2Q5

CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

5 Y 6 DE JUNIO DE 2025

pasQal

Sociedad de Calidad Asistencial
del Principado de Asturias



HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

LANGREO

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GERENCIA ÁREA SANITARIA VIII

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD

COMITÉ ORGANIZADOR

- Ricardo De Dios Del Valle
  Presidente
- Susana Cañibano Díez
- Antonio Cobo Álvarez
- Eva Cruz Sosa
- Iñigo De Diego Marín
- Jose María Díaz Pérez
- Marta M. Malnero López
- Ángel Luis Mones Iglesias
- Lidia Clara Rodríguez García
- Margarita Vázquez Rodriguez
- Diana Fernández Zapico

COMITÉ CIENTÍFICO

- Natalia Izquierdo García
  Presidenta
- José Manuel Ablanedo Suárez
- Leticia Ansedes García
- Sandra Charro Alonso
- Elena Ferrero Fernández
- Sara Ghais Fernández
- Vicente Herranz González
- Eugenia Llaneza Velasco
- Covadonga Noriega López
- Belén Prieto Carrocera
- Fernando Vázquez González

pasQal
Sociedad de Calidad Asistencial del Principado de Asturias

azul congresos
Secretaría Técnica: Azul Congresos S.L.
Uría 76, 3º D - 33003 - Oviedo
Tel: 984 051 604 - 984 051 671

Abbott · abbvie · Ayuntamiento de Langreo · Boehringer Ingelheim

Club de calidad · IEDUCAE · Johnson&Johnson

optilab, s.l. Suministros médico-hospitalarios · OXIMESA NIPPON GASES · RATENOW · SURG&MEDIC

2Q5

CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE
CALIDAD ASISTENCIAL
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

pasQal
Sociedad de Calidad Asistencial del Principado de Asturias



HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

LANGREO

5 Y 6 DE JUNIO DE 2025

Parlamento Europeo

#DondeEstánEllas
#ConPASQAL25

SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial · FECA Fundación Española de Calidad Asistencial

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GERENCIA ÁREA SANITARIA VIII

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD

PROGRAMA

XXV CONGRESO PASQAL 2025

Sistemas de Gestión de la Calidad: *El camino hacia la excelencia*

Jueves, 5 de junio de 2025

17:00 - 20:00 h Foro precongresual

"Primeros pasos en el mundo de la certificación/acreditación de la calidad asistencial: Reflexiones prácticas"

Moderadora:
Dña. Margarita Vázquez Rodríguez
Jefa Unidad de Calidad Área VIII

Ponentes:
Dña. Marta Macías Maroto
Coordinadora de Calidad Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Miembro de la Junta Directiva de SECA

Viernes, 6 de junio de 2025

09:00 - 10:30 h **MESAS COMUNICACIONES ORALES LARGAS (1 y 2)**

10:30 - 11:00 h Coffe-Break

11:00 - 11:15 h Inauguración Oficial

11:15 - 12:15 h MESA TEMÁTICA

"¿Hacia dónde evolucionar los modelos de calidad asistencial en la próxima década?"

Moderadora:
Dña. Lidia Clara Rodríguez García
Gerente Área Sanitaria VIII

Ponentes:
Dña. Marta Macías Maroto
Coordinadora de Calidad Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Miembro de la Junta Directiva de SECA
D. Alberto Fernández León
Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública. Área Sanitaria IV

Mesa patrocinada por Oximesa



12:15 - 13:15 h MESA TEMÁTICA

"La calidad asistencial no tiene fronteras... ¿O sí?
Retos y beneficios de los modelos internacionales de certificación y acreditación"

Moderador:
D. Jose María Díaz Pérez
Vocal de PASQAL

Ponentes:
Dña. Alicia Díaz Redondo
Coordinadora de Calidad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Dña. Cristina Hernán Hernán
Gestor de Proyectos en UNE Asociación Española de Normalización
Dña. Margarita Vázquez Rodríguez
Jefa Unidad de Calidad Área VIII

Mesa patrocinada por Optilab

13:15 - 14:15 h **MESAS COMUNICACIONES ORALES BREVES (3 y 4)**

14:15 - 15:30 h Comida de trabajo

15:30 - 16:00 h **MESAS COMUNICACIONES ORALES BREVES (5 y 6)**

16:00 - 17:00 h MESA TEMÁTICA

"Acreditación y certificación de unidades asistenciales: ¿Precisión o fragmentación?"

Moderadora:
Dña. Diana Fernández Zapico
Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería Área Sanitaria VIII

Ponentes:
D. Juan José Corte García
Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Fundación de JOVE. Área V. Asturias
Dña. Pilar Varela Trastoy
Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Cabueñes. GETECCU
D. Andreu Aloy Duch
Director de Planificación y Calidad del Consorci Sanitari del Maresme
Hospital Universitari de Mataró
Miembro de la Junta Directiva de SECA

Mesa patrocinada por Abbvie

17:00 - 18:00 h CONFERENCIA CLAUSURA:

"La imperfección y la belleza"

D. Michel Suárez
Doctor en Historia Contemporánea. Universidad Fluminense de Río de Janeiro

18:00 h Clausura y entrega de premios

XXV Congreso de la Sociedad de Calidad Asistencial del Principado de Asturias

Tabla de contenidos

1. La excelencia como visión: Propuesta de mejoras para el SUAP Calzada II Gijón, Asturias. 4

2. SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL LABORATORIO CLINICO 5

3. DESAFÍOS LINGÜÍSTICOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA 6

4. “HUMANIZACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN “ 7

5. ACTIVANDO LA MEJORA: EL IMPULSO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ... 8

6. CUIDADOS BÁSICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES 9

7. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN (2021-2025) 10

8. IMPACTO DE LA FORMACIÓN A PROFESIONALES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 11

9. INFLUENCIA DEL CONTROL DEL ENTORNO Y LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALON: RESULTADOS 2023/2024 12

10. GESTIÓN ADECUADA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES: UN RETO PARA LA EQUIDAD 14

11. EXPANSIÓN DE LA GBP “PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DISMINUCIÓN DE LESIONES DERIVADAS DE LAS MISMAS” A AP EN EL ÁREA VIII 16

12. ANALISIS CUANTITATIVO DEL PRIMER AÑO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SADME EN URGENCIAS 17

13. MEJORA DE LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS MEDIANTE MESA INTERDISCIPLINAR 18

14. TIEMPO DE RESPUESTA MICROBIOLÓGICA ANTE SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA (IR) 19

15. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SOBRE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA 21

16. DISTINTIVO EN LOS PACIENTES UBICADOS EN CAMAS HOSPITALARIAS DEL HVN PARA INICIO DE MANIOBRAS DE RCP ... 22

17. USO Y OPTIMIZACIÓN DE APÓSITOS EN LESIONES POR PRESIÓN 23

18. IMPACTO DEL CAMBIO DE PROTOCOLO DE INGRESOS MÉDICOS DESDE URGENCIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN 24

19. IMPLANTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 EN LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE TERAPIA AVANZADA 26

20. PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN MEDICINA NUCLEAR: DEPURAR CON PROPÓSITO. 28

21. Caso: COLABORACIÓN ENTRE SERVICIOS COMO ESTÁNDAR DE CALIDAD EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. 30

22. EL RETO DE DEL PACIENTE CRÓNICO: CUATRO MODELOS BASADOS EN LA ESTRATIFICACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA DEL RIESGO. 32

23. Innovando en el desarrollo de un Plan de acogida integral para nuevos profesionales 33

24. PACTO DE OBJETIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN INTEGRAL EN EL ÁREA SANITARIA VIII ... 35

25. ENCUESTA SOBRE EL USO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD 36

26. SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA AREA SANITARIA VIII: RESULTADOS 2024 38

27. EVALUACIÓN EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD COMO INDICADORES DE CALIDAD TRAS INTERVENCION EN DIABETES 39

28. LA OTRA CARA DE LA RECAPTACIÓN: RETOS Y APRENDIZAJES EN LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL VHC 41

29. ¿Debe utilizarse pornografía en los centros de reproducción? Un proyecto de UX. 42
30. Implantación de Gafas de alto flujo en planta convencional 44
31. 10 años de evidencia en el cuidado de los accesos vasculares 46
32. INGENIERIA: PUNTO DE APOYO PARA UN SISTEMA SANITARIO EQUILIBRADO, SOSTENIBLE, TECNOLOGICO Y DE CALIDAD 47
33. IMPLANTACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES COMO MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA 49
34. Motivos de consulta en la unidad de Medicina Interna de un hospital comarcal: implicaciones para la gestión asistencial 50
35. LA CULTURA DE PERTENENCIA, FOMENTO DE LA EXCELENCIA. 51
36. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS 53
37. GUÍAS PARA EL CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ESPAÑA: REVISIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO 55
38. MEJORANDO LA EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN EL HUCA 57
39. LA GEOTERMIA EN EL HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA. DIEZ AÑOS DE UNA EXPERIENCIA PIONERA 59
40. APAGÓN ELÉCTRICO EN UN ÁREA SANITARIA 60
41. Proyecto de Mejora de la implantación de la aplicación “MiAstursalud”: La accesibilidad no solo depende de las TICs. ... 61
42. Listas de espera: Análisis desde la perspectiva de la demanda poblacional 62
43. Presión ocular en las urgencias del HUCA 63
44. La Responsabilidad Social en la lista de espera: “No acude” un problema de todos. 64
45. HUELLA DE CARBONO DEL HUCA: UN ANÁLISIS DETALLADO PARA LA MEJORA CONTINUA. 65
46. Importancia del Liderazgo en la mejora de la Cultura de Seguridad de los profesionales sanitarios. Proyecto SECA-FIDISP. 67
47. SEGUIMIENTO DE LA DIABETES CON POINT-OF-CARE (POCT): HBA1C EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA 68
48. ACTIVIDAD DEL GRUPO PROA Y EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADOS EN SU CONSUMO 70
49. CIRCUITO DE ELABORACÍON Y DISPENSACIÓN DE JERINGAS INTRAVÍTREAS DE FARICIMAB: AHORROS PARA EL SISTEMA SANITARIO 71
50. DESARROLLO DE UN PLASMA RICO EN PLAQUETAS EFICIENTE 73
51. CREACIÓN DE UN EQUIPO DE INFUSION Y ACCESO VASCULAR 74
52. MEJORA DE LA BIOSEGURIDAD EN QUIRÓFANOS MEDIANTE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR: EVOLUCIÓN 2023-2025 EN EL HVN 76
53. Medicina Colaborativa: Geriatría Transversal 77
54. ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FÁRMACO-TERAPÉUTICA A PACIENTES CON DISFAGIA O PORTADORES DE SONDAS ENTERALES. 78
55. Implantación de una herramienta informatizada para mejorar la trazabilidad de las reclamaciones de medicación 80
56. RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS C PERDIDOS EN EL SISTEMA EN ASTURIAS (2015–2024) 82

La excelencia como visión: Propuesta de mejoras para el SUAP Calzada II Gijón, Asturias.

Mayda Mercedes Martínez Miranda (1)

(1) C.S PARQUE SOMIÓ

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN: En el contexto del Área Sanitaria V de Asturias, el proceso de atención de urgencias en la Atención Primaria ha experimentado notables avances organizativos y tecnológicos. La implementación de un sistema de TRIAJE eficiente permite la clasificación prioritaria de los pacientes según su nivel de urgencia, garantizando una atención inmediata a aquellos que la requieren. El diagrama detallado del flujo del proceso de atención de urgencias destaca los pasos cruciales, desde la llegada del paciente hasta su Alta y subraya los procesos de soporte que contribuyen a la eficiencia y calidad a la atención sanitaria. El modelo organizativo del Servicio de Atención Continuada y de Urgencias (SAC/SUAP), refleja una estructura sólida cuyo centro de atención tiene al paciente y la búsqueda contínua de mejoras para su plena satisfacción.

DESARROLLO: Mediante un análisis FODA-CAME, se identifican fortalezas como la atención inmediata y la cobertura domiciliaria y debilidades como falta de coordinación, carencia de un responsable directo y limitaciones en recursos. Se proponen 4 Líneas Estratégicas: Accesibilidad y cobertura, eficienciencia del servicio, liderazgo para una gestión eficaz y usos de TICs. Además se detallan acciones concretas en tablas con **Objetivos Específicos**: Mejorar las infraestructuras, Capacitar en temas de Triaje, Garantizar la atención continuada y Promover la formación contínua.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS: Desde la perspectiva financiera la Planificación busca optimizar recursos, mediante innovación y logistica eficaz. En cuanto a Procesos, se evidencia mejoras con protocolos clínicos Triajes más eficientes y planifixación operativa. En formación y aprendizaje, se refuerza el compromiso con la capacitación continua y la calidad profesional. Se diseña un Cuadro de Mando Integral (CMI) con indicadores clave (KPI) que abordan sostenibilidad financiera, satisfacción del paciente, eficiciencia operativa y formación.

A pesar de las mejoras propuestas a traves del Modelo PDCA, la implementación concreta se encuentra en una fase inicial y el enfoque se mantiene en la búsqueda constante de la mejora de los Servicios de Urgencia de la Atención Primaria (SUAP), con inicial propuesta para el Centro de Salud Calzada II de Gijón, utilizando el modelo de excelencia y calidad total: EFQM.

SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL LABORATORIO CLINICO

Soledad Azpiroz Fernández (1), Rebeca Paula Goyanes Ferreiro (1), Carmen Cerrada Menéndez (1), Pablo García Hernández (1), Iris Velarde González (1), Laura Calvo Fernández (1), Yolanda Jiménez Bernardez (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCION: La monitorización de los indicadores de calidad es fundamental para un servicio eficiente. En el laboratorio clínico, es clave para evaluar la rapidez de procesamiento y entrega de resultados, impactando decisiones clínicas y estancia en urgencias.

OBJETIVOS: Analizar retrospectivamente los tiempos de respuesta del laboratorio clínico durante 8 años y sus variaciones según debilidades y amenazas del sistema, y las mejoras ejecutadas.

MÉTODOS: Desde 2017, se programó un procedimiento automatizado en el sistema informático del laboratorio para elaborar los tiempos de respuesta mensuales. Este proceso, ejecutado a fin de mes, proporciona el tiempo de respuesta del potasio en minutos desde la extracción hasta el resultado. El indicador se mide trimestralmente como el porcentaje de muestras con respuesta inferior a 60' , con un criterio de aceptación superior al 90%.

RESULTADOS: Entre enero 2017 y diciembre 2024, se obtuvieron 32 indicadores trimestrales, cumpliéndose en 26 ocasiones. Los 6 incumplimientos incluyeron 3 entre julio 2018 y marzo 2019 (78.74%, 82.21% y 88.66% de cumplimiento) por obras que inutilizaron el tubo neumático de transporte de muestras. Otros 3 incumplimientos coincidieron con oleadas de COVID-19, donde el aislamiento y los protocolos sanitarios ralentizaron el transporte de muestras: abril-junio 2020 (88.5%), octubre-diciembre 2020 (85.60%) y enero-marzo 2021 (86.09%). Se registraron no conformidades en el sistema de gestión de calidad del laboratorio en todos los casos. El mayor cumplimiento se dio en el trimestre julio-septiembre 2024 (97.83%). El año 2024 tuvo los mejores indicadores (96.99%), superando años anteriores (95.69% en 2023; 95.53% en 2022; 92% en 2021). Esta mejora se atribuyó a un nuevo software para la gestión de muestras urgentes en tiempo real y al aumento de personal con un técnico de laboratorio adicional en tres turnos.

CONCLUSIONES: El seguimiento continuo de los tiempos de respuesta es fundamental para mejorar el servicio y la calidad asistencial. En los últimos 8 años, se mantuvo un alto cumplimiento, con excepciones por circunstancias externas. Las mejoras tecnológicas y de personal consolidaron el cumplimiento en el laboratorio.

DESAFÍOS LINGÜÍSTICOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Rebeca Goyanes Ferreiro (1), M Soledad Azpiroz Fernández (1), Diego Ciborro González (1), Pablo García Hernández (1), laura Suárez García (1), Ana Rosario García Naves (1), José Maria García Fernández (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

El Hospital de Jove , ubicado en Gijón, proporciona atención sanitaria a una población heterogénea, que incluye al Puerto del Musel, el cual supone un foco de entrada de usuarios que forman parte de las tripulaciones de buques mercantes, que no tienen el castellano como lengua principal.

La barrera idiomática genera dificultades en los diferentes procesos asistenciales, en los que pueden verse implicados dichos pacientes.

Nuestra propuesta va dirigida a la creación de pictogramas que cubran las necesidades básicas, y los diferentes procedimientos a los que pueden ser sometidos (análisis, transfusiones, procedimientos quirúrgicos o pruebas diagnósticas).

Se incluye también la traducción de los consentimientos informados, de las técnicas más habituales, en los idiomas de mayor incidencia, con el fin de garantizar la autonomía del paciente.

Dada la globalización actual, creemos que la atención sanitaria se prestaría con unos mayores estándares de calidad.

Estas actuaciones, serían aplicables también a la población inmigrante residente en la ciudad, dado que es cada vez más numerosa, donde la barrera lingüística y las diferencias culturales suponen un desafío para el profesional sanitario.

Con todo ello se pretende prestar los cuidados necesarios de forma segura a la vez que se garantiza una buena comunicación y por lo tanto una atención sanitaria de calidad

“HUMANIZACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN “

Maria del Carmen Moreira Rodriguez (1), Ana Belén Palacio Bande (2)

(1) Centro de Salud Mental Langreo, (2) Hospital Valle del Nalón.

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN: El plan de Humanizacion de la Salud del Principado de Asturias tiene entre sus áeras de trabajo prioritarias la humanización, la calidad y la calidez del trato, así como la adecuación de los entornos, espacios y confort. A pesar de ello, los pacientes que ingresan en las unidades de Psiquiatría tienen condiciones diferentes a quienes ingresan en otras plantas.

OBJETIVOS PRINCIPALES: Con el proyecto de humanización de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Valle del Nalón se pretende dotarla de un entorno terapéutico que promueva el bienestar, la dignidad y la recuperacion de los pacientes y que permita disminuir las medidas coerctivas, asi como favorecer y progresar en la "normalización" del ingreso hospitalario y evitar de este modo la estigmatización.

MATERIAL Y METODOS: El proceso de humanización de nuestra unidad se centra en tres pilares:

-Mejora de la estructura física y acondicionamiento de la unidad: cambio en la puerta de acceso "puerta abierta", zonas comunes y de recreo, zona de información a familiares y sala de modulación sensorial.

-Equiparación de las condiciones y normas de conviviencia de los ingresos en la unidad de psiquiatría a las del resto de unidades asistenciales del Hospital.

-Mejora de los medios técnicos, procedimientos y habilidades de los profesionales que permita disminuir las medidas coercitivas y mejorar los resultados terapeúticos.

RESULTADOS: Para valorar el cambio, nos basamos en el análisis de las encuestas Rate Now, grupos focales realizados a pacientes durante el ingreso, indicadores de calidad en relación a proceso de humanización y registros de incidencias de la Unidad respecto a los cambios introducidos en las normas de funcionamiento (puerta acceso, horarios de visita y uso de dispositivos electrónicos).

Tras dos meses de análisis hemos encontrado que tanto la satisfacción global con la asistencia recibida, la valoración de visitas y acompañamiento, trato y amabilidad del personal percibida por el usuario y experiencia global de hospitalización ha mejorado notablemente en las encuestas Rate Now.

Los grupos focales realizados a pacientes tras el proceso de humanización reflejan una valoracion positiva de las medidas implantadas respeto a horarios de visita y uso de medios electrónicos.

DISCUSIÓN:

Los datos nos indican una valoración positiva de los pacientes de las medidas implantadas con el proceso de humanización. No se han registrado un incremento significativo del número de incidencias: fugas, episiodios de agitación e ingresos involuntarios. El personal del servicio considera que dicha medida favorece el biesnestar de los pacientes durante el ingreso y mejora su estancia.

ACTIVANDO LA MEJORA: EL IMPULSO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

TANIA ALONSO ANTUÑA (1), RAQUEL GÓMEZ COUTO (1), MARGARITA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ (1), LETICIA ANSEDES GARCÍA (1)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

-**Introducción:** Llamamos cultura de seguridad a la manera en la que las personas perciben, valoran y priorizan la seguridad en su cotidianidad, así como el comportamiento que tienen tanto a nivel individual como colectivo. Sólo aquellas organizaciones en las que se entienda la seguridad como una preocupación de todos progresarán hacia una mayor calidad, eficiencia y satisfacción del usuario y de sus profesionales.

-**Objetivos:** Cultura de seguridad positiva. ¿ Cómo?

Incrementar la calidad asistencial, mejorar la eficiencia, disminuir la gravedad de los incidentes y mejorar la valoración de la organización.

-**Métodos:** Se han utilizado diversas herramientas para detectar eventos adversos y la certificación JCI, como impulso para la seguridad del paciente y se han establecido cuatro líneas estratégicas:

1- Establecer una cultura organizacional, con el objetivo de promocionar la responsabilidad y transparencia, mediante un díptico código de conducta y el procedimiento de gestión de incidentes.

2- Proporcionar educación e información pertinente de cultura de seguridad. Implementando un plan formativo, difundiendo el código de conducta y elaborando informes de actividad en SINASP semestrales, difundiéndolos a los profesionales a través de sesiones, intranet y correo corporativo.

3- Proporcionar los recursos, para promocionar y apoyar la cultura de seguridad. Se facilita la notificación a través del formulario electrónico, notificación verbal o escrita.

4- Evaluar la cultura de seguridad de forma proactiva. Monitorizando la cultura de seguridad, mediante encuestas de seguridad de pacientes para los profesionales y encuestas Rate Now para pacientes.

-**Resultados:** Se han realizado más de 10 acciones formativas en 2024. Se ha mejorado en la notificación, con 64 notificaciones en 2022 (59 AH y 5 AP); 111 notificaciones en 2023 (99 AH y 12 AP); 173 notificaciones en 2024 (153 AH y 20 AP) y se garantiza el análisis de los incidentes, en 2022 fueron analizados el 100% de los incidentes; en 2023 el 99% y en 2024 el 100% de los incidentes.

-**Conclusiones / Discusión:** El futuro de la seguridad del paciente se está construyendo ahora:

- Formación de alumnos, incluyendo la seguridad del paciente en los planes de formación pregrado y postgrado.

- Formación de profesionales, del equipo directivo y de las personas gestoras de la seguridad del paciente.

- Seguir promoviendo la notificación y analizar con enfoque sistemático.

- Superar cultura de culpa, aprender de lo ocurrido e incorporar medidas de mejora.

- Involucrar a pacientes y familiares.

- Mejorar sistemas de notificación, herramientas más sencillas, ágiles e intuitivas.

" Los cambios pueden tener lugar despacio, lo importante es que tengan lugar" (Confucio).

CUIDADOS BÁSICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES

Irene Álvarez Sánchez (1), Irene Álvarez Sánchez (2), Diana Valiente Vena (2), Honora Murcia Cortina (2), Claudia Fernandez Puente (2), Eva Fernandez Gutiérrez (2)

(1) HOSPITAL VALLE NALÓN, (2) Hospital Valle Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción:

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 adquisión de habilidades para la prestación de cuidados. Asegurar la continuidad de los cuidados. Informar de recursos socio-sanitarios.

Métodos: 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 pesona 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 nuestrohospital,podemos concluir que tanto la impresión geberal, 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.

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN (2021-2025)

TANIA ALONSO ANTUÑA (1), MARIA ANGELES LAVIANA FERNÁNDEZ (1), LETICIA ANSEDES GARCÍA (1), MARGARITA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ (1), RAQUEL GÓMEZ COUTO (1)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN: El cuadro de mando de enfermería es una herramienta estratégica para la gestión clínica que permite monitorizar indicadores de actividad asistencial, de calidad y de seguridad del paciente. Su desarrollo favorece la identificación temprana de desviaciones basadas en datos y fomenta una cultura organizativa centrada en la mejora continua.

OBJETIVOS: Analizar la evolución temporal de los indicadores de enfermería recogidos en el cuadro de mando del Hospital Valle del Nalón.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo.

Basado en la revisión de los indicadores globales del cuadro de mando de enfermería correspondientes al total hospitalario. Se analizaron los valores anuales y acumulados de trece indicadores clave relacionados con cuidados, valoración, seguridad del paciente, autocuidado y efectos adversos. Los datos fueron extraídos de los registros internos del hospital entre enero de 2021 y marzo de 2025.

RESULTADOS: El porcentaje de pacientes con informe de cuidados de enfermería al alta mostró una leve disminución desde 95,68% (2021) hasta estabilizarse en torno al 93% en 2024-2025. La valoración enfermera en hospital se incrementó desde el 91,59% (marzo 2024) hasta el 97,06% (marzo 2025). El plan de cuidados en estancias superiores a 4 días se mantuvo cercano al 100% en todo el período. Indicadores de seguridad como el riesgo de infección relacionado con vía venosa descendieron de 92% (2022) a 76,95% (2025). También se observó una mejora en los indicadores de deterioro de integridad cutánea y tisular. Las caídas hospitalarias descendieron desde 2,52% (2023) a 1,28% (2024). El porcentaje de flebitis en vías venosas bajó de 3,72% (2023) a 1,95% (2025). Los déficits de autocuidado se mantuvieron estables, con ligera mejora en el área de alimentación.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN: La evolución de los indicadores refleja una mejora progresiva en áreas críticas de la atención enfermera, especialmente en la valoración, seguridad del paciente y seguimiento de planes de cuidados. La consolidación del cuadro de mando ha contribuido a una mayor sistematización del registro y a la mejora de los procesos asistenciales, posicionándolo como una herramienta fundamental para la gestión basada en resultados y en la eficiencia en el entorno hospitalario.

IMPACTO DE LA FORMACIÓN A PROFESIONALES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Raquel Gómez Couto (1), TANIA ALONSO ANTUÑA (2), MARGARITA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ (2), LETICIA ANSEDES GARCÍA (2)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

-Introducción: La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los profesionales de una misma organización. Implica un modelo compartido de comportamiento que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir en la actividad asistencial, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria. Este concepto no siempre es conocido por los profesionales sanitarios, ni tampoco conocida su relevancia en la práctica clínica diaria.

-Objetivo: Incrementar la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria del Área Sanitaria VIII de Asturias.

-Métodos: Se llevaron a cabo sesiones formativas presenciales de 30 minutos de duración, seguidas de un coloquio, sobre seguridad del paciente, en todos los centros de salud del Área VIII de Asturias (un total de 7 centros), además de una sesión adicional para el equipo de SAC/SUAP. Estas sesiones tuvieron lugar durante los meses de noviembre y diciembre de 2024.

-Resultados: Los resultados de la intervención formativa se analizaron en base al incremento de las notificaciones realizadas por los profesionales de Atención Primaria en SINASP antes y después de la formación.
 Notificaciones pre-intervención: 9 notificaciones en 10 meses.
 Notificaciones post-intervención: 24 notificaciones en 6 meses (datos contabilizados hasta la fecha de realización de este abstract).

-Conclusiones / Discusión: Se decidió realizar la intervención únicamente en Atención Primaria debido a la gran diferencia en la notificación entre este ámbito de atención y el hospitalario (en 2023, se registraron 99 notificaciones de profesionales hospitalarios y solo 12 de profesionales de centros de salud).
El impacto de las sesiones formativas en el fomento de la cultura de seguridad del paciente queda demostrado en esta publicación, con un incremento de las notificaciones del 344.44% tras la intervención.
Creemos que, además de la mejora "numérica", se ha conseguido un aumento de la satisfacción de los profesionales de Atención Primaria con respecto a la seguridad del paciente. Durante los coloquios, manifestaron que era un tema desconocido para ellos y reconocieron la relevancia de las sesiones, así como la necesidad de más formación. No se pueden aportar datos de satisfacción, ya que no se midieron.

INFLUENCIA DEL CONTROL DEL ENTORNO Y LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALON: RESULTADOS 2023/2024

Sara López Rodríguez (1), Sara Rodríguez Sánchez (1), Paula Álvarez García (1), Jenifer Carral García (1), Diana Valiente Vena (1), Marta Álvarez Fernández (1), Ylenia Extremera Jambrina (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN

La implantación de recomendaciones de GBP de Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas, se viene desarrollando desde 2015 en el hospital. Una de las actividades preventivas en relación a la recomendación *5.1 Garantizar un entorno seguro*, es el control del entorno. Su objetivo es eliminar y/o minimizar los factores de riesgo presente en las habitaciones con el fin de disminuir el nº de caídas y/o su gravedad.

OBJETIVOS

Detectar influencia del control del entorno en prevención de caídas.

Adecuación del entorno.

Mejorar calidad de los cuidados.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Además de la actuación sobre el entorno y la firma de la intervención por turno en el plan de cuidados, la enfermera referente de la unidad, realiza la observación mensual en el turno que corresponda de las variables definidas como factor de riesgo del entorno de las habitaciones de los pacientes ingresados.

Población diana: pacientes hospitalizados los días de auditoría en 2023 y 2024.

Para la recogida de los datos, se elabora una plantilla de registro basada en características definitorias y factores relacionados externos del dco NANDA 00155_Riesgo de Caídas.

Se han comunicado los resultados a profesionales de las unidades y difundido en la intranet.

RESULTADOS

Se ha revisado el entorno de 3214 pacientes.

Edad media 65 años.

Se aumenta del 94% al 96% las personas ingresadas que disponen del registro riesgo de caídas en el Plan de Cuidados.

Se incrementa el uso de la marca de riesgo del 77% al 81% y el pictograma del 66% al 72%.

74% de los pacientes con riesgo disponen de tríptico informativo. Aumenta 7% respecto a 2023.

98% de las camas estaban frenadas y 89% bajadas a la altura de la rodilla del paciente. Ambos indicadores aumentan 4 puntos respecto a 2023.

28% de los pacientes estaban acompañados por familia y 6% de los levantados a silla disponían de arnés. Ambos indicadores aumentan 4 puntos respecto a 2023.

Disminuye 3 puntos el uso de barandilla (57%) y aumenta 4 puntos la prescripción por el FEA.

El correcto funcionamiento de las luces mejora en 2024.

El uso de elementos identificadores del riesgo aumenta del 58,7% al 65,3%.

Los pacientes en un entorno seguro aumentan del 57,7% al 67,3%.

Se registraron 132 caídas en el total de pacientes hospitalizados en 2023 frente a 127 en 2024. En ambos las caídas sin lesión superan el 65% y el 70% son lesiones leves.

CONCLUSIONES

La realización de las auditorías permitió tener visión general de cómo se encuentra la seguridad del entorno en relación a la prevención de caídas y detectar acciones de mejora.

Todos los indicadores mejoraron respecto a 2023, visualizando el gran esfuerzo llevado a cabo por el personal.

Parece que un mejor control del entorno puede influir en disminuir las caídas, pero para poder concluir que existe correlación, deberíamos realizar un análisis más detallado, recogiendo otras variables (tipo de unidad, riesgo del paciente, tamaño de muestra o tipo de variable).

GESTIÓN ADECUADA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES: UN RETO PARA LA EQUIDAD

MARTA MARÍA RODRÍGUEZ SUÁREZ (1), Reyes Gemma Iglesias Álvarez (1), MARIA CRISTINA NAVARRO LÓPEZ (1)

(1) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción: El reconocimiento de las enfermedades profesionales (EP) en España continúa siendo una asignatura pendiente del sistema sanitario y laboral. A pesar de la existencia de un marco legal regulador y de un cuadro oficial de EP, en España se sigue produciendo un elevado infradiagnóstico y subregistro de enfermedades profesionales. Según los resultados del Proyecto CEPS (Carga de la Enfermedad Profesional en el Sistema Nacional de Salud),desarrollado entre el 2017 y el 2021 en España sólo notifica el 30% de las enfermedades profesionales, siendo por tanto el 70 % restante atendido a través del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos:

- Analizar las barreras estructurales, legales y culturales que dificultan el reconocimiento de la contingencia profesional de las enfermedad laborales
- Dar a conocer propuestas innovadoras y proyectos piloto dirigidos a revertir esta situación.
- Aportar propuestas de mejora.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Google Académico de artículos científicos, tesis y proyectos de investigación que abordasen el infradiagnóstico de enfermedad profesional en España centrados en los últimos diez años.

Resultados:

Barreras al Reconocimiento de las Enfermedades Profesionales

1. Limitaciones del marco normativo
2. Presión institucional y estigmatización
3. Ausencia de perspectiva de género.
4. Obstáculos en el proceso de notificación
5. Ausencia de una cultura de prevención institucionalizada

Iniciativas y Proyectos de Investigación Relevantes

- Proyecto CEPS – FIS PI16/00061: Carga de la Enfermedad Profesional atendida en el Sistema Nacional de Salud.
- Guía “Hacer visible la enfermedad profesional” (2019)
- Sistema de Vigilancia del Cáncer Laboral en Asturias: Programa regional para la detección precoz y comunicación de cáncer profesional en sectores de alto riesgo. Primer registro creado en España, tras el cual se fueron creando en otras comunidades como Navarra, País Vasco.
- Unidad de Valoración de EP en la Comunidad de Madrid

Propuestas de Mejora

- Reforma del modelo de lista cerrada hacia un sistema mixto.
- Incorporación de la perspectiva de género en el listado de enfermedades profesionales
- Implementación de programas de vigilancia epidemiológica activos.

- Mejor formación sanitaria en salud laboral pregrado y postgrado
- Creación de unidades de valoración de EP en todas las comunidades autónomas.
- Fomento de campañas institucionales que visibilicen las enfermedades profesionales y empoderen a los profesionales para su notificación.
- Reforzar la coordinación entre los sistemas de información y los servicios de prevención de riesgos laborales.

Conclusiones:

El infradiagnóstico de las enfermedades profesionales en España representa una inequidad socio-sanitaria y un reto diagnóstico.

Los proyectos analizados demuestran que existen estrategias viables para revertir esta situación.

Aportar calidad a nuestro sistema sanitario y ética social con la figura del Sanitario Gestor en Salud Laboral es esencial para implementar adecuadamente dichas estrategias.

EXPANSIÓN DE LA GBP “PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DISMINUCIÓN DE LESIONES DERIVADAS DE LAS MISMAS” A AP EN EL ÁREA VIII

Margarita Fernández García (1), Olaya Díaz Argallero (1), Nagore Soladana Gómez (2), Carmen Pino Fernández (1), Aitor Antuña Suárez (3), Luis José Vigil-Escalera Quintanal (4), Maria del Carmen Orvíz Fernández (4)

(1) Centro de Salud de Sotrondio, (2) Oviedo, (3) HVN, (4) ZES

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

EXPANSIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS “PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DISMINUCIÓN DE LESIONES DERIVADAS DE LAS MISMAS” A ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA VIII INTRODUCCIÓN: Dentro del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) se engloba la implantación de recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las mismas, en el hospital del Área Sanitaria y se decide expandirlas a Atención Primaria (AP) en el año 2022. Se inicia en un primer Centro de Salud piloto, Sotrondio, con la implantación de 2 recomendaciones: - 1.1 Evaluar a todos los adultos de 70 años o más para identificar si están en riesgo de caídas. - 2.2 Ofrecer formación a la persona en riesgo y a su familia, junto con otras intervenciones de prevención. Actualmente y, casi 3 años después, la expansión ha sido completa a todos los Centros de Salud del Área Sanitaria VIII. OBJETIVOS: - Identificar a los pacientes en riesgo de caída, aplicar una herramienta de cribado y crear el episodio en su Historia Clínica (HC). - Educar/informar a pacientes en riesgo y sus familias, mediante la entrega de folletos informativos con precauciones universales en caídas. - Incluir a los pacientes en riesgo en programas y actividades para fomentar la fuerza física, movilidad y destreza. MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Desde noviembre 2022 se realizó una implementación progresiva de las recomendaciones en los centros de AP del Área VIII. Primeramente se realizaron sesiones formativas a profesionales sanitarios, se diseña un flujograma explicativo con los pasos a seguir disponible en todas las consultas de A.P y se entrega material informativo. Seguidamente se incluye el cribado con la valoración enfermera y una reevaluación mínima anual y/o cada vez que se modifica el estado de salud o el entorno del paciente. Se lleva a cabo una educación activa a pacientes en riesgo de caídas, en la consulta y en domicilio, de manera proactiva y con material por escrito. El riesgo de caídas y las intervenciones realizadas se registran en la HC Electrónica mediante protocolos consensuados, incluyendo en 2024 el cribado desde el protocolo “Paciente Crónico Complejo”. RESULTADOS: En 2023, los pacientes cribados fueron Zona Especial de Salud (ZES) 44,67%, Zona Básica de Salud (ZBS) de Sotrondio-Blimea 20% y ZBS Felguera 9,74%. En el resto no había implantación. Ante esta falta de implantación, durante el mes de abril 2024 se llevó a cabo una nueva ronda informativa y recordatoria de las recomendaciones por todas las Z.B.S. del área, por parte de los responsables de la guía. Al finalizar el año, se obtuvieron los siguientes resultados : En 2024, ZBS Riaño-Barros 35,75%, ZES 18,44%, ZBS Laviana 15,86%, ZBS Sotrondio 10,30%, ZBS Felguera 2,85%, ZBS Sama 0,81%. CONCLUSIONES: Las diferencias de resultados en las ZBS, pone de manifiesto la necesidad de continuar con la formación de profesionales en el correcto registro en HC, en las recomendaciones y en la identificación de caídas que requieren atención sanitaria. Es fundamental mantener el análisis de los datos de manera periódica, que nos aporte el nivel de seguimiento de estos indicadores y se integre la prevención de caídas en la práctica clínica habitual. Son pocos los profesionales adheridos al programa lo que conlleva el desgaste de los profesionales participantes. Se han identificado varias propuestas de mejora: -Capacitar a enfermeras de AP sobre la importancia del cribado de caídas y cómo realizarlo. -Involucrar al resto del equipo en la detección de factores de riesgo (medicamentos, seguridad en el hogar) y la derivación si procede.

ANALISIS CUANTITATIVO DEL PRIMER AÑO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SADME EN URGENCIAS

MIGUEL AL KASSAM MARTINEZ (1), MARIA ANTONIETA GAYOSO RODRIGUEZ (1), EVA PRIDA VILLA (2), ADRIAN RODRIGUEZ FERRERAS (1), ALVARO FERNANDEZ FERREIRO (1)

(1) SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL VALLE DEL NALON, (2) SERVICIO DE FARMACIA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN
En entornos complejos como los Servicios de Urgencias, caracterizados por la alta rotación de pacientes, la trazabilidad de los medicamentos administrados puede verse comprometida. Los sistemas automáticos de dispensación (SADME) representan una estrategia tecnológica que permite registrar de forma más precisa la relación entre prescripción, dispensación y coste asignado al servicio responsable del paciente.

OBJETIVOS
Evaluar la implantación de un SADME en el Servicio de Urgencias del HVN para estandarizar el flujo de trabajo e integrarlo desde la prescripción farmacológica hasta la administración segura al paciente y asignación correcta de gasto.

Extender esta tecnología para abastecer las necesidades de medicamentos al resto de unidades de hospitalización del Centro en el horario de cierre del S. Farmacia (22-8h)

MÉTODOS
Se realizó un estudio retrospectivo comparando el consumo de medicamentos en el S. de Urgencias durante los 12 meses previos y posteriores a la implantación del SADME, cuantificando el porcentaje dispensado como “botiquín” y como sistema de dosis unitarias.

Se registraron todas las entradas que realizó el coordinador de enfermería al Servicio de Farmacia durante su cierre en los intervalos anteriores.

RESULTADOS
Durante el periodo anterior a la implantación (junio 22-mayo 23), el coste imputado a la Unidad de Urgencias fue de 85.890,77€ (58.017,77 € como botiquín + 27.876 € (32,5%) correspondiente a pacientes ubicados físicamente en esta unidad pero dependientes de otro servicio clínico). Tras la implantación (junio 23-mayo 24) y haciendo el mismo análisis anterior, los datos obtenidos fueron 98.513,56 € (30.853,56 € + 67.660€ (68,7 %). Esto supuso una reducción absoluta del consumo imputado al propio S. de Urgencias de 27.164,21 € (53,18%). La comparativa también permite observar un incremento en la asignación correcta del consumo por paciente/servicio (39.784 €; 41,20%).

Las entradas del coordinador de enfermería durante el horario de cierre del S. de Farmacia para la dispensación de medicamentos a pacientes ubicados en Urgencias alcanzaron una significativa reducción tras la implantación del SADME, pasando de 3285 registros en el período previo a 419 tras doce meses en funcionamiento (87,24%). El estudio también permitió cuantificar la disminución de estos cuando la dispensación de tratamientos era para otros pacientes ingresados en diferentes unidades de hospitalización (725 vs 306; 57,79%)

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN
La implantación de un SADME en Urgencias permitió reducir el consumo de medicamentos e imputar correctamente el gasto por paciente y Servicio.

Garantizar la disponibilidad de los medicamentos y el flujo de trabajo de la unidad de Urgencias así como mejorar la seguridad en la dispensación de los mismos.

Disminuir el número de entradas del coordinador de enfermería al S. de Farmacia durante el tiempo en el que está cerrado minimizando el riesgo de errores en la trazabilidad y control de medicamentos.

MEJORA DE LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS MEDIANTE MESA INTERDISCIPLINAR

Maria Teresa Prada Roces (1), Rosa Maria Sánchez Herrero (1), Liliana Meana Sánchez (2), Begoña De Poo Meré (1), Ana Roces Fernández (1), Joaquín Alfonso Mejido (1), Carmen Garcia Garcia (1)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital San Agustín

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción

La situación previa en el hospital era frecuente la falta de disponibilidad de camas de hospitalización, 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. Existían áreas de mejora como la ubicación de pacientes en pasillos durante la espera para paso a hospitalización, retraso en los resultados de virus, falta de disponibilidad de telemetría, retraso en el paso a hospitalización y falta de información sobre prealtas.

Objetivos

Los objetivos definidos fueron aumentar la disponibilidad de camas, disminuir pacientes en espera de hospitalización, disminuir el tiempo de paso a hospitalización y aumentar la satisfacción.

Métodos

Para alcanzar estos objetivos, se implementó 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, incluyendo equipo directivo, admisión, urgencias y hospitalización. La mesa se reúne diariamente durante 15 minutos para analizar datos como 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 incluyeron redistribución de pacientes en urgencias pendientes de ingreso, disponibilidad de información ágil de resultados de virus, hospitalización en aislamiento preventivo en pendientes de virus cuando se dispone de habitación completa, 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, hospitalziaciones urgentes y programadas, sufrieron un leve descenso en 2024 y se igualaron a 2023 en el año actual, la ocupación disminuyó de 80% a 72.96% y la estancia media de 7 a 6.38. El tiempo medio de solicitud de ingreso a paso a hospitalización ha experimentado una reducción significativa y constante, disminuyendo de 5,95 horas en 2023 a 4,38 horas en 2024 y alcanzando 3,37 horas en 2025.

Conclusiones / Discusión

La estrategia de gestión de camas implementada a través de la mesa interdisciplinar ha tenido un impacto positivo en la eficiencia del proceso de ingreso hospitalario. La disminución de la ocupacíón y de la estancia media han permitido disponer de camas libres y evitar acumulación de pacientes en Urgencias. La marcada disminución en el tiempo medio desde la solicitud de ingreso hasta el paso a hospitalización indica una mejora sustancial en la agilización de este paso. La mejora en la fase de solicitud de ingreso a paso hospitalización es notable y 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 paso a hospitalización.

TIEMPO DE RESPUESTA MICROBIOLÓGICA ANTE SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA (IR)

Flor Isabel Hidalgo García (1), Mª del Carmen Galarraga Gay (1), Elisabeth Prieto Rodríguez (1), Marta Arias Temprano (1), Guillermo Viejo de la Guerra (1), Pedro de la Iglesia Martínez (1), Aurora Torreblanca Gil (1)

(1) CAHU

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN

La mayoría de IR afectan a vías aéreas superiores y son autolimitadas, pero pueden progresar al tracto inferior, siendo los grupos etarios de mayor y menor edad los de mayor morbi-mortalidad. Actualmente, la combinación del enfoque sindrómico y las técnicas diagnósticas microbiológicas rápidas de amplificación de ácidos nucleicos (TAANr) permiten, en muchos casos, obtener resultados en las primeras horas de atención al paciente.

OBJETIVOS

- Reducir el tiempo de respuesta optimizando los equipos disponibles

- Atender las necesidades diagnósticas

- Valorar la realización de TAANr para detección simultánea de 20 microorganismos (TAANr20) como primera opción diagnóstica

- Analizar la idoneidad de realizar de inicio un estudio ampliado de virus y bacterias atípicas

MÉTODOS

Coincidiendo con picos de IR se hicieron dos cortes (dos días cada uno) en las muestras procedentes del Servicio de Urgencias en las que se solicitaba estudio de virus y/o bacterías atípicas. Las técnicas utilizadas, fueron:

- en ≤14 y ≥80 años: TAANr20[1] (resultados ≤90 minutos)

- en >14 y <80 años:

o de inicio TAANr de 4 microorganismos[2] (TAANr4) (resultados ≤60 minutos)

o en un segundo tiempo, en función del diagnóstico, ampliación mediante TAAN convencional[3] (TAANc) (resultados ≥24-32 horas)

RESULTADOS

Las muestras procesadas pertenecían un 10% a pacientes ≤14 años, 17’7% a pacientes entre 14 y 60 años, 12’2% entre 60 y 70 años; 26’6% entre 70 y 80 años y 33’3% a >80 años

Con los equipos de TAANr20 disponibles se realizó estudio completo de virus y bacterias atípicas en el 43’3% de casos (10% pertenecientes a ≤14 años y 33’3% a ≥80 años), emitiendo informe en <90 minutos

En los pacientes entre 70 y 80 años, tras emitir un informe preliminar con la TAANr4 (resultados ≤60 minutos), se precisó ampliar el estudio con la TAANc en el 90% de casos

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

- El uso de TAAN rápidas permitió:

* reducir el tiempo de respuesta

* responder a necesidades diagnósticas en los grupos de ≤14 y ≥80 años

- Dado el alto porcentaje de pacientes entre 70 y 80 años, consideramos conveniente ampliar la aplicación de TAANr20 en todas las personas mayores de 70 años

En conclusión, al mejorar el tiempo de respuesta en la detección de patógenos respiratorios se favorece el cumplimiento de las medidas preventivas que evitan la transmisión, se facilita la gestión de camas y se evita el uso innecesario de antimicrobianos (PROA).

[1] Influenza A (IA), IA-H1, IA-H1N1 pdm09, IA-H3, Influenza B (IB), Virus Sincitial Respiratorio A+B (VSR), SARS-CoV-2, Adenovirus (Ad), Bocavirus (Bo), Coronavirus 229E (Cv229), Coronavirus HKU1 (CvHK), Coronavirus NL63 (CvNL), Coronavirus OC43 (CvOC), Metapneumovirus A+B (Mv), Parainfluenzavirus 1 (Piv1), Piv2, Piv3, Piv4, Rhinovirus/Enterovirus (R/E), Bordetella pertussis (Bp), Chlamydophila pneumoniae (Cp), Legionella pneumophila (Lp) y Mycoplasma pneumoniae (Mp)

[2] IA, IB, VSR y SARS-CoV-2

[3] Ad, Bo, Cv229, CvHK, CvNL, CvOC, Mv, Piv1, Piv2, Piv3, Piv4, R/E, Bp, Cp, Lp y Mp

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SOBRE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA

ALDARA MARÍA GÓMEZ MATO (1), MAITE LATASA BERASATEGUI (1), CLAUDIA ORALLO LUNA (1), LUCÍA VELASCO ROCES (1), ANA LOZANO BLÁZQUEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción
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
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.

Métodos
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
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.

Conclusiones
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 resolutiva, así como repetir la encuesta para evaluar su implantación y ampliar su alcance al Hospital Monte Naranco.

DISTINTIVO EN LOS PACIENTES UBICADOS EN CAMAS HOSPITALARIAS DEL HVN PARA INICIO DE MANIOBRAS DE RCP

Lara Villar Fernández (1), Desiree Fernández Suárez (1), Sayoa Francesena González (1), Lucia Garrido Acosta (1), Verónica Vázquez Rey (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

DISTINTIVO EN LOS PACIENTES UBICADOS EN CAMAS HOSPITALARIAS DEL HVN PARA INICIO DE MANIOBRAS DE RCP

INTRODUCCIÓNEl uso de un distintivo a pie de cama del paciente de identificación rápida, para decidir el inicio o no de maniobras RCP en caso de PCR en personas ubicadas en el servicio de urgencias u hospitalizados, sería una herramienta crucial para la toma de decisiones rápidas y eficientes.

OBJETIVOSOptimizar tiempo de respuesta en RCP intrahospitalaria, y evitar su inicio ante orden de no reanimar.

MÉTODOSEstudio descriptivo observacional basado en observación y recopilación de datos recogidos por facultativos de Urgencias del Hospital Valle del Nalón.

RESULTADOSEn los servicios de urgencias hay gran variedad de pacientes y profesionales. Cada vez es más común que pacientes ingresados en otros servicios, permanezcan en urgencias horas o días, esperando que se libere una cama. El aumento de la afluencia de pacientes en urgencias, la vigilancia más cercana y la búsqueda de un diagnóstico más preciso, han generado un crecimiento exponencial de las áreas de observación de urgencias.Todoesto, deriva en un desconocimiento de los profesionales respecto a los pacientes que permanecen en esta zona.Se observa un aumento en el número de pacientes en situación terminal o pre-exitus que acuden a urgencias, lo que contribuye a un aumento de fallecimientos en este servicio.Cada año se producen en España unas 22000 PCR en hospitales. El tiempo de actuación es crucial. Las metas son la detección dePCR en tiempo cero y la aplicación precoz y adecuada de maniobras de RCP desde el primer minuto.

En Hospital Valle del Nalón existe protocolo para activación de atención a la PCR. El personal que detecte la parada llama al 52112 iniciándose RCP básica o avanzada en función de la formación del personal y del material disponible. Centralita activa buscas al médico de UCI, enfermera polivalente y encargado de celadores (si afecta a paciente pediátrico se activa a pediatría en vez de al médico de UCI y en caso de Urgencias la parada es atendida por sus propios facultativos)

Durante las guardias, el personal médico de urgencias es responsable de las urgencias en las plantas de los servicios que están localizados. En caso de urgencia que no sea detectada inicialmente como PCR, el primero en acudir es el médico de urgencias. Ante una PCR intrahospitalaria, la RCP debe ser iniciada inmediatamente por cualquier personal entrenado, y a la llegada del médico se realizan una serie de preguntas derivadas de este “desconocimiento” de los pacientes ¿es reanimable? Si a la cabecera de paciente existiese algún tipo de identificación (RCP/NO RCP), la toma de la decisión sería más rápida. Hoy se dispone de identificación informática pero esta herramienta puede aumentar tiempo de actuación, o iniciar RCP sin certeza de la existencia de orden de No RCP.

CONCLUSIONESProponemos el empleo de distintivo visual a pie de cama de pacientes no sean reanimables en caso de parada cardiorrespiratoria.

USO Y OPTIMIZACIÓN DE APÓSITOS EN LESIONES POR PRESIÓN

Laura Antonio Camblor (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción

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 análisis del consumo de apósitos Aquacell Extra Hidrofibra durante los años 2023 y 2024 muestra una evolución significativa en las cantidades utilizadas por las unidades 3A, 3B Y 3C.

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.

IMPACTO DEL CAMBIO DE PROTOCOLO DE INGRESOS MÉDICOS DESDE URGENCIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTIN

Roberto Rodríguez Rego (1), Francisco Javier León Alonso (1), Susana García González (1), Begoña García Rodríguez (1), Liliana Meana Sánchez (1), José Luis García Fernández (1), María Luisa Tamayo Canillas (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

- Introducción

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.

- Objetivo

Valorar el impacto de este cambio en el comparativo 2023/2024 en altas, ocupación, estancia media (EM) y reingresos, tanto en el global del HUSA, como en los 2 servicios de mayor impacto previsto: Medicina Interna (MIR) y Cardiología (CAR).

- Método

El análisis se realizó con la aplicación Decisys® a través de Oracle Business Intelligence® (OBI), con datos procedentes de Selene®, consolidados en Data WareHouse® (DWH). Para los datos de ocupación se utilizó el Cuadro de Mandos del centro.

Se analizaron dos periodos, *periodo de control* (PC) entre enero y julio, y *periodo de análisis* (PA) entre agosto y diciembre.

- Resultados

Globales

En 2024 las altas descendieron en 970 con respecto a 2023. De ellas, 960 corresponden al PA, y 10 al PC, equivalente a una reducción mensual de 192 en el PA.

La ocupación pasó del 76,05% en 2023 al 70,46% en 2024.

La EM bruta se mantuvo en 5,9 días, lo que supone un ahorro de estancias mensual de 1132,8 durante el PA.

El número de reingresos bajó en 652 en 2024, 587 en el PC, y 65 en el PA.

MIR

El descenso de altas en 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.

La EM disminuyó levemente (6,69 en 2023, frente a 6,58 en 2024).

El número de reingresos en el PA disminuyó en 318.

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.

La EM disminuyó de 4,01 en 2023 a 3,62 en 2024.

El número de reingresos en PA disminuyó en 38.

- Conclusiones/Discusión

El cambio de protocolo ha supuesto una reducción de IMDU superior al previsto a nivel global, equivalente a casi mil 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 (-0,05 en 2024 frente a 2023) y las EM de MIR y CAR disminuyen (-0,11 en MIR y –0,39 en CAR).

La ocupación anual 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 y ocupación, 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 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).

IMPLANTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 EN LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE TERAPIA AVANZADA

CLAUDIA ORALLO LUNA (1), LUCIA ORDOÑEZ FERNANDEZ (1), ANA ISABEL IGLESIAS CARBAJO (1), LUCIA VELASCO ROCES (1), ANA LOZANO BLAZQUEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Introducción

Los medicamentos de terapia avanzada (MTA) son medicamentos de alto impacto económico y sanitario que están regulados por una legislación específica y que requieren para su administración de la colaboración de un equipo multidisciplinar. Al tratarse de medicamentos, los farmacéuticos hospitalarios tienen la responsabilidad de contribuir a su uso racional, asumiendo la responsabilidad técnica de su adquisición, recepción, custodia, conservación y dispensación; además de estableciendo un sistema eficaz y seguro que garantice una correcta administración a los pacientes y la trazabilidad del proceso farmacoterapéutico.

Objetivos

Ampliar la certificación ISO 9001:2015 de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Farmacia al proceso de Gestión de los MTA.

Métodos

Se implantó un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) utilizando como base el ya existente en la UGC. Para ello se desarrollaron 11 Protocolos Normalizados de Trabajo y 16 registros específicos basados en garantizar la trazabilidad y seguridad del proceso, como la doble verificación de identidad o el registro continuo de temperatura. Se desarrolló también, en colaboración con el Servicio de Hematología, un formulario en la historia clínica electrónica Millenium® que permite dejar constancia de todos los profesionales que han estado implicados en el proceso y de etapas críticas como las horas de descongelación y administración, con el fin de asegurar la estabilidad y seguridad de los MTA.

Además, se elaboró un Plan de Formación y Cualificación para el personal implicado y un Plan de Control de Equipos teniendo en cuenta los requisitos específicos (mantenimiento, normas de seguridad) de los tanques de nitrógeno y del local de criopreservación.

Se estableció un indicador para evaluar las incidencias producidas con los MTA.

Resultados

Se valoró la implantación del SGC por una auditoría interna y externa con resultado favorable, por lo que en febrero de 2025 se amplió la certificación ISO 9001:2015 a la Gestión de los MTA en la UGC de Farmacia.

En cuanto al indicador de calidad, hasta mayo de 2025 se produjo la adquisición, conservación, dispensación y descongelación sin incidencias de un total de 22 MTA: 20 pacientes recibieron terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CART) comerciales, un paciente terapia CART dentro de ensayo clínico y un paciente terapia celular con linfocitos T específicos (ViroTCell).

Conclusiones/Discusión

La implantación de un SGC en la gestión de MTA ha permitido estandarizar todas las etapas del proceso, garantizando su trazabilidad y seguridad. La ampliación de la certificación ISO 9001:2015 a este ámbito específico refleja no solo el

compromiso con la mejora continua y la excelencia asistencial, sino también la capacidad de adaptación del sistema de calidad ya existente en la UGC de Farmacia a procesos altamente complejos y sensibles, contribuyendo a una atención más segura, coordinada y centrada en el paciente.

PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN MEDICINA NUCLEAR: DEPURAR CON PROPÓSITO.

Alba Gutierrez Hurtado (1), Alejandro García Huergo (1), Nicolás Fernández Arrizabalaga (1), Francisco José Jimeno Demuth (1), Patricia Sol Gomez (1), Yolanda Rodríguez Alvarez (1), Ricardo de Dios del Valle (1)

(1) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN

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.

OBJETIVO

Evaluar el proyecto de mejora del sistema de información de la lista de espera del Servicio de Medicina Nuclear (MNU).

MÉTODO

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.
Nº 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-25. Cortes post: Febrero-25 para evaluar primera fase; marzo-25 evaluar la segunda.
Fuente: INFOLISTAS.
Indicadores: nº 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-2ªFase**: 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/DISCUSIÓN

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.

Caso: COLABORACIÓN ENTRE SERVICIOS COMO ESTÁNDAR DE CALIDAD EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.

Ramiro Vena González (1), Cristina Alvarez Cuadrado (2), Cristina Tejerina Mairlot (2), victor Vena González (3), Silvia Martinez Fernández (1), Paula Meana Pereira (4)

(1) Roces Montevil, (2) ROCES MONTEVIL, (3) Natahoyo, (4) El Coto

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción

· Relevancia de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) como problema de salud pública.

· La sífilis como ejemplo: aumento de casos, formas atípicas de presentación, necesidad de sospecha clínica y trabajo coordinado.

Objetivo:

· La colaboración interprofesional como indicador de calidad asistencial.

Métodos:

Caso Clínico 1

· Varón joven que consulta por úlceras dolorosas en ambos laterales linguales que no ha mejorado con tratamiento para aftas.

· Valoración inicial en medicina familiar y odontología, consulta a maxilofacial que indica corticoides y biopsia.

· Durante espera se realizan revisiones por odontología sin mejoría, ante lo cual, en valoración conjunta con médico de familia, se decide serología: resultado compatible con sífilis activa.

· Declaración oficial inmediata a Salud Pública.

· Inicio de tratamiento con penicilina y derivación a venereología.

Puntos clave de calidad:

· Valoración multidisciplinar.

· Sospecha clínica fuera del circuito habitual.

· Comunicación ágil entre especialidades y con Salud Pública.

Caso Clínico 2

· Consulta por exantema en tronco sin mejoría con tratamiento sintomático.

· Valoración posterior en urgencias: exploración completa e historia clínica detallada.

· Relaciones sexuales de riesgo con múltiples parejas. Ulceración en región genital.

· Derivación urgente a venereología y seguimiento por su médico.

· Serología confirmatoria de sífilis, tratamiento adecuado y declaración oficial.

Puntos clave de calidad:

· Importancia de la entrevista clínica global.

· Reconocimiento de manifestaciones dermatológicas relevantes.

Coordinación eficaz para el diagnóstico, tratamiento y notificación

Resultados y Reflexiones Finales

· La calidad asistencial se ve fortalecida por la colaboración activa entre atención primaria, especializada y salud pública.

· La valoración integral del paciente facilita diagnósticos que pueden pasar desapercibidos si se enfocan de manera parcial.

· La coordinación entre servicios permite un abordaje rápido, eficaz y preventivo.

Confidencialidad del paciente:

· Pilar fundamental durante todo el proceso.

· Protege al paciente frente al estigma social asociado a ITS.

· Fomenta una comunicación más abierta y efectiva.

· Debe mantenerse rigurosamente incluso entre equipos y niveles asistenciales.

Conclusión

“La colaboración entre profesionales y niveles asistenciales no es un añadido, sino una condición esencial de la calidad en la atención sanitaria ante enfermedades transmisibles. Esta colaboración debe sostenerse siempre en el respeto a la confidencialidad, la dignidad y la autonomía del paciente.”

EL RETO DE DEL PACIENTE CRÓNICO: CUATRO MODELOS BASADOS EN LA ESTRATIFICACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA DEL RIESGO.

Maria de Lourdes Peral Sanchez (1), Rommel Guirado Cruz (2), Luis Solis González (1), Cristina Campoverde Ortega (1), Julio César Alonso Lorenzo (3)

(1) HUCA Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Centro de Salud Parque Somió, (3) Unidad de Salud Pública del Área Sanitaria IV

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción: La gestión sostenible del paciente crónico es una prioridad estratégica en salud. El envejecimiento, las enfermedades no transmisibles y la presión asistencial impulsan modelos basados en estratificación del riesgo clínico. Este estudio analiza cuatro modelos: Dispensarización Cuba, Kaiser Permanente EE. UU, Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) España y el Modelo Integrado de Atención Comunitaria para la Multimorbilidad (ICMCM) China. **Objetivo:** Describir modelos de estratificación clínica y gestión del paciente crónico implementado en países como: Cuba, EE.UU., España y China. **Método**:Análisis documental describiendo cobertura del sistema, modelo de estratificación, soporte tecnológico, , responsables clínico y objetivos estratégicos. **Resultados:** Estos modelos comparten la estratificación del riesgo como base para planificar cuidados, anticipar eventos agudos y fomentar una atención continua centrada en la prevención con una orientación longitudinal de la atención. **Dispensarización (Cuba):** Modelo público y universal basado en el médico y enfermera de la familia. Estratifica a la población en cuatro grupos según estado de salud, con seguimiento comunitario activo, visitas domiciliarias y enfoque territorial. cobertura total .Registros mayormente manuales. Su fortaleza es la prevención y atención personalizada incluyendo pacientes en edad pediátrica. **Kaiser Permanente (EE UU)**: Sistema integrado sin fines de lucro que estratifica en cuatro niveles mediante modelos predictivos que identifican alta carga de enfermedad y reingresos hospitalarios. Utiliza historia clínica electrónica, big data, paneles de control y alertas automatizadas. Cobertura de 12,5 millones de afiliados. Enfocado en resultados de salud, eficiencia de costos y reducción de hospitalizaciones mediante una atención basada en valor. **GMA (España)**: Sistema público, universal y descentralizado. Estratifica en cinco niveles más índice de complejidad utilizando percentiles combinando diagnósticos codificados, consumo de recursos, ingresos hospitalarios, mortalidad, visitas a atención primaria y gasto en farmacia para cada código diagnóstico. Utiliza historia clínica electrónica. Cobertura nacional de 46 millones. Permite priorizar recursos y coordinar atención primaria, especializada y sociosanitaria. **ICMCM (China):** Sistema público gestionado por el gobierno local (Shanghái). Incorporación acelerada de inteligencia artificial. Centros de salud conectados con hospitales y plataformas digitales. Estratifica en 3 niveles de riesgo. Cobertura a más de 1.9 millones de personas. Permite seguimiento digital remoto y el uso intensivo de datos para la toma de decisiones clínicas. **Conclusiones:** Kaiser, GMA y ICMCI integran tecnología para seguimiento predictivo. la Dispensarización se implementa desde la edad pediatrica. Kaiser aplica un enfoque basado en valor mejores resultados al menor costo; el GMA muestra eficiencia pública adaptable e ICMCI lidera en innovación digital.

Innovando en el desarrollo de un Plan de acogida integral para nuevos profesionales

Joaquin Menchaca Muñiz (1), María Begoña Piñón González (2), Eva Fernández Sánchez (3)

(1) HUCA/HMN, (2) HUCA, (3) Gerencia de Palmira Villa. Atención Primaria

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN

El Plan de acogida a nuevos profesionales es un elemento imprescindible en cualquier organización , máxime en organizaciones sanitarias por el elevado número de ámbitos en que los/as profesionales desempeñan su trabajo.

La organización de las áreas sanitarias en Asturias, donde se gestionan los ámbitos de hospitalaria y primaria, junto a los diferentes puestos por los que pueden rotar muchas categorías profesionales, obliga a buscar modelos donde se pueda mostrar información tanto general como específica de los diferentes puestos de trabajo.

OBJETIVOS

Cumplir los estándares de calidad del nivel A de la Guía de estándares de calidad para la Gestión clínica GECA, en todos sus elementos.

Proporcionar herramientas y conocimientos para un desempeño adecuado del trabajo de los profesionales de las diferentes categorías.

Mejorar la seguridad del paciente y el profesional.

Reducir el estrés y la ansiedad ante la incorporación.

MÉTODOS

Se han analizado y recopilado los planes de acogida existentes en el Área sanitaria IV, revisando tanto las intranet como los disponibles en diferentes Unidades y Servicios.

El modo y forma en que la información se traslada a los nuevos profesionales.

Si existe seguimiento de la valoración de los mismos.

RESULTADOS

Entre los resultados más relevantes nos encontramos los siguientes.

No existe un Plan de acogida general para el conjunto de profesionales y solo algunas direcciones (concretamente la de Gestión de cuidados y enfermería) dispone de uno.

No se abarca, ni siquiera en el caso mencionado, a la totalidad de categorías profesionales, estando más centrado en el personal específico de enfermería (enfermeras y TCAE).

Hay aspectos de mucho interés para los profesionales como son las normas relativas a jornada de trabajo, permisos, etc. que no siendo competencia de las Direccones de gestión de cuidados y enfemería, conforman un parte importante de los mismos.

Contamos con más de un centenar de planes de acogida en las diferentes Áreas y Unidades del conjunto del Área sanitaria que no siguen una estructura común.

No todos se encuentran actualizados.

No existe un seguimiento de la valoración del Plan por el profesional.

En base a todo ello, se ha diseñado un modelo que muestra desde la información general del Área sanitaria hasta la específica de los puestos de trabajo de las diferentes cataegorías profesionales. Consiguiendo con ello un único Plan con una parte troncal, que aplica a todos los ámbitos y categorías, evitando así la repetición de la información y las contradicciones en la misma, y la de los puestos.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

Existe una necesidad imperiosa de conjugar en un único Plan de acogida la información que la organización debe trasladar al conjunto de sus profesionales, con la más específica que cada Unidad dispone para facilitar el desempeño profesional y la que el propio profesional desea conocer para reducir su ansiedad y conocer los recursos y derechos, aplicando las nuevas tecnologías de comunicación.

PACTO DE OBJETIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN INTEGRAL EN EL ÁREA SANITARIA VIII

Sandra Charro Alonso (1), Rosa María García Vizuete (2), Elena Miguel Rodríguez (2), María del Carmen Campa García (2), Paloma Pacho Ferreras (3), Leticia Ansedes García (4), Raquel Gómez Couto (4)

(1) Gerencia La Felguera, (2) La Felguera, (3) SSCC, (4) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción: 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, el Área Sanitaria VIII del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) impulsó en 2024 la firma de Pactos de Objetivos en la totalidad de sus Equipos de Atención Primaria (EAP). Esta iniciativa, pionera en el SESPA, constituye una intervención sistémica que transforma la práctica clínica, la gestión y la gobernanza de los equipos.

Objetivos: Analizar el impacto asistencial y organizativo de la implantación del Pacto de Objetivos en 2024 en todos los EAP del Área VIII, en términos de mejora de efectividad clínica, eficiencia, sostenibilidad, seguridad, equidad y participación interna.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se analizaron los pactos firmados 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 (Zonas Básicas de Salud de Laviana, Riaño, Sama, Sotrondio, La Felguera, El Entrego y Zona Especial de Salud) firmaron sus Pactos.
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), destacando El Entrego y La Felguera.
Efectividad clínica: Alta cobertura en valoración del estado de salud en pacientes de alta complejidad (Nivel 4 de los grupos de morbilidad ajustada), destacando Riaño (94,8 %), ZES (86,13 %) y Laviana (85,24 %). Desarrollo progresivo de protocolos de adecuación terapéutica, con implantación de hasta el 29 % en Laviana.
Eficiencia y sostenibilidad: Análisis modal de fallos y efectos; cirugía menor en todos los EAP; mejora de comunicación interna y control estructural.
Participación interna: Seguimiento cuatrimestral con implicación de mandos intermedios y profesionales.
Responsabilidad social: Avance notable en detección y abordaje de pacientes en riesgo.

Conclusiones: La implantación de Pactos de Objetivos en el Área VIII trasciende la firma documental para consolidar un cambio de paradigma: de un modelo jerárquico a otro participativo, basado en autonomía organizativa y corresponsabilidad profesional. La incorporación sistemática de procesos de calidad, seguridad y eficiencia ha fortalecido equipos resilientes, centrados en las necesidades del paciente y capaces de autogestión responsable. Esta experiencia es un modelo replicable que demuestra cómo la gestión avanzada puede transformar la Atención Primaria, reforzando su papel como eje de un sistema sanitario público sostenible, equitativo y orientado a la calidad.

ENCUESTA SOBRE EL USO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Marta Mateos Mazón (1), Lorena De Carlos Negro (2), Monica Del Amo Santiago (3), Maria Cinfrian Martinez (4), Jesus Javier Lopez Hernández (5)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) CENTRO DE SALUD LA MONTAÑA -SANTANDER, (3) Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria, (4) Servicio Cántabro de Salud, (5) Centro de salud Pisueña-Cayón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte, en España y en el mundo. Un adecuado diagnóstico es un objetivo básico de los sistemas sanitarios. Dentro de las pruebas diagnósticas tenemos la toma de presión arterial en consulta, y la realización de una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Esta última aporta información precisa de fenotipos de HTA, variabilidad tensional, HTA nocturna y patrón circadiano en las condiciones habituales de vida. Desde 2013, todas las zonas básicas de salud (ZBS) de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) disponen de al menos un monitor para MAPA. Sin embargo, no existen protocolos del procedimiento ni instrucciones de uso del monitor homogéneo para todo el SCS.

Objetivos: Analizar la situación actual del uso y manejo de la MAPA en el SCS, para mejorar la atención del paciente con HTA, homogeneizar su uso y asegurar una correcta utilización y buen aprovechamiento.

Métodos: Aplicación de cuestionario estructurado mediante Google Forms, dirigido a coordinadores de ZBS del SCS.

Resultados: La tasa de respuesta fue: 95,24%. En 57,5% de las ZBS hay 1 aparato y en 35% 2. Todas las ZBS realizan MAPA, variando desde 13 a 16 al mes (30%), hasta más de 16 al mes (5%).

El 62,5% de la ZBS no tiene responsable del MAPA, de ellas el 92% consideran que no es necesario. En el 70% cada enfermera realiza los MAPA de su cupo. El 45% no disponen de instrucciones para su realización.

De las ZBS que tienen 2 aparatos el 50% realizan de 13 a 16 al mes. Sin embargo los que tienen uno, el 78,3% realizan menos de 13 al mes. Las 2 ZBS que realizan más de 16 al mes tienen 2 aparatos.

El 70% de ZBS que realizan entre 5-8 al mes tienen responsable mientras que, las que realizan más 16 al mes no tienen responsable.

En las áreas con tamaño inferior a 9000 habitantes el mínimo de pruebas que se realiza es de 0 a 4 al mes y el máximo de 8. En las de más de 14000 habitantes el mínimo que se realiza es de 5 al mes.

En el 57,1% de las ZBS que realiza de 0-4 mes cada enfermero realiza las de su cupo, este porcentaje va a aumentando hasta el 100% donde se realizan más de 16 al mes.

Conclusiones / Discusión: Aunque hay que tener en cuenta otros factores como la dispersión geográfica, parece que para realizar menos de 13 al mes es suficiente con 1 aparato, y para realizar más de 16 es necesario tener 2 aparatos. Según va aumentando el número de MAPA que se realizan, el porcentaje de ZBS con responsable va disminuyendo. El número de pruebas que se realizan es superior en ZBS más grandes. En las ZBS dónde más MAPAS se realizan cada enfermero realiza las de su cupo.

Para un buen diagnóstico, no es suficiente con la aportación de la tecnología, sino que es necesario estudiar otras variables de uso, para la homogeneización de protocolos y la formación del personal para su correcta utilización.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA AREA SANITARIA VIII: RESULTADOS 2024

MARGARITA VAZQUEZ RODRIGUEZ (1), raquel gomez couto (2), Tania Alonso Antuña (2), Maria Patricia Soto Bastián (2), Maria Angeles Laviana Fernández (2), Sandra Charro Alonso (2), Leticia Ansedes García (2)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALON, (2) Hospital Valle Del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCION: Este estudio presenta los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a usuarios de atención primaria del área sanitaria VIII entre enero y octbre de 2024. Se analizan diversos aspectos de la atención recibida, incluyendo la satisfacción global, el trato del personal, la accesibilidad y otros factores relevantes.

OBJETIVOS:

- Evaluar el grado de satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en atención primaria.
- Analizar la satisfacción de los usuarios con aspectos específicos de la atención, como el trato del personal, la claridad de la información y la puntualidad.
- Identificar áreas de mejora en la atención primaria según la percepción de los usuarios.
- Determinar el Net Promoter Score (NPS) como indicador de la probabilidad de recomendación del servicio.

METODO:

Se realizó un estudio descriptivo transversal basado en el análisis de los datos de las encuestas de satisfacción de usuarios de atención primaria del área sanitaria VIII. Las encuestas se realizaron mediante el envio de SMS y las respuestas se recogieron en una escala tipo LIKERT de 1 a 5. Se analizaron las puntuaciones de satisfacción global, las puntuaciones en items específicos y el NPS.

RESULTADOS:

Se recibieron 50.104 respuestas. El 77,8% de los usuarios puntuaron su satisfacción global con un 9 o 10 (en una escala del 1 al 10), y el 7,5% puntuaron entre 1 y 6. La puntuación media del NPS fue de 71. Las puntuaciones medias de los items específicos (en una escala del 1 al 5) fueron: trato y amabilidad del personal (80,9% puntuación 5), claridad de la información (77,8% puntuación 5), tiempo dedicado por el profesional (76,6% puntuación 5), sensación de seguridad (75,9%), puntualidad de la consulta (71%) y facilidad para conseguir cita (69%).

CONCLUSIONES/DISCUSION:

Los resultados muestran un alto nivel de satisfacción general de los usuarios con la atención primaria del área sanitaria. El trato y la amabilidad del personal y la claridad de la información son los aspectos mejor valorados. La facilidad para conseguir cita es el aspecto con menor valoración. El alto NPS indica una buena probabilidad de recomendación del servicio. Se identifican áreas de mejora como la accesibilidad y la comodidad de las instalaciones.

EVALUACIÓN EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD COMO INDICADORES DE CALIDAD TRAS INTERVENCION EN DIABETES

Cristina Alvarez Cuadrado (1), Elvira Llaneza Suárez (2), Maria Ablanedo Mingot (3), Isabel Diez Valcarce (4), Manuela Parrondo Fernández (5), José María Nieto Castaño (6), Marta María Pisano Gonzalez (7)

(1) centro de salud roces montevil, (2) FICYT, (3) CAHU, (4) SESPA, (5) Consejería de Salud, (6) Servicio Atención continuada, (7) Consejería de Salud Asturias

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción:

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de creciente prevalencia. El coste sanitario y complicaciones asociadas suponen el 10% del gasto sanitario global.

Hábitos de vida saludables pueden mejorar el estado y prevenir el progreso de la enfermedad, disminuyendo necesidades de tratamiento farmacológico y desarrollo de complicaciones.

En Asturias se ha implementado la intervención Care4Diabetes (C4D), adaptación de la intervención Reverse Diabetes 2 Now. Abordaje terapéutico grupal sobre cuatro pilares de estilo de vida con apoyo de un equipo multidisciplinar durante un año.

La evaluación de la atención centrada en el paciente y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con DM2 es fundamental para valorar la efectividad de los modelos de atención crónica.

El cuestionario EuroQol (EQ-D-5L), ampliamente utilizado para medir CVRS, aporta una visión cuantificable del impacto de la DM2 y su tratamiento sobre movilidad, dolor/malestar, y ansiedad/depresión.

El instrumento PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Caremide) percepción del paciente sobre la adherencia del sistema sanitario, activación del paciente, apoyo en la autogestión, coordinación y seguimiento del tratamiento.

Objetivos:

Evaluar la calidad del proceso asistencial y los resultados percibidos en personas con DM2 tras la intervención C4D.

Métodos:

Estudio cuasiexperimental pre-post.

Cuestionarios validados autoadministrados (PACIC y EuroQol) al mes (T0), al mes 6 (T1) y 12 (T2).

Aprobado por el CeimPA: 223.244.

Resultados:

Descripción muestra: 25 personas con DM2, 40% mujeres, edad media 59,8+-8 años y 5,1 +-3 años de evolución de DM2.

Aumento de la percepción de la salud actual (EuroQol) de 53,6/100 (T0) a 72(T2).

Percepción de pacientes sobre la atención asistencial (PACIC): aumento de la puntuación media de 2,2 (T0) a 2,58 (T2). Mayor aumento en subescala de seguimiento y coordinación.

Discusión y conclusiones:

Resultados EuroQol sugieren una mejora significativa en la calidad de vida percibida, atribuible a intervenciones efectivas en la atención de la DM2.

Los hallazgos de mejora del PACIC reflejan un aumento de la calidad de la atención recibida para el manejo de la DM2 a través de intervención multidisciplinar colaborativa, aprendizaje y seguimiento grupal.

Estudios previos han demostrado que puntuaciones más altas PACIC se correlacionan con mejor adherencia al tratamiento y control metabólico en personas con DM2.

La puntuación media encontrada (2,58) es ligeramente superior a la de otros estudios (Dinamarca con n=2696, media de 2,44; y 1,99 en subescala de seguimiento frente a 2,18 en Asturias.

La integración de medidas de evaluación de calidad y experiencia del paciente sobre una intervención sanitaria pública, demuestran puede aumentar la motivación y adherencia de las personas con DM2 en Asturias resultando en un aumento de la calidad de vida y una mayor satisfacción con la atención sanitaria recibida.

Limitaciones: reducido tamaño muestral.

LA OTRA CARA DE LA RECAPTACIÓN: RETOS Y APRENDIZAJES EN LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL VHC

Luis Solís González (1), Mercedes Rodriguez Pérez (1), Sonia Lopez Villar (2), María de Lourdes Peral Sánchez (1), Cristina Campoverde Ortega (1), Grecia Bell Valerio Rao (1), Marta Mateos Mazón (1)

(1) HUCA, (2) Consejería de Salud

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

LA OTRA CARA DE LA RECAPTACIÓN: RETOS Y APRENDIZAJES EN LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL VHC

AUTORES:
Luis Solís González[1], Mercedes Rodríguez Pérez[2], Sonia Lopez Villar[1], María de Lourdes Peral[3], Cristina Campoverde Ortega[3], Grecia Bell Valerio Rao[3], Marta Mateos Mazón[3]
[1]R4 Medicina Preventiva y Salud Pública – Consejería de Salud
[2]Microbiología HUCA · [3]Medicina Preventiva y Salud Pública HUCA

CENTRO DE TRABAJO:
Consejería de Salud · Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

INTRODUCCIÓN:
La eliminación de la hepatitis C como problema de salud pública requiere no solo tratamiento eficaz, sino también una capacidad operativa para identificar pacientes fuera del circuito asistencial. Esta tarea se enfrenta a retos importantes cuando se intenta integrar datos procedentes de sistemas heterogéneos y no interconectados.

OBJETIVOS:
Describir las barreras encontradas en el cruce de sistemas de información para localizar pacientes con infección activa por VHC no tratados, y las soluciones aplicadas para facilitar su recuperación y posterior derivación clínica.

MÉTODOS:
Durante un proyecto regional de recaptación en Asturias (2015–2024), se cruzaron datos de microbiología, farmacia, SIPRES, penitenciarios e historias clínicas hospitalarias. El proceso implicó la conversión de identificadores, depuración de duplicados, uso de filtros administrativos y revisión manual de registros. Se documentaron los principales obstáculos técnicos, organizativos y logísticos.

RESULTADOS:
Se detectaron múltiples barreras: identificadores distintos (NHC vs CIP), formatos no compatibles, falta de interoperabilidad, registros incompletos o solo en papel, y demoras por tiempos administrativos. La colaboración entre servicios y el uso de filtros automatizados (como SIPRES) permitió reducir los falsos positivos y priorizar los casos relevantes, mejorando la eficiencia del proceso.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN:
La recaptación de pacientes con VHC no es solo un reto clínico, sino también informático y organizativo. Una parte clave del éxito radica en la capacidad de integrar datos dispersos. El proyecto sirvió como experiencia práctica de interoperabilidad, y plantea la necesidad de protocolos estables, sistemas compartidos y herramientas automatizadas para futuras búsquedas poblacionales.

¿Debe utilizarse pornografía en los centros de reproducción? Un proyecto de UX.

Miguel García Fernández (1), Monica Diaz Barredo (2)

(1) Clínica EMBY, (2) Clinica EMBY

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción:

Las unidades de medicina reproductiva, habitualmente, disponen de espacios donde los varones pueden obtener la muestra de semen, manteniendo la privacidad y la intimidad, y también suelen tener disponibles diferentes tipos de materiales para adultos.

La pornografía es, en su mayor parte, una industria destinada a los varones que ha sido ampliamente estudiada desde un punto de vista económico, social y moral. En general existe consenso sobre que la pornografía cosifica a la mujer y la sitúa en una posición jerárquica inferior, la mayor parte de las veces degradante.

Por otro lado, el consumo de pornografía, especialmente en edades tempranas, se relaciona con adicciones, alteraciones en la construcción de relaciones y prácticas sexuales violentas.

Pregunta de investigación:

¿Es necesario disponer de pornografía en las unidades de medicina reproductiva? ¿Es clínicamente relevante? ¿Es moralmente aceptable?

Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica narrativa y una encuesta ad hoc para estudiar la perspectiva de los pacientes.

Resultados:

Tras la lectura de las 10 referencias se identificaron 7 estudios y 3 artículos sobre aspectos éticos, legales y morales. Entre los 7 estudios 2 analizaban las diferencias en la obtención de las muestras de semen en casa o en las clínicas, 1 analizaba la obtención durante el coito frente a la masturbación y los 3 restantes se centraban en la estimulación sexual durante la masturbación. Todos estos estudios tenían metodologías y tamaños muestrales muy diversas, por lo que son difícilmente comparables.

En relación con la calidad de las muestras encontramos a partes iguales estudios con resultados positivos y otros sin diferencias, tanto en el uso de material de adultos en las clínicas, obtención en casa de la muestra frente a la clínica, o obtención durante el coito frente a la masturbación.

Para la encuesta nos preguntamos ¿utilizan actualmente los varones el material que les proporcionamos en el centro? ¿lo consideran útil?

Enviemos un cuestionario a los 128 varones que habían obtenido muestras entre octubre y marzo. Obtuvimos 31 respuestas (25%). 28 habían utilizado nuestra sala, y 3 obtuvieron la muestra en casa

15 participantes (53%) manifestaron haber utilizado algún tipo de material de adultos para estimularse , de éstos 12 (80%) utilizaron el material disponible en la clínica y 3 (20%) utilizaron material propio. Se valoró de 1 a 10 la adecuación del material utilizado (8,5) y su utilidad (8,6).

Discusión:

La metodología cuantitativa no es útil para estudiar el efecto clínico del uso de la pornografía en nuestro medio. El uso

sistemático de la pornografía en los centros de reproducción no está aconsejado por cuestiones morales y éticas, tanto por la responsabilidad social de no fomentar esta industria, como por la exposición de los profesionales de la salud a la misma de forma involuntaria.

Metodologías de investigación cualitativa y de experiencia del paciente pueden ser útilies para estudiar este tema.

Implantación de Gafas de alto flujo en planta convencional

Elena Zamora Montes (1), Irene Álvarez Sánchez (1), Alba Suarez Antuña (1), Lara Verdejo Rodríguez (1), Úrsula Jesús Trives González (1), Sara Álvarez Gento (1), Laura Menéndez Álvarez (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) supone una causa frecuente de ingreso en las unidades de Medicina Interna de nuestro hospital, la oxigenoterapia sigue constituyendo uno de los tratamientos de primera linea en su tratamiento.

Tras la pandemia de COVID 19, se ha ampliado el uso de tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en unidades convencionales de hospitalización. La OAF nos aporta una serie de mejoras en la oxigenación mediante diferentes mecanismos.

En nuestro hospital no hay unidad de cuidados intermedios por lo que se hace necesario el inicio del tratamiento en unidades de hospitalización, lo que conlleva a la elaboración de un protocolo, al diseño de un formulario de registro y a la formación de todos los profesionales del Área de gestión clínica (AGC).

Objetivos

- Descripción del protocolo de actuación normalizado sobre la OAF en unidad de hospitalización convencional.
- Análisis de datos de los tratamientos OAF en los últimos años.

Métodos

Protocolo de OAF definido por el Área de gestión clínica de medicina interna del Hospital Valle del Nalón.

Formación continuada presencial de los profesionales en el manejo de los dispositivos relacionados con la OAF cada seis meses, todos aquellos adscritos al Área de Gestión Clínica (AGC) de medicina interna.

Análisis cuantitativo de los tratamientos implantados en el área de hospitalización, previa recopilación de datos normalizados en formulario específico de nuestro hospital para la ventilación mecánica, integrado en historia clínica con sistema Selene.

Resultados

Definición de las indicaciones y los criterios de elección para los pacientes subsidiarios a la terapia OAF, describiendo los beneficios y posibles complicaciones asociadas.

Detalle del montaje del sistema de aporte de OAF en la instauración del tratamiento, descripción de los cuidados de enfermería e intervenciones asociadas al proceso, así como las indicaciones en la retirada del tratamiento y su posterior desecho y limpieza..

Análisis cuantitativo de tratamientos instaurados en unidades de hospitalización.

Conclusiones/Discusión

El manejo de dispositivos y acciones vinculadas a la aplicación de la terapia con OAF requiere de conocimiento y experiencia en su manejo, por parte de profesionales sanitarios de diferentes categorías, ya que el éxito de la OAF está científicamente probado que se basa en el personal formado y entrenado, así como su uso dentro de la misma unidad de hospitalización.

La implantación de un protocolo de actuación permite la unificación de criterios a la hora de instaurar el tratamiento con OAF, así como su manejo posterior.

La centralización en una área asistencial fuera de las unidades de cuidados intensivos, en este caso, en una determinada planta de hospitalización, permite contar con personal formado, actualizado y con la experiencia en el manejo tanto de dispositivos como de pautas de actuación.

10 años de evidencia en el cuidado de los accesos vasculares

NEREA OTERO PLATAS (1), ANGELA ORVIZ MENENDEZ (1), ISABEL BERMUDEZ ROBLES (1), MERCEDES MONTES SOLARES (1), LAURA ALONSO DIAZ (1), CLARA FERNANDEZ GONZALEZ (1), ANA YESICA FERNANDEZ MENENDEZ (1)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALON

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción

El Hospital Valle del Nalón lleva 10 años como centro comprometido en la excelencia en cuidados. Se ha llevado a cabo la implantación de 3 guías:Lactancia, Caídas y Accesos Vasculares. Durante estos años se han desarrollado diferentes fases de sostenibilidad del proyecto.En la actualidad estamos en el periodo de sostenibilidad 2024-2025, donde el hospital fue designado como Centro BPSO_Área VIII , tras expandir dos guías a Atención Primaria y comenzar con la implantación de una cuarta guía de Prevención de Lesiones por Presión. Además desde 2020 se han fusionado el proyecto Fzero y BPSO para aunar cuidados de excelencia a través de la mejor evidencia

Objetivo

Describir el grado de implantación de la Guía de accesos vasculares tras 10 años de implantación.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo sobre las diferentes fases del proyecto durante10 años, en el que se muestran: Resultados de las evaluaciones a través de los registros en la historia clínica en UCI y 2 unidades de hospitalización. En la revison de los registros, se evalua la cumplimentación de los formularios de catéteres y el plan de cuidados y otra evaluación mediante observación directa en todas las unidades, UCI y urgencias en 2 mediciones semestrales, midiendo la cumplimentacion las recomendaciones de la guía en cuanto a la inserción y cuidados (lugar anatómico, punto inserción visible, fecha anotada y uso de dispositivos adicionales)

Resultados

En la primera fase del proyecto 2015-2017 se actualizaron los protocolos de inserción y las recomendaciones. Los primeros resultados de la evaluación retrospectiva muestran un 62% de valoraciones pre inserción y un 100% cumplimentación de los cuidados de catéteres (punto de inserción visible, cambio de apósito, fecha rotulada) En 2017 se inician las auditorias: 41% fecha anotada, un 26% localización en flexura y un 54% punto de inserción visible. En los siguientes periodos, desciende el cumplimiento de la valoración presinserción (33%) y la cumplimentación de los cuidados (80%).Durante la pandemia se mantiene la revisión retrospectiva.En 2022/23 se implementó la evaluación retrospectiva en dos unidades de hospitalización y continuaron con auditorias.La valoración presinserción tiene una baja cumplimentación, menos del 20% y los cuidados tienen altas tasas de cumplimentación superiores al 80 % desde 2022 hasta la actualidad tanto en evaluación retrospectiva como en auditoria observacional.Desde la inclusión del proyecto Fzero, la tasa de flebitis ha sido siempre entorno al 5 % o inferior

Conclusiones

En estos diez años se consiguió una adecuada difusión de la Guía con un alto grado de implantación de las recomendaciones. La revisión de la historia clínica y la cumplimentación de registros nos indican que hay que realizar una planificación de los aspectos a mejorar.Los resultados obtenidos nos permiten seguir avanzando en nuevos retos como la creación del equipo de infusión de acceso vascular en la cual nos hayamos inmersos.

INGENIERIA: PUNTO DE APOYO PARA UN SISTEMA SANITARIO EQUILIBRADO, SOSTENIBLE, TECNOLOGICO Y DE CALIDAD

Gustavo Amor Rodríguez (1)

(1) Subdirección de Infraestructuras y Servicios Tecnicos

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción:

La ingeniería aporta un equilibrio necesario entre los tres pilares de un sistema de renovación y mejora tecnológica en el sector sanitario: El personal asistencial, la industria y la administración.

Objetivos

Demostrar que para llevar a buen término una renovación o nueva inclusión tecnológica en el sistema sanitario es imprescindible el equilibrio entre las inquietudes de cada uno de los actores principales. Este es un equilibrio de fuerzas dinámico, el cual no permite un ajuste fijo, sino que cada situación requiere de una compensación modulada entre los intereses de cada una de las partes.

Métodos

Para la pieza que equilibra este entramado se busca un perfil profesional que destaque en:

· Conocimiento profundo de prácticamente la totalidad del equipamiento de electromedicina.
· Relación y entendimiento de la industria tecnológica sanitaria.
· Conocimiento de la estructura asistencial del sistema de salud.
· Adaptación de todo lo anterior al sistema de contratación pública.

Nada mejor que un perfil basado en ingeniería cumple con todos estos aspectos, pero no ingeniería al uso, sino ingeniería que desarrolle una serie de habilidades de empatía más allá de su profesión ya que debe marinar tres sectores profesionales diferenciados: La sanidad, parte productiva del sistema, la Industria, parte tecnológica y la administración, parte burocrática que lo hace sostenible.
Ninguno de estos pilares tiene que ser olvidado, ni ninguno debe ser únicamente relevante, ya que el sistema se desestabiliza y el resultado obtenido seria inapropiado dando como resultado equipamiento imposible o no sostenible o por el contrario equipamiento no adecuado o no útil para el desempeño sanitario.

Resultados

En el periodo 2022-2024 la Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos ha llevado bajo este modelo, solo en la parte de equipamiento médico, la consecución de 43 expedientes de renovación o de puesta en marcha por primera vez de diverso equipamiento sanitario por una inversión total de 62.463.347 € euros aportando al sistema un total de:

· 1989 equipos renovados entre los que destacan: monitorización de signos vitales, radioquirurgicos, endoscopios, ecoendoscopios, salas de RX, portátiles de RX, espirómetros, mapas, doppler, electrocardiógrafos, dermatoscopios, etc.
· 1137 equipos de nueva adquisición entre los que destacan: robots quirúrgicos, sistemas de direccionamiento de pacientes, carruseles y armarios de fármacos, medidores ITB, ecógrafos en atención primaria, etc.
· 17 equipos de alta tecnología entre los que destacan: RM, TAC, PEC-TAC, Angiografos, hemodinámicas, etc.

Conclusiones

Desde mi punto de vista este modelo no es necesariamente de uso obligatorio, pero ayuda mucho a una consecución aceptable para todas las partes, dando como resultado una satisfacción suficientemente relevante en la parte asistencial, un asentimiento por parte de la industria de la consecución de los expedientes y su resultado, y todo bajo un entorno

administrativo sostenible.

IMPLANTACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES COMO MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA

Severino González Álvarez-Cienfuegos (1), Raquel Gómez Couto (1), MARÍA BEGOÑA PÉREZ MARTÍNEZ (1), PAULA BLANCO PARDO (1), IVÁN RODRÍGUEZ MONTES (1), EVA GONZÁLEZ SUÁREZ (1), IVAN BERDIALES MENÉNDEZ (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción: 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.

Métodos: 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 / Discusión: 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.

Motivos de consulta en la unidad de Medicina Interna de un hospital comarcal: implicaciones para la gestión asistencial

Marcos Álvarez Pérez (1), José Manuel Fernández Carreira (1)

(1) Hospital de Jarrio

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción

La caracterización de los motivos de consulta en las Unidades de Medicina Interna (UMI) resulta crucial para comprender la demanda asistencial y optimizar la gestión clínica en hospitales comarcales

Objetivos

Caracterizar la casuística de las primeras consultas atendidas en la UMI de nuestro hospital

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de los registros de los motivos de consulta correspondientes a las primeras visitas a la UMI durante un periodo consecutivo de 2 meses (del 12 de marzo al 12 de mayo de 2024). Se recogieron datos relativos a sexo, edad, servicio de remisión (AP, otras especialidades, Servicio de Urgencias Hospitalarias). Se aplicó una metodología *case-mix* guiada por inteligencia artificial para clasificar y analizar la casuística.

Resultados

Se identificaron un total de 165 primeras consultas, con una ligera mayoría del sexo femenino (52.1%), frente al masculino (47.9%). La edad media de los pacientes fue de 61.51 $/pm$ 17.37 años, siendo menores de 65 años un 44.8% y mayores de 65 años un 55.2%. La principal fuente de derivación fue AP (61.8%), seguida por otras especialidades (19.4%) y el Servicio de Urgencias Hospitalarias (7.3%). Los cinco motivos de consultas más frecuentes, ordenados por prevalencia fueron: síndrome dispéptico, dolor abdominal y diarrea crónica (18.8%); diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (9.7%); patología tiroidea (incluyendo disfunción, nódulos y bocio) (9.1%); alteración de las pruebas de función hepática, hepatopatía crónica y sus complicaciones (8.5%) y artralgias, artritis y sospecha de patología reumática (6.7%). Se registró una baja proporción de derivaciones por insuficiencia cardiaca (n=4; 2.4%), dislipemia (n=3; 1.8%), evaluación integral del riesgo vascular (n=3, 1.8%), manejo de pluripatología y enfermos crónicos complejos (0%), osteoporosis (0%) y enfermedad tromboembólica venosa (0%). Se realiza un análisis *case- mix* agrupando a los pacientes en las siguientes categorías principales: patología digestiva (n=45; 27.3%), patología endocrinológica-metabólica (n=40; 24.3%), patología reumatológica e inmunológica (n=23; 13.9%), síndromes generales e infecciosos (n=19; 11.5%), anemia y metabolismo del hierro (n=7; 4.2%), patología cardiovascular (n=4; 2.4%) y patología respiratoria (n=2; 1.2%)

Conclusiones/discusión

- Predominancia de patología digestiva y endocrinológica básica, con más del 50% de las derivaciones

- Discrepancia entre los motivos de consulta y las necesidades de una población envejecida con una alta tasa de Enfermedad Cardiovascular (ECV)

- Contexto actual de fusión de Áreas Sanitarias, con posible incorporación de especialidades como Digestivo y Endocrinología a la cartera de Servicios del Área I

- Reorientar la actividad ambulatoria de la UMI a la insuficiencia cardiaca, pluripatología, enfermos crónicos complejos y a la valoración integral del riesgo vascular en consonancia con el perfil demográfico del área y la carga de ECV

LA CULTURA DE PERTENENCIA, FOMENTO DE LA EXCELENCIA.

ÁNGEL LUIS MONES IGLESIAS (1), MARIA LUZ CARRELO MAGADÁN (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN

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.

MÉTODOS:

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/DISCUSIÓN

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

ÁNGEL LUIS MONES IGLESIAS (1), MARIA LUZ CARRELO MAGADÁN (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN:

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.

MÉTODOS

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

GUÍAS PARA EL CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ESPAÑA: REVISIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO

Cristina Campoverde Ortega (1), Ma. Lourdes Peral Sanchez (1), Grecia Valerio Rao (1), Luis Solis González (1), Marta Mateos Mazón (2), Andrea Garcia Fernandez (2), Juan Manuel Rodriguez Sandoval (1)

(1) Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Asturias, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción
La diseminación de microorganismos multirresistentes (MMR) es un reto creciente para la seguridad del paciente y la salud pública. En España, comunidades autónomas y hospitales han desarrollado guías para la prevención y control de MMR, habiendo variabilidad en las estrategias de manejo.

Objetivo
Analizar similitudes y diferencias en las recomendaciones de guías españolas sobre el manejo de los pacientes infectados y/o colonizados por MMR en los hospitales.

Métodos
Se revisaron y compararon 12 guías vigentes, recogiendo información sobre los siguientes microorganimos: Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM), Enterococo resistente a vancomicina (VRE), Enterobacterias productoras de B-lactamasa y carbapenemasas (BLEE, EPC), Pseudomonas aeruginosas multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente y resistente a carbapenémicos. Se realizó un análisis descriptivo de las similitudes y diferencias encontradas.

Resultados
Las precauciones de contacto (PC) para MMR están presentes en todas las guías. El aislamiento en habitación individual es norma en 9/12 guías; 8 permiten cohortes según recursos o riesgo.

Las recomendaciones sobre finalización del aislamiento, cultivos de control (frecuencia y localización), tratamiento del portador y uso de clorhexidina (5 días) son las siguientes:

SARM: 10/12 guías indican mantener PC hasta el alta o hasta obtener cultivos negativos (2-3); 8 especifican controles cada 48 h o semanales; 10 recomiendan cultivo nasal (algunas añaden perineal, axilar o heridas); 8 proponen tratamiento si cumple criterios, 5 restringido a localización nasal; 9 indican higiene con clorhexidina.

VRE: 9 guías mantienen PC hasta alta o cultivos negativos (2-3); 7 recomiendan controles semanales; 9 indican cultivo rectal; 7 guías aconsejan higiene con clorhexidina.

BLEE: 8 indican PC hasta alta o cultivos negativos (2-3); 6 establecen controles semanales; 7 recomiendan cultivos rectales/perineales; 6 aconsejan higiene con clorhexidina.

EPC: 8 establecen PC hasta alta o 3 cultivos negativos; 2 guías indican mantener PC hasta el alta y 1 requiere 5 cultivos negativos; 6 sugieren control semanal; 7 recomiendan cultivos rectales/perineales; 6 aconsejan higiene con clorhexidina.

A. baumannii : 7 indican PC hasta alta o cultivos negativos (2-3); 3 guías recomiendan controles semanales y 1 dos veces por semana; 4 recomiendan cultivos rectales/faríngeos; 5 aconsejan higiene con clorhexidina.

Conclusiones / Discusión
Las guías revisadas coinciden en mantener precauciones de contacto hasta el alta o la obtención de cultivos negativos (2-3, o hasta 5 en un caso). Para SARM los cultivos de control suelen ser cada 48 horas y para VRE, BLEE y EPC semanales; en P. aeruginosa y A. baumannii, se indican semanalmente (3 guías) o dos veces por semana (1 guía). Se priorizan cultivos nasales para SARM y rectales/perineales para el resto. El tratamiento del portador se centra en SARM y el uso de

clorhexidina diaria es ampliamente recomendado.

MEJORANDO LA EFICIENCIA DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN EL HUCA

Francisco José Jimeno Demuth (1), Iván Valle Soto (2), Emilio García Prieto (2), Cristina Calzón Blanco (2), Miguel Alaguero Calero (2)

(1) CS Corredoria / HUCA, (2) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN

Los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) pretenden mejorar la prescripción de antimicrobianos y reducir las resistencias bacterianas, un problema de salud pública de creciente preocupación mundial. La resistencia a los antibióticos (atb) compromete la eficacia de los tratamientos y aumenta la morbilidad, mortalidad y los costos.

Para realizar un eficiente control de la infección, es preciso gestionar de manera ágil toda la información. Sin embargo, muchos hospitales enfrentan dificultades debido a la fragmentación de los datos.

En este contexto, se desarrolló una herramienta dentro de nuestra historia clínica electrónica (Oracle Cerner Millennium) que integra datos clave para agilizar la toma de decisiones del PROA. Se busca optimizar la prescripción de atb, mejorar la adherencia a las guías clínicas y facilitar la monitorización de los tratamientos, contribuyendo así a un uso más racional y seguro de los antimicrobianos.

OBJETIVO

Mejorar la gestión del tratamiento atb en el hospital mediante una herramienta de visualización que centralizara la información relevante para el PROA. Se buscó optimizar la prescripción y el seguimiento del tratamiento atb, facilitando la toma de decisiones clínicas basadas en datos actualizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

En enero de 2024 se diseñó una herramienta de visualización (mPage) dentro de Millennium para integrar información esencial para la gestión de atb.

RESULTADOS

La interoperabilidad de nuestra historia clínica electrónica con el resto de las aplicaciones permitió reunir en un mismo entorno toda la información necesaria.

Funcionalidades:

• Analizar la prescripción atb según la localización de la infección.

• Filtrar y ordenar la prescripción atb por principio activo, vía de administración, servicio, unidad de enfermería, frecuencia de administración y dosis.

• Pacientes con insuficiencia renal. Se facilita la terapia atb del paciente, asegurando dosis adecuadas y evitando toxicidades.

• Supervisar la duración del tratamiento atb.

• Evaluar la idoneidad del tratamiento según la sensibilidad antimicrobiana.

• Realizar auditorías de calidad de prescripción por servicio o unidad.

• Gestionar alergias antibióticas.

• Facilitar la aplicación de la terapia secuencial para el paso de vía venosa a oral.

• Permitir la inclusión de comentarios específicos.

• Visualizar la evolución de la infección a través de reactantes de fase aguda.

• Disponer de un cuadro de mandos para cada Servicio (nº de pacientes con atb, según la localización de infección, total de pacientes con atb y total de indicaciones pautadas con atb.

La implementación ha permitido:

• Reducir el tiempo de revisión de los tratamientos.
• Optimizar el tratamiento de los pacientes ingresados o atendidos en urgencias.

DISCUSIÓN

Esta herramienta ha demostrado ser eficaz para mejorar la gestión del tratamiento atb. Ha permitido optimizar la toma de decisiones clínicas, reducir la duración innecesaria de tratamientos y mejorar la seguridad del paciente.

LA GEOTERMIA EN EL HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA. DIEZ AÑOS DE UNA EXPERIENCIA PIONERA

MARÍA SIMÓN GARCÍA (1)

(1) HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN:

EN EL AÑO 2024 SE CUMPLIERON DIEZ AÑOS DE LA INAGURACIÓN DEL HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA DE MIERES. ESTE NUEVO HOSPITAL NO SÓLO CONTÓ CON UN NUEVO EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO, SINO TAMBIÉN CON INSTALACIONES PUNTERAS E INNOVADORAS.

SE IMPLEMENTÓ LA UTILIZACIÓN DE LA GEOTERMIA PARA EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN DEL HOSPITAL.

OBJETIVOS-MÉTODO:

MOSTRAR DE FORMA GENERAL, A UN PÚBLICO CON DIVERSOS PERFILES, QUÉ ES LA GEOTERMIA, QUE APLICACIONES TIENE EN EL HVAB Y QUÉ CAMBIO SUSPUSO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CONFORT DE PACIENTES Y TRABAJADORES, ASÍ COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA LAS NUEVAS INSTALACIONES DE CLIMATIZACIÓN DEL HVAB EN LA QUE SE EMPLEA AGUA DE MINA.

RESULTADOS:

SE MOSTRARAN DE FORMA SOMERA, RESULTADOS TANTO DESDE UN PUNTO DE VISTA DE USUARIO, DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA, COMO ECONÓMICOS.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

TRAS DIEZ AÑOS DE PUESTA EN MARCHA DE LA INSTALACIÓN, COMO CONCLUSIÓN SE REALIZA UN ANÁLISIS DE LOS PROS Y LOS CONTRAS DEL EMPLEO DE AGUA DE MINA PARA DAR SOPORTE A UN CENTRO HOSPITALARIO

APAGÓN ELÉCTRICO EN UN ÁREA SANITARIA

MARÍA SIMÓN GARCÍA (1)

(1) HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN:

ANALIZAR CÓMO SE VIVIÓ EL CORTE DE SUMNISTRO ELÉCTRICO DEL LUNES DÍA 28 DE ABRIL DE 2025 EN UN ÁREA SANITARIA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SERVICIO DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

OBJETIVOS:

MOSTRAR A UN PÚBLICO CON DIFERENTES PERFILES, QUÉ SUPUSO EL CORTE DE SUMNISTRO ELÉCTRICO DE RED EN LA PENÍNSULA IBÉRICA PARA LOS SERVICIOS DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO DE LAS ÁREAS SANITARIAS, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO, CÓMO HUMANO.

CUÁNTO DE COMPROMETIDAS (O NO), ESTUVIERON LAS INSTALACIONES, EQUIPAMIENTOS, ETC. DE FORMA GENERAL

RESULTADOS:

ANÁLISIS, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN SERVICIO DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO, DE LO SUCEDIDO EL DÍA 28 DE ABRIL Y CÓMO SE ABORDÓ LA SITUACIÓN.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

LECCIONES APRENDIDAS TRAS EL SUCESO DEL 28/04/2025

Proyecto de Mejora de la implantación de la aplicación “MiAstursalud”: La accesibilidad no solo depende de las TICs.

ALBA GUTIERREZ HURTADO (1), ALEJANDRO GARCIA HUERGO (1), MATILDE NAVARRO DORBERT (1), NATALIA VARILLAS HUERGO (1), ESTHER LAFUENTE ROBLEDO (1), FRANCISCO JOSE JIMENO DEMUTH (1), Ricardo de Dios del Valle (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Introducción
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.

Objetivo
Evaluar el proyecto de mejora de la implantación de la app MaS en el hospital para el cambio/anulación de citas de atención hospitalaria.

Métodos
-Identificación oportunidad mejora: En enero-24 1800 solicitudes sin tramitar.
-Plan Acción: *Grupo multidisciplinar*: admisión, informática. Análisis incial: 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 24-Febrero 25). *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 e IC95%. 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/Discusión
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 envio de sms recordatorio y 20% de solicitudes el mismo día que impide la gestión. Estrategias informativas destinadas a la ciudadanía podrian optimizar el uso de esta aplicación.

Listas de espera: Análisis desde la perspectiva de la demanda poblacional

Esther Lafuente Robledo (1), Alejandro García Huergo (1), Ricardo De Dios Del Valle (1)

(1) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN:

El análisis de las listas de espera se ha venido haciendo desde la perspectiva del hospital, tanto para la actividad quirúrgica, como para consultas o pruebas diagnósticas. Indicadores como número de pacientes estructurales, demora media, EM, demora máxima, se emplean en el seguimiento de las listas. Indicadores acordados en el seno del SNS y recogidos en el RD 605/2003, de 23 de mayo; que permiten homogeneizar la información a nivel de todas las CCAA, pero no abordan los problemas estructurales de gestión de las listas. Para ello, es necesario analizar la demanda, la variabilidad en el uso de recursos, caracterizar a la población y profundizar en las causas exógenas al hospital en el manejo de las esperas.

OBJETIVOS:

Hacer una revisión de la demanda de consultas procedente de AP en el AS IV para conocer desde qué centros se reciben más peticiones de consulta, en función de la especialidad.

MÉTODO:

Para conocer la capacidad de resolución, en términos globales, del AS en el ámbito de las consultas externas se tomó como referencia el ratio de entradas salidas. Un valor superior a 1 mantenido en el tiempo indica que las entradas superan sistemáticamente a las salidas.

Se ha partido de información procedente de Millennium (DA2) para conocer las peticiones de primeras consultas solicitadas desde AP a los distintos servicios de los hospitales del Área IV (HUCA y HMN) a lo largo del ejercicio 2024. En paralelo, se hizo una descarga de la población en SIPRES para conocer el cupo asignado a cada centro para el mismo año. Posteriormente, se realizó una estandarización por población global, para identificar tasas que permitieran, a groso modo, conocer la mayor presión de derivaciones y se analizó qué centros son los que más peticiones de consulta realizan y qué servicios son los que soportan la mayor presión.

RESULTADOS:

El ratio entradas/salidas de consultas externas en el AS IV está en un 1,04, para el primer cuatrimestre de 2025 y un 1,02 para el año 2024. Es decir, en 2025 entran, aprox, un 4% de solicitudes de consulta más de las que se atienden, mientras que en el 2024 fueron un 2% más.

Analizando las peticiones de consulta, las tasas por centros de salud, varían en un rango entre 540,32 Y 91,09 consultas por cada 1.000 habitantes. Respecto de los servicios más demandados, se encuentran en el TOP 5:

TRA (9,15), ORL (8,33), SM (7,60), GIN (5,92) y DER (5,64)

En tasa *1000 hab. el rango está entre: TRA: 24,064 y CTOC: 0,003

DISCUSIÓN:

Este estudio ha de servir de punto de partida para realizar análisis más profundos que faciliten, por un lado, caracterizar con mayor detalle socio-demográfico a la población demandante de servicios hospitalarios por centro de salud (sexo, edad,..etc) y, por otro lado, los procesos de enfermedad que generan más peticiones, valorando la posibilidad de dotar a la atención primaria de medios adicionales que incrementen su capacidad de resolución.

Presión ocular en las urgencias del HUCA

Alejandro Garcia Huergo (1), Esther Lafuente Robledo (1), Ricardo De Dios Del Valle (1)

(1) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCIÓN:

La presión asistencial en urgencias ha ido en aumento en los últimos años, al menos, en cuanto al número de pacientes que entran por la puerta. Establecer un análisis parcial, de tipo cuantitativo, respecto del número de casos atendidos, resulta insuficiente para poder caracterizar una demanda que no deja de crecer. Para poder ordenar los recursos necesarios para hacer frente a las necesidades de la población es necesario conocer aspectos como la procedencia de los pacientes, la complejidad de los casos atendidos y la distribución temporal de las visitas. Todo ello, permitirá analizar con mayor detalle la demanda para poder abordar distintas medidas que permitan optimizar la asistencia.

OBJETIVOS:

Analizar un ámbito específico de la demanda de urgencias, en este caso, por motivos oculares o visuales, ya que, por una parte, oftalmología es una de las especialidades más demandadas, con mayor impacto sobre las listas de espera y, por otra parte, los problemas oculares o visuales están muy vinculados al envejecimiento de la población, por lo que es previsible que vayan en aumento en los próximos años. El análisis que planteamos podría ayudar a planificar de manera adecuada los recursos necesarios para hacerle frente, tanto desde Atención Primaria, como desde los servicios de Urgencias hospitalarios, especialmente, en un contexto tecnológico de innovación intensiva como el actual.

MÉTODO:

Se utilizaron los datos disponibles en Millennium de urgencias atendidas durante un período de tiempo de los años 2019, 2023 y 2024 que tenían como razón de visita “Problemas Oculares”. Se analizó con detalle la complejidad, la frecuentación horaria, la frecuentación diaria y la mensual, la edad de los pacientes y el sexo, buscando parámetros que puedan servir de referencia para optimizar los recursos asistenciales disponibles para atender a estos pacientes.

RESULTADOS:

En cuanto a la complejidad se puede observar que más del 95% de los casos tienen un triaje Manchester por encima de III, también se observa un patrón horario y semanal respecto de las visitas a urgencias por este motivo, con más frecuentación los lunes entre las 10h y las 12h de la mañana, no se advierten diferencias significativas respecto al sexo, sin embargo, por edad, vemos como los jóvenes con el paso del tiempo generan más demanda. Por último, comentar que sólo un 25% son derivados por Atención Primaria, ya que en el 65% de los casos provienen de su propio domicilio.

DISCUSIÓN:

Profundizar en los motivos de demanda de urgencias hospitalarias ayudaría a identificar ámbitos en los que se podría reforzar la atención primaria para evitar visitas poco complejas a las urgencias de hospital. Los datos muestran que mayoritariamente, los casos no son especialmente complejos, se producen en determinados días de la semana y tramos horarios, por lo que podría ser susceptible de optimizar con cambios organizativos y/o de recursos asistenciales.

La Responsabilidad Social en la lista de espera: “No acude” un problema de todos.

ALBA GUTIERREZ HURTADO (1), ALEJANDRO GARCIA HUERGO (1), EVA MARÍA GONZALEZ PEREZ (1), VIOLETA RODRIGUEZ RAMIREZ (1), ESTHER LAFUENTE ROBLEDO (1), FRANCISCO JOSE JIMENO DEMUTH (1), Ricardo de Dios del Valle (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción
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, caildad 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 ciudanos en la gestión de las listas de espera desde ópticas múltiples.

Objetivo
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.

Métodos
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/Discusión
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.

HUELLA DE CARBONO DEL HUCA: UN ANÁLISIS DETALLADO PARA LA MEJORA CONTINUA.

Jorge González Díaz (1), José Luis Carretero Áres (2), Ana Lozano Blázquez (1), Alfonso Álvarez Fernández (1), Eduardo Pintado García (1), Antonio Rubio Muñoz (1), Carolina Pinín Osorio (1)

(1) HUCA, (2) Consejería de Sanidad

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Introducción

Según las estimaciones oficiales publicadas por el ministerio de sanidad, el sector sanitario es responsable de aproximadamente un 4,4% de las emisiones globales netas de gases de efecto invernadero (GEI), lo que se traduce en torno a 1,6 giga toneladas de CO2 equivalente.

El cálculo de la huella de carbono del HUCA permite hacer una estimación de las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) generadas como consecuencia de nuestras actividades. Estos datos sirven para comprender el impacto ambiental de nuestros procesos y actividades, así como identificar oportunidades de mejora en la reducción de nuestros impactos en el medioambiente.

Objetivos

· Identificar fuentes emisoras de GEI.

· Comprender y cuantificar los impactos ambientales derivados de las emisiones de GEI en el HUCA.

· Identificar las trabas y/o dificultades en la obtención de los datos, e implementar las medidas para la mejora de dichos procesos, asegurando la trazabilidad y veracidad de los mismos.

· Disponer de información que permita la toma de decisiones para reducir nuestros impactos ambientales y asegurar el cumplimiento legal.

· Integración y apoyo a la implantación de un sistema de gestión ambiental en el Área Sanitaria IV

Métodos

· Alcance 1: Emisiones directas de GEI generadas por fuentes propias o gestionadas por el propio HUCA.

· Alcance 2: Emisiones indirectas de GEI asociadas al consumo de electricidad del HUCA. Se trata de emisiones indirectas ya que se generan en las plantas productoras de electricidad.

· Alcance 3: Emisiones indirectas generadas a consecuencia de las actividades del HUCA, pero que ocurren en fuentes que no son de su propiedad ni están bajo su control.

Se opta por la herramienta ScopeCO2, desarrollada por la fundación ECODES y recomendada por el Ministerio de Sanidad:

· ScopeCO2 es una calculadora desarrollada específicamente para su aplicación al sector sanitario.

· ScopeCO2 permite hacer cálculos correspondientes a todos los alcances, otras aplicaciones solo permiten el cálculo de

los alcances 1 y 2.

RESULTADOS DEL CÁLCULO DE LA HUELLA

- Alcance 1: 7.934,68 tCO2e, que suponen un 54,09% del total
- Alcance 2: 4.821,22 tCO2e, que suponen un 32,86% del total
- Alcance 3: 1.914,19 tCO2e, que suponen un 13,05% del total

CONCLUSIONES /DISCUSIÓN

La estimación de la huella de carbono del HUCA se puede considerar muy ajustada a la realidad para los alcances 1 y 2, pero no así en el alcance 3.

Se han detectado opciones de mejora para mejorar la trazabilidad y fiabilidad de los datos necesarios para los cálculos.

El Benchmarking con otras organizaciones es aplicable para el alcance 1. En el caso de los alcances 2 y 3 puede haber sesgos importantes.

La estimación de la huella de carbono del HUCA nos ha aportado conocimiento de mucho valor de cara a la implantación de un sistema de gestión ambiental en el área Sanitaria IV

Importancia del Liderazgo en la mejora de la Cultura de Seguridad de los profesionales sanitarios. Proyecto SECA-FIDISP.

Laureano Alonso Cabo (1)

(1) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Introducción: La importancia del liderazgo en la mejora de la cultura de seguridad de pacientes está avalada en la literatura científica, además organizaciones como la Joint Commission que enfatiza que el liderazgo es un componente crucial en la promoción de la seguridad del paciente. También la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado la importancia del liderazgo en la mejora de la seguridad del paciente. En su "Marco Conceptual para la Seguridad del Paciente" la OMS identifica el liderazgo como un factor clave para desarrollar e implementar políticas y prácticas que aseguren la seguridad del paciente en todos los niveles de la atención sanitaria.

Objetivo y método: Esta comunicación forma parte de un proyecto participado por SECA, FIDISP y el apoyo de la Subdirección de Calidad del Ministerio de Sanidad para lo que distribuyó la encuesta AHRQ v1 a distinto profesionales sanitarios tanto del ámbito hospitalario como de AP entre marzo y abril del 2024. Se obtuvieron 5.212 respuesta válidas sobre un total de 7.054

Resultados:

Respecto al papel del Liderazgo, en nuestro estudio destacan que los porcentajes más altos obtenidos en las respuestas (superior al 70%), los relativos a los ítems:
Apoyo de la Gerencia:, Expectativas de los responsables, Mejora continua, Respuesta no punitiva.

Con respecto a los resultados más negativos (Inferior al 50%) destacan:
La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, Hay suficiente personar para afrontar la carga de trabajo, A veces no se puede proporcionar la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora, No se producen más fallos por casualidad, Cuando se detecta un fallo, antes de buscar las causas buscan un culpable

Conclusión: El liderazgo efectivo es fundamental para la mejora de la seguridad del paciente. Los líderes de las organizaciones de salud tienen la responsabilidad de establecer una cultura de seguridad, promover prácticas seguras y empoderar a su personal. A través de la comunicación abierta, el compromiso con la seguridad y el empoderamiento del personal, los líderes pueden influir significativamente en los resultados de seguridad del paciente. A medida que los sistemas de salud continúan evolucionando, el liderazgo en seguridad del paciente seguirá siendo un componente crucial para asegurar que todos los pacientes reciban una atención segura y de alta calidad

SEGUIMIENTO DE LA DIABETES CON POINT-OF-CARE (POCT): HBA1C EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA

Pablo García Hernández (1), Adela Cortés Giménez-Coral (1), Jose María García Fernández (1), Patricia Martín Fernández (1), Guadalupe Alonso Díaz-Villabella (1), Graciela del Castillo Esteban (1), Jennifer García López (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

INTRODUCCION

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 durante el periodo de vida media del hematíe (120 días).

En el año 2023, la American Diabetes Association (ADA) realizó una nueva actualización del documento de estrategias para el manejo del paciente diabético, en la que recomienda el empleo de dispositvos point-of-care-test (POCT, pruebas en el lugar de asistencia del paciente) para el seguimiento de pacientes en la consulta médica

OBJETIVOS

Evaluación de la puesta en marcha de un equipo POCT para HbA1c en la consulta de endocrinología para el seguimiento de pacientes diabéticos, bajo la supervisión y coordinación por parte del laboratorio clínico.

MÉTODOS

Se adquirió un equipo cobas b101 (Roche Diagnostics). El laboratorio coordinó la formación del personal de la consulta de endocrinología para el manejo y mantenimiento del equipo.

Así mismo, el laboratorio aseguró la calidad analítica se realizó siguiendo la normativa ISO-15189 implantando a) criterios de aceptación de resultados mediante lecturas fotométricas (controles ópticos) y control de calidad interno; b) participación en un programa de intercomparación de control de calidad externo; c) verificando de transferibilidad de resultados con respecto al método de referencia del laboratorio (turbidimetría) mediante regresión de Passing-Bablok, d) protocolización la identificación correcta del paciente y del operario mediante código de barras; e) integrando el resultado en la historia clínica del paciente

Se recogieron datos de actividad de los primeros 6 meses (septiembre 2024 – marzo 2025)

RESULTADOS

Durante los 6 primeros meses, se procesaron 208 muestras de pacientes en la consulta. La mediana de edad de los pacientes fue de 65 años. El tiempo de procesado de las muestras fue de 12 minutos, sin afectar al funcionamiento normal de la consulta

El estudio de intercomparación no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los dos métodos, asegurando la transferibilidad de resultados al no detectar errores sistemáticos (Intercept A: -0,200; CI 95% -1,21 a 0,30) ni aleatorios (Slope B: 1,00; CI 95% 0,93 a 1,15)

Las solicitudes de HbA1c por turbidimetría por parte del servicio de endocrinología para el periodo de estudio fueron de 633 peticiones, un 15% menor respecto al mismo periodo del año anterior

CONCLUSIONES

El dispositivo POCT, bajo la supervisión técnica del laboratorio ha demostrado ser un equipo que puede emplear la punción por capilaridad para sustituir a la venopunción tradicional para el seguimiento de los pacientes diabéticos.

Se ha conseguido disminuir el número de pacientes que tienen que acudir al centro a realizar una extracción de analítica completa previa a la consulta, reduciendo los costes indirectos. Además se ha mejorado la calidad asistencial de la población envejecida, dependiente o con domicilio alejado al centro sanitario.

ACTIVIDAD DEL GRUPO PROA Y EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADOS EN SU CONSUMO

Juan José Corte García (1), María Vanessa López Peláez (1), Eva García-Alcalde Suárez (1), Julio Díaz Giganto (1), Daniel Rodríguez Zuñiga (1), María Esther Mata Peon (1), Esther Nogales Nieves (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN
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 los 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 de los grupos PROA.
OBJETIVOS
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.
MÉTODOS
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
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 sus datos en la plataforma nacional. Se alcanzaron percentiles 95 en otros indicadores clave como 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 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 su labor sistemática y los resultados obtenidos.
CONCLUSIONES
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.

CIRCUITO DE ELABORACÍON Y DISPENSACIÓN DE JERINGAS INTRAVÍTREAS DE FARICIMAB: AHORROS PARA EL SISTEMA SANITARIO

Juan José Corte García (1), Jorge Alberto Saa Gómez (1), María Trujillo Fagundo (1), Alba Leon Barbosa (1), Yoar Labeaga Beramendi (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN

La administración intravítrea de antiangiogénicos, en patologías tan prevalentes como la degeneración macular asociada a la edad o edema macular diabético, supone un desafío sanitario por su creciente carga e impacto asistencial. Los antiangiogénicos usados en la Fundación Hospital de Jove (FHJ) son solicitados mensualmente al Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU), que los envía al Servicio de Farmacia de la FHJ donde se preparan. En marzo de 2024, con la finalidad de optimizar el uso de faricimab, se definió un circuito para alicuotado de sus viales, elaboración de jeringas precargadas y dispensación.

OBJETIVOS

Describir el circuito de petición, preparación y dispensación de jeringas precargadas de faricimab. Estimar los ahorros económicos.

MÉTODO

La elaboración de jeringas precargadas de faricimab se hace en la Sala Blanca del Servicio de Farmacia, cumpliendo la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia hospitalaria (GBPP) del Ministerio de Sanidad. Para el acondicionamiento del fármaco, se usan jeringas con espacio muerto mínimo y sin silicona para asegurar una dosis administrada correcta y evitar el potencial paso de partículas del lubricante al ojo. La preparación se realiza en campana de flujo laminar horizontal y durante el alicuotado, se usan agujas con filtro para evitar el trasvase de restos de caucho del tapón del vial dentro de la jeringa.

Se consensuó con el Servicio de Oftalmología un volumen final de 0,07mL de fármaco por jeringa y que los pacientes se agruparan un día concreto de la semana. La bibliografía avala estabilidad de 9 días y hasta su uso, las jeringas precargadas están refrigeradas con registro constante de temperatura. La dispensación se hace por paciente, tras revisar las prescripciones de Oftalmología, indicando en cada jeringa número historia clínica y lateralidad.

El control de calidad es visual, se comprueba ausencia de partículas, burbujas y volumen final, también el etiquetado correcto de cada jeringa y acondicionamiento en bolsa estéril y protegida de la luz.

Para cada lote de jeringas preparadas se cumplimenta una ficha de elaboración donde se recogen, entre otros, el lote y caducidad de los viales de faricimab y del utillaje y material usados en la elaboración y acondicionamiento del preparado.

RESULTADOS

Desde marzo de 2024 se recibieron 212 viales de faricimab del Servicio de Farmacia del CAHU. Hasta abril de 2025, a partir de ellos, se elaboraron 443 jeringas precargadas de faricimab. El ahorro generado son 107.484,4€, reduciéndose el coste de tratamiento por paciente/año un 52%. Oftalmología no ha referido problemas de calidad, ni efectos adversos asociados al uso de estas jeringas precargadas de faricimab.

CONCLUSIONES

La elaboración de jeringas precargadas de faricimab en el Servicio de Farmacia, siguiendo normas de la GBPP, supone

ahorros importantes. Este circuito es aplicable a otros Servicios de la red Sanitaria Pública.

DESARROLLO DE UN PLASMA RICO EN PLAQUETAS EFICIENTE

Diego Ciborro González (1), Pablo García Hernández (2), Juan jose Corte García (3), Adela Cortes Giménez-coral (4), Beatriz Martinez Lastra (1), Laura Calvo Fernandez (1), José Maria Garcia Fernandez (1)

(1) Fundación Hospital de Jove, (2) Fundación Hospital de Joven, (3) Fundación hospital de Jove, (4) Fundación Hospital de <joven

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN

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.

MÉTODOS

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 ($/geq$ 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.

CREACIÓN DE UN EQUIPO DE INFUSION Y ACCESO VASCULAR

RAQUEL GARCIA GARCIA MUÑOZ (1), Mónica de la Villa Santoveña (1), María Esther Mata Peón (1), María Vanessa López Peláez (2), Iván Cueva Fernández (1), Marlén García Mañana (1)

(1) FUNDACION HOSPITAL DE JOVE, (2) FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Título: CREACIÓN DE UN EQUIPO DE INFUSIÓN Y ACCESO VASCULAR.

Autores: García Muñoz, Raquel; de la Villa Santoveña, Mónica; Mata Peón, Esther; López Pelaez, Vanessa; García Mañana, Marlén; Cueva Fernandéz, Iván

Introducción

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.

Métodos

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 universario 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 Catéteres Venosos Centrales hubo un descenso en la incidencia de BRC/1000 días de CVC de 1.9 a 0 .

En catéteres venosos periféricos la tasa de flebitis descendió de 7.3% a 6%.

Se organizaron las I Jornadas sobre Acceso Vascular, fomentando la colaboración y relación profesional con otros hospitales de la Comunidad.

Conclusiones/Discusión

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 los protocolos existentes sobre inserción y cuidados de accesos venosos, de forma conjunta con el EIAV.

4. Se impartió formación y reciclaje a todos los profesionales de enfermería

MEJORA DE LA BIOSEGURIDAD EN QUIRÓFANOS MEDIANTE INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR: EVOLUCIÓN 2023-2025 EN EL HVN

Cristina Prado López (1), Lucía Pérez Granda (1), Rocío Coto Moreno (1), Vanesa García Díaz (1), Carmen Martínez Otegra (1), Jorge Corrales González (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN

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.

MÉTODOS

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. Alguna 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, las 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 / DISCUSIÓN

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.

Medicina Colaborativa: Geriatría Transversal

Susana Cañibano Díez (1), Pablo Solla Suárez (1), José Gutiérrez Rodríguez (1), María Fernández Fernández (1), Eva María López Álvarez (1)

(1) Hospital Monte Naranco

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Introducción
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

1. 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: 4.520, año 2024: 4.573. 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.

ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FÁRMACO-TERAPÉUTICA A PACIENTES CON DISFAGIA O PORTADORES DE SONDAS ENTERALES.

Iria María Yáñez González (1), Ana María Romero Furones (1), Arantxa Gándara Ande (1)

(1) Hospital de la Cruz Roja de Gijón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

Introducción: En condiciones ideales, los medicamentos se administran con agua y sin masticar. Sin embargo, estas condiciones no se cumplen en un paciente con disfagia o en un paciente portador de una sonda enteral.

Objetivos: Ampliar la guía de administración de medicamentos por vía oral incluyendo el 100 % de las formas farmacéuticas (FF) orales de la guía fármaco-terapéutica (GFT), e incorporando instrucciones específicas para pacientes con disfagia o portadores de sondas enterales.

Métodos: Se planifica como objetivo de calidad con seis fases:

1. Actualizar y ampliar la guía de administración de medicamentos por vía oral.
2. Revisar la guía por el servicio de farmacia.
3. Valorar la guía por la unidad de disfagia.
4. Adaptar la GFT y la Historia Clínica Electrónica (HCE).
5. Divulgar la guía de administración de medicamentos por vía oral.
6. Publicar el documento en la intranet.

Resultados:

Se publica la Guía de administración de medicamentos por vía oral/enteral que incluye:

· Recomendaciones generales para la correcta administración de los medicamentos por vía oral.

· Recomendaciones para la correcta administración de los medicamentos en disfagia.

· Recomendaciones para la correcta administración de los medicamentos por vía enteral.

· Técnicas de administración.

· Para 240 asociaciones “principio activo/FF”: presentación, tipo de liberación/absorción, observaciones (medicamento de alto riesgo, medicamento peligroso, …), recomendación general por vía oral (administración con/sin alimentos, horarios), en disfagia, en sonda enteral (gástrica y post-pilórica), compatibilidad con nutrición enteral y alternativa.

La guía incluye el 100 % de los medicamentos de administración oral de la GFT, más 28 medicamentos no incluidos, pero disponibles en Farmacia por no tener equivalente terapéutico.

Se ha sustituido la FF incluida en GFT de 4 medicamentos y se han incluido 2 más.

Se ha actualizado el campo “Instrucciones” en las fichas de 258 especialidades farmacológicas de la HCE con las recomendaciones de uso más frecuente (generales, disfagia y sonda nasogástrica).

Conclusiones/Discusión: En los últimos años se han publicado diferentes guías de administración de medicamentos a pacientes con disfagia, pero cada centro tiene sus peculiaridades y su GFT adaptada a las mismas. Asimismo, la HCE tiene

múltiples ventajas, pero es necesario invertir esfuerzos en alimentar las bases de datos con información que ayude al personal sanitario en su labor diaria de la manera más ágil. Y ese es el fin de esta guía, facilitar la correcta administración oral/enteral de los medicamentos por el personal de enfermería, y por ello se complementa con el acceso a la información de uso más frecuente desde la agenda de cuidados. Es necesario ampliar el estudio para obtener evidencia de haber alcanzado la mejora en el manejo de la medicación en el centro.

Implantación de una herramienta informatizada para mejorar la trazabilidad de las reclamaciones de medicación

Maite Latasa Berasategui (1), Aldara María Gómez Mato (1), Miguel Ángel Alaguero Calero (1), Claudia Orallo Luna (1), Carmen Fernández González (1), María Antonia Jiménez Martos (2), Ana Lozano Blázquez (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Hospital Universitario Central de Asturias / Hospital Monte Naranco

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

INTRODUCCIÓN

Una gestión eficaz de la medicación en el entorno hospitalario es esencial para garantizar la seguridad del paciente, minimizar errores y optimizar recursos. Hasta abril de 2025, las reclamaciones de medicación en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) se realizaban desde el registro de medicación, dentro del sistema de prescripción electrónica Millennium®. Sin embargo, esta vía no permitía realizar un seguimiento, lo que generaba duplicidades, sobrecarga asistencial y reclamaciones innecesarias. Con el objetivo de mejorar la trazabilidad y la eficiencia, se implantó una nueva funcionalidad dentro del sistema, denominada “Solicitudes de medicación”. Esta herramienta, disponible para el personal de enfermería, permite consultar en tiempo real el estado de todas las dispensaciones del Servicio de Farmacia. Hace posible verificar el momento y circuito en que se efectuó cada dispensación, así como registrar reclamaciones con comentarios. Estas solicitudes son evaluadas por el farmacéutico, quien las puede aceptar o rechazar, indicando el motivo correspondiente: dispensación duplicada, disponibilidad en los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos (SADME), desabastecimiento…

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la nueva herramienta sobre el proceso de reclamación de medicación realizada por el personal de enfermería.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo comparativo realizado entre dos periodos de 15 días; abril de 2024 (previo a la implantación) y abril de 2025, un mes después de haber introducido la nueva funcionalidad y de haber difundido un vídeo explicativo dirigido al personal de enfermería. Se obtuvieron los datos a través del programa informático Dircern Analytics 2.0 de Millennium®, analizándose las reclamaciones de medicación registradas en ambos periodos y la Unidad de Enfermería desde donde se produjeron dichas solicitudes.

RESULTADOS

Durante la quincena de abril de 2024 se registraron 4.052 reclamaciones, frente a 3.633 en el mismo periodo de 2025, suponiendo una reducción global del 10,34%. Se observaron descensos significativos de Traumatología (-58%), Cirugía General (-43%) y Urgencias (-41%). Otras unidades mostraron descensos menores o incluso un ligero aumento, como Medicina Interna (+15%) y Urología (+11%).

CONCLUSIONES

La implantación de esta herramienta ha contribuido a mejorar la eficiencia del circuito de dispensación de medicamentos, evitando solicitudes de medicación duplicadas al permitir un seguimiento en tiempo real de las reclamaciones. Sin embargo,

para consolidar estos resultados, es fundamental continuar con la formación y difusión de la herramienta, asegurando su integración en la práctica clínica habitual, fortaleciendo así la coordinación entre profesionales y la calidad de la atención al paciente.

RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS C PERDIDOS EN EL SISTEMA EN ASTURIAS (2015–2024)

Luis Solís González (1), Sonia López Villar (2), Mercedes Rodriguez Perez (1), Carmen Álvarez Navascues (1), Elena Fernández Ruiz (3), Juan de la Vega Fernández (4), José Luis Carretero Ares (2)

(1) HUCA, (2) Consejería de Salud, (3) Hospital Universitario de Cabueñes, (4) Hospital San Agustín

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Larga

RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS C PERDIDOS EN EL SISTEMA EN ASTURIAS (2015–2024)

INTRODUCCIÓN:
La hepatitis C sigue siendo una importante causa de carga sanitaria. Pese a la disponibilidad de antivirales curativos, existen pacientes diagnosticados que han quedado fuera del circuito asistencial. Identificarlos y tratarlos es clave para lograr la eliminación del VHC como problema de salud pública.

OBJETIVOS:
Localizar a pacientes con infección activa por VHC que no estaban en seguimiento entre 2015 y 2024 en Asturias, mediante el cruce de diversas bases de datos clínicas y administrativas, e incorporarlos de nuevo a la cadena asistencial.

MÉTODOS:
Se revisaron resultados de PCR de VHC en tres hospitales, cruzando los datos con SIPRES, registros de farmacia, bases penitenciarias y sistemas de información. Se descartaron fallecidos, trasladados o ya tratados. Los restantes fueron revisados individualmente y derivados a Digestivo para evaluación y tratamiento.

RESULTADOS:
De 43.792 PCRs analizadas se identificaron 879 pacientes con infección activa presunta. Tras el cribado, 148 fueron considerados aptos para evaluación clínica y 51 finalmente citados. HUCA aportó 380 casos, de los que 13 fueron citados; CAHU 367 (31 citados); HUSA 132 (7 citados). También se identificaron 178 pacientes con solo serología positiva, de los cuales 39 fueron derivados a Digestivo.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN:
Una parte significativa de pacientes con VHC permanece fuera del circuito de tratamiento. El cruce sistemático de bases de datos y el trabajo interinstitucional permiten recuperarlos, aunque sigue habiendo barreras como registros incompletos o falta de interoperabilidad. Esta experiencia refuerza la viabilidad de una estrategia de recaptación en Asturias.