necesarias para atender una población diana en aumento. La internalización en 2023 supuso un reto para el Programa. El descenso en el número de cribados en 2024 fue menor al esperado gracias al incremento en el número de huecos por agenda, llegando estos a cifras de 1.000 huecos mensuales en algunos hospitales, al igual que la apertura de días de agenda en fines de semana alcanzando 6 días semanales en el 10 % de los hospitales. La apertura del Programa en los CEP ha permitido también incrementar el número de agendas y acercar el Programa a las usuarias. La creación de un Grupo de Expertos en Detección Precoz de Cáncer de mama, con reuniones mensuales ha permitido definir mejoras en el Programa, puesta en marcha de proyectos y estudios científicos que en la actualidad se están llevando a cabo. Los cribados son algo vivo y las mejoras introducidas fomentando la accesibilidad a las ciudadanas ha tenido un incremento en la participación buscada.

Los gestores de cuidados han acogida la herramienta como una ayuda a la toma de decisiones ágil y accesible.

CONSTRUYENDO LA SOCIEDAD DEL FUTURO, SEMBRANDO EN EL PRESENTE

 Patricia Fernán Perez; FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA; Sonia Soria Domingo; Amaia Herrero Vázquez; M Concepción García Escudero; Zita Quintela González

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 892

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Nuestro Hospital acreditado según el Modelo EFQM sugiere como áreas de mejora establecer alianzas estratégicas con organizaciones y empresas que contenidas en el ecosistema de nuestra organización.

Fruto de esta búsqueda, y en base a experiencias anteriores, se establece una alianza estratégica de colaboración con un instituto de educación secundaria cercano al hospital.

Tras una reunión mantenida con la directiva del centro y con la colaboración del centro de transfusiones regional, se establece que dentro de la educación en valores y como contribución a la mejora de la sociedad, se diseña una serie de actividades solidarias para realizar con los alumnos en el Hospital.

OBJETIVOS

Describir la iniciativa corresponsable entre una organización sanitaria y una institución de educación sanitaria.

METODOLOGIA

Constitución de grupo de trabajo entre el área de enfermería, y comunicación del Hospital, con el equipo directivo de la Institución educativa, junto con la coordinadora del centro de transfusión regional.

Diseño y selección de la metodología a emplear para el fomento de la educación en valores,

Consenso de actividades conjuntas a realizar por los alumnos del instituto de educación en las dependencias del hospital.

RESULTADOS

Se opta por la metodología innovadora de Aprendizaje Servicio (ApS), ya que según la búsqueda bibliográfica es la más idónea, se presenta como herramienta excepcional para acometer este tipo de actividades.

En esta metodología el alumnado pasa a ser protagonista de su formación. Partiendo de una necesidad sentida en su entorno, adquieren conocimientos (aprendizaje) para poner en marcha acciones que repercutan de manera positiva sobre ella (servicio).

Esta metodología se emplea en la actividad principal: donación de sangre. Desde la aplicación de dicha metodología se ha incrementado exponencialmente el número de donaciones, además de que en las entrevistas estructuradas a los alumnos, manifiestan que “se siente mejor persona”, “útil para la sociedad”.

Además de la actividad para el fomento de la donación, se les ha integrado en diferentes actividades colaborativas culturales como: celebración del Día Mundial de la poesía o del Libro, concurso de pintura rápida, y otras de índole de formación como agente de salud, formación en primeros auxilios y maniobras de RCP.

CONCLUSIONES

Las alianzas corresponsables para contribuir a la mejora de la sociedad a través del diseño de acciones basadas en la metodología ApS proporciona un amplio impacto formativo y transformador porque incide directamente en todos los actores del proyecto: alumnos, profesores, profesionales sanitarios y beneficiarios del servicio.

Dicha estrategia ha tenido tal éxito, que se tiene proyectado para el próximo incluir más actividades de educación para la salud como los vaper

IMPLANTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS MEDIANTE LA ESCALA MODIFICADA DE DOWNTOWN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

😊 Arturo Martínez Zúñiga ⁽¹⁾; Kevin Jair Torres Gomez ⁽²⁾; Felipe Couñago Lorenzo ⁽¹⁾; Gloria Campillo Garcia ⁽¹⁾; Laura - Díaz ⁽¹⁾; Víctor Alonso Sanchez ⁽¹⁾

🏢 ⁽¹⁾ Genesiscare; ⁽²⁾ Servicios de Salud de Nuevo León O.P.D.

Identificador: 893

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La implantación de una evaluación sistemática del riesgo de caídas mediante la escala modificada de Downtown en pacientes oncológicos ambulatorios surge como una iniciativa orientada a mejorar la seguridad del paciente en un colectivo especialmente vulnerable. Los pacientes oncológicos atendidos de forma ambulatoria presentan un riesgo elevado de caídas debido a la concurrencia de comorbilidades y a la polifarmacia derivada de su tratamiento. A estos factores se suman los efectos secundarios de las terapias oncológicas, tales como neuropatías periféricas, fatiga, alteraciones del equilibrio e hipotensión ortostática, que aumentan la probabilidad de caídas con potencial para causar lesiones graves y deterioro de la calidad de vida. La prevención de caídas se reconoce como un indicador clave de calidad asistencial, por lo que abordar este problema refuerza la cultura de seguridad del paciente y reduce costes asociados a eventos adversos.

OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto fue implementar y evaluar un protocolo de valoración del riesgo de caídas en pacientes oncológicos ambulatorios empleando la escala modificada de Downtown. Los objetivos específicos incluyeron determinar la prevalencia de pacientes en riesgo según la escala, comparar la proporción de caídas entre niveles de riesgo y entre tipos de tratamiento, e identificar predictores independientes de caídas mediante análisis multivariable.

METODOLOGÍA

El estudio se estructuró mediante un ciclo de mejora continua PDCA: en la etapa de Planificar se diseñó el protocolo de cribado y registro de caídas; en Hacer se aplicó la escala de Downtown a pacientes oncológicos en consulta ambulatoria y se recogieron sus puntuaciones junto con ocurrencias de caídas; en Verificar se ejecutó el análisis descriptivo de las variables, pruebas de chi-cuadrado / test exacto de Fisher para comparar proporciones según nivel de riesgo y modalidad terapéutica, y una regresión logística multivariable para identificar factores predictivos independientes, calculando además el odds ratio; finalmente, en Actuar se definirán acciones de mejora basadas en los hallazgos preliminares.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados preliminares, actualmente en proceso de interpretación, permitirán establecer la prevalencia de riesgo de caída en la muestra de pacientes oncológicos ambulatorios y la diferencia en incidencia de eventos adversos entre grupos de riesgo y modalidades de tratamiento. Este proyecto contribuye a fortalecer la cultura de seguridad en el ámbito oncológico ambulatorio al proporcionar un método estructurado para la detección precoz de pacientes con alto riesgo de caída. Los hallazgos esperados permitirán diseñar intervenciones preventivas dirigidas, optimizar recursos clínicos y reducir la incidencia de eventos adversos asociados a las caídas. De esta manera, la implementación de la escala modificada de Downtown consolida una estrategia de gestión de calidad asistencial que mejora tanto los resultados clínicos como la experiencia del paciente.

PROYECTO “MANOS SUCIAS ZERO”

 *Carlos Ojeda Sánchez; Juan Gabriel Cuadrado Clemente; Enrique Sanz Olea; Maria Jesús Peña Alonso; Pilar Segura Cebolla-da; Ana Isabel López Figueras*

 *HCD “Gómez Ulla”*

Identificador: 895

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad hospitalaria. La higiene de manos es la medida más eficaz y costo-efectiva para reducir su incidencia. No obstante, el cumplimiento por parte del personal sanitario sigue siendo subóptimo, especialmente fuera de unidades críticas. El proyecto “Manos Sucias Zero”, desarrollado en un centro hospitalario de ámbito nacional, busca mejorar la adherencia a la higiene de manos mediante un bundle estructurado de medidas adaptadas al entorno hospitalario convencional, promoviendo una cultura de seguridad basada en evidencia.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una intervención multifactorial sobre el cumplimiento de la higiene de manos y la tasa de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), en unidades de hospitalización convencional de un centro hospitalario de ámbito nacional.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio cuasi-experimental antes-después, sin grupo control, comparando dos periodos: preintervención (abril 2024–mayo 2025) y postintervención (septiembre 2025–junio 2026). La intervención incluye formación al personal sanitario abarcando todos los turnos laborales y cartelería para el empoderamiento del paciente en su seguridad. El bundle incorpora: los 5 momentos de higiene de manos (OMS), uso racional de guantes, lavado con clorhexidina en casos específicos, cuidado de manos y uñas, y eliminación de adornos. El seguimiento se realizará mediante observación directa en rondas sistemáticas, revisión de historias clínicas y consumo de insumos. Las variables que se van a medir son: tasa de IRAS, cumplimiento en higiene de manos y el consumo de solución hidroalcohólica y de guantes. El análisis estadístico incluirá una descripción de dichas variables pre y post intervención en el cual se emplearan las técnicas estadísticas adecuadas y con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se prevé un aumento del cumplimiento en higiene de manos para alcanzar niveles superiores al 40% (actualmente es del 23%), [CO1] mejorando el uso tanto de adecuado de solución hidroalcohólica como de guantes y una reducción significativa de las IRAS las cuales estimamos en unas 6,7 infecciones/1000 estancias-día . [CO2] La observación abarcará al menos 250 oportunidades por unidad de hospitalización.

CONCLUSIONES

“Manos Sucias Zero” aborda un problema crítico de salud pública con una intervención estructurada y contextualizada. Su diseño permite evaluar el impacto real sobre la seguridad del paciente y la calidad asistencial. La participación activa de profesionales y pacientes, junto con el enfoque sostenible basado en formadores internos, puede facilitar su escalabilidad y replicabilidad. Se espera que este modelo contribuya a la reducción de IRAS en unidades convencionales, fortaleciendo la cultura institucional de seguridad.

PERCEPCIONES QUE IMPULSAN MEJORAS

 **MARISA FORÉS PALACIOS; JAUME MAGRE AGUILAR; ANA CASTELLS MONTES; DAVID SABATÉ LISSNER; MARTA FRIGOLA DOMÈNECH; MIQUEL VILLALBÍ CABRÉ**

 **CAP HORTS DE MIRÓ**

Identificador: 896

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El bienestar de los profesionales de la salud está intrínsecamente ligado a la seguridad del paciente, facilitar espacios de participación y conocer su opinión es una prioridad organizativa.

Cuando los trabajadores están bien, tanto física como emocionalmente, se ven favorecidas las condiciones para brindar una atención más segura y de calidad.

Utilizando encuestas (ENCUESTA APROP) para conocer su percepción en relación con algunos elementos que influyen en su bienestar, nos ayudará, si fuera necesario, a implementar acciones de mejora.

OBJETIVOS

Favorecer el bienestar de los profesionales de un equipo de Atención Primaria, desarrollando un proyecto de mejora que resulte de una reflexión estratégica a partir de los resultados de la encuesta APROP.

METODOLOGÍA

El proceso incluye:

Encuesta (QVP-35) a los profesionales y retorno
Identificación y priorización de retos a partir de los resultados de la encuesta
Validación con el equipo
Elaboración ficha proyecto
Creación del grupo de Trabajo
Implementación del proyecto
Resultados

RESULTADOS

Según la encuesta, los puntos fuertes fueron: relación con el paciente, relación con mi grupo profesional, proximidad de la dirección, relación con la comunidad, aprendizaje continuo, organización y circuitos internos.

Los puntos a mejorar fueron: trabajo en equipo, compañerismo, cohesión del equipo, relaciones entre grupos profesionales, bienestar de los profesionales y comunicación entre grupos profesionales.

Mediante reuniones organizativas con el equipo, se priorizaron los problemas según su impacto en la satisfacción laboral y la viabilidad de implementación y se decidió realizar el proyecto sobre la comunicación entre grupos profesionales.

Para ello se creó un grupo de trabajo que elaboró la ficha del proyecto que incluía: la visión del proyecto, datos de origen, personas beneficiarias, equipo motor, KPI transformadores y operacionales, feedback del equipo, metas.

CONCLUSIONES

Realizar un proyecto de mejora a partir de una encuesta a los trabajadores es un excelente enfoque para fomentar un ambiente laboral positivo y productivo

Es importante monitorear el avance de las acciones implementadas de manera regular y realizar encuestas de seguimiento para evaluar el impacto de las mejoras y obtener retroalimentación continua.

Implementando un proyecto de mejora basado en las opiniones de los trabajadores no solo se fomenta un clima laboral positivo, sino que también se fortalece la cultura organizacional al valorar el aporte de cada empleado.

DISEÑANDO NUESTROS LOGRO EN CONJUNTO: ENTRE TODOS UN HOSPITAL PARA TODOS

 Patricia Fernán Perez; Zita Quintela González; Joaquín González Revalderia; Nuria García Montes; Carlos Montero Martín; Susana de Juan García

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 897

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Desde el Servicio Regional de Salud se despliega el Contrato Programa (CP) como herramienta de gestión de las diferentes instituciones sanitarias que lo integran, esto hace que se dispongan de forma anual, unos objetivos estratégicos que se complementan con los objetivos a nivel de Hospital, para la asignación de la productividad variable.

Con la incorporación del nuevo equipo directivo se ha llevado una iniciativa de liderazgo corresponsable, es decir, se ha modificado la distribución del Contrato de servicio, fomentando el liderazgo de cada uno de los mandos intermedios de la organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la iniciativa de liderazgo corresponsable basado en el cambio de asignación del contrato de servicio para el pago de la productividad variables.

Desde el equipo directivo de reciente incorporación ha apostado por un Contrato de servicio, herramienta para el cálculo de la asignación de la productividad variable para el servicio.

Consenso con sistemas de información para ver la factibilidad de la automatización de datos, y disponibilidad de resultados en tiempo y forma para la toma ágil de decisiones estratégicas.

Se consensúa una serie de directrices para fomentar la multiprofesionalidad, el trabajo en equipo y el sentimiento de orgullo de pertenencia a la organización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El contrato de Servicio se divide en 2 partes:

1. Despliegue de objetivos de servicio contenidos en el contrato programa desplegado por el servicio regional de salud. Con una asignación de 50 puntos.
2. Despliegue de los objetivos estratégicos que los propios mandos intermedios pueden ejercer con total libertad para su elección y establecimiento. Para fijarlos, pueden disponer de apoyo metodológico por parte de la Unidad de Calidad, y si disponen de alguna barrera organizativa pueden acudir a su equipo directivo correspondiente. Con una asignación de 50 puntos.

Los objetivos establecidos por las jefaturas disponen del siguiente sistema de medición en puntos:

Elaboración de un objetivo (comunicación al servicio y reuniones con el mismo para su desarrollo) 20%

Elaboración de análisis causa-raíz 10%

Elaboración de un flujo de proceso 10%

Enumeración de acciones con fechas para la planificación y definir responsables 10%

Diseño de indicadores 10%

Medición de resultados 15%

Participación interdisciplinar 25%

Por 1ª vez en el Hospital el Contrato de Servicio (atañe a ambas direcciones) se firma de forma conjunta, y previo consenso entre jefaturas.

Resultados iniciales muestran que en más del 85% los profesionales están satisfechos o muy satisfechos, con mayor representación del área Enfermera.

Establecer un contrato de servicio, donde el 50% de los puntos se atribuye y recae sobre la participación directa de las jefaturas médicas y enfermeras, hace que se fomente el trabajo en equipo y la multiprofesionalidad, valor que se ha enmarcado como hito a conseguir en la organización.

La propuesta de objetivos ha permitido incrementar el nivel de conocimientos sobre gestión de servicios, además de mejorar el vínculo con el nuevo equipo directivo.

UNA RECLAMACIÓN. UNA REFLEXIÓN HUMANIZADORA PARA EL PROFESIONAL

 PATRICIA FERNAN PEREZ; Ángeles García Sánchez; ZITA QUINTELA GONZALEZ; SUSANA DE JUAN GARCIA; MARIA CONCEPCIÓN GARCIA ESCUDERO; MARIA JESUS GONZÁLEZ MATEO

 Hospital Universitario de Getafe

Identificador: 898

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las reclamaciones recibidas en el Servicio de Atención al Paciente, a veces son vividas como elementos negativos, o como “ofensa” al ejercicio de la profesión. Desde el equipo directivo(ED) busca cambiar la percepción sobre las reclamaciones emitidas por nuestros pacientes y usuarios, haciéndoles partícipe de las mismas, y de esta manera constituir las como un elemento humanizador de la asistencia

OBJETIVOS

Mejorar la percepción de los profesionales de las reclamaciones y reducir las mismas.

METODOLOGÍA

Se detecta la necesidad del cambio de percepción de las reclamaciones recibidas debido al análisis de las reclamaciones, que son repetitivas en cuanto a tipo e incluso profesional

Se eleva desde el Servicio de Atención al Paciente(SAP) la situación en cuanto al abordaje de las reclamaciones recibidas a la Dirección Gerencia

Se constituye un grupo de trabajo dentro del Equipo Directivo(ED) junto con SAP para ver posibles acciones de mejora de la percepción

Se diseña un cambio en el proceso de gestión de la reclamación, en cuanto a la inclusión de los profesionales implicados

Para lograr la implantación, se procede a la comunicación y difusión de las nuevas acciones.

RESULTADOS

Constitución del grupo de trabajo formado por el ED y SAP

Del total de reclamaciones, se prioriza, la revisión del proceso de gestión de las reclamaciones atribuidas a la disconformidad con la asistencia, confort y trato.

Se revisa y actualiza el procedimiento, obteniéndose 2 grandes hitos:

- Inclusión del profesional/es intervinientes en la reclamación en la gestión de la respuesta
- Introducción de un texto para el correcto marco de las reclamaciones como una oportunidad de mejora y crecimiento profesional.

Como resultado preliminar los profesionales han cambiado la percepción, manifestándose como “les hace caer en cuestiones que no se habían planteado”

CONCLUSIONES

El ED cree firmemente en las reclamaciones como instrumento humanizador, al ser una oportunidad de crecimiento para el profesional, objeto de este proyecto, al requerir una reflexión sobre los hechos reclamados, al sensibilizarlo en cuanto a como son percibidos por los pacientes. Con los resultados preliminares, se prevé una reducción de reclamaciones, hecho que hace que se haya incrementado el nivel de humanización de la asistencia.

Es una práctica extrapolable y sostenible, no requiere costes asociados, el tiempo que precisa el trabajo con el profesional es asumible dentro de su labor diaria.

ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD EN EL SECTOR SALUD

 *Alicia Hernández Santana; Carmen Rosa Martel Santiago; Juan Jesús Torres Arucas; Alberto Cremades Díaz; Cristina Torres Aragón; Luís Márquez Llabrés*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)*

Identificador: 899

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

La crisis climática global ha evidenciado la urgente necesidad de integrar criterios de sostenibilidad en todos los sectores, especialmente en el ámbito sanitario, dada su alta demanda de recursos y su impacto ambiental significativo.

En este contexto, el hospital ha asumido un compromiso firme con la sostenibilidad, reconociendo su responsabilidad institucional en la lucha contra el cambio climático. Este compromiso se formaliza en su Plan Estratégico a través del Objetivo Estratégico OE04: “Reducir el impacto ambiental”.

OBJETIVOS

Visibilizar las acciones estratégicas desarrolladas, resultados obtenidos y próximos retos, con el fin de fortalecer una cultura de mejora continua y compartir experiencias replicables en otros centros sanitarios.

METODOLOGÍA

Desde la constitución en mayo de 2023 del Comité de Gestión Ambiental (órgano interdisciplinar que integra a profesionales de todas las áreas del hospital) se ha articulado un modelo participativo que permite identificar, ejecutar y evaluar iniciativas ambientales.

Las acciones se implementan bajo el marco del Sistema de Gestión Ambiental y mediante la coordinación del Servicio de Sostenibilidad, Infraestructura y Medioambiente, creado específicamente para este fin.

Las medidas adoptadas incluyen auditorías internas, diagnósticos energéticos, control de residuos, proyectos de innovación y campañas de sensibilización ambiental.

RESULTADOS

Entre los hitos alcanzados destaca la obtención de la certificación ISO 14001 en marzo 2024, reflejo del compromiso institucional con la mejora continua.

Asimismo, se ha logrado la certificación por AENOR del Inventario de Gases de Efecto Invernadero (Huella de Carbono), estableciendo un marco para el cálculo anual y registro conforme a la Ley de Cambio Climático y Transición Energética de Canarias.

Se avanza en eficiencia energética con la implantación de instalaciones fotovoltaicas, con finalización prevista en agosto 2025.

En el ámbito de la gestión alimentaria, se desarrolla un plan integral para reducir excedentes y minimizar el desperdicio, en línea con los principios de la economía circular.

Otros logros incluyen la mejora en la segregación y gestión de residuos, campañas de formación y sensibilización ambiental, participación en proyectos de I+D como el H2Heat y una apuesta firme por la descarbonización con inversiones dirigidas a la eliminación del uso de combustibles fósiles.

CONCLUSIÓN

El hospital ha demostrado que es posible integrar de manera efectiva políticas ambientales en el entorno hospitalario mediante liderazgo institucional, participación profesional y planificación estratégica. La implementación de un sistema de gestión ambiental, el compromiso con la innovación tecnológica y la colaboración entre servicios han sido claves para avanzar hacia un modelo hospitalario más sostenible. Los logros marcan una hoja de ruta clara hacia la descarbonización del hospital, sentando precedente en la sanidad pública canaria y ofreciendo un modelo replicable a nivel nacional.

EVALUACIÓN DE TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN PUERTA DE HOSPITAL PARA REDUCIR RECLAMACIONES

 Jose Alfonso Jimenez Rodriguez; jose luis reinoso fernandez; Ricardo Garzon Sanchez

 Summa112

Identificador: 900

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Valor humano y cuidado de los profesionales

JUSTIFICACIÓN

La alta incidencia de reclamaciones en la puerta del hospital relacionadas con la trasporte sanitario es un problema significativo que afecta la calidad del servicio y la satisfacción del paciente. La implementación de Técnicos en Emergencias puede ser una solución efectiva para abordar este problema.

OBJETIVOS

- Evaluar la efectividad de la implementación de Técnicos en Emergencias sanitarias en la puerta del hospital para reducir las incidencias de reclamaciones.
- Identificar áreas de mejora en la atención del trasporte sanitario y proponer soluciones para optimizar el servicio.

METODOLOGÍA

- Estudio observacional y descriptivo realizado en la puerta del hospital.
- Implementación de Técnicos en Emergencias sanitarios capacitados para atender a los pacientes y familiares de manera eficiente y efectiva.
- Recopilación de datos sobre incidencias de reclamaciones antes y después de la implementación de los Técnicos en Emergencias sanitarios.

RESULTADOS

- Se observó una reducción significativa en la incidencia de reclamaciones después de la implementación de los Técnicos en Emergencias sanitarias.
- La satisfacción del paciente y familiares mejoró notablemente, según las encuestas realizadas.

CONCLUSIONES

- La implementación de Técnicos en Emergencias sanitarias en la puerta del hospital es una estrategia efectiva para reducir las incidencias de reclamaciones y mejorar la calidad del servicio.
 - La presencia de técnicos capacitados en la puerta del hospital permite una atención más eficiente y efectiva, lo que se traduce en una mayor satisfacción del paciente y familiares.
-

EL RECONOCIMIENTO DE LOS VALORES DE UNA ORGANIZACIÓN POR SUS PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

 ÁNGELES GARCÍA SÁNCHEZ; PATRICIA FERNAN PÉREZ; ANA EVA RODRIGUEZ OLIVA; LAURA POZA POZA; JOAQUÍN GONZÁLEZ REVALDERIA; ZITA QUINTELA BONZÁLEZ

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Identificador: 901

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La cultura organizativa es “el conjunto de normas, creencias y valores compartidos por los miembros de la organización”, siendo su esencia los valores como creencias básicas que determinan el comportamiento de los miembros de la misma.

Los valores de nuestro Hospital, son nuestra seña de identidad, elaborados a través de diferentes estrategias participativas, partiendo del Equipo Directivo, y siendo validados entre los profesionales de la organización.

Pero...¿realmente están desplegados en la organización y son percibidos por nuestros pacientes y sus acompañantes?

OBJETIVOS

Analizar el grado de adhesión a los valores de la organización por parte de los profesionales, percibido por los pacientes y sus acompañantes.

METODOLOGÍA

Constitución de un grupo de trabajo: Servicio de Atención al Paciente, Unidad de Calidad y Equipo Directivo.

Revisión de los valores vigentes, comunicados y difundidos a la organización.

Análisis de las fuentes de información: sugerencias, reclamaciones, agradecimientos... para categorizarlos según los valores establecidos del último año

RESULTADOS

De los 5 valores establecidos dentro de la organización, se excluye el valor “Promoción del desarrollo profesional” por no estar incluido en la perspectiva de paciente.

Respecto al valor que versa sobre la vocación de servicio al paciente, entendido como buen trato, respeto, amabilidad se han obtenido una representación de un total del 100%, en el que se agradece a equipos, profesionales específicos, destacando: “profesionalidad”, “amabilidad”, “escucha”, “cariño y dedicación”.

El valor de la Asistencia sanitaria eficaz, equitativa y universal, existen dos agradecimientos, por el reconocimiento de los profesionales específicos de la unidad de AMITEA y por el servicio en sí, de atención a pacientes con espectro autista.

El valor definido como el compromiso con la transparencia y buenas prácticas en las actuaciones y relaciones profesionales, comerciales y laborales, la única representación se evidencia en agradecimientos en cuanto a la gestión del tiempo en el servicio de urgencias y gestión de citas.

El valor del compromiso con los asuntos sociales y ambientales de nuestro entorno y con la mejora continua de nuestros procesos asistenciales y organizativos, buscando la excelencia, es un valor que no se ha podido ver aterrizado entre los pacientes y sus acompañantes.

CONCLUSIONES

Nuestra organización en el afán con la participación de los pacientes y como ejercicio de mejora, para el año 2025 se ha propuesto identificar valores más claros y concisos, además de validarlos con sus principales partes interesadas a través del foro de pacientes u otros encuentros, para poder medir mas correctamente el despliegue de sus valores,

CONOCIENDO LOS MOTIVOS DE LA NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX, PODREMOS MEJORAR

 DOLORES MUÑOZ RUIZ ⁽¹⁾; TERESA RINCON DEL TORO ⁽²⁾; Elena Bartolomé Benito ⁽³⁾; Mercedes Grande López ⁽³⁾; M.Carmen Maroto Morcillo ⁽³⁾; Maria Elena Pérez López ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SERMAS; ⁽²⁾ Oficina Regional de Coordinación Oncológica; ⁽³⁾ Sermas

Identificador: 902

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cérvix, también conocido como cáncer cervical, es uno de los tumores malignos más comunes entre las mujeres a nivel global. En España el cáncer de cérvix es la 15ª neoplasia más frecuente en mujeres. Si consideramos los carcinomas in situ, es el tercer tumor más frecuente en mujeres, solo por detrás del cáncer de mama y cáncer colorrectal.

A pesar de los esfuerzos de los sistemas de salud para implementar programas de detección masiva, persiste un porcentaje relevante de mujeres que no participan en estos programas, lo que pone en riesgo la efectividad de las estrategias de prevención.

Es un programa de cribado poblacional que se inició en abril de 2023 con un pilotaje en la zona de un hospital y los veinte centros de salud de referencia.

Se dirige a las mujeres con entre 25 y 65 años. Se realiza una invitación a las mujeres mediante un SMS, dejando que decida cuándo es el momento más adecuado para citarse con la matrona para realizar la prueba de cribado. En 2024 la cobertura de participación ha sido 38%.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Identificar las razones principales de no participación en el programa de cribado. Determinar las barreras percibidas por la población objeto de estudio. Evaluar el conocimiento y actitudes hacia el programa de cribado de cérvix.

Estudio transversal descriptivo de una muestra representativa Tipo de muestreo: Aleatorio simple estratificado.

Han sido invitadas a participar en el programa de detección precoz de cáncer de cérvix entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2024 19.800 mujeres y no han participado a fecha de 28 de febrero de 2025 14.095 mujeres.

Asumiendo una población finita, un nivel de confianza del 95%, un margen de error de estimación del +/-7% y una heterogeneidad del 50%, se estima un tamaño muestral de aproximadamente 196 mujeres.

Entrevista telefónica.

El análisis de los datos cuantitativos se realizará mediante técnicas estadísticas descriptivas y pruebas de asociación para identificar correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y la no participación. Por otro lado, los datos cualitativos se analizarán mediante codificación y categorización para identificar los temas recurrentes relacionados con las barreras para la participación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 98% de las entrevistadas han participado. 63% no sabe si recibió el mensaje y no conoce el programa. El 57% si conoce la prueba de detección. Motivos de no participación: 19% está siendo atendida por otro medio sanitario y 7% falta de tiempo o incompatible con sus actividades diarias. El 46% ha conocido el programa con la invitación del SMS, y un 11% ha sido informada por un profesional sanitario, 3% en medios de comunicación y 3% familia.

La invitación con SMS ha sido insuficiente. Las usuarias piden que se complete con otros medios (carta, medios de comunicación, email, información de profesionales). No han sido conscientes de que tenían que participar al recibir la invitación al recibir el SMS.

ELIMINA NOMBRES PROPIOS PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION HOSPITALARIA

😊 Maria Belén CANTÓN Alvarez ⁽¹⁾; Mar Villacorta Martín ⁽¹⁾; LUCÍA ZÚÑIGA BLANCO ⁽²⁾; Tamara Poza Narganes ⁽³⁾; Fabrizio Evangelista X ⁽⁴⁾

🏥 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA; ⁽²⁾ hospital universitario rio hortega; ⁽³⁾ Gerencia AP VA Oeste; ⁽⁴⁾ Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste

Identificador: 903

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una anomalía en el desarrollo neurológico. Estas personas son vulnerables y demandan asistencia sanitaria, presentando características especiales que requieren una atención proactiva y diferenciada. Para cubrir sus necesidades se precisa: atención específica de calidad, atención personalizada, acompañamiento y escucha activa.

OBJETIVOS

El objetivo principal es adaptar la asistencia sanitaria a personas con discapacidad grave y/o TEA, mejorando la accesibilidad y proporcionando atención de calidad. Objetivos específicos incluyen reducir tiempos de espera, adaptar el tiempo de consulta, coordinar citas, garantizar el acompañamiento, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, garantizar acceso a la información de salud comprensible (SAAC), y formar al personal sanitario y no sanitario.

METODOLOGÍA

La metodología se basa en la implantación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC). El equipo mantiene reuniones semestrales con asociaciones de pacientes para evaluar avances y mejoras. La evaluación se realiza mediante indicadores de proceso y resultado, incluyendo una encuesta de satisfacción bienal.

RESULTADOS

En 2024, el programa incluyó 575 pacientes, de los cuales 456 (79,3%) requirieron atención directa de la EGC. La EGC realizó 125 visitas a hospitalizados, 31 acompañamientos a pruebas y atendió 127 consultas telefónicas de familiares, además de 40 llamadas informativas. Se realizaron cinco sesiones formativas para personal sanitario en 2023 y 2024. La encuesta de satisfacción de 2023 (194 respuestas) obtuvo una satisfacción general de 8,1/10, destacando la posibilidad de acompañamiento (8,9), el trato recibido (8,4) y la labor de la EGC (8,3). Los tiempos de espera en urgencias (6,7) y atención en consultas (6,9) fueron menos valorados. El programa muestra un impacto significativo en la atención personalizada y coordinada, respaldado por la alta satisfacción.

CONCLUSIONES

El Programa ASI es una iniciativa eficaz para mejorar la calidad y accesibilidad de la atención sanitaria para personas con discapacidad y/o TEA. La EGC y la coordinación inter-niveles, junto a la colaboración con asociaciones, han adaptado la asistencia a las necesidades específicas.

PRENDIENDO DE LOS EXPERTOS: JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS EN ACTUALIZACIÓN EN EL USO E INDICACIONES DE APÓSITOS

 Selma Herrero López; Faustino González Menéndez; Raquel Pelayo Alonso; Rocío Sainz Laso; Raquel Pardo Vitorero; Beatriz Sanz Hoya

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 904

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El cuidado de heridas crónicas es una de las áreas más complejas de la práctica de enfermería. Las lesiones relacionadas con la dependencia presentan un desafío significativo debido a su resistencia a la curación y los diversos factores que pueden retrasar su cicatrización, como la infección, la mala circulación y la presencia de comorbilidades. El manejo adecuado de estas heridas es esencial para evitar complicaciones graves, mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos sanitarios. En este contexto, tras el concurso de recursos materiales realizado en nuestro centro, se incluyen nuevos productos y apósitos para el manejo de estas lesiones siendo imprescindible la actualización de nuestras enfermeras en el uso e indicaciones de los mismos.

OBJETIVOS

Analizar el nivel 1 de la evaluación de Kirkpatrick (reacción) en relación con la jornada de puertas abiertas (JPA) en actualización de apósitos para enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo sobre la satisfacción con la JPA sobre los apósitos y productos para la cura de heridas crónicas incluidos en el catálogo del hospital. Se plantea la JPA en un único día con dos partes: una expositiva sobre el nuevo modelo teórico de clasificación de heridas y familias de apósitos, liderada por la subcomisión de Heridas Crónicas y una teórico-práctica con un recorrido por diferentes mesas técnicas, lideradas por las casas comerciales ganadoras del concurso. La satisfacción de la formación fue evaluada mediante una encuesta validada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de la Comunidad. Ésta consta de 12 ítems que evalúan aspectos sobre la formación usando una escala tipo Likert de 5 puntos. A partir de las respuestas se calcula un índice global de satisfacción (sumatorio puntuaciones/(60 x número de encuestas)), oscilando entre el 0 y el 100%. Es un cuestionario autoadministrado y al terminar, se recogen observaciones del alumnado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la JPA participaron 218 profesionales, siendo el 92,6% enfermeros. La satisfacción global alcanzó el 95,8%, siendo los ítems más valorados (97,3%) el interés para la actividad profesional, la recomendación de participación a otros compañeros y la satisfacción con la asistencia a la JPA. A nivel cualitativo, los comentarios más destacados señalan: el formato permitiendo el dinamismo, la utilidad e innovación, el refuerzo y aprendizaje para un uso óptimo de los recursos y la posibilidad de repetición anual. Como áreas de mejora: mayor difusión, mayor oferta de sesiones teóricas y más aforo en las mismas.

La actualización en el uso e indicación de los apósitos garantiza la calidad y la seguridad clínica en el tratamiento de heridas crónicas.

Los formatos dinámicos con horario extendido y en tiempos laborales fomentan la participación del personal, favoreciendo la adquisición de habilidades.

Las observaciones libres ayudan a detectar áreas de mejora y favorecen la planificación de actividades formativas futuras de acuerdo a las necesidades profesionales.

TRANSFORMACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI: ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL A TRAVÉS DE SAFETY I, II Y III

 MARIA LUISA CENTENO CASTILLO ⁽¹⁾; ANA MARINA MALDONADO CENTENO ⁽²⁾; ROSARIO RAMIREZ PUERTA ⁽¹⁾; ANGEL COBOS VARGAS ⁽¹⁾; MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO ⁽¹⁾; MARIA EUGENIA YUSTE OSSORIO ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CECILIO; ⁽²⁾ CS ALMANJAYAR

Identificador: 905

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente (SP) es fundamental en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), un entorno complejo y de alto riesgo. El abordaje tradicional Safety-I parte del análisis de errores ya ocurridos. En este escenario asistencial de variabilidad e incertidumbre, resulta pertinente incorporar enfoques más amplios, como los propuestos por los modelos Safety-II, orientado a entender y fortalecer lo que sale bien y Safety-III, centrado en la resiliencia organizacional y el aprendizaje sistémico

OBJETIVOS

Identificar y analizar las principales prácticas de SP en UCI, evaluando su adecuación a los criterios Safety-I, II y III. Valorar el grado de madurez del enfoque de seguridad institucional.

METODOLOGIA

Identificación y análisis cualitativo de las prácticas de SP implantadas. Categorización de dichas prácticas siguiendo el marco teórico de los modelos Safety I, II y III. Validación del análisis por un grupo de consenso.

RESULTADOS

Según la alineación predominante con los criterios Safety, las prácticas estudiadas se agruparon en:

- Safety-I: implementación sistemática de los bundles de los proyectos Zero, bundle de medidas de prevención de lesiones por presión según nivel de riesgo, identificación inequívoca, seguridad transfusional, higiene de manos y técnicas de información para la salud (TIS).
- Safety-II: Control del dolor y prevención del delirio. Safety-III: Programa de prevención del síndrome post-UCI y abordaje de eventos adversos graves con atención a primeras, segundas y terceras víctimas.
- Safety-I y Safety-II: Por emplearse para el aprendizaje y la toma de decisiones en entornos complejos, encontramos el sistema integral de trazabilidad de la medicación (prescripción electrónica, doble validación, dispensación automatizada y bombas inteligentes). los briefings a inicio de turno y checklist de transferencias de pacientes.
- Safety-I, Safety-II y Safety-III: Las rondas de seguridad con feedback a los profesionales, notificación y gestión de incidentes con implantación de mejoras y prevención de contenciones combinan Safety-I (prevención de errores) y Safety-II (aprendizaje local y participación activa) con algún elemento de Safety-III cuando incorporan cultura justa y rediseño de procesos.

CONCLUSIONES

Se identificaron prácticas con distinto grado de alineación de los modelos Safety-I, II y III, predominando prácticas alineadas con Safety-I. La integración de los tres modelos permite abordar las SP de forma más amplia y eficiente. Dar visibilidad a las acciones llevadas a cabo permite compartir buenas prácticas, reconocer el valor del trabajo profesional y fortalecer la motivación de los equipos.

PACTO DE OBJETIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN INTEGRAL EN UN ÁREA SANITARIA

 Sandra Charro Alonso ⁽¹⁾; Leticia Ansedes García ⁽²⁾; Elena Miguel Rodríguez ⁽³⁾; María del Carmen Campa García ⁽³⁾; Paloma Pacho Ferreras ⁽⁴⁾; Raquel Gómez Couto ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Área Sanitaria VIII - SESPA; ⁽²⁾ Hospital Valle del Nalón; ⁽³⁾ Gerencia Área Sanitaria VIII; ⁽⁴⁾ Servicios Centrales - SESPA

Identificador: 906

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La mejora continua de la calidad en Atención Primaria exige integrar efectividad clínica, sostenibilidad organizativa, seguridad del paciente, equidad y participación profesional. Para responder a estos retos, en 2024 se impulsó la firma de Pactos de Objetivos en todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) de un área sanitaria. Esta iniciativa sistémica y pionera transforma la práctica clínica, la gestión y la gobernanza de los equipos.

OBJETIVOS

Analizar el impacto asistencial y organizativo de la implantación de Pacto de Objetivos en 2024 en todos los EAP de un área, en términos de mejora de efectividad clínica, eficiencia, sostenibilidad, seguridad, equidad y participación interna.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional. Se analizaron los pactos firmados en el año 2024 entre la Gerencia del área y cada EAP, los compromisos en seguridad y calidad, y los resultados en indicadores asistenciales y organizativos, según el sistema de seguimiento del Contrato de Gestión.

RESULTADOS

Implantación integral: 100% de los EAP firmaron, con desarrollo homogéneo, seguimiento periódico y evaluación.

Seguridad del paciente: Nombramiento universal de responsables; sesiones formativas en todos los dispositivos; participación activa en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), (344% aumento notificaciones).

Efectividad clínica: Alta cobertura en valoración del estado de salud en pacientes de alta complejidad (Nivel 4 de los grupos de morbilidad ajustada) (hasta 94.8%); desarrollo progresivo de protocolos de adecuación terapéutica (hasta 29%).

Eficiencia y sostenibilidad: Análisis modal de fallos y efectos; evaluación específica de procesos como cirugía menor; mejora en comunicación interna y control estructural.

Participación interna: Seguimiento cuatrimestral con implicación de mandos intermedios y profesionales; incorporación de planes de acogida para todas las categorías.

Responsabilidad social: Avance en detección y abordaje de pacientes en riesgo; implementación de la estratificación proactiva de necesidades; desarrollo de protocolos interdisciplinares; adaptación al contexto local, énfasis en medio rural; consolidación de la actividad comunitaria.

CONCLUSIONES

La implantación de Pactos de Objetivos trasciende la firma documental para consolidarse como una herramienta transformadora de gestión y práctica clínica en Atención Primaria. Representa un cambio de modelo: desde una estructura jerárquica hacia una organización participativa, basada en la autonomía de los equipos y la corresponsabilidad profesional. La incorporación sistemática de procesos de calidad, seguridad y eficiencia refuerza equipos resilientes, centrados en el paciente y capaces de una autogestión responsable. Esta experiencia ofrece un modelo replicable para fortalecer la Atención Primaria como eje de un sistema sanitario público sostenible, equitativo y orientado a la mejora continua.

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO EJE DE MEJORA EN EL PROCESO DE INGRESO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

😊 *Ángeles García Sánchez ⁽¹⁾; MARIA JESUS GONZÁLEZ MATEO ⁽¹⁾; ELENA ROMERO ROMERO ⁽¹⁾; ISABEL DE LUIS LOZANO ⁽²⁾; MAR BLAS ARIAS ⁽¹⁾*

🏥 ⁽¹⁾ *Hospital Universitario de Getafe;* ⁽²⁾ *Centro de Especialidades Hospital Universitario de Getafe*

Identificador: 907

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

En las ocasiones en las que se demora el traslado de pacientes del Servicio de Urgencias (SU) a las unidades de hospitalización, por las diferentes casuísticas: pico de actividad, falta de camas etc., hace que, dichos pacientes puedan estar ubicados en áreas no asistenciales convencionales, que pueden contribuir a problemas de seguridad del paciente e intimidad. Estas situaciones son comunicadas al Hospital en forma de reclamación y con bajas calificaciones en los estudios de satisfacción que se realizan desde los Servicios Centrales.

El análisis de la información vertida en las reclamaciones, así como en los estudios de opinión realizados, nos aportan información valiosa, además de identificación de mejoras específicas.

A raíz de las mismas, se ha realizado una revisión del proceso, así como el procedimiento de actuación con todos los intervinientes, con los datos recabados de los pacientes y sus acompañantes.

OBJETIVOS

Mostrar como las reclamaciones y los estudios de opinión con una atención personalizada disponen de información más valiosa para la mejora.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un análisis de los estudios de opinión de los pacientes y acompañantes atendidos en el Servicio de Urgencias, que han cursado ingreso, tanto de los realizados por los Servicios Centrales de la Comunidad, como los realizados de forma estandarizada por sistema de NPS del propio servicio.

Debido a la situación de fácil identificación, el personal del Servicio de Atención al Paciente, responsable de recoger las reclamaciones, ha guiado la atención hacia un nivel de detalle de las posibles sugerencias para diseñar un plan de contingencia, si se precisase.

Constitución de grupo de trabajo para la revisión del proceso de ingreso desde el SU, así como el procedimiento de actuación, en el que se ha dado feedback de la información vertida por los pacientes y acompañantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Revisión del proceso de ingreso en hospitalización desde el Servicio de Urgencias, con la actualización del procedimiento de actuación, incorporando una nueva figura, como es la enfermera de “gestión de camas”.

La satisfacción del paciente en relación al tiempo de espera de cama ha sido entre los años 2022-4 del 54,0 %, 54,6% y 62,6% (pacientes satisfechos + muy satisfechos), lográndose un incremento.

La tendencia en la disminución de reclamaciones coincide con la actualización del procedimiento, de forma que en los motivos codificados como ubicación no adecuada para su ingreso y procedimiento de ingreso, en mayo del 2024 es del 79,17% y 16,67% respectivamente, frente a 55,56% y 5,56%, respectivamente en el 2025.

La información recogida en las reclamaciones, sugerencias y estudios de opinión de los pacientes y acompañantes en el servicio de Urgencias, especialmente los realizados por el Servicio de Atención al Paciente del propio centro, se constituye como un elemento esencial para el logro de la mejora, y contribuir a la mejora de la calidad percibida dentro del modelo de asistencia sanitaria centrado en la persona que ejerce el centro.

PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS QUÍMICA MEDIANTE ANÁLISIS E INCORPORACIÓN DE HERRAMIENTAS INTERACTIVAS

 MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO ⁽¹⁾; MARIA INMACULADA VALLEJO RODRIGUEZ ⁽¹⁾; MARIA LUISA CENTENO CASTILLO ⁽¹⁾; JAVIER PEREZ CRUZ ⁽¹⁾; CARLOS GUERRERO HERRERA ⁽¹⁾; AURORA BUENO CAVANILLAS ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CECILIO; ⁽²⁾ UNIVERSIDAD DE GRANADA

Identificador: 908

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La flebitis química no citotóxica constituye un evento adverso (EA) con una importante relevancia epidemiológica en la actualidad. Afecta directamente a la seguridad del paciente, incrementando las tasas de morbilidad, estancia y costes sanitarios asociados. Un análisis de situación la identificó como un EA de notificación frecuente e impacto clínico considerable. La flebitis química se asocia a la administración de fármacos intravenosos y está influenciada por factores como la osmolaridad y pH de las soluciones administradas, concentración y velocidad de la dilución y tipo de catéter y tiempo de permanencia de éste. Su abordaje requiere estrategias proactivas de prevención, que integren información accesible, actualizada y contextualizada para los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

Desarrollar e implementar una estrategia institucional para reducir la incidencia de flebitis química no citotóxica, mediante la identificación y caracterización del nivel de riesgo asociado a cada fármaco y la elaboración de infografías con códigos QR adaptadas a las características y necesidades de cada unidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se conformó un grupo de trabajo multidisciplinar. Se realizó una revisión bibliográfica y del vademécum hospitalario para identificar los medicamentos con riesgo flebogénico. Para validar la clasificación de riesgo y recomendaciones clínicas, se aplicó una versión abreviada del método Delphi con participación de profesionales de farmacia, enfermería y medicina. Posteriormente, se diseñaron infografías adaptadas a cada unidad, siguiendo el modelo del Grupo de Uso Seguro del Medicamento de la Comisión de Seguridad del Paciente. Cada infografía incluye tres códigos QR: listado completo de medicamentos del vademécum hospitalario clasificados por riesgo flebogénico, fármacos de uso más frecuente en la unidad correspondiente y el algoritmo de selección del dispositivo de acceso vascular más apropiado según el riesgo de flebitis y duración de la terapia.

RESULTADOS

Se seleccionaron e incluyeron los medicamentos clasificados con riesgo moderado y alto. Las infografías personalizadas fueron difundidas en sesión clínica hospitalaria y distribuidas en cada unidad, facilitando el acceso rápido a información relevante en el punto de atención asistencial. El personal sanitario ha valorado positivamente esta herramienta como apoyo en la toma de decisiones. Actualmente se está evaluando el impacto de la intervención sobre la incidencia de flebitis química mediante indicadores de seguimiento en las diferentes áreas de hospitalización.

CONCLUSIONES

La implementación de una estrategia institucional basada en la identificación del riesgo flebogénico por fármaco y en herramientas visuales adaptadas por unidad ha permitido mejorar el acceso a información crítica en el punto de atención. La participación multidisciplinar ha fortalecido la validez de la clasificación de riesgo y las recomendaciones clínicas asociadas.

OPTIMIZACIÓN PROCESO RECOGIDA DE MUESTRAS EN PACIENTES MMR: UNA ESTRATEGIA EFICAZ PARA AUMENTAR DISPONIBILIDAD DE CAMAS

😊 Marina Lecue Martínez; María Ángeles Moreno de la Hidalga; María Luz Fernández Núñez; Dolores López Gutiérrez

 Hospital General Sierrallana - Tres Mares

Identificador: 910

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La elevada ocupación de camas de hospitalización constituye una dificultad recurrente para el ingreso de pacientes desde el Servicio de Urgencias. El aislamiento de personas colonizadas por microorganismos multirresistentes (MMR) contribuye a esta situación. Aunque la vigilancia de la colonización por MMR en hospitales sea estrategia clave en la prevención de infecciones, se observa incremento progresivo del número de pacientes etiquetados como portadores. Además, el control de la evolución de la colonización es limitado y se ejecuta de forma irregular, obligando a mantener precauciones de aislamiento en pacientes que no lo necesitan.

OBJETIVOS

- Mejorar el proceso de seguimiento de pacientes portadores de MMR.
- Identificar a pacientes negativizados y actualizar su estado en el sistema de información hospitalario (HIS).
- Incrementar la disponibilidad de camas, evitando aislamientos innecesarios.

METODOLOGÍA

Se analizó el circuito de recogida de muestras, identificando pasos críticos que generaban ineficiencia. Las enfermeras de Medicina Preventiva (MP) revisaban diariamente la entrada de pacientes portadores (procedentes de urgencias, hospitalización, hospitales de día y consultas) y emitían una nota informativa para el facultativo responsable, recomendando la toma de muestras pertinentes. Se observó que, en muchos casos, las solicitudes no llegaban a tramitarse o se realizaban con retraso.

Se expuso el problema en la Comisión de Infecciones y se propuso que las enfermeras de MP generaran directamente los volantes de solicitud de muestras y los remitieran a la supervisora de la unidad para agilizar el proceso.

Durante la fase de implementación se detectó que la personalización de los sobres dirigidos a supervisoras podía ser otra barrera, acordando identificarlos con la etiqueta fija “Medicina Preventiva”, acompañado de la instrucción explícita de que cualquier enfermero pudiera acceder a la información y proceder a la recogida según lo indicado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mayoría de solicitudes se generaron en pacientes de Medicina Interna, seguidos de Urgencias y Hospital de Día Médico.

Entre el 1/01/24 y el 30/05/25 se realizaron 535 solicitudes en 327 pacientes con MMR.

Se negativizaron 174 personas (41,83%).

La evolución de pacientes negativizados fue: 2020 (64), 2021 (65), 2022 (44), 2023 (37), 2024 (135) y 2025 (hasta mayo) (46).

El volumen de personas etiquetadas como MMR ha seguido en aumento: de 1.056 en 2024 a 1.107 en 2025.

El rediseño del circuito de recogida con mayor implicación del equipo de enfermería, es una estrategia eficiente para mejorar la vigilancia de pacientes MMR.

Ha aumentado el nº de muestras recogidas y la identificación de pacientes negativizados actualizados en el HIS, reduciendo posible impacto sobre la ocupación hospitalaria.

Las estrategias centradas únicamente en la prevención de la transmisión no son suficientes para contener el problema. Es necesario intervenir en control y prevención de la resistencia antimicrobiana como parte de una estrategia más amplia y sostenible.

DIGITALIZACIÓN DEL CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN

 *Laura María Rodríguez Velázquez; Nayra Lee Miguel; Alicia de los Angeles Vega Moreno; Antonio Bernal Curbelo; María del Mar Peñate Rodríguez; María Macarena Pasquau Nieto*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)*

Identificador: 911

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Desafíos para la transformación de la calidad asistencial: Innovación, salud digital e inteligencia artificial

JUSTIFICACIÓN

La transformación digital es una herramienta clave que mejora la calidad y optimiza los procesos.

La gestión del control de la documentación que desarrolla la Unidad de Gestión de la Calidad de un Complejo Hospitalario supone varias etapas, que van desde la recepción, la valoración, el circuito de aprobación y la entrega del documento aprobado al servicio solicitante, siendo el circuito de aprobación la única etapa del proceso que no se encontraba digitalizado.

Ante el incremento de la demanda de control de la documentación y la directriz desde la Alta Dirección de contribuir a la sostenibilidad ambiental, se ha concluido el proceso de la digitalización del control de la documentación en aras de mejorar la seguridad, la eficiencia y la agilidad del proceso.

OBJETIVOS

Objetivo general: Digitalización completa del proceso de gestión del control de la documentación.

Objetivos específicos:

- Mejorar la seguridad del circuito de aprobación.
- Mejorar la eficiencia en el uso de recursos materiales y humanos.
- Mejorar la agilidad del proceso de control de la documentación.

METODOLOGÍA

1. Difusión de la nueva sistemática de la gestión del control de la documentación a mandos intermedios y direcciones.
2. Reestructuración de la sistemática de trabajo en la Unidad de Calidad.
3. Uso del correo corporativo de la Unidad y aplicativo informático propio de registro de documentación como herramientas de trabajo.

Se comienza la etapa de digitalización del circuito de aprobación en enero de 2025.

RESULTADOS

Tras 4 - 6 meses, se considera implementada la digitalización completa del proceso de gestión del control de la documentación. No se han reportado problemas de seguridad, relacionados con pérdida o extravío de documentación.

En cuanto a la eficiencia se ha contribuido al ahorro de papel y fungible de impresión, así como en recursos humanos (celador) ya que se evita la necesidad de traslado de documentación a los diferentes Servicios y Direcciones para su firma de aprobación.

No se observan mejoras sustanciales en la agilidad en la etapa de aprobación de la documentación.

CONCLUSIONES

La digitalización del proceso del control de la documentación en líneas generales ha permitido una mayor eficiencia en el uso de recursos (al permitir un ahorro de papel, lo que contribuye a la protección del medioambiente y del personal que traslada la documentación), mayor seguridad del proceso (no se ha notificado extravíos). Sin embargo, la agilidad en la aprobación de los documentos no ha sido demostrada, ya que la demora en la firma del documento sigue siendo un problema a resolver.

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE RONDAS DE SEGURIDAD SOBRE LA ADHERENCIA A BUENAS PRÁCTICAS EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN UCI

😊 MANUEL COLMENERO RUIZ ⁽¹⁾; MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO ⁽¹⁾; María Luisa Centeno Castillo ⁽²⁾; ANA MARIA ECHEVERRIA ALVAREZ ⁽¹⁾; CARMEN MARIA ALBA FERNANDEZ ⁽¹⁾; AURORA BUENO CAVANILLAS ⁽³⁾

🏥 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CECILIO; ⁽²⁾ Hospital Clínico Univesitario San Cecilio Granada; ⁽³⁾ UNIVERSIDAD DE GRANADA

Identificador: 913

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente (SP) es un elemento esencial en la calidad asistencial, especialmente cuidados intensivos (UCI), donde la especial vulnerabilidad y gravedad del paciente crítico, unido a la complejidad de procedimientos y elevada tecnificación, supone un mayor riesgo de sufrir incidentes y eventos adverso relacionados con la atención sanitaria.

En este contexto, las Rondas de Seguridad (RS) se consolidan como una herramienta proactiva de mejora continua, orientada a promover la cultura de seguridad, identificar riesgos, mejorar la comunicación entre equipos asistenciales y de gestión y reforzar la adherencia del equipo asistencial a buenas prácticas. Su impacto real requiere ser evaluado sistemáticamente para verificar su eficiencia, sostenibilidad e integración como práctica institucional.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto sobre la seguridad del paciente y calidad asistencial tras la incorporación de RS sistematizadas en una UCI de un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en UCI durante 26 meses durante los años 2023-2025. Se evaluó el impacto de la implementación de RS, siguiendo el modelo propio de RS. Las variables analizadas se corresponden a 40 ítems agrupados en 5 dimensiones clave en SP. Cada variable fue evaluada en términos de Sí, No, No Aplica. Se compararon los resultados obtenidos antes y después de la implementación del modelo, aplicando análisis de tendencia y pruebas estadísticas de comparación de proporciones para identificar mejoras en la calidad y seguridad asistencial.

RESULTADOS

N RS: 5 (40 indicadores/ronda). Cumplimiento global de indicadores tras incorporación de RS: 2023 71.17% frente a 79.76% y 87.81% en 2024 y 2025 respectivamente, suponiendo un incremento del 16.53% en la adherencia profesional a buenas prácticas. Respecto a la dimensión estudiada, se observó una importante mejora en indicadores incluidos en Cuidados seguros (21.55%) y Documentación (19.44%).

En cuanto a repercusión del indicador en caso de incumplimiento y priorización en su abordaje, se ha constatado una mejoría frente a 2023, con descenso en % de indicadores categorizados con prioridad alta (10% frente 2.5%) y leve (40% frente 12.5%) y aumento de no prioritarios (40% frente 60%). Tras la incorporación de RS, se han incorporado un total de 55 acciones de mejora (media/RS: 11[14-7]).

CONCLUSIONES

La incorporación de RS en UCI ha supuesto una mejora en la adherencia a buenas prácticas de los profesionales salvo gestión de equipamiento/material, donde es necesario diseñar medidas más avanzadas que logren mejoras en su cumplimiento.

Estos resultados se encuentran alineados con los objetivos institucionales de seguridad y calidad, con efectos muy positivos sobre la prevención de infecciones, particularmente, detección de multirresistentes, resultados ENVIN y cuadro de mandos, permitiendo una corresponsabilidad compartida cargo intermedio-profesionales-dirección hospitalaria.

TRABAJANDO DESDE LO COMUNITARIO PARA LOGRAR EL BIENESTAR EMOCIONAL.

 Lizzy Paola Cisneros Almeida ⁽¹⁾; José Manuel Carrascosa Bernáldez ⁽²⁾; 1. Concepción Baro Santamarta ⁽²⁾; Consejo Sectorial de Salud Ayuntamiento de Légenes Ayuntamiento de Légenes Ayuntamiento de Légenes ⁽³⁾; María José Lozano Fernández ⁽³⁾; Grupo Equilibrio Emocional Equilibrio Emocional ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario José Germain; ⁽²⁾ Hospital Universitario José Germain; ⁽³⁾ Ayuntamiento Légenes; ⁽⁴⁾ Légenes

Identificador: 914

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

En nuestro hospital, consideramos de importancia, priorizar y consolidar las acciones de atención en salud mental (SM) enfatizando también la promoción y prevención que abarcan una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas al beneficio y la protección de la salud, así como el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Cada vez hay más pruebas de que la promoción y la prevención en SM pueden ser costo-efectivas porque además de mejorar el bienestar emocional y la resiliencia, se pueden prevenir la aparición de trastornos mentales (TM), su impacto y, reducir la carga por enfermedades mentales.

OBJETIVOS

Diseñar e implantar un programa preventivo promocional dirigido a la población, implicándonos en la participación comunitaria activa, coordinación multisectorial, movilización social y desarrollo de redes comunitarias que generen información oportuna dirigida a la población.

METODOLOGÍA

Tras analizar la situación de partida, desde la gerencia y la Dirección médica el año 2024, se designó un equipo que diseñó un plan, las líneas de trabajo así como los ejes temáticos a abordar. Entre otras actividades, se llevó a cabo coordinaciones a nivel multisectorial, estrategia fundamental para la promoción en salud mental, destacando la importancia de las alianzas estratégicas con diversos sectores de la comunidad y el gobierno local.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se puso en marcha en marcha nuestra participación a nivel comunitario y entre uno de los logros cabe mencionar “LEGANÉS POR EL EQUILIBRIO EMOCIONAL”, este espacio está formado por un grupo multidisciplinar de profesionales para abordar distintos aspectos relacionados con la Salud Mental. Empezamos el 10 de septiembre, día Mundial de la prevención del Suicidio y a lo largo del 2024 y este año, se han puesto en marcha otras actuaciones promocionales con el objetivo de mejorar el Bienestar Emocional y la Salud Mental de nuestra población. Entre dichas actividades se ha llevado a cabo: podcasts, talleres, despliegue de pancarta en edificios oficiales, píldoras informativas, ciclos de audio-narrativas, actuaciones en la calle, publicaciones etc.

CONCLUSIONES

Creemos que podemos contribuir de modo significativo, integrando los esfuerzos de promoción y prevención, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales, destacando la importancia de las alianzas estratégicas con diversos sectores de la comunidad, que permiten articular y ejecutar programas de promoción de la salud mental para que la población pueda desarrollar capacidades, valores, recursos personales y psicosociales, así como actitudes de cuidado y autocuidado (habilidades para la vida).

EVALUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

😊 *Maria Luisa Alcázar González* ⁽¹⁾; *NATALIA HARRIS DE LA VEGA* ⁽²⁾; *GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ* ⁽³⁾; *SUSANA MARTIN IGLESIAS* ⁽⁴⁾; *SERGIO RUIZ ALONSO* ⁽⁵⁾

📅 ⁽¹⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽²⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽³⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA; ⁽⁵⁾ DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 915

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En Atención Primaria se procesan un gran volumen de muestras biológicas y, todos los pasos de este proceso de gestión de muestras biológicas (PGMB) tienen posibles modos de fallo con impacto en la seguridad del paciente (SP). Desde 2015 se han desplegado una serie de recomendaciones para abordar los incidentes de seguridad (IS) que se producen durante este proceso. En el año 2024 se realiza la evaluación de la implantación y del impacto que han tenido las recomendaciones y se realiza la actualización.

OBJETIVOS

- Evaluar la implantación y el impacto de las recomendaciones nueve años después de su difusión.
- Actualizar las recomendaciones en función de los resultados de la evaluación.

METODOLOGÍA

Se realiza en el año 2024 la actualización de las recomendaciones. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar. Se evaluó el cumplimiento de las acciones, y se actualizó y difundió su contenido. Estas acciones están relacionadas con: Establecimiento de circuitos de comunicación urgente de los resultados críticos que requieran valoración inmediata; circuito interno que asegure recepción de instrucciones para la realización de cada prueba; circuito de revisión de resultados analíticos; circuito con laboratorio de referencia (si no existe) de comunicación y resolución diaria de incidencias. Actualización de información remitida por laboratorios, manuales y aplicación informática.

RESULTADOS

Las notificaciones (N) realizadas de IS relacionados con el PGMB fueron año 2012, 113 N; año 2022, 115 N; año 2023, 136 N. Las tendencias del tipo de IS notificados se mantienen, existiendo diferencias en los fallos de identificación del paciente (descenso en 10 años del 9,02%), y en los fallos en el proceso.

Se ha evaluado la prevalencia de eventos adversos (EA) relacionados con pruebas diagnósticas en 2018 y en 2023, utilizando como fuente de datos una herramienta propia. En 2018 el 4,8% de los EA hallados eran de pruebas diagnósticas, mientras que en 2023 no se encontró ningún EA relacionados con pruebas (la reducción está en el límite de la significación estadística: $p=0,051$).

Se han actualizado las recomendaciones y se ha incluido en la misma el proceso la conservación y recogida de muestras de un Programa de detección precoz del cáncer de colon y otras muestras fuera del horario de laboratorio.

CONCLUSIONES

La revisión y actualización del proceso de gestión de muestras biológicas, ha sido dinámica para adaptarse a los cambios. Desde la implantación de las acciones descritas en la recomendación, ha disminuido el porcentaje del tipo de notificaciones relacionadas con la identificación del paciente, gestión organizativa, citaciones, retraso en la valoración clínica por falta de resultados y las relacionadas con continuidad asistencial. También ha disminuido la ocurrencia de este tipo de eventos adversos según la revisión de historias con la herramienta propia.

CERTIFICACIÓN UNE-EN ISO 9001:2015 DE UNA UNIDAD DE CALIDAD

 Alicia Hernández Santana; Carmen Rosa Martel Santiago; Gloria Esther Robaina Hernández; María del Mar Peñate Rodríguez; Jorge Luis Cobián Martínez; Rosa María Sánchez Hernández

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)

Identificador: 916

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Calidad en los centros sanitarios desempeñan un papel estratégico en la promoción y cultura de la mejora continua y la gestión por procesos.

No obstante, su trabajo suele centrarse en apoyar a otras áreas, sin contar con un sistema propio certificado que garantice la eficacia de sus propias actividades.

En este contexto, la Unidad de Calidad de un hospital de tercer nivel decidió iniciar el proceso de certificación bajo la norma UNE-EN ISO 9001:2015, con el fin de reforzar su liderazgo, profesionalizar su gestión interna y dar ejemplo como motor de cambio dentro de la Organización.

OBJETIVOS

Diseñar, implementar y certificar la Unidad de Gestión de la Calidad conforme a la norma UNE-EN ISO 9001:2015, como modelo de referencia para el resto de servicios y como herramienta para consolidar una cultura de calidad basada en la eficiencia, la trazabilidad y la mejora continua.

METODOLOGÍA

Se inició con el análisis del contexto utilizando la matriz DAFO, revisión de procesos y recursos de la Unidad, identificando riesgos y oportunidades. Asimismo, se actualizaron las fichas descriptivas de cada puesto de trabajo.

Elaboración de la Ficha de Proceso que incluye la cartera de servicios, normativa aplicable, organigrama funcional y mapa de procesos desarrollado con la metodología IDEF, identificando los procesos clave, estratégicos y de apoyo.

Desarrollo de los procedimientos de gestión (Gestión de la Calidad, Gestión del control de la documentación y procedimiento de interrelación).

Se definieron indicadores de actividad y de eficacia, y creación del cuadro de mando para su control y seguimiento.

Uso de una plataforma digital para la gestión de no conformidades, acciones correctivas y acciones de mejora.

El personal adscrito a la Unidad estuvo implicado y participativo mediante sesiones informativas semanales.

Auditoría interna e informe de revisión del sistema donde se analiza el cumplimiento de todos los aspectos concernientes al Sistema de Gestión del proceso durante el ejercicio 2024.

RESULTADOS

La auditoría externa verificó el cumplimiento de los requisitos de la norma, por lo que la Unidad de Calidad obtuvo la certificación ISO 9001.

Como beneficios obtenidos destaca la mejora en la trazabilidad de los procesos y la planificación de actividades, mayor visibilidad institucional de la Unidad y fortalecimiento de su rol como referente técnico y metodológico en calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Certificar la Unidad de Calidad bajo la norma ISO 9001 fue un paso clave para legitimar su función, profesionalizar su actividad y servir de ejemplo práctico a otras áreas.

La experiencia evidencia que aplicar los principios de la calidad dentro de la propia Unidad no solo es posible, sino necesario para liderar procesos de transformación en entornos sanitarios complejos.

La certificación ha potenciado su capacidad de influencia, su credibilidad y su compromiso con la excelencia organizativa.

LA ATENCIÓN PRIMARIA, EJE ESTRATÉGICO QUE CONTRIBUYE A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

 EMILIO LOZANO LOZANO ⁽¹⁾; Antonio Javier Ruiz Castillejo ⁽²⁾; Marco Antonio Gómez Simón ⁽²⁾; Nuria Domínguez Pérez ⁽³⁾; María Luisa Alcázar González ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID; ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid; ⁽³⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁴⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 917

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Ante los riesgos ambientales y sanitarios, fruto del cambio climático y el calentamiento global, La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) integra en su gestión de forma coherente las preocupaciones sociales, económicas y medioambientales, asumiendo compromisos de desarrollo sostenible, incluyendo entre los valores de AP la Sostenibilidad, y definiendo una política ambiental y energética, difundiendo con el objeto de sensibilizar y comprometer a todos los profesionales de la GAAP

OBJETIVOS

Integrar la Sostenibilidad como eje transversal en la toma de decisiones y en la planificación estratégica de la organización en AP. Involucrar a profesionales, pacientes y resto de partes interesadas en el desarrollo e implementación de la política de sostenibilidad definida en AP.

METODOLOGÍA

Tras la comisión de RSC, en 2019 se incluye en la gestión el Sistema Integral de Gestión Ambiental y Energética de la GAAP implementándose progresivamente en los centros. Se establece un Plan Estratégico 2020-2024, siendo uno de los objetivos el añadir valor y sostenibilidad a nuestras actuaciones. Estrategia de Salud Comunitaria en AP (niveles individual, grupal y colectivo-comunitario). Innovación e investigación (gestión de agendas y de la demanda UAE, telemedicina, digitalización consultas,...). Cálculo HC en 27 centros. Inversiones en centros (70 con fotovoltaica; 48 iluminación por led; control remoto en clima -90- y en todos los expositores de centros, 5 cambio a aerotermia). Arquitectura bioclimática en nuevos centros. Reutilización embalajes. Cambio vehículos a híbridos (incluidos empresas mantenedoras). Formación residuos, RSC online, buenas prácticas medioambientales. Dpticos para pacientes segregación residuos sanitarios. Nuevos pliegos de contratación con criterios de sostenibilidad y economía circular, participando pacientes y familiares. Unidad de Convivencia y Mediación, como modelo de Organización Saludable. Elaboración de la Memoria de Sostenibilidad 2024

RESULTADOS

Certificado ISO 14001 en 10 centros, en 2019 y desde 2022 en 27. Certificado ISO 50001 en 11 centros en 2022. Certificado Madrid Excelente en 2019. GAAP. Dentro de la RSC, centro "Socialmente Responsable Avanzado" en 2021 y 2024. Sello EFQM 400 en 2023. Certificado ISO 9001 (Servicio de Farmacia) en 2024. Acreditados 262 centros en 2018 por la Red de Centros de Salud Sin Humo y 15 centros en 2020 por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. 3 centros en 2024, premios Best In Class. La GAAP está adherida a Sanidad Por el Clima y a la Red Sanitaria de RSC y Sostenibilidad de España

CONCLUSIONES

La GAAP, como primer nivel asistencial, ha estructurado los cambios que se ha propuesto emprender, fomentando un liderazgo y una cultura inspiradora que hacen frente a los retos del presente y futuro, contribuyendo a mejorar la salud integral y autonomía de las personas, familias y comunidad con criterios de equidad, calidad y sostenibilidad

EVALUACIÓN MEDIANTE AUDITORÍAS EXTERNAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROYECTOS ZERO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

 Pilar Jiménez García ⁽¹⁾; María José Bueno Muñoz ⁽¹⁾; María Rocío García Valriberas ⁽¹⁾; Mercedes Catalán González ⁽²⁾; Alberto Pardo Hernández ⁽³⁾; Elena Jiménez García ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Consejería de Sanidad. Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria.; ⁽²⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre.; ⁽³⁾ Consejería de Sanidad. Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.; ⁽⁴⁾ Consejería de Sanidad. Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.

Identificador: 918

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los “Proyectos Zero” (PZ) han sido impulsados desde 2009 por sociedades científicas y organismos del ámbito nacional con el objetivo de reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en las UCI. Estos programas han demostrado su efectividad en la prevención de bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica, infecciones urinarias relacionadas con la sonda uretral y la diseminación de bacterias multirresistentes. La pandemia por SARS-CoV-2 provocó un retroceso en su implementación, lo que impulsó la necesidad de relanzarlos y establecer mecanismos de evaluación sistemática. Entre las acciones prioritarias destaca la realización de auditorías externas para revisar el grado de cumplimiento de sus recomendaciones y detectar áreas de mejora.

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de los PZ en las UCI de un Servicio Público de Salud e identificar aquellas áreas de mejora necesarias.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo multicéntrico programado entre los meses de enero y septiembre de 2025 que incluye a 25 hospitales con un total de 31 UCI. En la fase de planificación se realizó el protocolo de auditoría por el área de Evaluación Sanitaria consensuado con la Subdirección General de Calidad y Seguridad del Paciente y el Grupo Coordinador de PZ, indicando aquellos aspectos a revisar, tanto por observación directa, como por verificación documental en registros de historia clínica o de actas y protocolos que permitan comprobar los procedimientos de trabajo que forman parte de los paquetes de medidas de los PZ. El pilotaje se llevó a cabo en el mes de enero de 2025 en dos hospitales de distinta complejidad. Además, se recogen otras prácticas seguras incluidas dentro de las recomendaciones de cada uno de los cuatro PZ como Higiene de Manos o formación en los proyectos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han recogido datos sobre las variables relacionadas con los cuatro proyectos, incluyendo aspectos organizativos, clínicos y formativos. Entre ellas se encuentran: la presencia de grupos de seguridad, el cumplimiento de medidas barrera, la disponibilidad de materiales y registros clínicos sobre inserción y mantenimiento de dispositivos invasivos, así como la existencia y accesibilidad de protocolos actualizados.

La implementación de auditorías externas sistemáticas permite disponer de información objetiva y comparable sobre el nivel de cumplimiento de los PZ entre centros. Esta iniciativa favorece la detección de oportunidades de mejora, promueve la estandarización de buenas prácticas y refuerza la cultura de seguridad. Asimismo, constituye una herramienta útil para el seguimiento y la mejora continua de la calidad asistencial, siendo la meta la seguridad del paciente y la excelencia en los cuidados del paciente crítico.

AUTOEVALUACIÓN DE LA MEJORA EN HIGIENE DE MANOS SEGÚN EL MARCO DE LA OMS: COMPARACIÓN 2013–2024 EN HOSPITALES PÚBLICOS

 Elena Jiménez García ⁽¹⁾; Luisa Serpa Ferreira ⁽²⁾; Natalia De Priso Sañudo ⁽¹⁾; Celia García Menéndez ⁽³⁾; Francisca García Lizana ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Consejería de Sanidad. Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.; ⁽²⁾ Hospital Universitario La Paz.; ⁽³⁾ Consejería de Sanidad. Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente.

Identificador: 919

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos es una intervención fundamental para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria y constituye un indicador clave de calidad asistencial y seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló en 2010 un marco de autoevaluación de la higiene de manos que permite a los centros sanitarios analizar el grado de implementación de una estrategia multimodal en este ámbito. Su aplicación periódica ofrece un análisis de la situación de esta práctica.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de los resultados obtenidos con el marco de autoevaluación de la higiene de manos de la OMS obtenidos en dos cortes temporales, 2013 y 2024, en hospitales de un Servicio Público de Salud.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo, de tipo comparativo longitudinal retrospectivo, en el que se evaluaron los cinco componentes del marco: cambio del sistema, formación y aprendizaje, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad. Los datos se agruparon según el porcentaje de centros que cumplían cada indicador y se clasificaron mediante un sistema visual tipo semáforo (verde: >75 %, amarillo: 50–75 %, rojo: <50 %), con el fin de identificar logros alcanzados y áreas de mejora persistentes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evidencia una evolución positiva en la mayor parte de los componentes evaluados. Se observa mayor disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) en los puntos de atención (81% 2013 frente 94% 2024). En el área de formación, se ha visto aumentada la frecuencia de la misma (78% vs 88%), la accesibilidad a los recursos educativos (85% vs 95%), así como el sistema para entrenar y validar a los observadores encargados de monitorizar el cumplimiento de la higiene de manos (35% vs 91%). En relación a las actividades de evaluación y retroalimentación, se ha visto un incremento de la evaluación del conocimiento de los profesionales sobre las indicaciones y la técnica correcta (46% vs 72%), el consumo de PBA (44% vs 74%), y las tasas de cumplimiento global (46% vs 85%). Se ha reforzado la distribución de los recordatorios visuales y materiales de apoyo (70% vs 91%). La categoría relativa al clima institucional es la que presenta más áreas de mejora, con un retroceso en el desarrollo de programas para involucrar a los pacientes en la promoción de la higiene de manos (54% vs 38%), y la persistente baja implantación de sistemas de reconocimiento a profesionales modelo (26% vs 47%).

La aplicación periódica del marco de la OMS ha demostrado ser una herramienta efectiva para evaluar la implantación de estrategias de higiene de manos y promover una cultura institucional orientada a la mejora continua. La comparación temporal permite evidenciar avances sostenidos en calidad y seguridad, y señala la importancia de integrar estos resultados en los sistemas de gestión, manteniendo el compromiso de profesionales, directivos y pacientes en el diseño de entornos sanitarios más seguros.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

 Carmen Montserrat Martín Noda; Virginia Flor Morales; Elena Perez Belmonte; sonia Mateo Sota; Maria Sanchez Diaz; Marta Maria Garcia Gonzalez

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 920

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de hospitalización pediátrica ingresan todos los pacientes <16 años, independientemente del Servicio responsable del ingreso. Esta organización puede generar algunos inconvenientes, dado que los facultativos de especialidades no pediátricas no están físicamente ubicados en la planta, lo cual puede ocasionar retrasos en la atención, y quejas por parte de los pacientes.

OBJETIVOS

Analizar las incidencias en la comunicación entre el personal de la unidad de hospitalización pediátrica y los servicios responsables de la cabecera de ingreso de los pacientes ingresados en esta unidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 18 de julio al 18 de octubre de 2024. Se definieron las incidencias a registrar, se informó a todo el personal de enfermería y se elaboró un registro específico que recoge las siguientes variables: Cabecera a la que está asignada el paciente, Motivo de la llamada, Número de llamadas telefónicas realizadas, Resolución de las incidencias y Tiempo de resolución. Análisis de resultados por el Grupo de Calidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 24 incidencias. Los Servicios con mayor número de incidencias registradas son Neurocirugía (38%), Psiquiatría (25%) y Traumatología- Ortopedia (21%). Los motivos, más frecuentes, fueron los relacionados con problemas con prescripciones (33%), solicitud de valoración diaria del paciente por parte de los especialistas (25%) y la aparición de nuevos síntomas o signos clínicos en el paciente (21%). En el 54% de los casos con una llamada se pudo resolver la incidencia, en el 38% se realizaron 2 llamadas y en el 8% de casos fue necesario llamar >=3 veces. El 46% de las incidencias reportadas se registran como no resueltas. En el 37% de la incidencia está resuelta. Un 17% no se registra si se resuelve o no. En los casos en los que se resolvió la incidencia (n=9), el tiempo transcurrido desde la primera llamada hasta la resolución fue <1 hora, en el 11%, de 1-3 horas en el 56% y más de 3 horas en el 33%. Se programó una reunión del grupo de calidad con la responsable de Sección de Psiquiatría pediátrica para compartir los resultados y plantear soluciones.

Implicar a las partes intercedidas en el análisis de los resultados ha permitido establecer e implantar acciones de mejora consensuadas y realistas, como:

- Establecer los canales de comunicación con la Sección de Psiquiatría pediátrica según la necesidad de detectada.
- Definir entre ambos servicios que situaciones se consideran que precisa una atención urgente.
- Facilitar la coordinación entre ambos equipos: una de las enfermeras de HDIJ diariamente acudirá a la planta de pediatría y una enfermera de pediatría acudirá semanalmente a la reunión de equipo Psiquiatría pediátrica.

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE PRODUCTOS SANITARIOS Y MATERIALES EN UNA UNIDAD DE DIGESTIVO

 VIRGINIA PALOMARES GAMERO; SONIA CANO BAILON; SANDRA CALLE AGUILAR; BEGOÑA MENESES DOMINGUEZ; MERCEDES PALENCIANO ALCOCER; GEMA HERNANDO LOECHES

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 921

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2022 el gasto total sanitario en España fue de 134.023 millones de euros, lo que representó el 9,95% del PIB y el 46% correspondió a atención hospitalaria. Los Supervisores de las unidades hospitalarias tienen la responsabilidad de realizar la adecuación y fomentar un correcto uso de los productos sanitarios de los que disponemos. Esto es lo que se aplicó en una Unidad de Digestivo (Hospitalización y Endoscopia)

OBJETIVOS

- Disminuir los tiempos del personal de una Unidad de Digestivo en la preparación del material mediante un correcto diseño del almacén.
- Disminuir el número de Errores en la administración de medicación en la unidad de hospitalización.
- Disminuir el gasto mediante la optimización del almacenamiento de productos sanitarios.

METODOLOGÍA

Se organizaron dos grupos de trabajo junto con los responsables de seguridad de paciente y personal de cada una de las unidades con amplia experiencia en los servicios.

En una primera reunión realizada en la Unidad de Endoscopias, se planteaban las dificultades del personal a la hora de localizar los materiales en los diversos almacenes del servicio, esta misma demanda fue manifestada por los profesionales de la unidad de hospitalización.

En Endoscopias los puntos se centraron en elaborar un plan de acción que consistía en:

Distribución de los recursos materiales en función de las actividades del servicio.

Elaboración de un plano de los almacenes del servicio con recursos materiales de cada uno de ellos.

En la unidad de hospitalización también se consensuó con el personal de la unidad la elaboración de un plano del almacén del servicio con los recursos materiales.

Junto con los profesionales se planteó realizar una revisión y una reestructuración del botiquín de medicación de la unidad.

RESULTADOS

Tras realizar la observación del personal a la hora de preparar las salas antes y después de los cambios efectuados se comprobó que los tiempos se habían reducido en un 50% después del cambio.

En la unidad de hospitalización en el año 2022 el 20% de los incidentes notificados correspondía a errores de medicación, reduciéndose a un 11,54% en 2023 tras los cambios efectuados.

En cuanto a los recursos materiales, tras la aplicación de los cambios, se disminuyó el coste de materiales en 716,71€ (primer mes tras la retirada/optimización de cantidades de productos de poco uso, evitando caducidades).

CONCLUSIONES

La revisión de los procesos junto a los profesionales y su implicación en estos planes de acción, mejoran el uso de los productos sanitarios contribuyendo a una mejor eficacia. Cada pequeña acción suma para conseguir un sistema más sostenible.

APLICACIÓN DE UN DAFO ESTRATÉGICO EN EL ANÁLISIS DE UN PROCEDIMIENTO

 VIRGINIA PALOMARES GAMERO; ZAIDA PEREZ CHICO; MARTA ALONSO BALSEIRO; ESTIBALIZ LUQUE MUÑOZ; NURIA FERNANDEZ JIMENEZ; CRISTINA DIEGO MARTIN

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 922

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El procedimiento para la continuidad de cuidados en el tratamiento intravenoso antimicrobiano en Atención Primaria lleva instaurado en un hospital 3 años. Los profesionales que lo coordinan desde la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) han identificado una aplicación irregular e incidencias en su aplicación.

OBJETIVOS

- Analizar la aplicación del procedimiento aplicado para la continuidad de cuidados en el tratamiento intravenoso antimicrobiano en Atención Primaria.
- Identificar mejoras en su desarrollo.

METODOLOGÍA

Se analiza la aplicación del procedimiento para la continuidad de cuidados en el tratamiento intravenoso antimicrobiano en Atención Primaria, mediante análisis DAFO, completado con un análisis CAME para definir acciones de mejora.

RESULTADOS

Antes del procedimiento (de 2018 a 2022) coordinación esporádica por la UCA de 1 ó 2 casos al año.

Ediciones del procedimiento: 1ª en diciembre 2022 (1 coordinación documentada en 2023); 2ª en febrero 2024 (4 coordinaciones documentadas en 2024)

Análisis DAFO (diciembre 2024):

- Debilidades, falta de conocimiento sobre circuitos específicos relacionados con el procedimiento (dispensación en Farmacia Hospitalaria, Coordinación con el Servicio de Urgencias, registro en Historia Clínica a pacientes ambulatorios)
- Amenazas, dificultad para la dispensación de material necesario, desconocimiento de prestaciones de Atención Primaria, falta de entrenamiento en cuidados de catéteres específicos.
- Fortalezas, implicación de las Direcciones y profesionales en el desarrollo del procedimiento.
- Oportunidades, Reducción de las estancias hospitalarias, aumento de la autonomía del paciente, optimización de los recursos, fomento de la coordinación entre ámbitos asistenciales.

Matriz CAME (diciembre 2024):

- Corregir, difundir de nuevo el procedimiento a los Servicios implicados y a Atención Primaria.
- Afrontar, ofertar/desarrollar formación específica en cuidados de catéteres específicos y explorar vías de dispensación de material.
- Mantener, reforzar la aplicación del procedimiento e identificar mejoras.
- Explorar, desarrollar herramientas para conocer la satisfacción y experiencia del paciente.

Enero 2024: aplicadas las medidas, exceptuando la satisfacción y experiencia del paciente. Entre enero y junio de 2025 se han documentado 8 coordinaciones completadas.

CONCLUSIONES

La aplicación de herramientas para la gestión de la calidad ha resultado clave en la identificación de mejoras y acciones concretas en el desarrollo del procedimiento.

Debemos seguir trabajando en herramientas que recojan la satisfacción de los pacientes y su experiencia.

PROMOVIENDO EL AUTOCUIDADO DE LA ENFERMEDAD CELIACA, UNA INICIATIVA COLABORATIVA

 VIRGINIA PALOMARES GAMERO; MIRIAM SALMERON SALPICO; SUSANA RIVERO VIÑA; ELENA MARTINEZ PEREZ; ROSA ANA ASHB-
AUGH ENGUIDANOS; MARIA ISABEL GARRIDO SERRANO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

Identificador: 923

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

En España, aproximadamente unas 450.000 personas padecen Enfermedad Celíaca (EC). Aproximadamente el 75% están sin diagnosticar.

Dentro de la línea estratégica “Compromiso con los usuarios” del Plan de Responsabilidad Social Corporativa del hospital alineado con el Objetivos de Desarrollo de la Agenda 2030 nº 3 Salud y Bienestar, se priorizó trabajar en un proyecto de mejora de abordaje de la EC.

OBJETIVOS

- Elaborar e implementar un proyecto de mejora en pacientes con EC.
- Sensibilizar a la población de nuestra área de influencia en la EC.
- Promover y promover el movimiento asociativo.

METODOLOGÍA

Desde el Servicio de Aparato Digestivo se analizaron las necesidades de la población con EC, mediante un grupo multidisciplinar de profesionales.

Se realizó una estimación de los pacientes adultos atendidos siendo de más de 500 pacientes al año.

En marzo del 2024 se realizaron las reuniones en las que participaron los Servicios de: Pediatría, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición y Calidad objetivándose las necesidades más demandadas sobre las que planificar acciones según rangos de edad.

Las conclusiones de las reuniones derivaron en un programa de actividades tuvo lugar en el mes de mayo aprovechando la difusión de los medios de comunicación con motivo del Día Internacional de la Enfermedad Celíaca.

El grupo decidió mantener la iniciativa en años consecutivos por lo que se mantuvieron reuniones multidisciplinarias en las que se determinó realizar diversos talleres/sesiones en el mes de mayo. Se elaboró un plan para dar respuestas a las dudas de los pacientes. Se determinó que todos los martes del mes de mayo estuviese enfocado a una temática.

La iniciativa se propuso también a la Concejalía de Sanidad de la localidad que se involucró activamente, facilitando los recursos para ello.

RESULTADOS

En el 2024 se llevaron a cabo charlas informando de sobre la EC que respondían las dudas de los asistentes. Se fomenta el movimiento asociativo en nuestra localidad.

Con una participación de 30 personas el primer año.

En 2025 se mantuvo el grupo y se planificó y llevó a cabo las siguientes actividades:

- Charlas colectivas.
- Incluir a la hostelería de la zona.
- Actividades en familia.
- I Jornada para personas con celiaquía.

Además, se añadió un método con encuesta para valorar la satisfacción de los pacientes, un total de 76 participantes de diversos grupos de edad y con un 98% de satisfacción en el resultado de la encuesta realizada.

Conclusión:

Como profesionales sanitarios tenemos la responsabilidad y el compromiso no solo de garantizar una atención sanitaria de calidad, si no de crear un espacio de conocimiento compartido, escucha activa. La participación de las instituciones locales y movimientos asociativos parece ser de gran utilidad para la visibilidad de los pacientes con EC.

Como próximos retos nos proponemos mantener esta jornada para su consolidación y evaluar la adherencia a la dieta en la EC.

“DEBRIEFING” COMO PROPUESTA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

 *Susana Sánchez Ramon; Maria del Mar Villacorta Martín; Elisa Alba Ingelmo Astorga; Ana Ramos Rodríguez; Jorge Gutiérrez Miguel; Ruth Anel Cuadrillero*

 *Hospital Universitario Río Hortega*

Identificador: 924

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de las Urgencias es costoso encontrar momentos para compartir experiencias y poder analizar fortalezas y carencias en la práctica clínica. Para trabajar este aspecto, en 2024 se propuso en nuestro Servicio de Urgencias un nuevo método de sesión clínica: “debriefing”, definido como una oportunidad para revisar una práctica e intercambiar opiniones. En nuestro medio se realiza a través de casos clínicos, incluyendo diversos escenarios: dificultades en el diagnóstico, comunicación y relación con otros servicios, errores subsanables o el propio contexto biopsicosocial del paciente. Se pretende que estas sesiones repercutan de manera positiva en la atención al paciente y la calidad de la misma.

OBJETIVOS

- Analizar situaciones reales que suponen un reto en la atención urgente.
- Mejorar en la práctica clínica a través de experiencias vividas.
- Aprender de forma conjunta el adecuado manejo en casos específicos de Urgencias, ya sea por la parte clínica o por el contexto acompañante.

RESULTADOS

Descripción de una experiencia docente:

Se han llevado a cabo 12 sesiones de “debriefing”. Se ofrecen voluntarios para tratar un tema que se quiera compartir con el resto de compañeros. En la mayoría, se ha presentado un caso clínico atendido por dicho/s profesional/es, en el que se han encontrado dificultades por la complejidad del caso, por la atención multidisciplinar, por algún conflicto con el paciente, etc. También se ha abierto con éxito la participación a otros servicios que quieran compartir esta metodología docente. Metodología basada en el análisis situacional con resultados aplicables en cada sesión y con puesta en marcha de una plan de formación posterior para refuerzo de lo aprendido.

CONCLUSIONES

La idea de hacer “debriefing” sobre casos que vemos en primera persona nos ha resultado muy enriquecedora. Nos ayuda a ser más analíticos y objetivos con nosotros mismos y hacer partícipe al Servicio de los aspectos de mejora. Se tiene en cuenta el trabajo en equipo, entre nosotros y con otros servicios, y se pone en valor la comunicación tanto entre profesionales como médico/paciente y familia. En muchas ocasiones tenemos situaciones tiempo-dependientes de difícil manejo y que con mayor perspectiva a través de este aprendizaje común, pueden resolverse de manera mejor. En definitiva, se trata de crear un debate activo e interactivo para darnos una visión más amplia de nuestro trabajo, generando importantes enseñanzas.

COMO CERTIFICAR LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN SERVICIO HETEROGENEO

 *Susana Sánchez Ramon; María del Mar Villacorta Martín; Ramiro Alonso del Busto; Ana María Blanco Ledo; José Mario Hernández Gajate; Raúl López Izquierdo*

 *Hospital Universitario Río Hortega*

Identificador: 925

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

La norma ISO 9001:2015 determina los requisitos de un sistema de gestión de la calidad aplicado a cualquier empresa, cuya acreditación resulta complicada debido a la heterogeneidad organizativa de las mismas. Presentamos el proceso de acreditación en un Servicio de Urgencias de tercer nivel.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Experiencia: Tras formación por parte de la organización en la dicha norma, ésta designa una persona experimentada en su implementación como persona consultora del desarrollo. Dentro del Servicio de Urgencias se establece un grupo coordinador formado por la jefatura de servicio y sección, tanto médicos como enfermería y auxiliares de enfermería, el facultativo responsable de docencia, el responsable de calidad, y otro facultativo del servicio designado como enlace con el resto de participantes. Con ayuda de la consultora, inicialmente se revisa el manual de funcionamiento del servicio y se establece el mapa de procesos del mismo. Tras realizar la solicitud de participación voluntaria de todos los trabajadores, aquellos que deciden colaborar se distribuyen en subgrupos de trabajo en función de los diferentes procesos del mapa, compuesto al menos por un miembro del grupo coordinador, un médico, una enfermera y una auxiliar. Los celadores se incluyen en aquellos procesos donde intervienen. Se establece en inicio como canal de comunicación grupos de whatsapp y correo electrónico, pero, ante la dificultad para la adecuada comunicación, se establece un grupo de Outlook para tal fin. La evolución del trabajo se evalúa mediante reuniones quincenales con la consultora, con implementación de sus correcciones y resolución de las posibles dificultades obtenidas; posteriormente se efectúa encuesta de calidad a los usuarios, hasta llegar a la auditoría interna con los resultados obtenidos durante los primeros seis meses de trabajo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque en inicio puede resultar complicado, con aparición de nuevas dificultades potencialmente corregibles en cada paso correctivo, la obtención de una norma de gestión de calidad confiere al Servicio de Urgencias una diferenciación basada en la confianza de los pacientes, el desarrollo en la participación de los empleados y un adecuado liderazgo como servicio.

EXPLORAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON METODOLOGÍA CUALITATIVA: ¿GANAMOS TIEMPO?

 M Mercedes Vinuesa Sebastián; DOLORES BARRIO RABANO; M JOSE RUBIO PEREZ; CONSUELO FERNANDEZ ASTIZ; ANTONIO PITA CARRANZA; AMELIA RODRIGUEZ NOGUEIRAS

 Hospital Universitario de La Princesa

Identificador: 926

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La percepción del paciente cada vez esta más incorporada a la practica asistencial. Esto ha cambiado nuestra visión de la gestión de procesos, aunque existen diferentes medios de obtenerla

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es disponer de datos de percepción del paciente de manera más rápida, directa y completa que las encuestas actuales, para incorporar antes medidas de mejora más adecuadas y específicas

Se plantea hacer un plan de exploración de la experiencia del paciente fundamentalmente con entrevistas semiestructuradas y observación no participante. Se identificaron las áreas asistenciales; Urgencias, Consultas y Hospitales de Día (médicos -3- y quirúrgico)

Se realizan entrevistas semiestructuradas: 2 de cada área al mes, durante 5 meses. Preferentemente por pares e incluyen los aspectos incluidos en la encuesta del SERMAS, otras áreas que los pacientes estimen y una valoración global (de 0 a 10). Las observaciones se realizan en la sala de espera de farmacia y en la de Admisión.

Se creo un formato de tabla virtual sencillo y compartido en el grupo, para incluir la información de manera más ágil.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizan 35 entrevistas (6 en Hospital de día O-H, 3 en la Unidad de Medicina Ambulatoria, 5 en la Unidad del Dolor, 3 en CMA, 8 en Urgencias y 10 en consultas) y dos observaciones no participantes. Se cumplieron los objetivos previstos, salvo en Urgencias por su mayor dificultad

La valoración global fue mayor de 9 en un 96% de los pacientes y 3 no aportaron valoración. En todas las entrevistas hubo comentarios positivos y puntos de mejora/sugerencias que coinciden con los items de la encuesta, aunque de manera más concreta y destaca el hallazgo de varias sugerencias que no hubieran sido recogidas en la encuesta como la falta de comprensión del triaje, los comentarios de los profesionales o la posibilidad de comunicación en la CMA. Se han planteado dos acciones de mejora que no se hubieran identificado con la encuesta.

En las observaciones se identificaron cuestiones de orden práctico muy relevantes que no se hubieran identificado en la encuesta

En Conclusión: un plan de análisis de la percepción mediante metodología cualitativa es muy bien admitido por los pacientes (ninguna negativa) y tiene la ventaja de que: 1/ se puede analizar cualquier área del centro cuando se desee, 2/ se pueden recoger aspectos más difíciles de escribir o incluir en una encuesta, 3/ se incluyen cuestiones más personales y sensibles de los pacientes, entendemos que por la naturaleza del entrevistador y 4/ la observación permite ver desde fuera nuestra organización y sus defectos. Por tanto, estos métodos son sencillos y ágiles, con muy buena valoración de los profesionales que los aplican, que recogen el agradecimiento de los pacientes y os permiten chequear la percepción de los pacientes y la organización asistencial de cualquier área y en cualquier momento, obteniendo más información que los métodos habituales cuantitativos

LA ACCESIBILIDAD A UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL COMO PRIORIDAD EN LA MEJORA

 IRENE DE BLAS GÓMEZ ⁽¹⁾; Elena Bartolomé Benito ⁽¹⁾; TERESA RINCÓN DEL TORO ⁽¹⁾; AGUSTÍN ALBILLOS MARTÍNEZ ⁽²⁾; Ana Isabel Cuns Moreno ⁽¹⁾; María Ángeles Carballo Carrillo ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN ONCOLÓGICA. DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIAL DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD;
⁽²⁾ Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud

Identificador: 927

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

El programa de cribado poblacional de detección precoz del cáncer de colon y recto (PCCCR) persigue disminuir la mortalidad e incidencia actuando para evitar su progresión en la población diana objetivo. El cáncer colorrectal (CCR) sigue siendo segunda la causa de muerte por cáncer en ambos sexos.

Un programa de cribado poblacional implica que esté organizado y gestionado de forma centralizada, cuidando la calidad de la atención de toda la población susceptible de ser incluida. Inmerso en un proceso continuo de mejora, un punto clave es el alcance a la totalidad de la población diana, favoreciendo una accesibilidad ecuánime y siguiendo el principio de equidad. El Proyecto de “Mejora de la Accesibilidad para la participación de la población invitada al PCCCR” se compone de diferentes líneas de actuación, de las cuales se exponen las tres primeras ya desarrolladas.

OBJETIVOS

Obtener una invitación del 70% de la población diana en el programa de detección de cáncer colorrectal alcanzando una participación del 50%

METODOLOGÍA

Dos actuaciones llevadas a cabo en el PCCCR con la ayuda de los fondos europeos MRR: Campaña de difusión orientada a centros sanitarios y no sanitarios para impactar en el mayor número de población diana, en diciembre de 2023. Y empleo de tecnologías para garantizar la comunicación y seguimiento de los ciudadanos desde la invitación al programa, tanto de nueva entrada como sucesivas o recordatorio de participación. A través de SMS y notificación en Tarjeta Sanitaria Virtual (TSV), y carta cuando los medios previos no son válidos, completada entre enero y abril de 2024. La tercera actuación implementada en mayo de 2024 conllevó la realización de un procedimiento, en Atención Primaria, para la entrega de la prueba de cribado, test de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo (TSOHi), en el centro de salud de referencia del ciudadano durante todo el horario de apertura sin cita previa.

RESULTADOS Cobertura de invitación en 2024 del 100% de la población diana del PCCCR. Mejora de la participación, alcanzando el 55% en el primer semestre de 2024, con los cambios implementados de diciembre de 2023 a mayo de 2024. En 2024 se obtuvo un incremento de la participación de un 28% respecto a la participación alcanzada en 2023. Tras el envío piloto de invitaciones, mediante notificaciones en TSV y SMS, se realizó el método de muestreo de aceptación por lotes y se determinó priorizar el SMS para todas las invitaciones.

CONCLUSIONES

La implementación de estas tres primeras actuaciones, interviniendo desde diferentes puntos de abordaje, han mejorado la comunicación y la participación del programa de cribado de cáncer colorrectal. En el PCCCR es preciso seguir con un proyecto de mejora de la accesibilidad a la población invitada para su garantía y calidad.

RETOS Y SINERGIAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN ISO 45001:2018 PARA GESTORES DE SISTEMAS DE GESTIÓN ISO 9001:2015

 Alejandro Rodríguez Quirós; Isabel Almendro Martínez; Alicia Díaz Redondo; Ignacio Sánchez-Arcilla Conejo; Mayra Mevici Garrafa Núñez; Alba Rapela Freire

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 928

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones que asumen el desafío de normalizar su actividad e implementan diferentes sistemas de gestión: calidad, medioambiente o seguridad y salud en el trabajo (SST); deben afrontar el reto de integrar estos sistemas para evitar circuitos de trabajo ineficientes o duplicados. Sobre este respecto la propia organización ISO realiza un trabajo de armonización de las normas, sin embargo, su ejecución práctica presenta sus propios obstáculos.

OBJETIVOS

Establecer pautas que faciliten la integración de los Sistemas de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo basados en modelos ISO.

METODOLOGÍA

Se realizó un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales especialistas en el ámbito de la calidad y la prevención de riesgos laborales. Se planificaron reuniones quincenales que se ampliaron posteriormente a reuniones semanales. Además, se realizó la revisión bibliográfica de documentación especializada.

RESULTADOS

Se evidencian distintas recomendaciones que podemos diferenciar en dos tipos:

Aspectos en común:

La planificación de los objetivos, evaluación de los grupos de interés y el análisis del contexto pueden establecerse con el mismo marco conceptual que se utiliza en el sistema de gestión de calidad, pero adaptando los contenidos.

La experiencia en el desarrollo de evaluaciones del desempeño y la sistemática de mejora, puede trasladarse de forma equivalente desde el modelo ISO 9001 al modelo 45001.

Aspectos diferenciales de la gestión de SST:

Valoración del riesgo multinivel. Debe contemplarse una valoración de los riesgos al nivel global de la organización, una valoración de riesgos de los procesos del sistema de gestión de SST y, como principal diferencia, la valoración de los riesgos y los peligros de los trabajadores como proceso operativo del propio sistema de gestión.

Especificidad de los requisitos de operación. La implementación del sistema de gestión de SST en una organización sanitaria en el ámbito español implica el cumplimiento de un amplio marco legislativo. Esto se traduce en la práctica en una enorme ampliación de los requisitos operativos que la norma explicita.

Políticas y participación de los trabajadores. El liderazgo del sistema debe incluir la participación directa de los trabajadores o a través de sus representantes. Además, deben establecerse políticas propias dirigidas a la SST.

CONCLUSIONES

La experiencia en un Sistema de Gestión de Calidad basado en el modelo ISO 9001:2015, permite facilitar una estructura conceptual y de trabajo que favorece la integración del Sistema de Gestión en SST del modelo 45001:2018. No obstante, es imprescindible la creación de nuevos sistemas de trabajo específicos para el sistema de gestión de SST.

ADAPTACIÓN DEL INFORME DE SOSTENIBILIDAD DE LA GLOBAL REPORTING INITIATIVE A UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA PÚBLICA

 *Alejandro Rodríguez Quirós; Alba Rapela Freire; Isabel Almendro Martínez; Alicia Díaz Redondo; Isabel Izquierdo Membrilla; Marta Sánchez-Celaya del Pozo*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 929

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad y responsabilidad social

JUSTIFICACIÓN

Actualmente la importancia de la Agenda 2030, se ha trasladado a una mayor prioridad de las organizaciones en materia de responsabilidad social corporativa. Por lo que surge la necesidad de contar con herramientas que permitan monitorizar los avances conseguidos. Una herramienta crucial es el Informe de Sostenibilidad de la organización. Para la comparación de los avances a nivel internacional surgen estándares como la Global Reporting Initiative (GRI). Sin embargo, adaptar estos estándares supone un reto para las organizaciones sanitarias públicas, al estar muy enfocadas para el ámbito privado.

OBJETIVOS

Mejorar el seguimiento, evaluación y comparación de resultados de las acciones enfocadas a reducir los riesgos no financieros de una organización sanitaria.

METODOLOGÍA

Se realizó la revisión de memorias de sostenibilidad de organizaciones sanitarias, no sanitarias, públicas y privadas. Posteriormente se seleccionaron aquellas que se elaboraron siguiendo los criterios de la GRI. Se establecieron grupos de trabajo para analizar los criterios por áreas del hospital: Gerencia, Gestión, Prevención de Riesgos Laborales, Recursos Humanos, Admisión, Gestión Medioambiental, Formación Continuada, Calidad, entre otros. Finalmente, se elaboró un análisis de materialidad para la selección de los estándares de aplicación a nuestro hospital.

RESULTADOS

Se estableció un cuadro de mando que permite la comparación internacional y transversal entre organizaciones de diferentes características. Se incluyeron indicadores: actividad, proveedores, medioambiente, seguridad y salud en el trabajo, formación continuada, datos económicos, seguridad del paciente y calidad, experiencia del paciente. Con especial atención a los indicadores relacionados con recursos humanos que presentan enormes retos de comparación.

La asunción de criterios externos permitió detectar áreas con menor desarrollo en la organización, por ejemplo, elaboración de análisis de materialidad, estándares económicos o aspectos relacionados con el fomento de la salud en el trabajo.

La adaptación de estos estándares presentó importantes desafíos. Resultó necesario establecer un sistema de evaluación del valor generado por la empresa que trascienda el ingreso monetario y cómo se traslada en valor para la sociedad. Además, los estándares definen estructuras corporativas de gobierno difícilmente comparables con los organigramas clásicos de los hospitales públicos.

Finalmente, la asunción de estos estándares debe estar ligada a una cultura de transparencia avanzada, por la sensibilidad de los temas incluidos. Asimismo, es necesario contar con un sistema amplio de participación de los grupos de interés.

CONCLUSIONES

La adaptación e incorporación de los criterios de la GRI nos ha permitido seleccionar indicadores de mayor relevancia y comparables con un mayor número de organizaciones. Además, los estándares establecen un sistema que permite evaluación de resultados independiente de criterios subjetivos y se detectaron nuevas áreas de mejora.

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE LA OBESIDAD: MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA DESDE UN ENFOQUE HOLÍSTICO

 *María Murillo Blasco; María García Velarte; Celeste García Lanzón; Luis Vargas Rodríguez; Vanessa Soriano Paños; María Pilar Mallada Viana*

 *Centro de Salud Rebolería*

Identificador: 931

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, en cuyo desarrollo influyen no sólo los hábitos de vida, sino también factores genéticos, metabólicos, psicológicos, socioculturales, neuroendocrinos... Y se asocia hasta en un 90% a esteatosis hepática. La adherencia terapéutica a los cambios de hábitos a medio y largo plazo en estos pacientes es baja. Por este motivo hemos desarrollado un programa en el que intentamos realizar una intervención en los hábitos de vida de forma multidisciplinar, abordando tanto la esfera física, como la psicológica y la social.

Realizar una intervención sobre los hábitos de vida en personas con obesidad ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar su composición corporal y los niveles de esteatosis hepática. Creemos que es importante determinar la prevalencia de esta entidad en un grupo de pacientes con obesidad de nuestro centro de salud, y valorar su evolución tras realizar una intervención multidisciplinar en el propio centro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Principal: Evaluar el efecto de una intervención educacional en la composición corporal medida con impedanciometría y el nivel de esteatosis hepática.

Específico:

- Determinar la relación entre la mejoría en la composición corporal y la reducción en los niveles de esteatosis hepática.
- Estudiar la relación entre la mejoría en la composición corporal y las medidas antropométricas y de laboratorio.
- Medir el impacto de la intervención en la calidad de vida y la adquisición de hábitos saludables.

METODOLOGÍA

Estudio cuasi experimental pre-post. Se realizaron dos puntos de corte, uno inicial y otro final en el que a los pacientes se les midieron parámetros analíticos, impedanciometría y se realizó una elastografía hepática. Se realizaron también charlas quincenales por profesionales de psicología, nutrición, enfermería, medicina y fisioterapia, así como una evaluación y programa de actividad física

RESULTADOS

Pendientes de recoger datos al finalizar proyecto y de resultados de fibroscan (junio y julio 2025)

Aprendizaje por parte del equipo de salud en el abordaje del paciente con obesidad.

Descentralización de la reducción de peso como objetivo principal, tanto para los profesionales como para los pacientes.

Valoración positiva de este enfoque, algunos pacientes manifiestan necesidad de control del peso.

Necesidad de herramientas para abordar problemáticas que afectan a muchos de los pacientes.

CONCLUSIONES

Ha supuesto un cambio para los profesionales de salud en el abordaje del paciente con obesidad, tanto en el grupo como en la consulta.

Los pacientes demandan un mayor control, aunque reconocen haber cambiado la valoración sobre su propio cuerpo y han centrado sus objetivos en otros resultados como el aumento de la capacidad para la actividad física.

Sería interesante evaluar los resultados a largo plazo, ya que al tratarse de un enfoque conductual enfocado en cambios pequeños pero sostenibles, evaluar los resultados a 1 año puede llevar a minusvalorar este enfoque.

REDUCCIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA MEDIANTE TRATAMIENTO INTENSIVO EN URGENCIAS

 Susana M Raigal Jurado; M Luz Blanco Linares; Cristina Ayala Nicolás; Carmen Moreno Barba; Francisco Javier Sierra Prefasi; Julián Alcaraz Martínez

 Hospital Morales Mesequer

Identificador: 932

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Hay pacientes con determinadas patologías crónicas que sufren agudizaciones ocasionales de las mismas y que en ocasiones requieren de ingreso hospitalario. En ocasiones, con un tratamiento intensivo y valoración del estado tras unas horas de evolución, puede evitarse este ingreso, al recobrar una situación que permite el alta, tras superar la fase aguda.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es mejorar la atención a pacientes con Insuficiencia cardíaca en Urgencias, evitando ingresos innecesarios. Desde hace unos años se cuenta en el servicio de Urgencias, con una unidad, el área de evolución de Urgencias (ADEC). En ella, pacientes que acuden por descompensación de determinadas patologías reciben un tratamiento intensivo durante un máximo de 24 horas, retrasando la decisión de su ingreso hasta valorar si su evolución en este periodo de tiempo hacía posible evitarlo. La patología que más frecuentemente cumple las características para entrar en esta área es la insuficiencia cardíaca. En este trabajo se valora la frecuencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en la ADEC en el año 2024, su destino, edad media, horas de estancia y se compara con los datos de pacientes ingresados por ese mismo diagnóstico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han atendido a 917 pacientes en la ADEC en 2024, 291 de ellos (31,7%) con insuficiencia cardíaca. La estancia media de los pacientes con esta patología en urgencias ha sido de 18,7 horas. La edad media, 84,9 años, el 62% de sexo femenino y el 66% tenía prescritos 10 o más fármacos. De ellos, 238 han sido alta inicialmente (81,8%) reconsultando en menos de 72 horas por el mismo motivo 8 pacientes (ingresando 5) y en más de 72 horas, 36 pacientes (21 ingresos). En conjunto han sido 78 ingresos (26,8% del total). Sólo 1 paciente ha fallecido durante su estancia en urgencias.

En este mismo año han ingresado en nuestro hospital 1396 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, con una edad media de 80 años y una media de 8,66 días de estancia.

Asumiendo que se han evitado teóricamente 213 ingresos, si asignamos la estancia de 8,66, supondrían 1774 días de estancia evitadas (4.8 camas de hospitalización diarias)

CONCLUSIONES

Un grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca se ha beneficiado de un tratamiento que ha permitido su estabilización y ha evitado su ingreso hospitalario. Las estancias evitadas, solo en estos pacientes, suponen casi 5 camas disponibles diarias.

OPTIMIZANDO EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES EN AP: IMPLEMENTACIÓN DE LA INICIATIVA CARABELA AP

 Aitziber Izarra Navarro ⁽¹⁾; Rafael Manuel Micó Pérez ⁽²⁾; José Polo García ⁽²⁾; Carmen Moreno Redondo ⁽³⁾; Inés Orejana Martín ⁽¹⁾; Pilar Rodríguez Ledo ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A.; ⁽²⁾ SEMERGEN; ⁽³⁾ Astrazeneca Farmacéutica Spain, S.A.; ⁽⁴⁾ SEMG

Identificador: 934

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas prevalentes (ECP), como el asma, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca, representan una elevada carga asistencial para el sistema sanitario. La iniciativa CARABELA AP, promovida por las sociedades científicas españolas (SSCC) SEMERGEN, SEMG y SECA, surge ante la necesidad de optimizar su manejo integral en el ámbito de la atención primaria (AP).

OBJETIVOS

Los objetivos fueron 1) desarrollar una herramienta informática de autoevaluación (playbook) que permita a los centros de salud (CS) españoles detectar áreas de mejora en el abordaje de estas 5 ECP y que proponga soluciones e 2) implementar esta herramienta de autoevaluación en un gran número de CS de todas las comunidades autónomas.

METODOLOGÍA

Para ello se constituyó un comité científico con representantes de las 3 SSCC que caracterizó el proceso asistencial para abordar estas 5 patologías y se definieron indicadores. En más de 100 CS de todas las CCAA, se comparó este proceso ideal con la realidad descrita por los profesionales y se detectaron 21 áreas de mejora y 37 soluciones agrupadas en seis bloques (tecnología, educación sanitaria, formación, organización, protocolos y recursos). Con esta información, se desarrolló el playbook para la autoevaluación de los centros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 117 reuniones aplicando el playbook en las que participaron 397 centros de salud vinculados a 59 hospitales y 379 profesionales.

Se detectaron como áreas de mejora y se propusieron como soluciones (ejemplos):

- En tecnología: ausencia de alertas en la historia clínica, proponiéndose crearlas, y trabajar en la interoperabilidad entre atención primaria y hospitalaria.
- En educación sanitaria: es escasa, para pacientes y cuidadores, y hay carencia de materiales actualizados, para lo que sugieren sesiones formativas.
- En formación: falta de capacitación en pruebas diagnósticas en AP, proponiéndose formación específica para medicina y enfermería.
- A nivel organizativo: déficit de recursos de enfermería y falta de circuitos de derivación rápida, proponiendo su diseño e implementación.
- En protocolos: ausencia de estandarización en la historia clínica y el infradiagnóstico, recomendándose protocolos de derivación y procesos asistenciales integrados por patología.
- En recursos: falta de acceso a rehabilitación y a unidades de día, sugiriéndose la integración de hospitales de día en el manejo de estos pacientes.

CONCLUSIONES

CARABELA AP pretende mejorar el proceso asistencial de 5 ECP en centros de salud españoles mediante la implementación estructurada de soluciones clave que cubren áreas de mejora identificadas. Se inicia ahora una última fase en la que, tras la implementación de las soluciones propuestas, se va a medir el impacto. Este proyecto refuerza la necesidad de definir estrategias adaptadas a cada centro que conduzcan a la transformación del sistema sanitario.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

😊 *María Murillo Blasco*⁽¹⁾; *Gloria Navarro Aznarez*⁽¹⁾; *MARIA TERESA GARCIA RUIZ*⁽¹⁾; *M ISABEL BELLOSO RODANES*⁽¹⁾; *Ana Alcolado Aranda*⁽¹⁾; *Maria Isabel Murillo Blasco*⁽²⁾

🏢⁽¹⁾ *CS Rebolera*; ⁽²⁾ *CS Lucero*

Identificador: 935

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) independiente. El conocimiento de la prevalencia en la población general puede ayudar a la detección precoz de la ERC y prevenir o retrasar su progresión. La prevalencia de la ERC en la población adulta es de un 9-10%, aumentando en mayores de 64 años a un 21.4% y ascendiendo hasta el 35-40% en patologías prevalentes como hipertensión arterial o diabetes mellitus. La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (eGFR) ≤ 60 ml/min/1.73 m², o como la presencia de daño renal (albuminuria, hematuria, alteraciones histológicas o pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses. Áreas de mejora: - Mejorar el diagnóstico de la ERC en nuestro medio a través del correcto registro en historia clínica. - Realizar el estadiaje con eGFR y cociente albúmina/creatinina (CAC) en aquellos pacientes con el diagnóstico de ERC. - Mejorar el manejo global de la enfermedad y de las comorbilidades asociadas con factores de riesgo cardiovascular. Análisis de Causas: - Existe un infradiagnóstico de la ERC. - No se realiza el estadiaje y tampoco existe un lugar específico que facilite su registro en historia clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: Conocer los efectos de una intervención formativa que incluya correcto diagnóstico y registro de daño orgánico y/o funcional renal, a través del eGFR y CAC).

Objetivos secundarios:

- Conocer la prevalencia de ERC antes de iniciar el proyecto, en mayores de 18 años que tengan el episodio específico abierto y/o un eGFR en el último año ≤ 60 ml/min/1.73 m². - Determinar el registro de estadiaje de la ERC en la historia clínica
- Conocer las comorbilidades asociadas más frecuentes (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaco y diabetes mellitus).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha optado por estudiar una muestra representativa y aleatoria.

Algunos de los resultados, hasta ahora, son la baja prevalencia de la ERC en nuestra población adulta (> 18 años) que se puede explicar porque únicamente la hemos estudiado en el periodo del 1/6/23 al 30/6/24, es más frecuente en mujeres, existe un infrarregistro del 27,7%, sin embargo existe un alto registro del estadio del 65% siendo el grado 3a el más frecuente. Se han estudiado los factores de riesgo y las comorbilidades asociadas a la ERC y tratamientos como IECA/ARA II, hipolipemiantes e iSLGT2.

Hay que reconocer que nuestro sistema OMI, no ayuda al registro de la ERC ni a su estadiaje, esto requiere de nuestra formación/memoria/datos propios y de que seamos proactivos.

Es necesario concienciar a los profesionales y realizar formación continuada.

En junio-julio 2025 se analizarán los datos posteriores a la formación dada a los profesionales del centro.

INCIDENTES DE SEGURIDAD REPORTADOS POR PACIENTES EN UNIDADES QUIRÚRGICAS: DÓNDE ESTAMOS?

Olga Rubio Sanchiz; Jessica Farre Guardia; Rosa Delia Ramirez Ruiz

 Hospital Clinic de Barcelona

Identificador: 936

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medició dels incidents reportats pels pacients (PRIMS) contribueix significativament a la seguretat del pacient i l'atenció de qualitat proporcionant informació valiosa sobre incidents de seguretat, factors contribuents i resultats.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar els PRIMS en diversos serveis quirúrgics i algun metge del Hospital Clinic de Barcelona durant el 2023 i durant 3 mesos.

Estudi observacional prospectiu qualitatiu i quantitatiu de recolecció de PRIMs. S'han reconegut variables demogràfiques i s'ha realitzat una enquesta d'avaluació de PRIMs atenent a diferents dimensions de seguretat, elaborada per l'equip d'Experiència del pacient de l'Hospital de Barcelona, després de fer una revisió de la bibliografia, consensuada amb l'equip de professionals i validada amb pacients. Enquesta amb respostes tipus Likert.

Els pacients van ser seleccionats pels equips assistencials.

Les consultes s'han enviat per correu electrònic amb Lymesurvey. Las encuestas s'enviaran al novembre del 2023. Els participants primer van rebre un correu electrònic explicant els objectius de l'estudi i on també constava el consentiment informat.

Els resultats s'analitzaran mitjançant anàlisis quantitativs descriptius analitzant mitjans i percentatges.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La encuesta es va enviar a 1791 pacients i van respondre 396; tasa resposta del 22'11%.

El 56% de las personas son mujeres. La mayoría tienen más de 55 años y la mayoría responden por el paciente.

El 12% es refereix a haver patit algun incident de seguretat, comunicar-se a l'equip assistencial (87%). La mitad (51%) mencionan que l'incident no s'ha resolt com ells hubieran desitjat.

La majoria va percebre un risc baix de caigudes, i un 1% va tenir una caïda. Asi mateix la majoria es refereix que els equipaments, son segurs, còmodes i còmodes i que el tracte rebut per l'equip professional ha estat de respecte, respectant la confidencialitat i la intimitat.

En quant a l'administració de fàrmacs, un 4% dels pacients es refereixen a errors en l'administració de fàrmacs. Un 2% es refereix haver tingut alguna alergia relacionada amb fàrmacs i un altre 2% relacionat amb medicaments. El 6% es refereix que ha podido contraer alguna malaltia infecciosa, i un 5% es refereix que se'ls va repetir alguna prova.

En relació a la gestió d'informació prèvia a l'entrada i durant l'ingrés a la majoria estan satisfets amb la informació, però en relació a la informació de la gestió d'incidències de seguretat, existeix molta variabilitat a les respostes.

Conclusions

Els pacients disposen d'informació valiosa en relació amb la seva seguretat i poden ajudar a identificar els incidents de la seva perspectiva dels usuaris del sistema. Aquesta informació pot ser molt valiosa, útil i complementària a l'informe de notificacions de seguretat que fan els professionals, contribuint ambdós a millorar l'assistència, experiència, seguretat i qualitat.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO CON ERC: UNA REVISIÓN ESTRUCTURADA DE LA MEDICACIÓN.

😊 María Murillo Blasco ⁽¹⁾; Gloria Navarro Aznarez ⁽¹⁾; Laura Galino Serrano ⁽²⁾; Fátima López Mendez ⁽³⁾; María Antonia Sanchez Calavera ⁽⁴⁾; Maria Isabel Murillo Blasco ⁽⁵⁾

🏠 ⁽¹⁾ CS Rebolera; ⁽²⁾ CS Rebolera; ⁽³⁾ Universidad de Zaragoza; ⁽⁴⁾ CS Casablanca; ⁽⁵⁾ CS Lucero

Identificador: 937

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) en la población adulta es del 9-10%, aumentando en mayores de 64 años hasta el 21,4% y ascendiendo hasta el 35-40% en patologías prevalentes como la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes mellitus (DM) [2, 3]. La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular estimado (eGFR) < 60 ml/min/1,73 m² y/o como la presencia de daño renal (albuminuria, hematuria, alteraciones histológicas o en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.

El objetivo en el manejo de esta enfermedad es retardar el deterioro de la función renal, una de las medidas para lograrlo es la retirada o modificación de dosis inadecuadas de medicamentos, para evitar la nefrotoxicidad asociada a los mismos. Por ello, una de las funciones de la Atención Primaria es la desprescripción en la población anciana, especialmente en personas mayores frágiles.

OBJETIVOS

Determinar en un centro de salud urbano, la prevalencia de pacientes ≥ 75 años con enfermedad renal crónica (ERC) que precisarían intervención en sus pautas de tratamiento, conocer en qué grupos farmacológicos sería más necesario intervenir y posteriormente, determinar el porcentaje de pacientes en los que se actuó.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo antes y después de una intervención formativa. El listado de pacientes se obtuvo del sistema informático del laboratorio de Bioquímica del hospital de referencia a fecha 31 de diciembre de 2019. Las variables estudiadas se obtuvieron del sistema informático de atención primaria OMI-AP. Se revisaron todos los tratamientos crónicos en receta electrónica durante el año 2020.

RESULTADOS

De 1937 pacientes ≥ 75 años, el 9,19% presentaban una tasa estimada de filtración glomerular (eGFR) < 60 ml/min/1,73m². En este grupo, la media de edad era de 86,24 años, el 69,67% eran mujeres, el 88,76% polimedicados y una media de comorbilidades de 6,56 por paciente. Los grupos farmacológicos más prescritos fueron: analgésicos/antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), antihipertensivos, diuréticos, hipolipemiantes y antidiabéticos orales. Precisaban intervención el 66,85% pacientes, con un total de 205 intervenciones necesarias, realizándose un 53,17%. Grupos terapéuticos con mayor necesidad de intervención: analgésicos/AINEs (intervención: 80,00%), antidiabéticos orales (se intervinieron el 51,72%), antihipertensivos: 38,89%.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes usaban medicamentos en dosis inadecuadas para su estadio de ERC. El perfil de la población: edad ≥ 75 años, pluripatología, polimedicación y ERC, son factores de riesgo para la aparición de acontecimientos adversos a la medicación. Resulta imprescindible la revisión continua y estructurada de la medicación en todos los pacientes.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVITREO DE FARICIMAB EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR Y EDEMA MACULAR DIABÉTICO

 *Estefanía Palazón González; Noemí Manresa Ramón; Roser Alegría Samper; María Hernández Sánchez; María Guillén Díaz; Sheila Clavijos Bautista*

 *Hospital General Universitario Morales Meseguer*

Identificador: 939

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso creciente de faricimab y su presentación multidosis plantean retos logísticos y económicos. El fraccionamiento en jeringas intravítreas desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) se propone como solución eficaz.

OBJETIVOS

- Centralizar en el SFH el procedimiento de validación, dispensación y elaboración de faricimab 6 mg (0.05 ml) jeringa intravítrea.
- Analizar la carga asistencial e impacto económico del fraccionamiento de los viales de faricimab.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de tercer nivel para analizar el circuito consensuado con el Servicio de Oftalmología (SO) y evaluar la carga asistencial y el impacto económico. El periodo de análisis fue de noviembre de 2023 a abril de 2025 (18 meses). El circuito incluye:

1. Las administrativas del SO agrupan a los pacientes en tratamiento activo con faricimab dos días a la semana (martes y miércoles), a partir de las 11 h, en la consulta de administración intravítrea.
2. La semana previa, la enfermera coordinadora de intravítreas imprime el listado de pacientes para su validación por el farmacéutico. Ante cualquier incidencia, se contacta con el oftalmólogo responsable.
3. Validado el tratamiento, se imprimen las hojas de preparación y etiquetas identificativas, lo que permite gestionar los viales. De cada vial (28,8 mg/0,24 ml) se preparan 3 jeringas de 6 mg (0,05 ml).
4. El día de la cita, a primera hora, se elaboran las jeringas en cabina de flujo laminar vertical, bajo condiciones asépticas. Tienen una estabilidad de 24h en nevera y deben protegerse de la luz. Las jeringas se purgan para evitar burbujas y asegurar la dosis correcta.
5. La administración al paciente se realiza sin demoras, ya que la jeringa está preparada y lista al llegar a consulta.

RESULTADOS

se han elaborado 2.172 jeringas de faricimab para tratar a 270 pacientes. Se han utilizado 724 viales, gracias al fraccionamiento, lo que ha permitido ahorrar 994 viales y supone un impacto económico total de 462.557,90 €. En términos de seguridad, no se ha registrado ningún efecto adverso ni incidencia.

CONCLUSIONES

la centralización del fraccionamiento de faricimab en el SFH es una estrategia eficaz para optimizar recursos, mejorar la seguridad y garantizar la calidad en la administración. Además, permite agilizar las consultas del SO, mejorar la organización de la sala blanca, asegurar la esterilidad, reforzar la trazabilidad y minimizar errores de dosificación.

DOBLE ESTRATEGIA PARA REFORZAR LA SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN

 Sheila Clavijos Bautista; Consuelo García Motos; Adrián Martínez Orea; María Guillén Díaz; Julián Alcaraz Martínez; Josefa León Villar

 Hospital General Universitario Morales Meseguer

Identificador: 940

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión segura y eficiente de los medicamentos en los sistemas automatizados de dispensación (SADME) es clave para garantizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad y seguridad del inventario de medicamentos en los SADME.
- Garantizar la disponibilidad óptima y segura de los medicamentos.
- Prevenir errores de administración y reforzar la trazabilidad.
- Analizar incidencias para implementar medidas correctoras de manera ágil.

METODOLOGÍA

Implantación de un procedimiento de doble verificación en los SADME, distribuidos en diferentes áreas del hospital (Quirófanos y Servicio de Urgencias). La primera línea de control consiste en un inventario continuado, realizado diariamente por los Técnicos Auxiliares de Farmacia (TAF) en aquellos medicamentos que se reponen. De forma complementaria, se realiza una revisión aleatoria dos veces por semana (martes y jueves), en la que se seleccionan cinco medicamentos aleatorios por SADME, para lo cual se desarrolló una plantilla control de calidad mediante la cual el técnico verifica: medicamento con ubicación correcta, condiciones de almacenamiento correctas, cantidad coincide con el stock teórico y si existen discrepancias en la caducidad de los mismos.

Las incidencias detectadas se registran en un formulario específico y se trasladan a un fichero Excel para su seguimiento y análisis, que incluye alertas ante umbrales críticos en las incidencias detectadas (tasa de error superior al 20%). Los resultados se agrupan por SADME y se analizan con enfoque de mejora continua en base a los resultados, priorizando aquellos con tasa de error que superan el umbral crítico.

RESULTADOS

Desde noviembre de 2024 se han realizado 48 controles aleatorios, abarcando 240 medicamentos y 4.800 indicadores de control. La tasa de error promedio en los SADME de mayor uso (Boxes, Camas y quirófano de Urgencias) fue del 9,7%, 11,4% y 10,2% respectivamente, frente a valores inferiores al 10% en quirófanos programados (8,2% y 6%). Solo tres controles superaron el umbral crítico del 20%. Los errores más frecuentes fueron cantidades incorrectas y fallos en el registro de caducidades, sin detectarse errores en ubicación ni condiciones de almacenamiento.

CONCLUSIONES

La estrategia dual de control ha optimizado la calidad y seguridad de los medicamentos en los SADME, consolidando una vigilancia continua y estructurada. Ha permitido detectar errores que la revisión diaria no identifica, facilitando la adopción rápida de medidas correctoras como reubicación, mejora de señalización y refuerzo formativo. La tendencia muestra una reducción progresiva de errores y una consolidación de la cultura de calidad y seguridad en la gestión del medicamento.

IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES PROA COMUNITARIAS EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Muros Ortega ⁽¹⁾; María Carmen García Seligrat ⁽²⁾; Sheila Clavijos Bautista ⁽¹⁾; Estefanía Molina García ⁽²⁾; Julian Alcaraz Martínez ⁽¹⁾; Josefa León Villar ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital General Universitario Morales Meseguer; ⁽²⁾ CS Cabez de Torres

Identificador: 941

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Comparar el consumo de antimicrobianos en 2023 y 2024 permite evaluar tendencias de uso y el impacto de las medidas implantadas, contribuyendo al control de resistencias.

OBJETIVOS

Analizar los cambios en los indicadores del programa PROA comunitario de 2024 vs 2023 y la media regional, describir las acciones realizadas y detectar oportunidades de mejora para 2025.

METODOLOGÍA

Implantación del programa PROA comunitario en 2023. Durante 2024, se realizaron visitas a los 15 centros de salud, con un total de 120 asistentes entre médicos de familia (MFyC) y pediatras de Atención Primaria (PAP). Se difundieron los 12 indicadores PROA para MFyC y los 6 de PAP, la guía de referencia, el mapa de sensibilidades del área, se promovió el uso del test de detección rápida de estreptococo, la receta diferida, el protocolo de tosferina y los protocolos de toma de muestras. Los datos se analizaron para valorar el impacto de las intervenciones y detectar oportunidades de mejora para 2025.

RESULTADOS

Los resultados para MFyC, muestran mejoría del 75% de los indicadores. Menor consumo global e inferior a la media regional, menor consumo de amplio espectro y mayor de espectro reducido, mejorando la media regional, aumento de amoxicilina sola y de penicilinas sensibles a beta-lactamasas, superando la media regional y, reducción de quinolonas. Los 3 indicadores AWARe de la OMS han mejorado. En negativo, aumento de macrólidos, de cefalosporinas de 3ª G y reducción de fosfomicina. En pediatría se han mejorado en el 67% de los indicadores. El consumo global es inferior la media regional, reducción de cefalosporinas de 3ª G y amoxicilina-clavulánico y; han aumentado las penicilinas sensibles a beta-lactamasas, mejorando la media regional. En negativo, reducción de amoxicilina sola y aumento de macrólidos. Un total de 23 charlas (9 de referentes), 90 informes, y 3 reuniones del equipo PROA comunitario del área. El uso del test rápido muestra un incremento porcentual del 656%, 396 test en 2023 vs 2.995 en 2024. El crecimiento porcentual de receta diferida ha sido del 465%, con 233 recetas en 2023 vs 1.316 en 2024. Mejora para 2025 en ambos grupos, será la reducción de macrólidos. En adultos, reducir las cefalosporinas de 3ª G y potenciar fosfomicina. En pediatría, se debe potenciar la amoxicilina sola.

CONCLUSIONES

Las acciones del equipo PROA comunitario y los referentes PROA, han tenido un impacto positivo en los patrones de prescripción antibiótica en 2024, contribuyendo a una mejora en la calidad del uso de los antimicrobianos. La difusión de la guía de referencia, el impulso del test rápido y la promoción de la receta diferida, han contribuido a la mejora de los indicadores, especialmente en MFyC. En Pediatría, si bien se han observado mejoras, el aumento de casos de tosferina ha condicionado un mayor uso de determinados antibióticos, siendo objetivo de mejora para el próximo año.

ESTANCIAS EVITADAS POR EL ÁREA DE EVOLUCIÓN DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL EN EL AÑO 2024

 Susana Raigal Jurado; M^a Luz Blanco Linares; M Carmen Moreno Barba; Cristina Ayala Nicolas; Maria E Molina Carrasco; M Angeles Legaz Hernández

 Hospital Morales Meseguer

Identificador: 942

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Desde 2018 se cuenta en el servicio de Urgencias de nuestro hospital con un área de evolución de Urgencias y Cuidados Transicionales (ADECT). En ella, pacientes que acuden por descompensación de determinadas patologías, generalmente crónicos y habitualmente complejos, reciben un tratamiento intensivo durante un máximo de 24 horas, retrasando la decisión de su ingreso hasta valorar si su evolución en este periodo de tiempo hace posible evitar el ingreso. Estos pacientes, para ser incluidos en esta área, deben tener criterios de ingreso y de hecho se cursa esta orden, quedando pendiente de ejecución.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En este trabajo se revisan los casos atendidos durante 2024, analizando la frecuencia de los diferentes diagnósticos, su destino, edad media, horas de estancia y reconsultas. El objetivo es evaluar la actividad del Área de Evolución de Urgencias y Cuidados Transicionales de nuestro hospital y valorar el número de ingresos evitados

RESULTADOS

Se han atendido a 917 pacientes en la ADECT en 2024. La estancia media en urgencias ha sido de 18,1 horas. La edad media, 80,6 años, el 55,7% de sexo femenino y el 68,5% tenía prescritos 10 o más fármacos.

Los motivos de consulta más frecuentes han sido insuficiencia cardíaca (291 casos, 31,7%), Infección respiratoria no consolidativa (157 casos, 17,1%), infección del tracto urinario (89 casos, 9,7%), neumonía (70 casos, 7,6%) e insuficiencia renal (55 casos 6%).

De ellos, 748 han sido alta inicialmente (81,5%), siendo en 103 casos a su residencia donde residía (11,2%).

En las primeras 72 horas han vuelto a consultar 31 pacientes, ingresando en 16 ocasiones, y después de estas 72 horas han consultado por el mismo motivo en 70 ocasiones, siendo ingreso en 45 de ellas. En conjunto han sido 228 ingresos (24,8% del total). Sólo 2 pacientes han fallecido durante su estancia en urgencias.

CONCLUSIONES

Como conclusión podemos decir que 689 pacientes han podido evitar un ingreso hospitalario gracias a esta unidad.

MODELO INTERTERRITORIAL DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL BASADO EN LA EXPERIENCIA DE PACIENTE

 Carlos Bezos Daleske ⁽¹⁾; Mónica Robles García ⁽²⁾; Mabel Cano del Pozo ⁽³⁾; José María Villa Andrada ⁽⁴⁾; Carlos Miguel Martín Pavón ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ IEXP; ⁽²⁾ Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias; ⁽³⁾ DG Cuidados y Humanización Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón; ⁽⁴⁾ Servicio Extremeño de Salud (SES) – Junta de Extremadura, Dirección General de Asistencia Sanitaria; ⁽⁵⁾ Servicio de Atención Sociosanitaria y Recursos, Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, Consejería de Sanidad, Castilla-La Mancha

Identificador: 945

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades inmunomediadas suponen un desafío relevante para la calidad asistencial debido a su complejidad clínica, curso evolutivo impredecible y elevado impacto físico, emocional y social. Estos procesos requieren circuitos asistenciales coordinados, seguimiento individualizado y abordaje multiprofesional. Sin embargo, las herramientas clásicas de evaluación y planificación presentan limitaciones para identificar disfunciones organizativas y anticipar necesidades reales en la atención diaria. En este contexto, se plantea un modelo interterritorial y multicéntrico que integra de manera estructurada la experiencia de paciente como fuente de mejora organizativa. La principal innovación radica en la participación simultánea de múltiples centros de diferentes perfiles en cada comunidad autónoma, promoviendo el trabajo colaborativo y el intercambio de aprendizajes y buenas prácticas entre territorios.

OBJETIVOS

El objetivo es generar conocimiento organizativo útil para los servicios de calidad asistencial, orientado a optimizar la continuidad, coordinación y eficiencia en la atención a pacientes con artritis reumatoide, colitis ulcerosa y alopecia areata.

METODOLOGÍA

Se ha implementado una metodología participativa en cuatro fases:

1. Elaboración de mapas de experiencia desde la doble perspectiva clínica y vivencial;
2. Contraste clínico-participativo entre profesionales y pacientes mediante talleres estructurados;
3. Co-diseño de propuestas de mejora organizativa;
4. Definición de indicadores operativos y planificación de la implantación.

En cada comunidad autónoma se ha trabajado con varios hospitales y equipos multidisciplinares. Posteriormente, los hallazgos se han compartido entre regiones para identificar sinergias, contrastar resultados y seleccionar buenas prácticas transferibles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre los resultados comunes destacan:

1. Reformulación de los esquemas de seguimiento clínico en función de perfiles de estabilidad y riesgo;
2. Establecimiento de mecanismos estables de contacto clínico interepisódico que optimizan la respuesta asistencial en fases interbrotes;
3. Identificación de variabilidad en la práctica clínica;
4. Identificación de perfiles de interés para la mejora de la experiencia del paciente relacionados con el ámbito de la salud mental, enfermería especializada y farmacia hospitalaria. Castilla y León ha iniciado la implementación de las mejoras, mientras que Aragón prevé su puesta en marcha en otoño de 2025.

CONCLUSIONES

El modelo propuesto permite a los servicios de calidad asistencial integrar de forma estructurada la experiencia de pacientes y profesionales en los procesos de mejora continua, mediante metodologías participativas, comparativas, escalables y sostenibles. Su diseño interterritorial favorece la generación de evidencia organizativa aplicable, la transferencia interregional de soluciones contrastadas y el alineamiento con los objetivos estratégicos de calidad clínica, eficiencia operativa y equidad en el acceso.

IMPACTO PERCIBIDO DE LOS PROYECTOS DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN HOSPITALES Y SERVICIOS REGIONALES

 Carlos Bezos Daleske

 IEXP

Identificador: 946

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Experiencia y participación de los pacientes

JUSTIFICACIÓN

Aunque los proyectos de experiencia del paciente se han extendido en hospitales y servicios regionales, su impacto real rara vez se mide de forma sistemática. Factores como la presión asistencial, la falta de cultura evaluadora y la ausencia de referentes metodológicos limitan su evaluación. Para responder a esta carencia, se plantea un estudio multicéntrico que estructura la recogida de percepciones profesionales como vía para conocer el alcance real de estas intervenciones, identificar barreras invisibles y aportar datos que orienten mejoras organizativas viables y escalables.

OBJETIVOS

El objetivo fue estimar el impacto percibido de los proyectos de experiencia del paciente sobre resultados clínicos, eficiencia y rediseño organizativo.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta nacional dirigida a 151 profesionales de la salud de hospitales y servicios regionales en España, con una muestra final de 51 respuestas completas (tasa de respuesta: 33,8 %). El cuestionario incluyó ítems cerrados agrupados en escalas ordinales y una pregunta abierta para recoger testimonios cualitativos. La fiabilidad interna fue alta (alfa de Cronbach = 0,92). El margen de error muestral fue de $\pm 11,9$ % con un nivel de confianza del 95 %. Se analizaron correlaciones no paramétricas (Spearman) para explorar asociaciones entre dimensiones. El análisis cualitativo se basó en codificación temática inductiva de 48 verbatim.

RESULTADOS

Más del 60 % de los encuestados percibe mejoras altas o muy altas en resultados clínicos (adherencia, seguimiento) y eficiencia operativa. El 88 % identificó factores no clínicos relevantes y el 92 % barreras asistenciales no visibles previamente. Un 65 % observa cambios reales o previstos en circuitos, y un 76 % destaca el fortalecimiento de la relación profesional-paciente. Sin embargo, solo el 41 % confirma que estos proyectos se traducen en arranques efectivos, reflejando la dificultad de pasar del diseño a la implantación real. Estos porcentajes superan la media descrita en la literatura internacional, donde los efectos de este tipo de intervenciones rara vez superan el 50 %. Las correlaciones confirman que los impactos clínicos se vinculan a rediseños organizativos ($p = 0,64$). Los testimonios cualitativos refuerzan esta percepción, describiendo transformación organizativa y mejoras en coordinación y comunicación entre equipos.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que integrar la experiencia del paciente puede generar beneficios tangibles en calidad, eficiencia y coordinación, superando las cifras medias de la literatura. Consolidar estos efectos requiere metodologías participativas, estructuras de apoyo y estrategias viables que aseguren la implementación real y sostenida en entornos con alta presión asistencial.

SEMBRAR INNOVACIÓN, RECOGER VALOR: NUESTRA EXPERIENCIA ORGANIZATIVA

ISABEL SASTRE IBARRECHE; Susana Lorenzo Martínez; MONTSERRAT PÉREZ ENCINAS; JUAN CARLOS ALONSO PUNTER; JOSE VIRGILIO CASTILLA CASTELLANO; MODOALDO GARRIDO MARTÍN

 Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Identificador: 947

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad asistencial

JUSTIFICACIÓN

Numerosas organizaciones sanitarias enfrentan el reto de coordinar e impulsar iniciativas de innovación que surgen de forma dispersa en distintos servicios o unidades. En un entorno de transformación acelerada —marcado por la digitalización, la medicina personalizada y la necesidad de sostenibilidad— se hace imprescindible establecer modelos organizativos que canalicen la innovación de forma estructurada, transparente y con impacto real. Esta experiencia presenta un modelo institucional diseñado para integrar la innovación como parte de la estrategia del centro.

OBJETIVOS

El objetivo fue crear una estructura organizativa capaz de evaluar, priorizar y acompañar proyectos innovadores con impacto en la práctica clínica, la gestión y la experiencia del paciente.

METODOLOGÍA

Ámbito: hospital general.

En 2023 se constituyó la Comisión Central de Innovación (CCI), órgano asesor de la dirección y coordinador del ecosistema innovador institucional. La metodología de trabajo de la CCI incluye:

- Captación abierta de propuestas mediante formulario normalizado.
- Valoración personalizada por uno de los miembros de la Comisión, que luego la eleva para su Evaluación conjunta.
- Evaluación técnica por criterios de originalidad, viabilidad e impacto.
- Priorización en reuniones bimensuales.
- Acompañamiento en financiación, aspectos legales y despliegue operativo.
- Seguimiento continuo y memoria anual.
- Promoción de cultura innovadora mediante retos y jornadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras dos años de funcionamiento, la comisión ha logrado estructurar una cartera de proyectos estratégicos en ámbitos como la inteligencia artificial aplicada al diagnóstico, la digitalización de procesos clínicos, la automatización de informes médicos y la monitorización remota de pacientes. Entre los impactos observados destacan:

- Reducción del tiempo diagnóstico y de espera.
- Mejora de la seguridad del paciente y eficiencia asistencial.
- Disminución de la carga administrativa de los profesionales.
- Mayor visibilidad y cohesión del ecosistema innovador interno.

Se han identificado también aprendizajes clave, como la necesidad de reforzar la comunicación interna y de mejorar los criterios de escalabilidad en fases tempranas de evaluación.

CONCLUSIONES

La experiencia demuestra que institucionalizar la innovación mediante una comisión estructurada, técnica y transversal permite alinear las ideas innovadoras con los objetivos estratégicos del centro. Se trata de un modelo eficaz, replicable y sostenible que contribuye a transformar las organizaciones sanitarias desde dentro, impulsando una innovación con propósito y valor.