

Otras prácticas de interés presentadas en la Convocatoria de Buenas Prácticas del SNS 2025– 2026

Prácticas que han superado el nivel
de corte establecido por el Comité
Evaluador

Ministerio de Sanidad
2026

COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN DEL PROYECTO

- Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.
 - Carla Alejandra Dueñas Cañas. Coordinación técnica de la Convocatoria de Buenas Prácticas del SNS.
 - Marina Illescas Pérez. Edición del documento.

**Las personas integrantes de cada proyecto aparecen en el encabezado del mismo.*

Contenido

(Ordenadas por orden alfabético de CCAA y orden de registro)

1. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria.

AND1-1	8
AND1-2	16
AST1-1.....	24
CAT1-1.....	34
CAT1-2.....	40
CAT1-3.....	48
CAT1-4.....	56
CYL1-1	63
CYL1-2	72
GAL1-1	82
GAL1-2	90
GAL1-3	96
GAL1-4	104
I-BAL1-1	109
MAD1-1.....	117
NAV1-1.....	127

2. Área de Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género en Atención Primaria.

PVA2-1	136
VAL1-1.....	145
VAL1-2.....	151
CAN2-1.....	156
CLM2-1.....	165
PVA2-1	172
VAL2-1.....	182

3. Área de Abordaje del Estigma y la Discriminación asociada al VIH.

CAT3-1.....	190
CAT3-2.....	196

4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

AND4-1	201
ARA4-1.....	208
ARA4-2.....	216
ARA4-3.....	223
ARA4-4.....	230
AST4-1.....	237
CAN4-1.....	245
CLM4-1.....	253
CLM4-2.....	262
CNT4-1	271
CNT4-2	278
GAL4-1	285
GAL4-2	293
MUR4-1.....	303
NAV4-1.....	309
VAL4-1.....	315
VAL4-2.....	321
VAL4-3.....	328

5. Estrategia en Cáncer del SNS.

AND5-1	335
ARA5-1.....	342
ARA5-2.....	349
AST5-1.....	356
CYL5-1	361
GAL5-1	369
MUR5-1.....	375
VAL5-1.....	379

6. Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS.

AND6-1	387
ARA6-1.....	397
CAN6-1.....	404
CAN6-2.....	410
CAN6-3.....	418
CAN6-4.....	426
CAT6-1.....	433
CAT6-2.....	441
CYL6-1	449
CYL6-2.....	456
GAL6-1	463
MAD6-1.....	471
MAD6-2.....	478
MUR6-1.....	486
MUR6-2.....	494
MUR6-3.....	499
MUR6-4.....	505
VAL6-1.....	512
VAL6-2.....	519
VAL6-3.....	527

7. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

AND7-1	534
AND7-2	541
AND7-3	548
AND7-4	556
ARA7-1.....	562
ARA7-2.....	570
AST7-1.....	578
CAT7-1.....	586
CAT7-2.....	593
CAT7-3.....	602
CAT7-4.....	612
CYL7-1.....	619

CYL7-2	627
CYL7-3	635
CYL7-4	643
EXT7-1	651
EXT7-2	658
EXT7-3	664
GAL7-1	668
GAL7-2	676
GAL7-3	684
GAL7-4	692
I-BAL7-1	698
I-BAL7-2	703
I-BAL7-3	710
I-BAL7-4	717
MAD7-1	721
MAD7-2	728
MAD7-3	736
MAD7-4	745
NAV7-1	754
NAV7-2	759
PVA7-1	766
VAL7-1	774
VAL7-2	782
VAL7-3	789

8. Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

AND8-1	798
AST8-1	806
CAT8-1	815
CAT8-2	821
CAT8-3	830
CLM8-1	837
CLM8-2	845
CYL8-1	854
MAD8-1	859
MAD8-2	867

MAD8-3.....874

MUR8-1.....881

MUR8-2.....889

MUR8-3.....896

MUR8-4.....903

PVA8-1 911

VAL8-1.....918

AND1-1: Implantación del Distrito de Salud Digital en Andalucía

David Paniagua Urbano (1), Guillermo Moreno Conradi (1), Luna Rodríguez Pérez (1), María Díaz Serrano (1), Sebastián Tornero Patricio (1)

(1) Servicio de Planificación Operativa, Subdirección de Gestión Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención primaria, salud digital, gestión de la demanda, accesibilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La accesibilidad a la Atención Primaria es uno de los ejes del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria y de los sucesivos Planes de Acción aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS, que incluyen entre sus líneas prioritarias la gestión integral de la demanda y la incorporación de modalidades de atención no presencial en la cartera común de servicios.

Estos planes establecen que las nuevas modalidades no presenciales deben mejorar la accesibilidad, apoyar la capacidad resolutoria de los equipos y garantizar la equidad, con indicadores específicos para evaluar la implantación de la atención no presencial y la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital.

En este contexto, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha puesto en marcha desde diciembre de 2024 un nuevo sistema de gestión de la demanda en Atención Primaria basado en un BackOffice centralizado y en el despliegue progresivo del Distrito de Salud Digital, con el objetivo de garantizar la gestión de la cita con Atención Primaria en menos de 72 horas cuando la persona usuaria no puede obtenerla por los canales habituales.

Desde enero hasta octubre de 2025 se han atendido un total de 222.291 consultas a través del Distrito Sanitario Digital, siendo utilizada esta forma de gestión de la demanda por una media de 16 de los 34 distritos de Andalucía.

Durante el primer mes de funcionamiento del nuevo modelo de gestión de citas, el SAS atendió 50.501 solicitudes a través del BackOffice en varios, dando respuesta al 99% de ellas en menos de 72 horas. De estas solicitudes, el 66,47 % correspondían a consulta de demanda telefónica y el 33,26 % a consulta presencial. Las consultas realizadas a través del denominado Distrito de Salud Digital —consultas telemáticas resueltas por cualquier otro profesional de medicina de familia distinto al referente— alcanzaron las 10.347 citas en ese periodo.

Posteriormente, el modelo se ha ido extendiendo a nuevas áreas y distritos, hasta cubrir más del 50 % de la Atención Primaria en Andalucía en las primeras fases de implantación.

El Distrito de Salud Digital responde, por tanto, a una doble necesidad:

- Resolver la demanda de citas no satisfecha en Atención Primaria cuando no hay citas disponibles con el profesional de referencia en el plazo adecuado.

- Ofrecer una respuesta telemática/telefónica de calidad, ajustada al motivo de consulta, mediante agendas de continuidad asistencial atendidas por médicos de familia de distintos centros y/o distritos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La buena práctica consiste en la implantación del Distrito de Salud Digital como dispositivo organizativo de apoyo a la Atención Primaria, basado en:

- BackOffice de gestión de demanda no satisfecha:

Cuando una persona usuaria no consigue cita con su médico o médica de familia por los canales habituales (ClicSalud+, App Salud Andalucía, App Salud Responde o teléfono Salud Responde), la petición se deriva automáticamente a un BackOffice de gestión única de la demanda previa selección por el usuario mediante un desplegable el motivo de la solicitud de cita (renovación/duda de tratamientos, resultados de pruebas, bajas laborales, gestiones administrativas, otros motivos).

Este BackOffice es gestionado por profesionales del Servicio de Atención a la Ciudadanía que asignan la cita al usuario en función del motivo de la demanda seleccionado con el recurso y en el plazo más adecuado.

Posteriormente, contactan telefónicamente con el usuario para comunicarle la asignación de cita (día, hora y profesional que le atenderá).

- Agendas de continuidad asistencial y Distrito de Salud Digital:

Cada distrito sanitario configura agendas de continuidad asistencial (presenciales, mixtas o no presenciales) para dar respuesta a estas solicitudes pendientes. Las agendas no presenciales pueden ser atendidas por médicos de familia de diferentes a los del propio centro referencia del usuario conformando en este caso el Distrito de Salud Digital.

Estas consultas se realizan por vía telefónica utilizando la historia de salud única, con las mismas garantías de registro e información que una consulta realizada por el profesional referente del usuario.

El SAS monitoriza diariamente las citas que entran en BackOffice, los tiempos medios de respuesta y los centros ajustan el número de agendas de Distrito de Salud Digital según demanda y disponibilidad de profesionales.

Este modelo permite aumentar la accesibilidad en aquellos distritos con mayor demora que no puede ser gestionada con medios propios.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana es toda la ciudadanía adscrita a los centros de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud que no ha podido obtener cita con su profesional de referencia a través de canales externos en el plazo previsto y cuya demanda es susceptible de resolverse mediante consulta telefónica o telemática.

El ámbito de aplicación es autonómico. El modelo se ha extendido a todos los distritos y áreas de gestión sanitaria de Andalucía, de forma que el Distrito de Salud Digital funcione como un recurso común de apoyo a la red de Atención Primaria.

Metodología

Cuando se solicita una cita a través de un canal externo de citación:

- 1º. Se intenta asignar la cita a su médico de referencia.
- 2º. Si no hay disponibilidad el sistema busca en una agenda de continuidad asistencial del mismo centro.
- 3º. En caso de no disponer tampoco de citas en estas agendas dispensarizadas, la cita entra BackOffice.

Diariamente el Servicio de Atención a la Ciudadanía se revisa las citas en el BackOffice de cada centro de atención primaria y se asigna la cita al usuario con la siguiente secuencia:

- 1º. Con el profesional de referencia si hubiese alguna cita disponible y no abierta a canales externos.
- 2º. En agendas dispensarizadas de continuidad asistencial (presenciales, telefónicas o mixtas) dentro del propio centro.
- 3º. En una de las agendas no presenciales del Distrito de Salud Digital, atendida por otro médico de familia de otro centro del mismo distrito o de otro distrito.

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la accesibilidad y la respuesta del sistema sanitario a las demandas de Atención Primaria y Comunitaria.

Objetivos específicos:

- Garantizar que la demanda de cita no satisfecha sea gestionada en menos de 72 horas con asignación de cita por parte de los centros.
- Establecer un sistema de apoyo entre distritos para mejorar la demora en aquellos distritos más tensionados.
- Ofrecer agendas de consultas telefónicas para aquella demanda susceptible de ser resuelta por esta vía.
- Mejorar la satisfacción del usuario.

Actuaciones realizadas

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Para la puesta en marcha del Distrito de Salud Digital:

- Se crearon de forma progresiva en estructura estos distritos, uno por cada área hospitalaria.
- Se habilitaron perfiles específicos a los médicos de familia que van a formar parte del Distrito de Salud Digital.
- De forma progresiva se han ido incorporando más profesionales al mismo.
- Cada distrito elaboró un dossier informativo con las peculiaridades a tener en cuenta por los profesionales que pasen consulta en sus distritos digitales.

Una vez puestos en marcha el Distrito de Salud Digital en cada distrito:

- Se estableció el circuito para la gestión de la demanda no satisfecha en los centros.
- Potenciación y mejora del sistema BackOffice como herramienta de gestión de la demanda de cita no satisfecha.
- Difusión interna y formación básica de cargos intermedios, personal administrativo y profesionales de medicina de familia.

Indicadores

Se utilizan indicadores extraídos de Infoweb.

Indicadores de accesibilidad y actividad:

- Número de solicitudes gestionadas por BackOffice por día, distrito y centro.
- Número de solicitudes resueltas en <72 horas global y por distrito.
- Número de consultas atendidas por el Distrito de Salud Digital por día y por 1.000 tarjetas sanitarias (telefónicas/telemáticas) global y por distrito.
- Indicadores de resultado y calidad.
- Tiempo medio de respuesta del Distrito de Salud Digital para cita con medicina de familia por centro y distrito.
- Porcentaje de citas no realizadas/no atendidas en agendas del Distrito de Salud Digital.
- Porcentaje de solicitudes con resultado finalista.
- Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios con la atención no presencial.

Los indicadores se analizan periódicamente y se desagregan por distrito, centro, edad, sexo y tipo de consulta.

Recursos

La práctica se apoya fundamentalmente en la reorganización de recursos ya existentes.

Recursos humanos

- Médicos y médicas de familia de los Distritos de Atención Primaria.
- Personal administrativo y de atención a la ciudadanía responsable de la gestión de BackOffice, asignación de cita y contacto con los pacientes.

Recursos tecnológicos

- Historia de salud digital Diraya.
- Aplicación CITACIÓN para la gestión de agendas de Atención Primaria.
- Herramienta de BackOffice para la gestión de demanda no satisfecha.
- Canales externos de citación: ClicSalud+, App Salud Andalucía y App Salud Responde.

Basada en la evidencia

La evidencia científica disponible muestra que las consultas telefónicas en atención primaria mejoran la accesibilidad, permitiendo atender con rapidez a pacientes que, de otro modo, enfrentarían barreras de desplazamiento o disponibilidad horaria^{2,3}. Aumentan la eficiencia, reduciendo tiempos de espera, costes y desplazamientos, y optimizando el uso de recursos clínicos^{2,3}. La satisfacción del paciente es alta, destacando la comodidad, la facilidad de uso y la resolución efectiva de una parte importante de los problemas de salud sin necesidad de visita presencial^{1,2,4}. Para grupos vulnerables —personas mayores o con limitaciones de movilidad— las consultas telefónicas refuerzan la continuidad asistencial y facilitan el vínculo con su equipo sanitario^{2,3}. Además, ofrecen seguridad al minimizar riesgos de contagio y demuestran resultados clínicos comparables a la atención presencial en problemas leves, salud mental y seguimiento⁴. En conjunto, constituyen una herramienta versátil, eficiente e inclusiva que complementa de forma robusta la atención presencial.

Equidad

El modelo de Distrito de Salud Digital se ha diseñado como una medida adicional de accesibilidad, no sustitutiva del modelo presencial ni de la relación longitudinal con el profesional de referencia. Para reducir desigualdades:

- Se apoya fundamentalmente en el canal telefónico y en la citación a través de Salud Responde, evitando que el acceso dependa exclusivamente de habilidades digitales avanzadas, en línea con las recomendaciones estatales de reducir la brecha digital en personas mayores y colectivos vulnerables.
- Permite redistribuir actividad entre distritos y centros, ofreciendo apoyo a aquellas zonas con mayor demora estructural o con especiales dificultades de cobertura, como parte del Plan de accesibilidad del Servicio Andaluz de Salud.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del Distrito de Salud Digital se basa en:

- Uso de infraestructuras y sistemas ya existentes (Diraya, CITACIÓN, Salud Responde, ClicSalud+, BackOffice), sin necesidad de crear nuevos dispositivos físicos.
- Integración en el Plan de accesibilidad de la Atención Primaria andaluza y en la planificación anual, lo que garantiza respaldo organizativo, institucional y presupuestario a medio plazo.
- Coherencia con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027, que impulsa la transformación digital y la gestión integral de la demanda como palancas clave para la sostenibilidad del SNS.

Al mejorar la accesibilidad y orientar adecuadamente la demanda (teleconsulta, enfermería, administrativa, presencial), se espera un uso más eficiente de los recursos, evitando visitas innecesarias a urgencias y desplazamientos, lo que refuerza la sostenibilidad clínica, organizativa y económica del modelo.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible a otros servicios de salud autonómicos, porque se apoya en elementos presentes en la mayoría de sistemas regionales:

- Un sistema de cita y gestión de agendas centralizado.
- Una historia clínica electrónica que permite la teleconsulta desde diferentes centros.
- Un centro de llamadas o plataforma de atención telefónica centralizada.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 prevé explícitamente la identificación y evaluación de experiencias de atención no presencial en las CCAA y su incorporación al modelo de gestión integral de la demanda a escala nacional, lo que ofrece un marco idóneo para la transferencia de esta buena práctica.

La descripción del circuito (BackOffice, clasificación de motivos, asignación flexible de agendas) y los indicadores de seguimiento pueden adaptarse fácilmente a otros servicios de salud con mínimos ajustes tecnológicos y organizativos.

Efectividad

La alta capacidad de resolución del nuevo modelo alcanza en el 99% de los casos la gestión de citas de BackOffice en menos de 72 horas. Desde enero hasta octubre de 2025 se han atendido un total de 222.291 consultas a través del Distrito Sanitario Digital.

En Infoweb a fecha de 01/12/2025 en BackOffice se contabilizan 1.454.758 citas, con 513.576 consultas presenciales y 915.552 consultas telefónicas, de éstas el 24% se han gestionado a través del Distrito de Salud Digital.

Estos datos, junto con la expansión progresiva del modelo a la mayoría de áreas de gestión sanitaria y distritos de Atención Primaria, apuntan a una reducción de las demoras y a un refuerzo de la capacidad resolutive de la Atención Primaria.

Eficiencia

El Distrito de Salud Digital contribuye a la eficiencia del sistema por varias vías:

- Permite aprovechar la capacidad disponible en otros centros y distritos, atendiendo demanda de zonas más tensionadas sin necesidad de incrementar proporcionalmente la plantilla.
- Favorece que parte de la demanda se gestione mediante consultas telefónicas/telemáticas, lo que reduce desplazamientos innecesarios, optimiza el tiempo del profesional y puede evitar visitas a urgencias, en línea con la evidencia sobre telemedicina en Atención Primaria.
- Reorganiza y hace más transparente la demanda no satisfecha, permitiendo ajustar la oferta de agendas de forma dinámica (apertura de agendas de continuidad asistencial, reasignación de citas) sin costes estructurales adicionales.

En conjunto, el modelo mejora la relación entre recursos utilizados y resultados en accesibilidad, sin requerir inversiones significativas en nuevas infraestructuras físicas ni en personal.

Participación multidisciplinar

La implantación del Distrito de Salud Digital implica a distintos perfiles:

- Cargos intermedios y equipos directivos de distritos y áreas de gestión sanitaria, responsables del diseño de agendas de continuidad asistencial y de la planificación de recursos.
- Profesionales de medicina de familia, que atienden las agendas no presenciales del Distrito de Salud Digital y participan en la definición de criterios de priorización y en la mejora continua del modelo.
- Personal administrativo y de atención a la ciudadanía de los centros de salud y de Salud Responde, que registran la demanda, informan a la población y gestionan el BackOffice.
- Equipos de sistemas de información del SAS, que han adaptado los módulos de CITACIÓN y BackOffice para permitir la clasificación de motivos de consulta y la gestión centralizada de agendas.

Esta participación multidisciplinar facilita la integración del modelo en la práctica cotidiana de los centros.

Colaboración intersectorial

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Se trata fundamentalmente de una intervención intra-sanitaria, centrada en la reorganización de la Atención Primaria y en la coordinación entre centros de salud, unidades de gestión y Salud Responde.

Aunque no existen todavía mecanismos formales de colaboración con otros sectores (servicios sociales, educación, etc.) ligados específicamente al Distrito de Salud Digital, el modelo sí mejora la coordinación interna dentro del sistema sanitario y sienta las bases para futuras sinergias, en línea con las recomendaciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria.

Evaluación

La evaluación se apoya en:

- **Cuadros de mando periódicos** a partir de Infoweb con indicadores de accesibilidad (tiempo medio de respuesta, % de solicitudes resueltas <72horas), actividad del Distrito de Salud Digital y citas no realizadas, desagregados por distrito y centro.
- **Informes mensuales de actividad**, que permiten comparar la situación antes y después de la implantación del modelo en cada territorio y ajustar agendas y recursos.
- **Encuestas de satisfacción de usuarios** con la atención no presencial, que se han iniciado tras los primeros meses de funcionamiento del Distrito de Salud Digital y se repetirán de forma periódica, en coherencia con las recomendaciones nacionales de evaluar la implantación de la atención no presencial y su impacto en equidad.

Los resultados de esta evaluación se emplean para mejorar los circuitos de BackOffice, ajustar el tamaño y composición de las agendas de Distrito de Salud Digital y orientar la toma de decisiones organizativas.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND1-2: Implantación de un sistema de derivaciones directas de pacientes desde Atención Primaria y Comunitaria a las salas de fisioterapia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

David Paniagua Urbano (1), Isabel Caicedo Martínez (1), Luna Rodríguez Pérez (1), María Díaz Serrano (1), Sebastián Tornero Patricio (1)

Servicio de Planificación Operativa, Subdirección de Gestión Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica

Palabras clave: Gestión de la demanda, atención primaria, fisioterapia, accesibilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen, en Andalucía suponen un 27% de carga de enfermedad, suponiendo una importante causa de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos musculoesqueléticos son la principal causa de discapacidad y el dolor lumbar la causa más frecuente en más de 160 países.

El Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME) reconoce explícitamente esta carga de enfermedad y plantea, entre sus objetivos, mejorar la accesibilidad, la equidad y la coordinación entre niveles asistenciales, reforzando el papel de la Atención Primaria y de la fisioterapia en la atención temprana y continuada. Así mismo, la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) recoge la atención rehabilitadora, fisioterapia y terapia ocupacional como una prestación orientada a la prevención e intervención sobre procesos discapacitantes susceptibles de mejoría mediante tratamiento fisioterápico.

Hasta ahora, en el SSPA, los pacientes con patología musculoesquelética potencialmente tratable en APyC debían seguir un itinerario largo: derivación desde Medicina Familiar y Comunitaria al Servicio de Rehabilitación hospitalario, valoración especializada y, finalmente, indicación de tratamiento en la sala de fisioterapia (hospitalaria o de Atención Primaria). Este circuito genera demoras evitables, duplicidades de consultas y un uso subóptimo de la fisioterapia de Atención Primaria, además de sobrecargar las consultas de Rehabilitación.

Un sistema de derivación directa desde APyC a Fisioterapia puede mejorar la accesibilidad, reducir costos, mantener seguridad y calidad, e incrementar la eficiencia del sistema sanitario. Tanto la Estrategia de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2020–2022, como el Marco Estratégico para la APyC del Sistema Nacional de Salud y sus correspondientes planes de acción, establecen como prioridades para el desarrollo de la APyC y el incremento de su capacidad resolutoria, la diversificación de la demanda entre las distintas categorías profesionales y la mejora de la accesibilidad a los servicios.

El sistema de derivaciones directas desde las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria a las salas de fisioterapia de APyC en Andalucía se alinea con el PAERME, con el Marco Estratégico de APyC y con los planes de acción estatales, al simplificar y hacer más eficiente el circuito de

derivación para procesos musculoesqueléticos seleccionados, mejorar la accesibilidad y la oportunidad de tratamiento fisioterápico, clave para evitar la cronificación y la discapacidad y optimizar el uso de recursos, reduciendo derivaciones a Rehabilitación hospitalaria y aprovechando mejor las salas de fisioterapia de APyC, reforzadas además mediante inversiones en infraestructuras y equipamiento ligadas al Plan de Acción y al Plan MINAP.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Hasta el momento actual, en Andalucía, los pacientes atendidos en APyC que precisaban tratamiento fisioterápico, debían ser remitidos por el Médico de Familia, habitualmente, al servicio de Rehabilitación. En las consultas de atención hospitalaria se realiza la valoración especializada para determinar, si procede, la derivación e intervención de fisioterapia, bien en las salas hospitalarias, bien en las de Atención Primaria.

La propuesta se centra en un nuevo circuito de derivación directa desde la consulta del Médico de Familia a la unidad de fisioterapia de Atención Primaria, para aquellos motivos de consulta con evidencia de beneficio de la intervención de fisioterapia. Esto permite acortar los tiempos de acceso al tratamiento, reducir los desplazamientos del paciente entre distintos dispositivos asistenciales y disminuir las derivaciones a las especialidades de atención al aparato locomotor.

La intervención se inicia con la detección en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria de pacientes del SSPA atendidos en APyC que presentan déficits funcionales y diagnóstico de cervicalgia, lumbalgia, hombro doloroso, epicondilitis, gonalgia y/o fascitis plantar, conforme a criterios clínicos establecidos.

A continuación, se verifican los criterios de inclusión y exclusión, incluyéndose aquellos procesos musculoesqueléticos reversibles, sin signos de alarma y con alta probabilidad de mejoría con fisioterapia. Se excluyen, según protocolo, los casos con síntomas de alarma (déficit neurológico grave, traumatismo agudo de alta energía, fiebre o sospecha de infección, sospecha de tumor, fractura reciente), patología no musculoesquelética como causa principal del síntoma, limitaciones severas de movilidad que exigen otro nivel de atención o indicación directa de valoración por Rehabilitación u otras especialidades.

Posteriormente, el/la médico/a de familia realiza la derivación directa a fisioterapia de APyC mediante la cumplimentación de un formulario semiestructurado abreviado, integrado en el campo de exploración física de la Historia Digital de Salud “Diraya” (sistema de gestión de información clínica), donde se registran el diagnóstico, el motivo de derivación, los objetivos funcionales y las posibles contraindicaciones, gestionándose la cita a través del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) o del Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) mediante citas específicas sin acceso externo en las agendas de fisioterapia.

Finalmente, la intervención fisioterápica en las salas de APyC se lleva a cabo por profesionales que disponen de un gestor de informe (cuestionario semiestructurado) para valorar la derivación, registrar la evaluación inicial, el plan de tratamiento y la evolución, quedando todo documentado en la historia clínica del paciente. Se han dimensionado las agendas de fisioterapia con dos citas diarias por profesional de primera valoración y dos de seguimiento para garantizar tiempos adecuados de atención.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana son las personas usuarias del SSPA atendidos en consultas de Medicina Familiar y Comunitaria que presentan déficits funcionales de origen musculoesquelético susceptibles de una reversión total o parcial a través del tratamiento fisioterápico.

La derivación se debe hacer siguiendo los criterios establecidos de inclusión son:

- Inclusión: procesos musculoesqueléticos reversibles (Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro doloroso, Epicondilitis, Gonalgia y/o Fascitis Plantar), sin signos de alarma y con alta probabilidad de mejoría con fisioterapia.
- Exclusión: presencia de síntomas de alarma patología no musculoesquelética como causa principal del síntoma, limitaciones severas de movilidad que exigen otro nivel de atención, indicación directa de valoración por Rehabilitación u otras especialidades, negativa del paciente.

El ámbito de actuación son los centros de atención primaria y salas de fisioterapia de APyC del SSPA.

Metodología

- Detección en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria: Pacientes con déficits funcionales y diagnóstico de: cervicalgia, lumbalgia, hombro doloroso, epicondilitis, gonalgia y/o fascitis plantar.
- Verificación de criterios de inclusión y exclusión.
- Derivación directa: El/la médico/a de familia cumplimenta un formulario semiestructurado abreviado, donde se registran diagnóstico, motivo de derivación, objetivos funcionales y contraindicaciones. La cita se gestiona a través del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) o del Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC). En las agendas de fisioterapia existen dos citas de primera valoración y dos de seguimiento.
- Intervención fisioterápica en salas de APyC: Las/los fisioterapeutas disponen de un gestor de informe (cuestionario semiestructurado) para valorar la derivación, registrar la evaluación inicial, el plan de tratamiento y la evolución.
- El registro de toda la actividad se realiza en la Historia de Salud Digital (Diraya).

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la accesibilidad a la atención especializada de fisioterapia para pacientes con déficits funcionales.

Objetivos específicos:

1. Mejorar los resultados en salud de la atención de patologías funcionales reversibles incluidas en este sistema de derivación directa a salas de fisioterapia de patología incluidas

2. Reducir tiempos de espera para fisioterapia
3. Acortar el tiempo medio entre la valoración en consulta de Medicina Familiar y Comunitaria y el inicio del tratamiento de fisioterapia de patología incluidas
4. Reducir derivaciones hospitalarias por los motivos incluidos.

Actuaciones realizadas

- Desarrollo de proyecto piloto coordinado con la Dirección del PAERME en dos Distritos sanitarios (Huelva-Costa Condado-Campiña y Almería), incorporando ocho salas de fisioterapia.
- Creación de un formulario semiestructurado abreviado incluido en el campo de exploración física de la hoja de consulta.
- Diseño de un gestor de informe (cuestionario semiestructurado) para facilitar la implementación y valoración de la intervención por parte de fisioterapia.
- Modificación de las agendas de fisioterapia configuradas en el Módulo de Citación de Diraya para disponer de citas sin acceso externo.
- Elaboración de un documento operativo para la implantación.
- Reunión informativa con los Gerentes de los distintos Distritos Sanitarios para la implementación de este sistema de derivaciones directas.
- Establecimiento de un cuadro de mandos con indicadores de proceso.
- Aumento de la plantilla de fisioterapeutas de APyC.
- Mejora de las infraestructuras y equipamiento de las salas de fisioterapia de APyC.

Indicadores

Indicadores de proceso:

- Porcentaje de derivaciones directas que cumplen los criterios de inclusión.
- Número de derivaciones directas gestionadas desde APyC.
- Tiempo medio de gestión administrativa de la cita.
- Porcentaje de cumplimentación correcta del Gestor de Informes.

Indicadores de Resultado:

- Reducción del número de derivaciones al servicio de Rehabilitación Hospitalaria.
- Reducción del número de días desde la derivación hasta el inicio del tratamiento de fisioterapia.
- Porcentaje de pacientes que completan el tratamiento de fisioterapia.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Satisfacción de pacientes y profesionales recogida mediante encuestas.

Indicadores de impacto:

- Tiempo medio de acceso a fisioterapia en el conjunto del distrito/territorio.
- Porcentaje de centros de APyC con el sistema de derivación directa implantado.
- Mejora global de la accesibilidad a fisioterapia tras la implantación del sistema de derivación directa: medida mediante la comparación antes/después del tiempo de demora y del volumen de pacientes atendidos.

Recursos

Recursos humanos:

- Médicas y médicos de familia de APyC, responsables de la indicación y cumplimentación del formulario de derivación directa.
- Fisioterapeutas de las salas de APyC, encargados de la valoración, intervención y registro en el gestor de informes.
- Personal administrativo de las Unidades de Atención a la Ciudadanía que gestionan la citación y la información a los pacientes.

Recursos materiales: salas de fisioterapia en los centros de atención primaria.

Recursos tecnológicos:

- Equipamiento de salas de fisioterapia.
- Formulario semiestructurado incluido en el campo de exploración física de la hoja de consulta, a cumplimentar por los Médicos de Familia.
- Gestor de informe a cumplimentar por fisioterapeutas que queda registrado en la Historia Clínica del paciente.
- Citas sin acceso externo en las agendas de las salas de fisioterapia configuradas en el Módulo de Citación de Atención Primaria.

Basada en la evidencia

La práctica se apoya en varios niveles de evidencia:

- Planes y estrategias oficiales: El Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME) identifica estas patologías como la primera causa de carga de enfermedad en Andalucía y propone mejorar la accesibilidad, la atención temprana y la coordinación entre AP y Atención Especializada. El Marco Estratégico de APyC y los Planes de Acción 2022-2023 y 2025-2027 promueven la gestión integral de

la demanda, la diversificación de perfiles profesionales (incluida la fisioterapia) y la reorganización de circuitos para reducir demoras.

- Evidencia internacional y nacional sobre la mejora de los circuitos asistenciales para garantizar la accesibilidad a fisioterapia de APyC:
 - La literatura científica contiene algunas publicaciones de estudios que concluyen que la implantación de circuitos que mejoran la accesibilidad a la fisioterapia mejora resultados en salud en los motivos de consulta incluidos en este sistema de derivación directa.
 - Experiencias en Atención Primaria en España y otros países muestran disminución significativa de la demora al comparar derivación directa frente a circuitos tradicionales a través de Traumatología/Rehabilitación.

Equidad

La implantación de la derivación directa desde Medicina de Familia a fisioterapia mejora la accesibilidad y contribuye a reducir desigualdades relacionadas con la edad, la discapacidad, el nivel socioeconómico y otros determinantes sociales. Al acortar tiempos de espera y simplificar el itinerario asistencial, este modelo garantiza que personas mayores y personas con discapacidad —que suelen presentar mayores limitaciones de movilidad, riesgo de deterioro funcional y necesidad de intervenciones precoces— accedan a la fisioterapia sin barreras añadidas y sin costes indirectos.

Asimismo, evita que factores como la disponibilidad de transporte, la carga de cuidados, el nivel educativo o la capacidad para desenvolverse en trámites administrativos condicionen el acceso a un servicio esencial. Al asegurar un circuito más ágil y directo desde el centro de salud, se favorece que todos los pacientes, especialmente los más vulnerables, reciban atención rehabilitadora en el momento oportuno, reduciendo brechas de género, edad y posición socioeconómica.

Sostenibilidad

La implantación del sistema de derivaciones directas desde Medicina de Familia a fisioterapia es una intervención sostenible a largo plazo, al integrarse en la estructura ordinaria de los centros de salud y contar con un respaldo institucional sólido.

Los Presupuestos de Andalucía para 2026 incluyen una partida específica económica para reforzar la contratación de fisioterapeutas y acometer mejoras en la infraestructura de Atención Primaria, garantizando su viabilidad, sin necesidad de fondos extraordinarios. Además, esta medida se alinea con estrategias autonómicas ya consolidadas, como el PAERME, que priorizan la atención temprana y coordinada en patologías musculoesqueléticas, reforzando su pertinencia y continuidad. La simplificación del circuito asistencial y la reducción de demoras, optimizan el uso de los recursos disponibles, evitando consultas duplicadas y favoreciendo intervenciones más precoces. Su diseño adaptable permite ajustarlo a las particularidades organizativas de cada distrito sanitario, asegurando su permanencia y su integración estable dentro del modelo andaluz de atención comunitaria.

Transferibilidad

La implementación del sistema de derivaciones directas desde las consultas de APyC a fisioterapia en el SSPA ha seguido una metodología robusta con un proyecto piloto previo evaluado cuantitativa y cualitativamente, que sirvió para mejorar la fase de extensión a los 1514 centros de APyC del SSPA desde el 1 de diciembre de 2025. El modelo cuenta con procedimientos estandarizados, incluyendo criterios de inclusión y exclusión, flujogramas de derivación, instrucciones para la cumplimentación del Gestor de Informes (GI) y pautas para la gestión de citas mediante los canales existentes (EBAP y SAC).

Esta estructuración facilita que cualquier centro pueda adoptar el sistema siguiendo los mismos pasos y garantizando la uniformidad del proceso. La participación de diferentes perfiles profesionales y la existencia de materiales de apoyo aseguran su adaptabilidad a distintos entornos organizativos, tanto rurales como urbanos. Gracias a esta metodología clara y reproducible, el modelo puede escalar y extenderse manteniendo su coherencia, eficacia y calidad asistencial, a otras CCAA a nivel estatal.

Efectividad

Se realizaron encuestas de satisfacción de los profesionales que participaron en el pilotaje (Médicos de Familia y Fisioterapeutas) y de los usuarios/as, mediante la consulta del grado de conformidad ante diferentes enunciados.

Los participantes consideraron este modelo de atención en salas de fisioterapia derivado desde las consultas de Medicina de Familia, como un modelo sostenible y escalable.

La mayoría de los participantes consideraron que este modelo de asistencia mejora la accesibilidad de los pacientes al agilizar las derivaciones para la valoración e intervención por parte de fisioterapia de los procesos musculoesqueléticos seleccionados.

Las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes demostraron un grado de satisfacción de 4.6 sobre 5 puntos.

Eficiencia

El sistema de derivaciones directas desde APyC a fisioterapia obtiene los resultados previstos optimizando los recursos existentes. La mayoría de las salas de fisioterapia que van a usarse ya estaban operativas y han sido mejoradas con los fondos del Marco Estratégico de APyC.

La reorganización del circuito asistencial permite reducir derivaciones a los Servicios de Rehabilitación Hospitalarios, mejorar la utilización de las agendas de fisioterapia y acortar los tiempos de espera, aumentando la capacidad resolutoria de la Atención Primaria.

De este modo, el modelo combina eficacia clínica y optimización de recursos, asegurando que más pacientes accedan a fisioterapia en el nivel adecuado, maximizando la eficiencia sin incrementar significativamente los costes del sistema.

Participación multidisciplinar

Los distintos perfiles profesionales que han participado en el desarrollo e implementación de esta práctica son:

- Profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Fisioterapeutas adscritos a los Centros de APyC.
- Administrativos de las Unidades de Atención a la Ciudadanía.
- Facultativos de especialidades de Aparato Locomotor.

Colaboración intersectorial

Aunque el sistema de derivaciones directas se desarrolla dentro del ámbito sanitario, existen oportunidades para fortalecer su impacto y continuidad mediante la colaboración intersectorial. Por ejemplo, los ayuntamientos podrían participar facilitando acceso a instalaciones deportivas como gimnasios o piscinas municipales para pacientes indicados por los fisioterapeutas, especialmente aquellos que requieren programas de ejercicio terapéutico complementario.

Este tipo de colaboración permitiría ampliar las opciones de tratamiento y mantener los beneficios funcionales alcanzados en la fisioterapia, integrando recursos comunitarios y promoviendo la actividad física en entornos locales. Asimismo, podría favorecer la sostenibilidad del modelo, al involucrar actores externos que contribuyan parcialmente a la financiación o al mantenimiento de programas específicos.

Evaluación

El sistema de derivaciones directas cuenta con procesos internos de evaluación que permiten valorar diseño, implementación y resultados de manera continua. Los cargos intermedios se encargan de gestionar y supervisar aspectos clave, incluyendo el seguimiento del circuito de derivaciones, la corrección de casos que no cumplen criterios de inclusión o presentan criterios de exclusión, la habilitación y adaptación de agendas, así como la monitorización de la demora y la actividad de fisioterapia.

Para el seguimiento a largo plazo, se realiza la monitorización de los indicadores ya recogidos en la plataforma corporativa Infoweb, facilitando la evaluación continua del modelo. Este enfoque combinado asegura que el sistema se mantenga eficaz, seguro y replicable, proporcionando información fiable para su extensión a todos los centros de APyC del SAS.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AST1-1: Plan integral de mejora y estandarización de las Unidades Administrativas de Atención Primaria

Amalia Franco Vidal (1), José Francisco Camarzana Sánchez (2), Clara Isabel Tuñón Díaz (2), Josefina Álvarez Arne (2), Luis Ángel Andión Río (2), Eusebio de Lucas Cuesta (2), Manuel Díaz Fernández (2), Concepción Fernández Rebordinos (2), Natalia Iglesias Cerra (2), Eugenio Losada Sandoval (2), Mar Morán Bueno (2), Francisco Otero Cima (2), María Josefa Queipo Fontaniella (2), Marta Rodríguez Fernández (2), Lucía Rubio Alonso (2), Amparo Bárbara Rodríguez Costales (2), Margarita Palacio Solares (2), María José Gómez Castro (3), Raquel Casas Rodríguez (1), Óscar Veiras del Río (4)

1) Unidad de Calidad e Innovación, Área Sanitaria V, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), (2) Unidades Administrativas de Atención Primaria, Área Sanitaria V, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), (3) Salud Pública, Área Sanitaria V, SESPA, (4) Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria, SESPA

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Unidades administrativas, gestión de la demanda, accesibilidad, estandarización de procesos.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las Unidades Administrativas de Atención Primaria (UAAP) desempeñan un papel esencial como puerta de entrada al sistema sanitario y como soporte estructural de los procesos asistenciales. Su funcionamiento condiciona de forma directa la accesibilidad, la continuidad asistencial, la eficiencia organizativa y la calidad percibida por la ciudadanía. En este contexto, se presenta esta iniciativa para dar respuesta a un problema organizativo y de calidad de carácter sistémico, identificado en el Área Sanitaria V, con implicaciones relevantes tanto para pacientes como para profesionales.

El problema detectado consistía en una elevada variabilidad intercentros en la organización y gestión de las UAAP, derivada del incremento progresivo de la carga burocrática, la ausencia de procedimientos estandarizados y la heterogeneidad en la disponibilidad y uso de agendas administrativas. Esta situación se traducía en ineficiencias operativas, duplicidad de tareas, realización de actividades de bajo valor añadido, sobrecarga y estrés del personal administrativo, así como dificultades de acceso y tiempos de respuesta desiguales para la ciudadanía. La magnitud del problema queda evidenciada por la disparidad existente entre centros, aun trabajando en la misma área sanitaria.

La relevancia de esta iniciativa se basa en su alineación con las prioridades estratégicas del sistema sanitario: mejora de la calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad. Aborda un ámbito tradicionalmente infraanalizado —los procesos administrativos en Atención Primaria— pese a su impacto directo sobre la experiencia del paciente, el desempeño profesional y el uso eficiente de los recursos públicos. La urgencia de la intervención venía determinada por el impacto de la variabilidad organizativa sobre la accesibilidad y la calidad asistencial, así como por la necesidad

de reforzar el papel estratégico de las UAAP en un contexto de creciente complejidad organizativa.

Ante esta necesidad, la Gerencia del Área Sanitaria V impulsó un plan integral de mejora con un enfoque estructurado, participativo y orientado a resultados. El valor añadido de la iniciativa reside en su enfoque sistémico y multidimensional, abordando de manera simultánea varias áreas estratégicas: la implantación de una agenda administrativa homogénea, el desarrollo de un plan general de mejora con 41 acciones priorizadas, la estandarización de 14 procedimientos administrativos clave y la implementación de un plan específico de actividades “No Hacer” orientado a la eliminación de tareas de escaso valor añadido.

Además, destaca su metodología de diseño e implantación, basada en un análisis DAFO participativo, la definición de objetivos operativos, planificación flexible y un sistema de seguimiento continuo mediante reuniones mensuales, lo que ha permitido ajustes dinámicos y sostenibilidad en el tiempo. Finalmente, su valor diferencial se ve reforzado por su impacto demostrable y su transferibilidad, al haber sido adoptada como experiencia piloto e incorporada posteriormente al programa GOPA (Gestión y Organización del Proceso Administrativo) del SESPA, extendiendo sus beneficios a todo el ámbito autonómico. Así mismo sirvió como base para el desarrollo de proyectos similares a nivel de varios centros de salud.

Esta buena práctica aporta, por tanto, una respuesta innovadora, estructurada y replicable a un problema organizativo de elevada relevancia para la calidad y sostenibilidad de la Atención Primaria.

Contenido de la propuesta(en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La presente iniciativa consiste en el diseño, implantación y evaluación de un Plan Integral de Mejora y Estandarización de las Unidades Administrativas de Atención Primaria del Área Sanitaria V, concebido como una intervención integral de optimización de procesos y recursos administrativos. Su objetivo general es mejorar la organización, eficiencia y homogeneidad de la actividad administrativa, reforzando el papel estratégico de estas unidades como soporte esencial de la atención primaria.

La iniciativa se dirige de forma directa a los profesionales de las unidades administrativas de los equipos de Atención Primaria, y de manera indirecta a la población usuaria del sistema sanitario, que se beneficia de una mayor accesibilidad, reducción de tiempos de respuesta y mejora de la calidad percibida. Asimismo, impacta positivamente en el personal sanitario (médicos y enfermería), al liberar tiempo asistencial mediante procesos administrativos más ágiles y estandarizados.

Desde un punto de vista organizativo, el plan se estructura en cuatro ejes interrelacionados:

- Implantación de una Agenda Administrativa Única, diseñada con 6–7 acto administrativos homogéneos (entre otros, trámites administrativos, partes de incapacidad temporal, informes y justificantes, facturación a terceros, transporte

sanitario, receta electrónica y tarjeta sanitaria), que permite ordenar la demanda, facilitar la citación y reducir esperas.

- Plan General de Mejora, integrado por 41 acciones priorizadas según nivel de responsabilidad (unidades administrativas, gerencia, SESPA/Consejería) y horizonte temporal, que abordan aspectos como equipamiento, seguridad, formación, liderazgo, visibilización y mejora organizativa.
- Estandarización de 14 procedimientos administrativos clave, garantizando una gestión homogénea de procesos críticos en todos los centros.
- Plan de actividades “No Hacer” identifica y elimina tareas de bajo valor añadido que consumían recursos sin aportar beneficios relevantes.

La metodología de implantación se basó en un enfoque participativo y estructurado, con un diagnóstico inicial mediante análisis DAFO, definición colaborativa de objetivos y acciones, formación a todos los centros y un sistema de gobernanza sustentado en reuniones mensuales de seguimiento. La iniciativa fue pilotada en el Área Sanitaria V y posteriormente difundida a nivel de centros de salud tanto en el área V como a nivel autonómico.

El ámbito territorial de aplicación inicial fue el conjunto de centros de salud del Área Sanitaria V, con transferencia posterior a toda Asturias a través del programa GOPA (Gestión y Organización del Proceso Administrativo).

Entre sus elementos diferenciales e innovadores destacan el enfoque bottom-up liderado por los responsables administrativos, la combinación de estandarización de procesos con eliminación de desperdicios, la aplicación del ciclo de mejora continua PDCA y la sostenibilidad del modelo mediante seguimiento sistemático, lo que convierte esta práctica en un modelo organizativo replicable y escalable.

Población diana / ámbito de aplicación

- Profesionales administrativos: Personal de las unidades administrativas de todos los centros de salud del Área Sanitaria V.
- Pacientes: Todos los usuarios de atención primaria del Área Sanitaria V que requieren servicios administrativos (citación, justificantes, documentación, trámites con tarjeta sanitaria, gestión de partes de IT, solicitud de transporte sanitario, etc.).
- Profesionales sanitarios: Médicos/as de familia, enfermeros/as y otros profesionales de atención primaria que interactúan con los servicios administrativos.

Ámbito de aplicación:

- Territorial: Todos los centros de salud del Área Sanitaria V del SESPA.
- Asistencial: Atención primaria.
- Funcional: Procesos administrativos de centros de salud (servicios de cita, documentación, gestión administrativa)

En resumen, el plan beneficia a la totalidad de usuarios y profesionales de los centros de salud de atención primaria del Área Sanitaria V.

Metodología

Combinación de metodologías de mejora de calidad con participación activa de los responsables de las Unidades Administrativas a través de:

- Análisis DAFO participativo a través de reuniones con responsables de unidades administrativas de todos los centros.
- Metodología Lean y mejora continua: Énfasis en eliminar desperdicios y optimizar procesos (plan "No Hacer").
- Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act):
 - Diagnóstico y definición de acciones.
 - Implantación de iniciativas.
 - Reuniones mensuales de seguimiento y evaluación.
 - Identificación de nuevas acciones y modificación de las existentes.
- Trabajo colaborativo: Reuniones mensuales para seguimiento, toma de decisiones conjunta y resolución de problemas con apoyo explícito del equipo directivo.
- Transferencia metodológica: Validación en el Área Sanitaria V e incorporación posterior en el programa GOPA para toda Asturias y en otros ámbitos de atención primaria.

Participantes: Responsables de unidades administrativas, Coordinadora del Área, Dirección de Atención Sanitaria, Unidad de Calidad e Innovación, Técnica de Salud Pública.

Objetivos

Objetivo General:

Mejorar la efectividad, eficiencia y satisfacción en los procesos administrativos de atención primaria del Área Sanitaria V, reduciendo variabilidad, tiempos de espera y desperdicios.

Objetivos Específicos:

1. Mejora de la efectividad de procesos: Reducir la variabilidad intercentros en procedimientos administrativos mediante estandarización.
2. Reducción de tiempos y desperdicios: Eliminar actividades duplicadas, innecesarias o de bajo valor que no aportan beneficio.

3. Mejora de la satisfacción del paciente: Facilitar el acceso a servicios administrativos, reducir esperas y mejorar la experiencia en el primer contacto con el sistema sanitario.
4. Mejora de la satisfacción y bienestar de los profesionales: Crear un entorno laboral más seguro, organizado y valorado para los profesionales administrativos.
5. Estandarización de procedimientos: Implementar procedimientos administrativos comunes en toda el área, facilitando consistencia y calidad.
6. Visibilización y reconocimiento: Aumentar el valor percibido de las unidades administrativas y su rol en la calidad de la atención.

Actuaciones realizadas

Fase 1: Diagnóstico:

- Análisis DAFO participativo mediante reuniones con responsables de unidades administrativas.
- Identificación de problemas clave y oportunidades de mejora

Fase 2: Planificación:

- Definición colaborativa de agenda administrativa única.
- Diseño y priorización de acciones de mejora.
- Estandarización de procedimientos administrativos clave.
- Identificación de acciones "No Hacer".

Fase 3: Implantación:

- Formación en todos los centros sobre agenda única, procedimientos y herramientas.
- Pilotaje en el Área Sanitaria V.
- Implantación progresiva de acciones de mejora.
- Implementación de plan "No Hacer".
- Transferencia a programa GOPA para toda Asturias.

Fase 4: Seguimiento:

- 17 reuniones mensuales de seguimiento.
- Identificación de nuevas acciones.
- Ajustes continuos según cambios normativos.
- Evaluación de resultados.

Indicadores

Indicadores de Proceso:

1. Implantación de agenda única: 100% de centros con agenda administrativa implantada.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

2. Procedimientos estandarizados: 14/14 procedimientos definidos, documentados e implantados.
3. Acciones de mejora ejecutadas: 14 finalizadas, 13 en proceso, 14 no iniciadas (41 totales).
4. Acciones "No Hacer" implementadas: 7 finalizadas (50%), 5 en proceso, 2 descartadas (14 totales).
5. Reuniones de seguimiento: 24 reuniones mensuales completadas.
6. Participación: 100% de responsables de unidades administrativas participantes.

Indicadores de Resultado:

1. Transferencia en el ámbito de Unidades Administrativas: Incorporación de iniciativas del Área V al programa GOPA para toda Asturias.
2. Nuevas acciones identificadas: 5 nuevas iniciativas surgidas del proceso.
3. Transferencia a otros ámbitos: Puesta en marcha de planes de mejora integral en tres equipos de atención primaria del área sanitaria V y dos más en otras áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Recursos

Recursos Humanos:

- Coordinación del Área Sanitaria V de Unidades Administrativas (dedicación parcial estimada).
- Responsables de unidades administrativas de todos los centros (dedicación para reuniones mensuales).
- Personal de la Unidad de Calidad e Innovación (apoyo técnico y facilitación).
- Técnica de Salud Pública (apoyo técnico y facilitación).
- Dirección de Atención Sanitaria (liderazgo y apoyo estratégico).

Recursos Materiales:

- Sistemas de información existentes (ECAP, HUP).
- Espacios para reuniones mensuales.
- Herramientas de agenda electrónica.
- Documentación de procedimientos (escritos, manuales).

Recursos Financieros:

- Inicialmente coste mínimo: principalmente dedicación de personal existente.
- Algunos equipamientos específicos según acciones (mejora de equipamiento informático, herramientas de seguridad).

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en modelos reconocidos de gestión de la calidad, mejora continua de procesos, reducción de la variabilidad clínica y organizativa y optimización de la carga administrativa en Atención Primaria.

Equidad

1. Acceso universal: El plan beneficia a todos los pacientes que acceden a centros de salud de atención primaria del Área Sanitaria V, independientemente de su edad, género, origen, estatus socioeconómico o discapacidad.
2. Estandarización territorial: La implantación de procesos y agenda única en todos los centros garantiza que pacientes de diferentes zonas geográficas del área reciben servicios administrativos de calidad comparable.
3. Reducción de barreras:
 - Estandarización de procedimientos reduce confusiones y mejora comprensibilidad.
 - Mejora de equipamiento y espacios.
 - Reducción de tiempos de espera.
4. Inclusión de colectivos vulnerables: El plan "No Hacer" eliminó tareas duplicadas en trámites de extranjeros sin recursos, simplificando procesos para población vulnerable.
5. Participación de profesionales: Inclusión de responsables de todos los centros asegura que perspectivas de diferentes territorios y tipos de población se reflejen en decisiones.
6. Acceso a información: Documentación de procedimientos mejora transparencia y facilita acceso igualitario a servicios.

Sostenibilidad

La integración del modelo en la estructura organizativa habitual y su incorporación a programas corporativos aseguran su continuidad, actualización y mantenimiento a medio y largo plazo.

Transferibilidad

La buena práctica presenta una alta transferibilidad, avalada por su implantación efectiva más allá del ámbito inicial. Tras su pilotaje en el Área Sanitaria V, la agenda administrativa y los procedimientos estandarizados fueron incorporados al programa GOPA, extendiéndose a la totalidad de las áreas sanitarias del Servicio de Salud, lo que demuestra su escalabilidad y viabilidad.

El modelo es replicable en cualquier área sanitaria o servicio de salud, y resulta adaptable a otros contextos del Sistema Nacional de Salud, así como a distintos niveles asistenciales, con ajustes organizativos mínimos. Su transferibilidad se sustenta en una metodología universalmente aplicable, basada en el ciclo de mejora continua PDCA, el análisis DAFO y

una estructura de trabajo participativa reproducible.

De hecho, se han llevado a cabo planes de mejora integral con la misma metodología en los centros de salud de El Parque, Perchera y Montevil (Área Sanitaria V) y El Cristo (Área Sanitaria IV) y Pola de Laviana (Área Sanitaria VIII).

Efectividad

El proyecto ha demostrado una efectividad tangible y sostenida, consolidándose como modelo de mejora organizativa.

- Agenda única: implantada en todos los centros, con una notable reducción de la variabilidad en las herramientas de cita y mejora de la coordinación.
- Estandarización: todos los procedimientos administrativos han sido definidos, documentados e implantados, fortaleciendo la coherencia y disminuyendo errores.
- Acciones de mejora: en marcha de forma continua, con especial énfasis en equipamiento, formación, espacios y seguridad.
- Plan “No Hacer”: aplicado con éxito, favoreciendo la eliminación de tareas innecesarias y la optimización del tiempo.
- Transferencia regional: asumido por programas autonómicos, lo que valida su alcance y efectividad.
- Sostenibilidad: reuniones periódicas y nuevas acciones garantizan su continuidad y dinamismo.

Además, se ha generado una mejora percibida en la satisfacción profesional y un mayor reconocimiento del rol administrativo en la calidad asistencial.

Eficiencia

Optimización de recursos disponibles, reducción de duplicidades y liberación de tiempo de profesionales sanitarios y administrativos para actividades de mayor valor añadido.

Participación multidisciplinar

1. Profesionales administrativos de la salud:
 - Responsables de unidades administrativas de todos los centros de salud del Área.
 - Participación como expertos en procesos administrativos cotidianos.
 - Rol principal en identificación de problemas y soluciones.
2. Gestión y liderazgo:
 - Dirección de Atención Sanitaria.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Gerencia del Área Sanitaria V.
- Coordinadora del Área de Unidades Administrativas.
- Rol: Liderazgo, apoyo estratégico, facilitación de recursos.

3. Unidad de Calidad e Innovación

- Rol: Apoyo técnico, facilitación metodológica, análisis.

4. Técnica de Salud Pública

- Rol: Apoyo técnico, análisis de procesos y sistemas de información.

5. Otros profesionales sanitarios:

- Médicos de familia, enfermeros (participación en procedimientos que les afectan).
- Rol: Feedback sobre impacto en práctica clínica.

Colaboración intersectorial

Colaboraciones identificadas:

1. Nivel organizativo interno (SESPA):

- Servicios Centrales del SESPA: Incorporación en programa GOPA.
- Transferencia a nivel regional de iniciativas locales.
- Impacto: Multiplica beneficio de la innovación local.

2. Farmacia comunitaria:

- Gestión de incidencias de receta electrónica requiere colaboración.
- Identificación de problemas comunes.
- Impacto: Mejora de procesos entre niveles.

3. Atención hospitalaria:

- Procedimiento de consulta entre Atención Primaria y Hospitalaria.
- Gestión de citas de desplazados para seguimiento hospitalario.
- Gestión de altas hospitalarias.
- Impacto: Flujo informativo y derivación mejorado.

4. Servicios sociales:

- Colaboración en trámites de extranjeros sin recursos.
- Rol: Clarificación de responsabilidades, eliminación de duplicidades.

5. Sistemas de información:

- Colaboración con equipos de sistemas para mejoras de ECAP, HUP.
- Impacto: Automatizaciones que apoyan eficiencia administrativa.

Evaluación

Evaluación continua mediante seguimiento de indicadores, análisis del grado de ejecución del plan, revisión periódica de resultados y definición de acciones de ajuste y mejora.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT1-1: COMFIA: Un nuevo modelo asistencial colaborativo en Atención Primaria

José Maria Palacin Peruga (1), Blanca Manuel Martí (1), Lourdes Iglesias Calderó (1)

(1) Dirección y Área de Gestión y Servicios, EAP Onze de Setembre, Instituto Catalán de la Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención primaria, modelo asistencial colaborativo, gestión de la demanda, accesibilidad, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Atención Primaria de Salud (APS) afronta una presión asistencial sostenida por el envejecimiento poblacional y la complejidad creciente de la demanda. La pandemia de COVID19 intensificó esta carga, acelerando el cambio hacia contactos no presenciales y multiplicando las tareas administrativas asociadas. Esta burocratización, sin refuerzo proporcional del personal administrativo, ha desplazado a los médicos de familia hacia funciones no clínicas, con pérdidas de accesibilidad, demoras, menor tiempo por visita y reducción de la capacidad resolutoria, afectando a la satisfacción de pacientes y a la salud laboral de los profesionales.

Las respuestas clásicas (reducir cupos o limitar visitas) han mostrado resultados discretos y efectos indeseados, como el aumento de urgencias evitables y el desplazamiento hacia la oferta privada. En este contexto emergen modelos que incorporan nuevos roles no sanitarios de apoyo clínico y gestores del flujo asistencial, liberando tiempo profesional y mejorando resultados.

COMFIA propone un rediseño organizativo basado en la UBA3: la integración del Gestor/a de Salud (GS) en la unidad básica asistencial para la recepción, clasificación y resolución de la demanda administrativa, la preparación de la consulta presencial y el soporte a procedimientos, junto con agendas flexibles que equilibran modalidades presencial/no presencial, comunicación interprofesional ágil mediante mensajería segura integrada y un tiempo específico para la atención proactiva a la cronicidad.

El valor añadido frente a prácticas previas radica en: (1) profesionalizar la gestión de la demanda con un nuevo rol capacitado; (2) ordenar agendas para dar 20 minutos a la visita presencial y reservar tiempos diferenciados para modalidades no presenciales; (3) estandarizar un canal de comunicación seguro que evita interrupciones; y (4) dedicar tiempo protegido a la gestión proactiva de pacientes complejos. Esta propuesta alinea accesibilidad, continuidad, eficiencia y bienestar profesional con potencial de impacto inmediato y sostenible en APS.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

COMFIA es una buena práctica organizativa que reconfigura la Unidad Básica Asistencial incorporando al Gestor/a de Salud (GS) como tercer pilar de la UBA3, junto con medicina de familia y enfermería. El GS recibe y canaliza la demanda, resuelve trámites administrativos, solicita documentación necesaria, agenda y prepara pruebas, y deriva al profesional idóneo según protocolos consensuados.

La organización de agendas otorga 20 minutos a la visita presencial de medicina, incorpora cupos de visitas telefónicas, e-consultas y videollamadas con tiempos propios, y reserva huecos para demanda espontánea y visitas domiciliarias. Cada UBA3 dispone de un bloque semanal para gestión proactiva de cronicidad y coordinación domiciliaria. La comunicación interprofesional se prioriza vía mensajería segura integrada en historia clínica compartida, permitiendo adjuntar documentos e imágenes.

El ámbito de aplicación es el equipo de atención primaria (EAP) completo, tras pilotaje inicial en 2021 y despliegue progresivo hasta convertirse en modelo asistencial desde 2022. La propuesta se dirige a población adscrita al EAP, con especial foco en personas crónicas complejas y en la demanda administrativa y clínica no urgente. Entre sus elementos diferenciales destacan el nuevo rol del GS con formación específica, la autonomía responsable en la configuración de agendas y la orientación proactiva a resultados, monitorizados por un cuadro de indicadores comunes.

Población diana / ámbito de aplicación

Población adscrita al EAP, con especial atención a personas con cronicidad compleja, alta frecuentación y necesidades administrativas recurrentes.

La intervención se aplica en todas las UBA del centro mediante el modelo UBA3 (se puede hacer pilotaje previo).

Incluye demanda presencial y no presencial (telefónica, e-consulta, videollamada) y coordina con atención domiciliaria.

El foco es reducir demoras en demanda no urgente (objetivo ≤ 48 h), mejorar la continuidad y aumentar la resolución del primer nivel, disminuyendo derivaciones y urgencias evitables.

Metodología

- Diseño e implementación de UBA3 con integración del Gestor/a de Salud (GS).
- Elaboración de consensos y protocolos de cribado y derivación.
- Configuración de agendas con 20 minutos por visita presencial y tiempos diferenciados para modalidades no presenciales.
- Asignación de bloque semanal para gestión de crónicos.
- Uso preferente de mensajería segura para coordinación interprofesional.

- Formación específica del GS en lenguaje clínico, normativa y flujos.
- Despliegue progresivo: pilotaje, evaluación, escalado y mejora continua con reuniones periódicas y panel de indicadores.

Objetivos

Objetivo general: Mejorar la accesibilidad, la continuidad y la eficiencia, potenciando los roles profesionales y dirigiendo cada demanda al profesional más adecuado.

Objetivos específicos:

- 1) Garantizar una respuesta a la demanda no urgente de ≤ 48 h en días laborables;
- 2) Incrementar el porcentaje de visitas con profesionales de referencia
- 3) Disminuir la frecuentación (visitas/usuario/año) sin empeorar resultados en salud
- 4) Aumentar la resolución (menor ratio de derivaciones observadas/ esperadas)
- 5) Incrementar la cartera de tareas del GS; (5) Mejorar el bienestar profesional y experiencia del paciente.

Actuaciones realizadas

Entrevistas individuales para identificar competencias y conformar UBA3. Consenso de protocolos de cribado y derivación. Diseño y carga de agendas (presencial, telefónica, asincrónica, domiciliaria). Contratación y ubicación de GS con espacios confidenciales, líneas y puntos de red. Formación interna en lenguaje clínico, gestión de IT y flujos. Establecimiento de bloque semanal para crónicos y trabajo conjunto UBA3. Monitorización por dirección con reuniones de seguimiento y encuestas de satisfacción.

Indicadores

Accesibilidad: porcentaje de demandas no urgentes programadas en ≤ 48 h; demora media en primera cita. Demora media y porcentaje de resolución en agenda administrativa.

Longitudinalidad: Porcentaje de visitas atendidas por los profesionales sanitarios de referencia.

Eficiencia: Frecuentación con visitas/usuario/año; tareas asumidas por GS.

Resolución: ratio derivaciones observadas/esperadas a hospital.

Calidad percibida: satisfacción de profesionales y pacientes. Encuesta propia a profesionales, PLAENSA, NPS.

Resultados clínicos: descompensaciones evitables en crónicos y uso de urgencias: Numero de ingresos en pacientes ATDOM respecto a otros EAP y número de urgencias atendidas en CUAPs o Urgencias Hospital comparativamente a otros EAP

Recursos

Recursos humanos: contratación de administrativos para cubrir todas las UBA como GS; dedicación junto medicina y enfermería en comisión de trabajo mixta.

Recursos materiales: espacios físicos confidenciales para GS, ampliación de líneas telefónicas y puntos de red.

Recursos formativos: programa interno en lenguaje clínico, normativa de IT y flujos asistenciales.

Recursos organizativos: plantillas de agendas y protocolos de cribado, canal de mensajería segura integrado en la historia clínica compartida.

Basada en la evidencia

El modelo se alinea con experiencias internacionales de “medical assistants” y equipos ampliados que muestran mejoras en acceso, satisfacción y eficiencia. La literatura apoya el uso de modalidades no presenciales para demandas de baja complejidad y la comunicación interprofesional estructurada para reducir interrupciones y errores. El diseño incorpora principios de continuidad asistencial, proactividad en cronicidad y subsidiariedad (resolver en APS lo que no requiere segundo nivel).

Referencias bibliográficas:

- Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghorob A. Expanding the roles of medical assistants: who does what in primary care? JAMA Intern Med. 2014;174(7):1025-6. doi:10.1001/jamainternmed. 2014.1319
- Sheridan B, Chien AT, Peters AS, Rosenthal MB, Brooks JV, Singer SJ. Team-based primary care: The medical assistant perspective. Health Care Range Rev. 2018;43(2):115-25

Equidad

La combinación de canales (presencial, telefónico y digital) mejora el acceso de personas con barreras geográficas, laborales o de movilidad. El GS ayuda a completar trámites y a navegar el sistema, reduciendo brechas administrativas. Se priorizan pacientes vulnerables (crónicos complejos, personas mayores, cuidadoras) con tiempo protegido y seguimiento proactivo. Se monitoriza equidad mediante análisis de accesibilidad por edad, sexo y nivel socioeconómico, ajustando recursos cuando se detectan desigualdades.

Sostenibilidad

Al redistribuir tareas y aumentar la resolutiveidad se reduce la presión innecesaria sobre consultas y urgencias, optimizando tiempos y recursos. La agenda con 20 minutos favorece decisiones de calidad y disminuye visitas evitables. El rol del GS estabiliza procesos administrativos y libera tiempo clínico, lo que mejora la satisfacción profesional y reduce burnout, facilitando la retención de talento. El modelo se consolidó tras pilotaje y continúa desde 2022, evidenciando viabilidad organizativa.

Transferibilidad

El modelo UBA3 es replicable en otros EAP con adaptación mínima: definición del rol GS, protocolos de cribado, plantillas de agenda y cuadro de indicadores. Requisitos: voluntad de equipo, soporte directivo, formación breve del GS y canal de mensajería segura. La fase de pilotaje permite ajustes contextuales. La documentación generada (protocolos, agendas tipo, plan formativo).

Efectividad

Esperamos mejora de accesibilidad (≤ 48 h), aumento de la longitudinalidad, reducción de la frecuentación y aumento de la resolución, junto con mayor satisfacción de profesionales y pacientes. La combinación de GS, agendas equilibradas y tiempo protegido para crónicos actúa sobre los principales cuellos de botella. La mensajería segura reduce interrupciones y tiempos muertos. Las métricas de proceso y resultado permiten verificar cambios y sostener mejoras con ciclos de evaluación continua. Algunos resultados: 75% longitudinal (vs 65% previo), 0,86 tasa derivaciones observadas/esperadas, 0,98 tasa frecuentación observada/esperada.

Eficiencia

Disminuir visitas evitables y derivaciones innecesarias mejora el uso del tiempo clínico y reduce costes indirectos. La reasignación de tareas al GS evita duplicidades administrativas y libera minutos clínicos de alto valor. Las modalidades no presenciales resuelven demandas simples con menor consumo de recursos manteniendo calidad. El seguimiento proactivo de crónicos previene descompensaciones y episodios de urgencia, con impacto favorable en costes.

Participación multidisciplinar

La comisión de trabajo (medicina, enfermería y GS) consensuó protocolos, agendas y distribución de demandas. La UBA3 coordina semanalmente la gestión de crónicos y revisa incidencias. La dirección del EAP facilita recursos y monitoriza indicadores. La formación es impartida por profesionales del propio equipo, reforzando capacidades y cohesión. La comunicación interprofesional estructurada agiliza consultas puntuales sin interrumpir la actividad asistencial.

Colaboración intersectorial

El modelo prioriza la comunicación con recursos del sistema sanitario (mensajería segura integrada). Es compatible con la coordinación con servicios sociales y comunitarios para pacientes crónicos complejos cuando procede, mediante derivaciones protocolizadas y canales seguros. La estandarización de roles y agendas facilita la interlocución con hospital y otros dispositivos, mejorando la continuidad asistencial.

Evaluación

Evaluación antes-después con panel de indicadores: accesibilidad (≤ 48 h, demoras para obtener visita), longitudinalidad (porcentaje de visitas realizada por sus profesionales de referencia),

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

frecuentación, resolución (derivaciones O/E), tareas del GS, satisfacción profesional y de pacientes, uso de urgencias y descompensaciones en crónicos. Revisión mensual en dirección y trimestral en equipo, con plan de mejora continua. Se prevé análisis por subgrupos para equidad y reporte anual del impacto del modelo UBA3.

***Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.**

CAT-1-2: Programación por motivos

Rafael Ruiz Riera (1), Aniol Marull Borrell (1), Alba Benaque Vidal (2), Daniel Algar Martínez (3), Alba Oliver Parra (3), Abel Majà Hernández (3), Albert Boada Valmaseda (4), Óscar Solans Fernández (5), profesionales del sistema sanitario del grupo motor (6)

(1) Dirección de la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria, Servei Català de la Salut (CatSalut), (2) Gerencia de Organizaciones, Servei Català de la Salut (CatSalut), (3) Oficina de Ingeniería de Procesos, Servei Català de la Salut (CatSalut), (4) Área Asistencial, Servei Català de la Salut (CatSalut), (5) Área de Sistemas de Información, Servei Català de la Salut (CatSalut), (6) Grupo motor de profesionales del sistema sanitario.

Tipo de comunicación: Buena práctica

Palabras clave: Atención Primaria; gestión de la demanda, accesibilidad, eficiencia.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La gestión eficiente de la demanda es uno de los retos más importantes y urgentes de la atención primaria y comunitaria. En el contexto actual del sistema sanitario, caracterizado por una elevada presión asistencial derivada del envejecimiento poblacional, una creciente demanda de atención inmediata y una diversificación de los canales de acceso de la ciudadanía, la variabilidad en la respuesta asistencial se ha convertido en una problemática de considerable magnitud. Esta situación se manifiesta tanto entre distintos centros del territorio como dentro de los propios equipos profesionales, y se traduce en desigualdades en la accesibilidad, sobrecarga de las agendas y una experiencia asistencial poco homogénea, así como en una afectación directa de la continuidad asistencial con el profesional de referencia.

Los factores que contribuyen a este escenario están relacionados con la coexistencia de múltiples canales de contacto y la ausencia de criterios unificados para la gestión de la demanda. En este contexto, el personal administrativo carece habitualmente de herramientas estructuradas de priorización, lo que favorece respuestas reactivas basadas en la inserción de citas del mismo día y genera una sobrecarga asistencial no planificada. Esta dinámica afecta a la calidad de la atención, limita la capacidad de resolución de los profesionales, dificulta la planificación eficiente de los recursos y compromete la longitudinalidad asistencial.

Frente a esta situación, se impulsó la iniciativa programación por motivos (PxM) como una respuesta estructural a un problema de carácter organizativo y asistencial. La iniciativa introduce un modelo común para ordenar la demanda desde el primer contacto, basado en criterios clínicos y organizativos consensuados, con el objetivo de reducir la variabilidad injustificada y garantizar una respuesta más coherente y equitativa en el conjunto del sistema.

La relevancia de PxM radica en su capacidad para abordar un problema estructural mediante una solución práctica, integrada en los sistemas clínicos corporativos y alineada con la organización de la atención primaria y comunitaria. Asimismo, se apoya en un despliegue progresivo, en la identificación de necesidades formativas y en un sistema continuo de análisis de proceso y resultados que permite su mejora y consolidación.

En este sentido, la iniciativa PxM representa una apuesta firme por la calidad, la equidad y la eficiencia en la gestión de la demanda asistencial, y constituye una práctica con un elevado potencial de transferibilidad dentro del sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

PxM es una práctica organizativa y tecnológica orientada a estructurar la gestión de la demanda asistencial en la atención primaria y comunitaria. Consiste en un modelo de programación basado en un catálogo normalizado de motivos de consulta, en el que cada motivo tiene asociado un circuito de atención previamente definido que establece el perfil profesional responsable, la modalidad de visita y el plazo máximo recomendado de atención.

La práctica se dirige a los equipos de atención primaria y está diseñada para su uso operativo en el primer contacto con la ciudadanía, principalmente por parte del personal administrativo, que actúa conforme a criterios clínicos y organizativos consensuados. El modelo da respuesta tanto a la población adulta como pediátrica, independientemente del canal de entrada, mediante flujos homogéneos que definen de forma estructurada quién atiende, cuándo y cómo.

Como elemento diferencial, el modelo incorpora mecanismos de ajuste de la respuesta asistencial a partir de variables relevantes del contexto de la consulta, como la edad, el sexo, la dificultad de desplazamiento, la recurrencia del motivo, la intensidad y temporalidad de los síntomas o la necesidad de baja laboral. Estos parámetros permiten afinar la priorización y adecuar la respuesta a las necesidades específicas de cada caso, manteniendo al mismo tiempo la estandarización de los flujos asistenciales.

La herramienta está integrada en el entorno clínico corporativo y en el historial electrónico de salud (HES), lo que permite su aplicación en todo el territorio de Catalunya. Esta integración facilita una implantación homogénea del modelo, mientras que su estructura modular permite adaptaciones progresivas a los distintos contextos organizativos y territoriales, manteniendo la coherencia del sistema.

A nivel organizativo, la iniciativa se articula mediante un modelo de gobernanza centralizado, con liderazgo institucional por parte del servicio catalán de la salud y la consejería de salud, y un trabajo colaborativo con profesionales referentes del territorio. Este enfoque permite la actualización y revisión continua del catálogo de motivos y de los circuitos asociados, asegurando su alineación con la práctica asistencial y con los procesos organizativos.

Los elementos diferenciales de PxM son la estandarización de la gestión de la demanda a partir de motivos de consulta, la asignación estructurada por competencias profesionales, la integración nativa en los sistemas de información corporativos y su diseño escalable y transferible. Asimismo, el uso sistemático de motivos estructurados genera un registro homogéneo de datos que permite analizar patrones de demanda, identificar oportunidades de mejora y apoyar la toma de decisiones basada en datos, contribuyendo a la planificación y optimización de los recursos asistenciales. Todo ello configura una práctica sistematizada y replicable en el ámbito de la atención primaria y comunitaria.

Población diana / ámbito de aplicación

La herramienta PxM se dirige a la población adulta y pediátrica que contacta con los centros de atención primaria y comunitaria de Catalunya, con independencia del canal de comunicación utilizado. Su ámbito de aplicación abarca el conjunto del territorio, al estar integrada en el entorno clínico corporativo.

La práctica se utiliza en los equipos de atención primaria y está orientada a la gestión estructurada de la demanda en el primer contacto con la ciudadanía, principalmente por parte del personal de la unidad de atención a la ciudadanía, que registra el motivo de consulta y aplica el tiempo de respuesta, el perfil profesional y la modalidad de visita definidos en el flujo correspondiente.

Metodología

La práctica se diseñó siguiendo una metodología colaborativa y participativa, basada en principios de mejora continua y gestión por procesos. Se realizó un análisis previo de la situación mediante técnicas Lean, que incluyeron la observación directa de los circuitos de acceso, el mapeo de procesos y la identificación de causas raíz de la variabilidad en la gestión de la demanda.

El diseño del modelo se desarrolló de forma iterativa mediante sesiones de trabajo con grupos multidisciplinares, orientadas a consensuar criterios de priorización y reglas de decisión aplicables en el primer contacto con la ciudadanía. Este proceso permitió ajustar progresivamente el modelo a la práctica real y consolidar un marco operativo común.

La herramienta se desarrolló y validó mediante un prototipo y pruebas piloto en equipos representativos, con recogida sistemática de datos cuantitativos y cualitativos. El despliegue

se realizó de forma progresiva, incorporando mecanismos de evaluación continua y ajuste del modelo.

Objetivos

El objetivo general es implementar un modelo de atención orientado a una gestión eficiente de la demanda en la atención primaria y comunitaria, que permita adecuar la respuesta asistencial, mejorar la accesibilidad y optimizar la programación en el marco del despliegue progresivo del proyecto.

Específicamente:

- Reducir la variabilidad en la gestión de citas, homogeneizando la respuesta con independencia del canal de entrada y del equipo de atención primaria.
- Adecuar cada motivo de consulta al perfil profesional, la modalidad de visita y la priorización más apropiadas, para una atención más resolutive.
- Optimizar el tiempo de los profesionales asistenciales mediante la reducción de visitas de escaso valor.

- Desarrollar una herramienta tecnológica que facilite la implantación del modelo de gestión de la demanda, garantizando su integración y escalabilidad en el sistema sanitario público.

Todo ello orientado a mejorar la experiencia de la ciudadanía, la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema.

Actuaciones realizadas

Para el desarrollo del proyecto se llevaron a cabo actuaciones concretas y secuenciales. En primer lugar, se elaboró una tabla máster de motivos de consulta, que constituye el núcleo operativo de la herramienta, en la que se estructuraron los criterios clínicos y organizativos asociados a cada motivo. Esta tabla fue construida y validada mediante el trabajo colaborativo de grupos multidisciplinares, incorporando revisiones sucesivas a partir del contraste con la práctica asistencial.

A partir de la tabla máster se definieron las reglas de decisión y los circuitos de atención, que fueron integrados en la herramienta y puestos a prueba en equipos piloto. De forma paralela, se realizaron acciones de formación y acompañamiento dirigidas a los profesionales usuarios.

La implementación se realizó de forma progresiva mediante fases de despliegue territorial, lo que permitió ajustar el modelo, consolidar su uso e integrar la herramienta en el entorno clínico corporativo, iniciando su seguimiento sistemático.

Indicadores

Para el seguimiento y evaluación del proyecto se definieron indicadores verificables de proceso, resultado e impacto.

Como indicadores de proceso se monitoriza el porcentaje de solicitudes gestionadas mediante PxM sobre el total de programaciones y el número de accesos realizados por los equipos de atención primaria.

Entre los indicadores de resultado se monitoriza el cumplimiento de los tiempos de atención definidos según prioridad clínica, especialmente de 0 a 48 horas, la adecuación del perfil profesional y del tipo de visita asignados al motivo de consulta y la mejora de la longitudinalidad asistencial.

Como indicadores de impacto se evalúa la mejora de la accesibilidad, la disminución de la variabilidad en la gestión de la demanda entre centros y canales de entrada, y la optimización del uso de los recursos asistenciales, evidenciada por una mayor resolución de las consultas en el primer contacto.

Recursos

El desarrollo e implementación se ha basado en un uso eficiente y optimizado de los recursos disponibles. En cuanto a los recursos humanos, el proyecto ha contado con un equipo

multidisciplinar formado por profesionales asistenciales, personal administrativo, expertos en ingeniería de procesos, sistemas de información y análisis de datos, que han trabajado de forma coordinada y progresiva a lo largo de las distintas fases del proyecto.

Los recursos financieros se han centrado principalmente en el desarrollo tecnológico, la adaptación de los sistemas de información existentes y las acciones de formación y acompañamiento a los equipos, evitando inversiones en infraestructuras adicionales mediante la integración de la herramienta en el entorno clínico habitual.

En relación con los recursos materiales, se han utilizado las plataformas tecnológicas ya disponibles en el sistema, lo que ha permitido maximizar el impacto del proyecto, garantizar su escalabilidad y asegurar la sostenibilidad del modelo a largo plazo.

Basada en la evidencia

PxM se fundamenta en modelos teóricos consolidados de gestión de la demanda, mejora de procesos y atención centrada en la persona. El proyecto integra principios de estandarización clínica, priorización según necesidad y adecuación del recurso asistencial, alineados con metodología Lean y herramientas de mejora continua aplicados al ámbito sanitario.

A su vez, refuerza un modelo de asignación por competencias profesionales, orientado a reducir la variabilidad en la práctica asistencial y a mejorar los resultados de proceso y de salud. Asimismo, incorpora el uso de protocolos y planes de curas estandarizados para definir los circuitos de atención de aquellos motivos que lo requieren.

En el contexto estatal, se han desarrollado experiencias de gestión integral de la demanda con objetivos similares, como el sistema de citación XIDE implantado en el Servicio Gallego de Salud, basado en la priorización temporal de la demanda.

Equidad

Uno de los principios del desarrollo de esta herramienta es garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario, asegurando que un mismo motivo de consulta reciba una respuesta homogénea en términos de tiempo y modalidad de atención, con independencia del centro, del canal de entrada o del contexto territorial. La estandarización de los circuitos asistenciales contribuye a reducir desigualdades territoriales y a minimizar sesgos derivados de priorizaciones subjetivas.

La herramienta incorpora mecanismos de seguimiento que permiten analizar la variabilidad entre equipos y territorios, facilitando la identificación de desviaciones y la activación de acciones de soporte. Asimismo, la asignación por competencias profesionales favorece una mejor accesibilidad y un uso más adecuado de los recursos, y refuerza la longitudinalidad al promover, cuando es posible, la atención por el profesional de referencia. Este enfoque resulta especialmente relevante para poblaciones vulnerables, al contribuir a una atención más coherente, equitativa y de mayor calidad.

Sostenibilidad

La iniciativa PxM se ha diseñado con un enfoque de sostenibilidad a largo plazo, tanto desde la perspectiva asistencial como organizativa. A nivel asistencial, contribuye a reducir la actividad forzada sin justificación clínica, facilita la atención a casos de mayor complejidad y favorece una mayor resolución en el primer contacto, lo que refuerza la continuidad del modelo sin requerir incrementos estructurales de recursos.

Desde el punto de vista organizativo, la estandarización de los circuitos asistenciales, basada en criterios consensuados y protocolizados, permite consolidar los perfiles profesionales y mejorar la planificación de las agendas. Asimismo, la integración de la herramienta en los sistemas tecnológicos corporativos y su seguimiento continuo facilitan la adaptación progresiva al contexto y el control de su evolución, garantizando la sostenibilidad del servicio de atención primaria y comunitaria.

Transferibilidad

La tabla máster de motivos y los flujos asociados constituyen un marco sistematizado y documentado que no es estático, ya que puede adaptarse en función del seguimiento de indicadores y de las propuestas de mejora notificadas por los profesionales. Esta capacidad de actualización facilita su adecuación a distintas realidades territoriales y organizativas sin perder coherencia operativa.

El enfoque modular del despliegue, basado en una implementación por fases, permitió reducir riesgos y facilitar la adopción progresiva del modelo, incorporando ajustes y particularidades del contexto local. Asimismo, el patrón operativo definido y el modelo de gobernanza establecido refuerzan la capacidad de escalabilidad de la iniciativa. La integración en los sistemas digitales corporativos permite su uso homogéneo por parte de todos los equipos y favorece la replicabilidad del modelo en otros entornos asistenciales.

Efectividad

La efectividad de PxM ha sido evaluada mediante un estudio cuasi-experimental con grupo control, comparando 60 equipos de atención primaria con PxM frente a 60 equipos con gestión habitual. Los resultados muestran mejoras significativas en los principales indicadores de la población objetivo.

En el análisis por intención de tratar se observa una mejora estadísticamente significativa de la accesibilidad a 2, 5 y 10 días, con odds ratio favorables en todos los indicadores, y una mejora moderada pero significativa de la longitudinalidad. Asimismo, se detecta una reducción de visitas forzadas y duplicadas.

El análisis por protocolo confirma estos resultados, con una mejora relevante de la accesibilidad para los motivos con necesidad de atención en menos de 48 horas y 5 días, un aumento notable de la longitudinalidad y un mayor cumplimiento global de los flujos asistenciales. Además, se observa una reducción del absentismo y de las reconsultas a 7 días, lo que evidencia una mayor eficiencia del proceso asistencial.

Eficiencia

PxM contribuye a una gestión más eficiente de los recursos disponibles en atención primaria mediante la adecuación sistemática de la demanda al perfil profesional, la modalidad de visita y el tiempo de atención más apropiados. Los resultados de la evaluación muestran una reducción de visitas forzadas y duplicadas en las agendas, así como una mejora en la gestión enfermera de la demanda, evidenciada por un incremento de las visitas asociadas a planes de curas estandarizados no derivadas.

Asimismo, se observa una reducción de las reconsultas a 7 días y del absentismo, lo que indica una mayor resolución de los procesos asistenciales y un uso más eficiente del tiempo profesional. La herramienta permite redistribuir la carga asistencial sin requerir recursos adicionales, integrándose en los sistemas de información existentes y favoreciendo una utilización más racional y homogénea de las agendas, contribuyendo así a la sostenibilidad del modelo asistencial.

Participación multidisciplinar

Durante el desarrollo de la herramienta se constituyó un grupo multidisciplinar integrado por distintos perfiles profesionales de la atención primaria, junto con ingenieros de procesos, analistas de datos y técnicos de desarrollo informático. Este grupo fue responsable de la definición y validación de los flujos asociados a los motivos de consulta que sustentan el funcionamiento de la herramienta.

De forma complementaria, se mantiene un contacto continuado con un grupo asistencial reducido, formado por profesionales de equipos de atención primaria, que actúan como referentes territoriales. Estos profesionales canalizan propuestas de mejora, modificaciones de flujos y ajustes en los criterios de priorización, contribuyendo a la actualización continua del modelo y a su alineación con la práctica asistencial real.

Colaboración intersectorial

El desarrollo e implementación de PxM se ha basado en una colaboración intersectorial que trasciende el ámbito estrictamente asistencial. El proyecto ha implicado de forma coordinada a áreas de planificación sanitaria, ingeniería de procesos, sistemas de información, análisis y evaluación de datos, así como a los servicios de atención a la ciudadanía.

Esta cooperación ha permitido integrar la herramienta en los circuitos organizativos existentes, alinear los criterios clínicos con los procesos administrativos y garantizar la coherencia entre los distintos canales de acceso al sistema sanitario. Asimismo, la participación de organismos de evaluación independientes ha reforzado el rigor metodológico y la generación de evidencia para la toma de decisiones.

Este enfoque colaborativo favorece la continuidad del modelo, su escalabilidad y su alineación con las políticas públicas de transformación del sistema sanitario.

Evaluación

PxM cuenta con un sistema de evaluación integral que abarca el diseño, la implementación y los resultados del modelo. Desde las fases iniciales, el proyecto ha incorporado procesos de

evaluación interna orientados a validar el catálogo de motivos, las reglas de priorización clínica y la adecuación de los circuitos asistenciales, incorporando mejoras iterativas a partir del retorno de los equipos.

Asimismo, la práctica ha sido objeto de una evaluación externa e independiente de carácter cuantitativo, basada en un diseño cuasi-experimental con grupo control, que ha permitido analizar su efectividad, eficiencia y resultados en accesibilidad y longitudinalidad.

De forma complementaria, se ha llevado a cabo una evaluación cualitativa mediante grupos focales con personal administrativo, que ha permitido identificar facilitadores, barreras, percepciones de utilidad y condiciones de implementación, aportando una visión contextual clave para la mejora continua y la escalabilidad del modelo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT1-3: Gestión de la cronicidad mediante Planificat

Rafael Ruiz Riera (1), Aniol Marull Borrell (1), Elisabet Descals Singla (2), Sara Rodoreda Noguerola (2), Anna Andrés Lorca (2), Ana Ríos Jiménez (3), Maria Antònia Sabench Suriñach (3), Marga García Canela (4), Carolina Guiriguat Capdevila (5), Albert Brau Tarrida (6), Cristina Rovira Montilla (1,2)

(1) Dirección Estratégica de Atención Primaria y Comunitaria, Dirección General de Planificación en Salud, Departament de Salut (Generalitat de Catalunya), (2) Dirección Asistencial de Atención Primaria y a la Comunidad, Institut Català de la Salut (ICS), (3) Dirección de Cuidados de Atención Primaria y a la Comunidad, Institut Català de la Salut (ICS), (4) Área de Atención a la Ciudadanía, Institut Català de la Salut (ICS), (5) Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP), Dirección Asistencial / Dirección de Sistemas de Información, Institut Català de la Salut (ICS), (6) Área de Sistemas de Información, Servei Català de la Salut (CatSalut), Coordinación General TIC, Departament de Salut.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, pacientes crónicos complejos, estratificación de riesgo, Planificación asistencial, continuidad asistencial, coordinación.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento progresivo de la población constituye uno de los principales retos para las políticas de salud actuales y futuras. El sistema sanitario, tal como está estructurado, responde mayoritariamente de manera reactiva y está orientado a la enfermedad. Este enfoque dificulta organizar adecuadamente procesos totalmente previsibles, como el seguimiento de las enfermedades crónicas en el ámbito de la atención primaria. Como consecuencia, los equipos asistenciales trabajan bajo una creciente presión, a menudo sin disponer de herramientas suficientes que permitan anticiparse a las necesidades reales de la población.

Las proyecciones demográficas indican un aumento sostenido de la esperanza de vida, lo que conllevará inevitablemente un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca o la EPOC. Esta realidad implica no solo una mayor demanda de seguimiento continuo, sino también una mayor complejidad en las intervenciones necesarias. Sin una organización proactiva y estructurada, existe el riesgo real de saturación del sistema y de pérdida de calidad en la atención.

La pandemia de la COVID-19 evidenció de manera contundente esta fragilidad estructural. Durante este periodo, la atención primaria se vio obligada a priorizar la respuesta inmediata ante situaciones urgentes y emergentes, relegando a un segundo plano las actividades preventivas y de seguimiento de las personas con enfermedades crónicas. Esto puso de manifiesto la necesidad de estandarizar procesos que garanticen la continuidad asistencial incluso en contextos de alta presión, así como la importancia de contar con herramientas tecnológicas que ayuden a los profesionales a mantener una visión global y planificada del paciente crónico.

A este reto se suma una problemática adicional: la falta de profesionales especializados en Medicina Familiar y Comunitaria. Este déficit obliga a replantear profundamente la forma de organizar el trabajo asistencial, apostando por modelos que optimicen los recursos disponibles y que incorporen tecnología como apoyo directo al profesional.

En este contexto, la implementación de una herramienta tecnológica que, mediante algoritmos basados en guías clínicas, proponga automáticamente las visitas necesarias de medicina e enfermería, así como las pruebas complementarias indicadas, se convierte en un elemento clave para avanzar hacia el Quintuple AIM. Concretamente:

- Mejora de los resultados en salud: La gestión proactiva de la demanda permite detectar precozmente descompensaciones y mejorar la adherencia a las recomendaciones clínicas.
- Mejora de la experiencia de la persona: Facilita la toma de decisiones compartidas y asegura un acompañamiento personalizado y coherente a lo largo del proceso asistencial.
- Reducción de costes: Optimiza el número de visitas, mejora los flujos asistenciales y favorece un uso más eficiente de los recursos.
- Bienestar profesional: Automatizar procesos proactivos reduce la carga reactiva del día a día y permite dedicar más tiempo a actividades de mayor valor clínico.
- Equidad: La estandarización de procesos y la conexión entre datos sanitarios y sociales garantizan una atención equitativa, trazable y coherente.

En definitiva, esta transformación no consiste únicamente en incorporar tecnología, sino en replantear profundamente la manera en que entendemos la atención a la persona con enfermedad crónica: pasar de un modelo centrado en la respuesta a uno que anticipa, acompaña y empodera. Es un cambio cultural que requiere herramientas sólidas, pero sobre todo una nueva mirada profesional que sitúe la proactividad, la coordinación y la continuidad asistencial como ejes centrales de un sistema sanitario preparado para el futuro.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

En el marco de la transformación del sistema sanitario catalán, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya impulsado un modelo avanzado de atención a las personas con enfermedades crónicas mediante el programa Planificat, una iniciativa pionera en el ámbito de la atención primaria. Implantado progresivamente desde 2022 en los centros de atención primaria de Cataluña, Planificat se ha consolidado como una herramienta estratégica para mejorar los resultados en salud, reforzar la capacidad resolutoria de los equipos y garantizar un seguimiento estructurado, homogéneo y equitativo de la cronicidad. El programa se fundamenta en la proactividad, la planificación y la ordenación de la demanda, con el objetivo de optimizar el control clínico, reducir el absentismo y mejorar la calidad asistencial de toda la población, independientemente del territorio o de la complejidad clínica.

La práctica consiste en un enfoque integral que combina elementos clínicos, tecnológicos y organizativos. Su eje central es una herramienta de programación activa que determina, de forma estandarizada, el número y la periodicidad de las visitas necesarias para el seguimiento de diversas enfermedades crónicas. Esta herramienta facilita la planificación anticipada de visitas de enfermería y medicina, asegura la realización y revisión de pruebas de control y permite actualizar el plan terapéutico de manera coherente y coordinada. El uso sistemático de datos, la integración con sistemas de información y la aplicación de modelos predictivos fortalecen la toma de decisiones basada en la evidencia y reducen la variabilidad clínica.

El programa se dirige a personas con enfermedades crónicas de alta prevalencia, como diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como a personas con multimorbilidad o que requieren un seguimiento estructurado. Se han establecido distintos grupos y combinaciones de patologías que permiten estratificar a los pacientes y asignarles un itinerario asistencial adaptado, con intervalos de visita y pruebas ajustados a sus necesidades. Este enfoque incrementa la equidad en el acceso a un seguimiento de calidad, reduce las diferencias territoriales y garantiza que los criterios clínicos prevalezcan sobre la disponibilidad variable de recursos.

Desde el punto de vista organizativo, Planificat se despliega mediante la coordinación estrecha entre medicina y enfermería, que trabajan de manera complementaria para asegurar una atención integral centrada en la persona. La herramienta tecnológica actúa como soporte en la gestión de agendas, facilita la ordenación y organización de la demanda previsible a lo largo del año y contribuye a una distribución más eficiente de la carga asistencial. Este modelo fomenta el liderazgo clínico, la cohesión profesional y la consolidación de una cultura de trabajo orientada a la proactividad y no solo a la respuesta reactiva.

El alcance territorial del programa es amplio y escalable. Ya implementado en los centros de atención primaria de Catalunya, su diseño modular permite adaptarlo a distintas realidades organizativas y territoriales, manteniendo la coherencia metodológica y la equidad asistencial.

Los elementos diferenciales de Planificat destacan por su capacidad para integrar tecnología, criterios clínicos y planificación proactiva en un único modelo; por su apuesta firme por la equidad y la reducción de la variabilidad; y por su orientación hacia un nuevo paradigma de atención a la cronicidad basado en la continuidad, la previsión y la calidad asistencial.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas mayores de 18 años que tengan médico asignado en un equipo de atención primaria de la comunidad autónoma de Catalunya y tengan diagnosticadas algunas de las siguientes enfermedades crónicas:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- EPOC
- Insuficiencia Cardíaca
- Cardiopatía Isquémica
- AVC
- Dislipemia
- Insuficiencia Renal Crónica

Metodología

La metodología del programa se basa en la planificación anticipada del seguimiento de las personas con enfermedades crónicas, utilizando criterios clínicos estandarizados para definir la periodicidad de las visitas, las pruebas de control y las intervenciones necesarias. Esta programación activa permite distribuir a lo largo del año todas las actuaciones requeridas, evitando picos de demanda y garantizando que cada persona reciba el seguimiento adecuado en el momento oportuno.

Los equipos de medicina y enfermería trabajan de forma coordinada, revisando conjuntamente los datos clínicos, los resultados de las pruebas y las tareas pendientes registradas en el Historial Electrónico de Salud (HES). El programa de armonización de estándares de curas de enfermería en atención primaria (ARES), como herramienta de apoyo para enfermería, se utiliza para estructurar y facilitar los planes de cuidados, reforzando la coherencia entre profesionales y asegurando que las actuaciones propuestas están alineadas con las necesidades identificadas.

El proceso es cíclico: revisión de la información, programación proactiva, realización de visitas y pruebas. Esto garantiza un seguimiento continuo, ordenado y homogéneo en todos los centros.

Objetivos

- Garantizar un seguimiento proactivo y estructurado de las personas con enfermedades crónicas mediante la planificación anticipada de visitas y pruebas.
- Reducir la variabilidad clínica asegurando la estandarización de los circuitos de seguimiento en todos los Equipos de Atención Primaria.
- Mejorar la longitudinalidad con el equipo de referencia, favoreciendo una atención continuada y coherente.
- Optimizar la organización interna de los equipos, disminuyendo la actividad reactiva y priorizando intervenciones de alto valor clínico.
- Incrementar la eficiencia en el uso de recursos, evitando duplicidades mediante la revisión de la Historia Clínica Compartida (HCC) y la coordinación con el ámbito hospitalario.
- Mejorar los indicadores clave del seguimiento de la cronicidad: accesibilidad, frecuentación, longitudinalidad, estándares de calidad asistencial y absentismo.

Actuaciones realizadas

El programa Planificat se inició en el territorio de Terres de l'Ebre, donde se desarrolló un algoritmo que integraba las enfermedades crónicas más prevalentes y la periodicidad recomendada de visitas y pruebas para su adecuado seguimiento. Tras obtener resultados positivos, el modelo se replicó a todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) de Catalunya, y perfeccionó mediante herramientas tecnológicas y la participación de un grupo experto en cronicidad, que revisó y actualizó el algoritmo.

El objetivo principal es establecer una programación anual activa, alineada con guías clínicas, que ordene las actuaciones y refuerce un seguimiento proactivo y homogéneo. Los equipos de medicina, enfermería y administración revisan el HES para evitar duplicidades y optimizar las pruebas realizadas en el ámbito hospitalario. Asimismo, se ha promovido la reagrupación de visitas, la mejora de la longitudinalidad y la reducción de la variabilidad entre EAP. La evaluación mensual territorial permite ajustar prioridades, bajo la coordinación de la Dirección de Atención Primaria dentro de la estrategia del Departament de Salut.

Indicadores

Indicadores de actividad y organización:

- Accesibilidad: tiempo de acceso a visitas programadas de medicina y enfermería.
- Frecuentación: número de visitas anuales por persona con enfermedad crónica según programación activa.
- Longitudinalidad: porcentaje de visitas realizadas por el equipo de referencia.
- Absentismo: proporción de visitas programadas no atendidas. Indicadores de calidad asistencial (EQA)
- Cumplimiento de pruebas de control estandarizadas según guías clínicas (analítica, ECG, espirometría, etc.).
- Cumplimiento de visitas programadas de seguimiento proactivo según las periodicidades definidas.

Indicadores de funcionamiento del equipo:

- Clasificación del equipo según comportamiento reactivo o proactivo en la atención a la cronicidad.
- Grado de ordenación anual de la demanda (programación activa completada). Indicadores de coordinación intersectorial
- Porcentaje de casos en los que se utiliza el HCC para evitar duplicidades de pruebas con el hospital.
- Aprovechamiento de analíticas o pruebas hospitalarias en el seguimiento en Atención Primaria.

Recursos

El desarrollo y la implementación de Planificat en Atención Primaria han requerido una combinación de recursos tecnológicos, profesionales y organizativos. En primer lugar, se ha destinado un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales clínicos y especialistas en sistemas de información para diseñar los algoritmos de seguimiento y garantizar su integración con el HES. Paralelamente, se han movilizado recursos tecnológicos específicos para el despliegue de la herramienta, incluyendo actualizaciones de software, soporte técnico continuado y el desarrollo de indicadores de monitorización.

En el ámbito profesional, se ha invertido en formación y capacitación de los equipos de medicina y enfermería con el fin de asegurar un uso homogéneo del modelo y promover la proactividad en la gestión de la cronicidad. A nivel organizativo, se han activado recursos de coordinación y acompañamiento territorial para garantizar la adaptación progresiva del modelo y su aplicación equitativa en todos los centros de Atención Primaria.

Basada en la evidencia

La evidencia internacional demuestra que los modelos de gestión proactiva de la cronicidad en atención primaria mejoran los resultados clínicos, la experiencia de las personas y la eficiencia del sistema. Las revisiones sistemáticas muestran que las intervenciones basadas en el Chronic Care Model, que incluyen sistemas de información clínica, diseños organizativos estructurados y

apoyo al autocuidado, generan mejoras significativas en el control de la diabetes y la hipertensión, así como en la reducción de visitas no programadas.

A escala internacional, diversos programas integrados han evidenciado que la utilización de herramientas tecnológicas, algoritmos clínicos y una planificación proactiva contribuyen a reducir la fragmentación asistencial y a reforzar la atención centrada en la persona, especialmente en poblaciones envejecidas y con multimorbilidad.

Asimismo, las revisiones recientes subrayan que la incorporación sistemática de datos y soluciones digitales mejora la adherencia, la continuidad asistencial y la calidad del seguimiento de pacientes crónicos, reforzando la necesidad de herramientas como Planificat en la Atención Primaria actual.

Equidad

Planificat integra la equidad como principio central, garantizando que todas las personas con enfermedades crónicas reciban el mismo nivel de seguimiento con independencia del territorio. El algoritmo que define las visitas y las pruebas se basa estrictamente en guías clínicas actualizadas y en un consenso multidisciplinar de profesionales, lo que asegura criterios objetivos y homogéneos para toda la población. Este diseño reduce variabilidades injustificadas y garantiza un acceso equitativo al control crónico.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del Planificat se fundamenta en un modelo organizativo que optimiza recursos, reduce la variabilidad clínica y potencia la eficiencia de los equipos de Atención Primaria. Al basarse en criterios estandarizados, guías clínicas actualizadas y un algoritmo común para determinar visitas y pruebas, el programa evita duplicidades, disminuye la demanda reactiva y prioriza intervenciones de alto valor clínico. La programación activa permite anticipar necesidades, estabilizar cargas de trabajo y minimizar episodios evitables, contribuyendo así a un uso más racional del tiempo profesional y de los recursos diagnósticos.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible porque se basa en guías clínicas, criterios objetivos y procesos fácilmente adaptables a cualquier organización de atención primaria. La programación activa y la ordenación del seguimiento pueden integrarse en distintos sistemas de información y estructuras de equipo, manteniendo la coherencia metodológica. El uso de criterios estandarizados y planes de cuidados facilita reproducir el modelo en otros territorios, reduciendo la variabilidad y asegurando un seguimiento homogéneo. Este enfoque permite que cada centro adapte la implementación a su realidad, preservando los principios de proactividad, continuidad y equidad.

Efectividad

La efectividad del programa Planificat se basa en la proactividad y en la estandarización del seguimiento clínico. La planificación anticipada de visitas y pruebas permite detectar precozmente desviaciones en el control, asegurar la revisión sistemática de los indicadores y

evitar omisiones en el seguimiento. El uso de criterios comunes en todos los centros reduce la variabilidad y garantiza que cada persona reciba las intervenciones necesarias en el momento oportuno. Este enfoque ordenado y homogéneo facilita un mejor control de las enfermedades crónicas, aumenta la adherencia y contribuye a una atención más segura, coherente y de mayor valor clínico.

Eficiencia

La eficiencia del programa Planificat se fundamenta en la proactividad y en la reagrupación ordenada de las visitas y pruebas a lo largo del año, evitando duplicidades y concentraciones de demanda. La estandarización de los circuitos de seguimiento garantiza que todas las personas reciban las intervenciones necesarias con el mismo criterio clínico, optimizando el uso del tiempo profesional. Este enfoque permite una mayor longitudinalidad con el equipo de referencia, fortaleciendo el vínculo asistencial y facilitando decisiones más ágiles y coherentes. Como resultado, se reduce actividad reactiva y se mejora la organización interna de los equipos

Participación multidisciplinar

La participación multidisciplinaria del programa Planificat se centra actualmente en la coordinación entre medicina, enfermería y personal administrativo de atención primaria. Estos tres perfiles profesionales trabajan de forma integrada para garantizar un seguimiento proactivo y ordenado: medicina y enfermería revisan conjuntamente los datos clínicos, ajustan la planificación de visitas y pruebas y aseguran la continuidad del control; el personal administrativo gestiona la programación activa, coordina agendas y facilita el contacto con la persona atendida. Esta organización estructurada permite optimizar tiempos, mejorar la coherencia del seguimiento y reforzar la longitudinalidad con el equipo de referencia.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial del programa Planificat se centra actualmente en la coordinación entre Atención Primaria y el Ámbito hospitalario, especialmente en el uso compartido de la información clínica. Los profesionales de Atención Primaria revisan la HCC para conocer qué pruebas, analíticas o seguimientos se realizan en el hospital y así evitar duplicidades, optimizar recursos y asegurar un seguimiento coherente. Esta revisión conjunta permite aprovechar resultados ya disponibles y ajustar la planificación del control. Aunque la integración aún es limitada, se avanza hacia una coordinación más fluida y eficiente que mejore la continuidad asistencial

Evaluación

La evaluación del programa Planificat se realiza mensualmente y en diferentes niveles territoriales, analizando la actividad de cada territorio y de cada EAP. Esta revisión permite ajustar las actuaciones y priorizar intervenciones según el grado de implementación de Planificat y los resultados de los indicadores clave: accesibilidad, frecuentación, longitudinalidad, evolución de los estándares de calidad asistencial y absentismo.

El proceso está coordinado y acompañado por la Dirección de Atención Primaria, garantizando coherencia metodológica y soporte operativo. Además, Planificat forma parte de la estrategia de

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Atención Primaria del Departament de Salut de Catalunya, lo que permite una alineación territorial y organizativa en la mejora del seguimiento de la cronicidad.

Esta evaluación continua facilita adaptar cada territorio a su realidad, considerando también si el equipo trabaja de forma más reactiva o proactiva en la atención a las personas con enfermedades crónicas.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT1-4: Implantación de un equipo interdisciplinar de Atención Primaria, con la incorporación del terapeuta ocupacional, para la atención domiciliaria de personas con alta complejidad

Silvia Roura Rovira (1), Lucía Guerrero Roca (1), Noemí García Planas (1), Julia Cava Carbonell (1), Ángela Fauró Negre (1), Marta Navarro González (1), Lluís González de Paz (1)

(1) Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra, Barcelona, España.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención domiciliaria, modelo asistencial, terapia ocupacional, coordinación asistencial, paciente crónico complejo.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La presente experiencia se propone para responder a una necesidad creciente de salud en el ámbito de la Atención Primaria: la atención domiciliaria a personas con alta complejidad clínica, pluripatología, dependencia funcional y fragilidad, que no pueden desplazarse al centro de salud y requieren un abordaje integral, continuo y centrado en su entorno habitual. El progresivo envejecimiento de la población, junto con el aumento de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, ha incrementado significativamente la demanda de cuidados en el domicilio, tensionando los modelos tradicionales de atención basados fundamentalmente en medicina y enfermería.

En este contexto, se identifican limitaciones en la respuesta asistencial actual, especialmente en la valoración funcional, la adaptación del entorno domiciliario, la prevención de riesgos (como caídas o complicaciones evitables) y el apoyo a los cuidadores informales. Estas carencias pueden traducirse en pérdida de autonomía, mayor utilización de recursos sanitarios, un mayor número de eventos adversos y, en última instancia, en institucionalización evitable. La práctica se alinea con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad y la Atención Domiciliaria, al promover modelos organizativos innovadores que mejoran la continuidad asistencial, la calidad y la sostenibilidad del sistema. La creación de un equipo interdisciplinar de Atención Primaria, con la incorporación del terapeuta ocupacional, permite ampliar la mirada asistencial hacia la funcionalidad, el entorno y la participación de la persona y de su cuidador, reforzando el enfoque de atención centrada en la persona.

El valor añadido de esta propuesta respecto a lo ya existente radica en la integración estructurada y estable del terapeuta ocupacional en el equipo domiciliario, con funciones claramente definidas y coordinadas con el resto de los profesionales. Esta incorporación no supone una superposición de tareas, sino una optimización del trabajo en equipo, aportando competencias específicas que mejoran la adecuación de las intervenciones al contexto real del domicilio, previenen complicaciones y favorecen la autonomía y la seguridad.

Además, la práctica se apoya en evidencia científica propia y en experiencias evaluadas en el ámbito de la Atención Primaria, lo que refuerza su solidez, su potencial impacto y su transferibilidad. En conjunto, la propuesta responde a un problema relevante y urgente, aporta

innovación organizativa basada en la evidencia y contribuye de manera clara a los objetivos de calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La presente buena práctica consiste en la implantación de un modelo de atención domiciliaria basado en un equipo interdisciplinar de Atención Primaria, que incorpora, de forma estructurada, la figura del terapeuta ocupacional como profesional sanitario integrado en el abordaje de personas con alta complejidad clínica y funcional. La práctica se orienta a ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona, poniendo el foco en la funcionalidad, la seguridad y el entorno domiciliario.

La propuesta se dirige a personas adultas y mayores que reciben atención domiciliaria desde Atención Primaria, principalmente a quienes presentan pluripatología, dependencia funcional moderada o severa, fragilidad, riesgo de caídas y síndromes geriátricos, así como a sus cuidadores informales. Se prioriza a las personas con mayor complejidad y vulnerabilidad, atendiendo a criterios clínicos, funcionales y sociales, con el objetivo de garantizar una respuesta equitativa y ajustada a las necesidades reales.

Desde el punto de vista organizativo, el equipo interdisciplinar está integrado por médicos de familia, enfermeras, trabajadora social y terapeuta ocupacional, con roles definidos y complementarios. La intervención se articula mediante circuitos de derivación claros, reuniones periódicas de coordinación y el uso compartido de la historia clínica electrónica. El terapeuta ocupacional participa activamente en la valoración inicial, la planificación del plan de cuidados y el seguimiento, realizando intervenciones en el domicilio centradas en la valoración funcional, la adaptación del entorno, la prevención de riesgos y el apoyo a los cuidadores.

La práctica se desarrolla en el ámbito territorial de Atención Primaria, integrada en el programa de atención domiciliaria de un área de salud, con potencial de extensión a otros equipos y territorios del Sistema Nacional de Salud. No requiere modificaciones estructurales relevantes, ya que se apoya en los recursos organizativos y asistenciales existentes, lo que favorece su sostenibilidad y replicabilidad.

Como elementos diferenciales e innovadores, destaca la superación de modelos puntuales o fragmentados en un solo profesional; el enfoque preventivo y funcional en el propio domicilio; y la integración real del cuidador informal en el plan de cuidados.

Población diana / ámbito de aplicación

La población a la que se dirige esta práctica es la de pacientes que de atención domiciliaria desde el centro de salud de manera permanente. Está formada principalmente por personas de edad avanzada con limitaciones funcionales y/o clínicas que les impiden desplazarse habitualmente al centro de salud. Mayoritariamente padecen pluripatología, elevada carga de enfermedad crónica y distintos grados de dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y con frecuencia, deterioro cognitivo y riesgo de caídas, fragilidad y situaciones de vulnerabilidad social que incrementan la necesidad de cuidados y la utilización de servicios sanitarios.

Metodología

La creación del equipo interdisciplinar se basa en un enfoque progresivo, coordinado y centrado en la persona. En una primera fase, se realizó un análisis de necesidades de la población atendida en domicilio, identificando perfiles con alta dependencia funcional, riesgo de caídas y complejidad clínica. A continuación, se integró al terapeuta ocupacional junto a medicina familiar y comunitaria, enfermería y trabajo social, con funciones y procesos establecidos.

La incorporación del terapeuta ocupacional se lleva a cabo mediante un proceso estructurado de integración, que incluye sesiones de presentación del rol, participación en reuniones de casos y acceso a la historia clínica compartida. La intervención se desarrolla en el domicilio, priorizando la valoración funcional y del entorno, la adaptación del hogar, la prevención de riesgos y el apoyo a cuidadores.

Objetivos

El objetivo general es mejorar la calidad, y continuidad de la atención domiciliaria en Atención Primaria, mediante la creación de un equipo interdisciplinar que incorpora al terapeuta ocupacional, alineado con los principios de atención centrada en la persona del Sistema Nacional de Salud.

Como objetivos específicos se establecieron:

- Dar una respuesta integral a las necesidades funcionales, clínicas y sociales de las personas atendidas en domicilio, especialmente aquellas con dependencia, fragilidad y cronicidad.
- Potenciar el trabajo interdisciplinar, mejorando la coordinación entre profesionales y la toma de decisiones compartida.
- Integrar la valoración funcional y del entorno domiciliario como elemento clave del plan de cuidados, reforzando la prevención de riesgos y la seguridad del paciente.
- Promover la autonomía y la participación de la persona y de su entorno cuidador, favoreciendo la permanencia en el domicilio en condiciones de seguridad.

Actuaciones realizadas

Se ha constituido un equipo interdisciplinar de Atención Primaria para la atención domiciliaria, incorporando de manera estructurada la figura del terapeuta ocupacional. Se han definido criterios de inclusión y circuitos de derivación, priorizando a las personas con dependencia funcional, riesgo de caídas y alta complejidad clínica.

El terapeuta ocupacional realiza valoraciones funcionales y del entorno domiciliario, identifica barreras arquitectónicas y riesgos y propone adaptaciones del hogar y productos de apoyo. Asimismo, se desarrollan intervenciones de entrenamiento en actividades de la vida diaria, de prevención de caídas y de educación para cuidadores, coordinadas con enfermería y medicina. Se han establecido reuniones periódicas de coordinación y discusión de casos, con registro compartido en la historia clínica, lo que garantiza la continuidad asistencial. Finalmente, se han iniciado acciones de seguimiento y evaluación, incorporando indicadores funcionales y de

seguridad del paciente, conforme a los criterios de calidad y buenas prácticas del Ministerio de Sanidad.

Indicadores

Para evaluar la implantación y el impacto del equipo interdisciplinar con la incorporación del terapeuta ocupacional.

Como indicadores de proceso, se recogen: número de pacientes atendidos en domicilio por el equipo interdisciplinar; porcentaje de pacientes valorados por terapia ocupacional; número de valoraciones funcionales y del entorno domiciliario realizadas; y número de reuniones de coordinación interdisciplinar registradas.

Como indicadores de resultado, se incluyen: mejora del grado de autonomía funcional (actividades básicas de la vida diaria); reducción del riesgo de caídas y de incidentes evitables en el domicilio; número de adaptaciones del hogar y de productos de apoyo prescritos; y satisfacción de pacientes y cuidadores.

Finalmente, se monitorizan indicadores de impacto, como la reducción de las visitas urgentes evitables y la mejora de la continuidad asistencial en la atención domiciliaria.

Recursos

Para el desarrollo del equipo interdisciplinar de atención domiciliaria y la integración del terapeuta ocupacional han sido necesarios recursos humanos, organizativos y materiales. En cuanto a recursos humanos, se ha incorporado un/a terapeuta ocupacional al equipo de Atención Primaria, que trabaja de forma coordinada con medicina de familia, enfermería y trabajo social.

Los recursos organizativos incluyen la adaptación de agendas, la definición de circuitos de derivación, la participación en reuniones interdisciplinarias y el uso compartido de la historia clínica electrónica para el registro y el seguimiento de las intervenciones.

Respecto a los recursos materiales, se han utilizado instrumentos de valoración funcional, herramientas para la evaluación del entorno domiciliario y un catálogo básico de productos de apoyo y de ayudas técnicas. No ha sido necesaria una inversión estructural adicional; se ha optimizado el uso de los recursos existentes del sistema.

Basada en la evidencia

La práctica se basa en la evidencia científica disponible y en las recomendaciones estratégicas del Sistema Nacional de Salud para la atención de la cronicidad, la atención domiciliaria y la continuidad asistencial. Estudios recientes realizados en el ámbito de la Atención Primaria en España demuestran que la incorporación del terapeuta ocupacional en equipos domiciliarios es factible, mejora la coordinación interdisciplinar y aporta beneficios a la atención centrada en la persona, especialmente en población con alta dependencia y riesgo de caídas. Asimismo, la evidencia muestra una alta prevalencia de síndromes geriátricos infradiagnosticados, como la disfagia orofaríngea, en personas atendidas en domicilio, asociada a complicaciones evitables y a un mayor uso de recursos sanitarios, lo que refuerza la necesidad de intervenciones funcionales y preventivas en el entorno domiciliario.

Equidad

La práctica promueve la equidad en la atención, garantizando el acceso a cuidados y servicios de salud para personas en situación de mayor vulnerabilidad, especialmente aquellas con dependencia funcional, pluripatología, fragilidad y dificultades para desplazarse hasta el centro de salud. La incorporación del terapeuta ocupacional al equipo interdisciplinar permite reducir las desigualdades en el acceso a la valoración funcional y a la adaptación del entorno domiciliario, prestaciones que tradicionalmente han estado limitadas o derivadas a otros ámbitos.

La atención se basa en criterios clínicos y funcionales, priorizando a quienes presentan mayor complejidad y riesgo, independientemente de su situación socioeconómica, género o lugar de residencia. Asimismo, la intervención domiciliaria facilita una atención centrada en la persona y su contexto, contribuyendo a igualar las oportunidades de permanencia en el domicilio en condiciones de seguridad, reforzando la cohesión del sistema y la justicia distributiva.

Sostenibilidad

La incorporación del terapeuta ocupacional al equipo interdisciplinar permite anticiparse a situaciones de deterioro funcional, caídas y complicaciones evitables, reduciendo la necesidad de derivaciones, urgencias y hospitalizaciones prevenibles.

El modelo se apoya en la optimización de estructuras existentes, sin requerir inversiones infraestructurales adicionales, e integra la nueva figura profesional en los circuitos habituales de atención domiciliaria. La mejora de la coordinación interdisciplinar y la adecuación de las intervenciones al entorno real de la persona favorecen intervenciones más eficaces y ajustadas a sus necesidades.

Asimismo, al potenciar la autonomía y apoyar a los cuidadores, se contribuye a retrasar la institucionalización, lo que genera un impacto positivo a medio y largo plazo en la eficiencia, la continuidad asistencial y la sostenibilidad económica y organizativa del sistema. La práctica contribuye a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud mediante un uso más eficiente y racional de los recursos disponibles en Atención Primaria.

Transferibilidad

La práctica puede replicarse en otros territorios y dispositivos del Sistema Nacional de Salud, al desarrollarse íntegramente en el marco de la Atención Primaria y apoyarse en recursos y estructuras ya existentes. El modelo de equipo interdisciplinar con incorporación del terapeuta ocupacional es flexible y adaptable, pudiendo ajustarse al tamaño de los equipos, a las características poblacionales y a la organización de cada comunidad autónoma. La definición de criterios de inclusión, circuitos de derivación, funciones profesionales y mecanismos de coordinación facilita su replicabilidad en otros programas de atención domiciliaria. Asimismo, el uso de indicadores de proceso y de resultado permite evaluar su impacto y realizar mejoras continuas.

Efectividad

La práctica ha demostrado mejorar la calidad y los resultados de la atención domiciliaria, al incorporar de forma sistemática la perspectiva funcional y del entorno en el abordaje de personas con alta complejidad. La integración del terapeuta ocupacional en el equipo interdisciplinar favorece intervenciones precoces y ajustadas a las necesidades reales del paciente, mejorando la autonomía en las actividades de la vida diaria y la seguridad en el domicilio.

La coordinación entre profesionales incrementa la coherencia del plan de cuidados y la continuidad asistencial. Asimismo, la práctica contribuye a mejorar la experiencia de pacientes y cuidadores, reforzando el impacto positivo de la atención domiciliaria y de la atención primaria en términos funcionales, asistenciales y de calidad percibida.

Eficiencia

La práctica mejora la eficiencia del modelo de atención domiciliaria al optimizar la distribución de funciones dentro del equipo interdisciplinar y adecuar las intervenciones al perfil funcional de las personas atendidas. La incorporación del terapeuta ocupacional permite que actuaciones específicas, como la valoración del entorno, la prevención de caídas, sean realizadas por el profesional más capacitado, evitando duplicidades y mejorando el rendimiento del equipo.

La intervención precoz y domiciliaria contribuye a prevenir complicaciones evitables reduciendo la demanda de visitas urgentes, hospitalizaciones y derivaciones innecesarias a otros niveles de atención. Además, el modelo se integra en la estructura existente de Atención Primaria, sin requerir inversiones adicionales relevantes, y maximiza el aprovechamiento de los recursos humanos y organizativos ya disponibles.

Participación multidisciplinar

La ampliación del equipo se sustenta en la participación y la coordinación multidisciplinar de Atención Primaria, integrada por profesionales de medicina de familia, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. Cada disciplina aporta competencias específicas desde un enfoque complementario y garantiza una atención integral, centrada en la persona y su entorno domiciliario.

La toma de decisiones se realiza de forma compartida mediante reuniones periódicas de coordinación y discusión de casos, en las que se consensuan los planes de cuidados según las necesidades clínicas, funcionales y sociales. El terapeuta ocupacional se integra plenamente en el equipo, participando en la valoración, planificación y seguimiento de las intervenciones, y facilitando la conexión entre los aspectos sanitarios, funcionales y ambientales.

Colaboración intersectorial

El equipo multidisciplinar para la atención domiciliaria incorpora un enfoque orientado a brindar una respuesta integral a las necesidades de las personas atendidas en domicilio. El equipo de Atención Primaria coordina su actuación con servicios sociales comunitarios, recursos municipales.

La participación del trabajador social y del terapeuta ocupacional favorece la identificación de necesidades sociales, barreras del entorno y recursos disponibles, promoviendo la adecuación

del domicilio y el soporte a la persona cuidadora. Esta coordinación permite optimizar las ayudas técnicas, las adaptaciones del hogar y las prestaciones sociales, evitando duplicidades y mejorando la continuidad de los cuidados.

Evaluación

La evaluación se basa en la recogida sistemática de indicadores de proceso, resultado e impacto, integrados en la historia clínica electrónica y revisados periódicamente por el equipo interdisciplinar y la unidad de gestión. Se analizan aspectos como la cobertura de la atención domiciliaria, la participación del terapeuta ocupacional, la coordinación entre profesionales y el cumplimiento de los circuitos establecidos. Asimismo, se evalúan los resultados funcionales, la seguridad en el domicilio, la adecuación del entorno y la satisfacción de pacientes y cuidadores.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL1-1: Telepresencia: un recurso que nos acerca

Raquel Cortés Sancho (1), Silvia Fernández Calderón (1), Laura Fernández Concellón (1), M.ª Ángeles Guzmán Fernández (1), M.ª Purificación de la Iglesia Rodríguez (1), Teresa Sanz Bachiller (1), Jorge Pérez González (1), Ana M.ª Álvarez Requejo (1), Fortunato Gutiérrez Cea (1), Dalia Madruga Garrido (1), Ana M.ª Brizuela Calzada (1)

(1) Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, telepresencia, salud digital, accesibilidad, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La dispersión geográfica de Castilla y León, el aumento creciente del envejecimiento de la población, así como de su vulnerabilidad, pluripatología y fragilidad hacen necesaria asegurar la equidad en el acceso a la atención sanitaria en Atención Primaria, en coordinación con Atención Hospitalaria, mediante la adecuación de las modalidades de atención a las necesidades de las personas, teniendo en cuenta las posibles barreras derivadas de la brecha digital en algunos colectivos.

Por este motivo la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León apostó en 2020 por configurar una red de teleatención sanitaria en sus 9 provincias (11 áreas de salud) que permitiera la atención de los pacientes y la comunicación síncrona entre los profesionales sanitarios de diferentes categorías profesionales y distintos niveles asistenciales a través de los más de 330 equipos de telepresencia repartidos en las 249 zonas básicas de salud (todos los centros de salud y puntos de atención continuada) y los 14 hospitales de la comunidad (incluidos todos los niveles).

Se eligió esta modalidad de teleatención sanitaria puesto que la telepresencia ofrece al paciente una atención sanitaria de calidad al permitir la asistencia simultánea, en tiempo real, de más de un profesional a un paciente, uno de manera presencial y al menos otro a distancia, compartiendo imagen, audio y vídeo entre los profesionales a través de la red de telepresencia que está dotada con equipos de videoconferencia y medios audiovisuales de muy alta calidad.

Es evidente que no toda la actividad sanitaria de los diferentes profesionales sanitarios (medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, etc.) y de los distintos niveles asistenciales que se realiza en las consultas puede hacerse a través de esta herramienta y que, de ningún modo, el acceso a la teleatención sanitaria podrá sustituir y hacer desaparecer la consulta presencial. Pero sí es una herramienta de gran utilidad en determinados casos, como es el seguimiento de procesos crónicos de personas con dificultad para la movilidad y/o que viven en zonas rurales y así realizar las posibles modificaciones en el plan terapéutico, la resolución de dudas y sobre todo la comunicación de resultados de las pruebas complementarias realizadas, evitando desplazamientos innecesarios de ellos mismos y sus familiares/cuidados principales y favoreciendo la continuidad y coordinación asistencial.

A pesar de dichas ventajas teóricas, tras una exhaustiva revisión bibliográfica nacional e internacional no se evidenció los casos de uso concretos para iniciar los pilotajes de telepresencia que frenaran la resistencia al cambio que presentaban algunos profesionales sanitarios ante esta nueva modalidad de teleatención sanitaria, de modo que fue preciso elaborar un plan estratégico para favorecer la implantación de un proyecto tan necesario con las mayores garantías de éxito posibles, con los mejores resultados en salud para el paciente.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

El debate actual no puede centrarse en decir sí o no a la teleatención sanitaria, en si la telepresencia es una herramienta positiva o negativa, sino en cómo utilizarla para garantizar la equidad en el acceso a la salud y no aumentar las desigualdades ni las brechas ya existentes.

Con el fin de elaborar un plan estratégico para favorecer la implantación del proyecto de telepresencia inicialmente se realizó la evaluación de la seguridad, eficacia/efectividad y eficiencia de esta modalidad de teleatención sanitaria, así como los aspectos organizativos, éticos, sociales y legales ligados a su uso.

Esta primera fase del proyecto fue llevada a cabo gracias al Instrumento de Apoyo Técnico (TSI) de 2022 “Estandarización e Incorporación de Soluciones de Telemedicina en España” en cooperación con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG REFORM), liderado desde la Gerencia Regional de Salud (GRS) de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Teniendo en cuenta la existencia de documentos técnicos elaborados por la Dirección General de Salud Digital que describían los requisitos y las recomendaciones mínimas para llevar a cabo este tipo de modalidad de teleatención, se realizó la instalación de los equipos de telepresencia y se inició la formación técnica a los profesionales sanitarios que permitió conocer tanto las limitaciones como los posibles casos de uso factibles de ser atendidos por telepresencia: paciente crónico complejo, paciente con ostomía/herida crónica, seguimiento tras trasplante hepático/renal, persona con proceso neurológico (ictus, trastorno del movimiento) y paciente largo superviviente de cáncer. Esta segunda fase del proyecto se desarrolló de abril de 2023 a diciembre de 2024 aproximadamente.

Detectados dichos casos de uso, en 2025 se indicó en el Plan Anual de Gestión que cada área de salud tenía que seleccionar al menos dos casos de uso de telepresencia para consensuar el protocolo en las Comisiones de Continuidad Asistencial.

Tras la validación y aprobación de los protocolos asistenciales de telepresencia, se priorizaron los indicadores y cuestionarios para la evaluación de los pilotajes de los casos de uso de telepresencia seleccionados.

En la fase final del proyecto se fijó el envío de los protocolos asistenciales de telepresencia validados a la DGASH para su valoración y contar con un repositorio de protocolos según casos de uso que permita la replicación del proyecto en otra área de salud.

De esta forma, y a pesar de carecer de conocimiento previos sobre la telepresencia, se impulsó el proyecto con el equipamiento instalado, la formación a los responsables impartida y la exploración de los casos de uso validados, la elaboración de los protocolos asistenciales interdisciplinares consensuados, ofreciendo una situación idónea para realizar los pilotajes y

minimizando el riesgo de la resistencia al cambio que provoca sobre todo el uso de nuevas tecnologías.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de la atención mediante telepresencia es toda persona que resida en Castilla y León, que padezca un problema de salud en relación con los procesos clínicos priorizados (paciente crónico complejo, paciente con ostomía/heridas crónicas, seguimiento tras trasplante hepático/renal, persona con proceso neurológico (ictus, trastorno del movimiento) y paciente largo superviviente de cáncer) y que precise la valoración por parte de un profesional sanitario que se encuentra alejado de la zona básica de salud en la que reside, sobre todo si tiene dificultad para la movilidad, es frágil y/o vulnerable.

El ámbito de aplicación es tanto Atención Primaria como Atención Hospitalaria, inicialmente en consultas de seguimiento, pero sin descartar la opción de atención de urgencia en los centros de salud y/o los servicios de urgencias hospitalarias.

Metodología

Para favorecer la implantación del proyecto de telepresencia en Castilla y León en 2025 se dividió en las siguientes fases:

- Todas las áreas de salud y niveles asistenciales seleccionaron un profesional sanitario responsable de telepresencia para impulsar la formación en cascada de telepresencia de todos los profesionales sanitarios, así como ser el enlace con los servicios técnicos ante posibles incidencias con los equipos.
- En la Comisiones de Continuidad Asistencial de las 11 áreas de salud priorizaron los dos casos de uso para iniciar la elaboración del protocolo de la actividad asistencial mediante telepresencia.
- En dos períodos de trabajo trimestrales se programaron varias reuniones de seguimiento del proyecto por casos de uso seleccionado para consensuar los protocolos asistenciales de telepresencia y seguidamente reuniones de forma individualizada por área de salud para dar un mayor apoyo desde servicios centrales, de forma más personalizada y adaptada a sus necesidades.

Objetivos

Mediante el impulso de la telepresencia se pretende:

- Facilitar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, proporcionando una atención sanitaria universal de alta calidad, independientemente de la localización geográfica en la que viva la persona.
- Favorecer la continuidad y coordinación asistencial de Atención Primaria con Atención Hospitalaria de referencia a los pacientes, sobre todo en aquellas áreas de salud donde no disponen de ella (pe. seguimiento de trasplante, largo superviviente de cáncer, etc.), reduciendo la necesidad de realizar desplazamiento por parte de los pacientes, sus familiares y/o de los profesionales de salud.

- Permitir realizar consultas remotas desde Atención Primaria al Servicio Hospitalario de referencia con el paciente presente, facilitando la comunicación entre profesionales sanitarios y mejorando así la actualización en la formación y competencias.

Actuaciones realizadas

Durante el año 2025, en relación con el proyecto de telepresencia se ha conseguido:

- Comprobar el correcto funcionamiento de la totalidad de los equipos de telepresencia de la red de Castilla y León, así como su reparación o cambio de ubicación si fue preciso.
- Identificar a los profesionales de cada área de salud responsables funcionales de la telepresencia.
- Elaborar e iniciar el pilotaje de al menos dos protocolos de atención sanitaria por telepresencia en cada área de salud.
- Fomentar la comunicación y formación a través de materiales didácticos.
- Impulsar las reuniones de las Comisiones de Continuidad Asistencial en las áreas de salud.
- Consensuar y elaborar las agendas y gestión de citas para la atención de las personas mediante telepresencia con los dos profesionales sanitarios de forma síncrona con el paciente.
- Realizar la evaluación de los indicadores priorizados para conocer las limitaciones y ventajas de esta modalidad de teleatención sanitaria.

Indicadores

Se priorizaron los siguientes indicadores para la evaluación y la búsqueda de los puntos de mejora del proyecto de telepresencia:

- De proceso:
 - Actividades de formación realizadas en el área de salud por perfil profesional. o agendas de telepresencia elaboradas correctamente en el área de salud.
 - Consultas por telepresencia pilotadas en el área de salud (por caso de uso, edad y sexo del paciente).
- De resultado:
 - Traslados al hospital evitados (coste de ambulancia y/o acompañamiento de familiar) en comparación con la atención presencial por el mismo proceso clínico.
 - Atención en urgencias de centro de salud/servicio hospitalario evitados en comparación con la atención presencial por el mismo proceso clínico.
 - Ingresos hospitalarios evitados en comparación con la atención presencial por el mismo proceso clínico.

- De satisfacción:
 - Número y puntuación del cuestionario de los pacientes atendidos por telepresencia y de los profesionales que han participado en ella.

Recursos

Los recursos materiales principales que han sido necesarios para implantar el proyecto de telepresencia han sido los más 330 equipos de telepresencia que conforman la red exclusiva de comunicación Castilla y León:

- En cada centro de salud se cuenta con una sala tipo I para la atención al paciente con teléfono, pantalla, cámara, equipo de audio y equipo informático.
- En el hospital se dispone de la sala tipo II donde se ubicará el profesional que llevará a cabo la interacción remota con el paciente, dotada igualmente con los medios necesarios. También puede disponer de sala tipo III para realizar consultas multicanal en la que pueden intervenir varios profesionales.

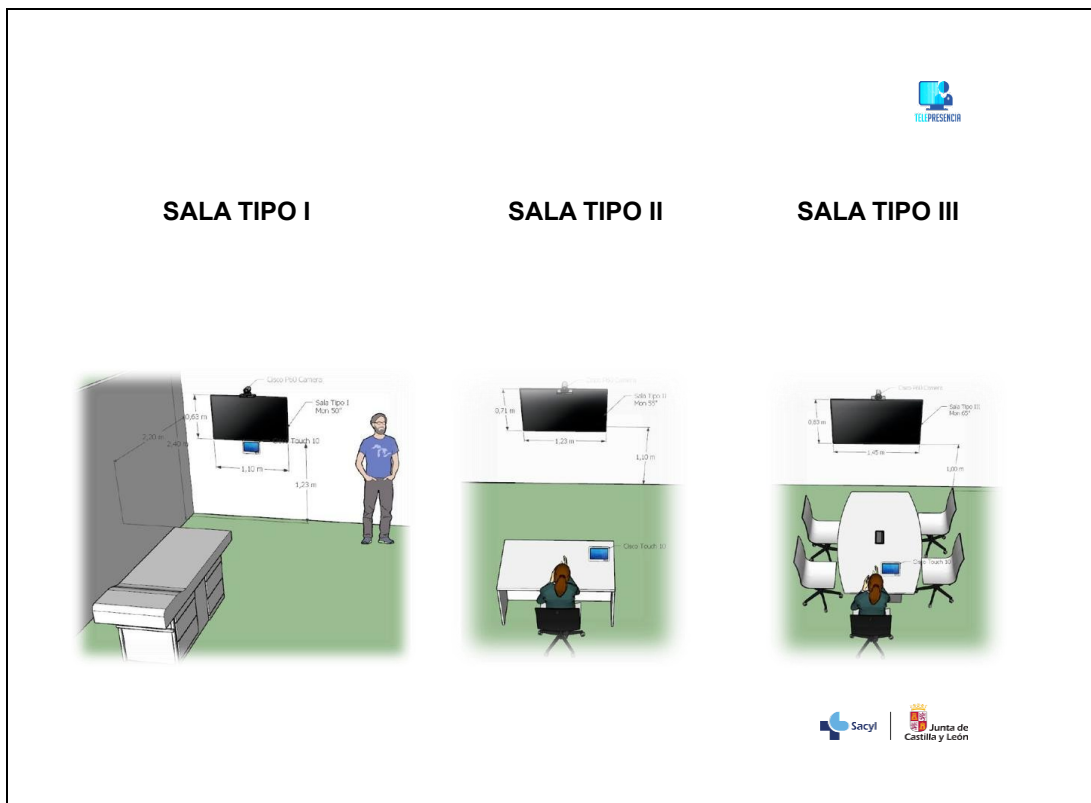


Figura 1. Recursos materiales: tipos de sala.

Como recursos humanos se ha precisa:

- Líderes del proyecto en la DGASH.
- Responsables de telepresencia en AP y AH.
- Servicio técnico de resolución de incidencias con los equipos de telepresencia.

- Apoyo de una oficina técnica (financiada con fondos PRI-AP 2024).

Basada en la evidencia

Selección de referencias bibliográficas:

- Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital del SNS. 2021.
- SACYL. Manual de utilización de equipamiento de telepresencia.; 2022.
- Groom LL et al. Defining Telepresence as Experienced in Telehealth Encounters: A Dimensional Analysis. J Nurs Scholarsh. 2021 Nov;53(6):709-717.
- Liu T et al. Uso de la telesalud en la práctica de atención primaria y servicios de atención de bajo valor. JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2445436
- Kapps S et al. The clinical and cost-effectiveness of remote expert wound nurse consultation for healing of pressure injuries among residential aged care patients: a protocol for a prospective pilot parallel cluster randomized controlled trial. Int Wound J. 2023;20(8):2953-2963.
- Cubo E et al. Cost-utility analysis of a coadjutant telemedicine intervention for fall prevention in Parkinson's disease. Eur J Neurol. 2025 Jan;32(1):e16561.
- Bakas T et al. Using telehealth to optimize healthy independent living for older adults: A feasibility study. Geriatr Nurs. 2018 Sep-Oct;39(5):566-573.

Equidad

La atención mediante telepresencia se pretende realizar, comparada con la atención presencial, sin perjuicio en relación con el acceso, equidad y calidad y debería proponerse en todos aquellos casos clínicos en los que los profesionales sanitarios lo consideren óptimo desde el punto de vista de resultado en salud, no tratando de manera distinta a unas personas frente a otras por razones de edad, género, raza, orientación sexual, religión, nacionalidad, discapacidad, condiciones físicas, sin causa clínica o asistencial que lo justifique.

Los profesionales deben procurar acercar e informar sobre esta modalidad asistencial a la población de manera sencilla y personalizada para facilitar su comprensión, exponiendo las ventajas y las oportunidades que la teleatención sanitaria brinda.

La telepresencia no es obligatoria ni se pretende imponer, es una herramienta más a disposición de los profesionales para la atención de las personas, sobre todo aquellas más vulnerables, frágiles y con problemas de movilidad.

Sostenibilidad

Entre los principales beneficios medioambientales de la telepresencia destaca la reducción de desplazamientos innecesarios al hospital: cada consulta presencial hospitalaria implica un desplazamiento del paciente (y en ocasiones de su familiar y/o cuidador principal), generalmente en coche particular, transporte público y en ocasiones de transporte sanitario, lo que genera emisiones de dióxido de carbono.

Mediante la telepresencia el paciente puede realizar la consulta con el profesional sanitario hospitalario pudiéndose acercar andando a su centro de salud o recorriendo un trayecto más corto con el medio de transporte que precise.

También genera ahorros en costes de material y gestión de residuos generados simplemente por el hecho de acudir al hospital presencialmente.

Asimismo, favorece la atención precoz de pacientes con procesos crónicos complejos diagnosticando y/o tratando precozmente descompensaciones y/o complicaciones mediante el trabajo colaborativo entre profesionales sanitarios de la misma o diferente categoría profesional, nivel asistencial y/o área de salud.

Transferibilidad

El proyecto de telepresencia es fácilmente replicable puesto que:

- Algunas de las modalidades de atención no presencial (consulta telefónica, interconsulta no presencial, e-consulta, ...) están ya validadas e implementadas en las CCAA en mayor o menor medida, de modo que es sencillo incorporar la telepresencia como una alternativa adicional en las consultas donde la imagen aporta valor en la decisión clínica (heridas, ostomías, fenotipo ante la sospecha de enfermedades raras, etc.).
- Muchos de los profesionales sanitarios ya están motivados en estas herramientas de teleatención sanitaria y con el material didáctico disponible ya validado sobre telepresencia es muy fácil adquirir las competencias concretas e iniciar la actividad asistencial.
- Gracias a los pilotajes realizados contamos con la satisfacción de los pacientes y los casos de uso susceptibles de atenderse mediante telepresencia y que son muy frecuentes en todas las CCAA: personas vulnerables, frágiles, con dificultad movilidad que padecen un proceso clínico crónico.

Efectividad

Los resultados publicados en la actualidad sugieren que la teleatención sanitaria no solo facilita un mejor control del proceso clínico del paciente, sino que también promueve una mayor adherencia al tratamiento, probablemente debido a su accesibilidad, comodidad y capacidad para ofrecer un seguimiento más continuo y personalizado.

Además, los pacientes expresan una alta satisfacción de atención mediante telepresencia en aspectos clave como la facilidad de acceso, la continuidad y coordinación asistencial y la claridad de la comunicación en el plan terapéutico, sobre todo si viven en zonas rurales, alejadas de los centros hospitalarios o tienen dificultad para la movilidad.

No obstante, el escaso número de estudios publicados, la relativa heterogeneidad y limitaciones metodológicas no permiten en la actualidad confirmar la efectividad de atención por telepresencia en intervenciones a largo plazo (descenso de la mortalidad, disminución del número de ingresos hospitalarios o consultas a urgencias, etc.) respecto a la práctica habitual.

Eficiencia

Los estudios sobre costes publicados en la actualidad no permiten concluir si la teleatención sanitaria es más o menos costosa, en términos económicos, que la consulta presencial.

Asimismo, la falta de seguimiento a largo plazo limita la generalización de los hallazgos y la capacidad para evaluar el impacto sostenido de la telepresencia.

No obstante, la reducción de la afluencia de los pacientes a los hospitales contribuye a disminuir los gastos asociados a la gestión de consultas presenciales hospitalarias (uso de espacios, suministros y personal), así como a la reducción de costes relacionados con el transporte.

También es importante tener en cuenta el tiempo de ahorro para el paciente y su acompañante de la consulta de telepresencia a una consulta presencial hospitalaria, sobre todo si es en un hospital de referencia de otra área de salud (que aumentan el número de horas de permiso laboral si la persona está en activo).

Participación multidisciplinar

Una de las ventajas de la telepresencia es la mejora en la colaboración entre profesionales, facilitando la comunicación y el intercambio de información con otros profesionales a distancia, para un mejor manejo de casos complejos.

Esta comunicación puede ser el mismo nivel asistencial, con profesionales de la misma o diferente categoría con competencias avanzadas que permiten la resolución del problema de salud del paciente sin desplazarse o el diagnóstico precoz de una complicación.

Se describen dos casos de uso que se han priorizado para los pilotajes:

- Persona con herida crónica compleja: profesionales de medicina y/o enfermería del centro de salud del paciente + consulta hospitalaria de Heridas/Servicio de Dermatología/Cirugía Plástica/Cirugía Vascular del hospital de referencia.
- Persona tras trasplante hepático: profesionales de medicina y/o enfermería del centro de salud del paciente + profesional del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Río Hortega (Unidad de Trasplante Hepático de Castilla y León).

Colaboración intersectorial

A través de la colaboración estrecha con la DG de Salud Digital (Servicio de Comunicación y de Sistemas de Información), se han generado las alianzas necesarias en la era actual para impulsar cualquier proyecto sanitario con innovación tecnológica para garantizar que sea interoperable con la historia clínica electrónica.

También ha sido imprescindible contar con la DG Profesionales (Servicio de Formación) para planificar las actividades formativas relacionadas con el manejo funcional de los equipos de telepresencia disponibles en todos los centros de salud y los hospitales de las 11 áreas de salud.

El trabajo colaborativo con la DG Planificación (Servicio de Investigación e Innovación) permitió la elaboración del material didáctico necesario para la formación en telepresencia de los profesionales sanitarios (en formato presentación power point editable y dos vídeos con casos de uso concretos de atención mediante telepresencia: seguimiento hospitalario del paciente con COVID persistente; atención colaborativa entre centros de salud).

Evaluación

Durante 2025 los logros alcanzados en relación con la atención mediante telepresencia han sido los siguientes:

- Se dispone de responsables funcionales de telepresencia en todos los centros salud y hospitales de Castilla y León, estando programada la formación en cascada para todos los profesionales sanitarios.
- Se han elaborado las agendas de consulta por telepresencia de forma normalizada en la historia clínica electrónica y se han consensuado los horarios (coordinando AP y AH).
- En cada área de salud se han validado al menos un protocolo asistencial de atención mediante telepresencia, iniciando los pilotajes en todas las áreas de salud.
- Se ha incrementado el número de consultas atendidas por telepresencia, pasando de 37 en 2024 a 65 en 2025 (aumento de más del 75% de la actividad TP).
- En los cuestionarios recogidos a los pacientes tras la consulta mediante telepresencia todos valoran con un muy alto grado de satisfacción la atención recibida.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL1-2: Proyecto HADAS (Herramienta para la actividad Administrativa en las Áreas Sanitarias)

M.^a Ángeles Guzmán Fernández (1), Dalia Madruga Garrido (1), Laura Fernández Concellón (2), Nuria del Río Manzano (1), Lorena Delgado Alonso (1), María Begoña González Bustillo (1), Yolanda Manchón Díez (1), Lydia Salvador Sánchez (1), Raquel Cortés Sancho (1), Francisco Javier López Lozano (3), Álvaro Saiz Arnaiz (3), Sara Alonso Rodríguez (3), Antonio José Nieva Martín (3), Yolanda Pellejero Rodríguez (3), María Jesús González Casado (3), Emilia Rodríguez Mendoza (3), José Martínez Manzano (3), Luis Arranz Jiménez (3), Roberto Magro Martín (3), Marisa Moras Abril (3), Constancio Cordero Esteban (3), Milagros Sigüenza Vázquez (2), Felicidad Carretero Arroyo (2), Juan Carlos Peciña de Frutos (4), Mariano Gil San Martín (4), Israel Gutiérrez Antolín (4), Ramón García Fernández (4), Jorge Pérez González (4), Fernando Alonso Avezuela (4), Teresa Sanz Bachiller (4), María del Carmen Hernández Palacios (4)

(1) Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial (SAPYCA), Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (GRS), (2) Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización (DGASH), GRS, (3) Gerencias de Atención Primaria, GRS, (4) Dirección General de Salud Digital (DGSD), GRS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, gestión de la demanda, accesibilidad, continuidad asistencial, coordinación asistencial, salud digital.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Dentro de las líneas estratégicas de esta Consejería se encuentra la mejora de la Atención Primaria. Y como una línea prioritaria lograr una gestión más eficaz y eficiente de la demanda en Atención Primaria, como establece la línea 3 del Plan de Atención Primaria y Comunitaria (2025 – 2027).

Este modelo se basaba fundamentalmente en responder la demanda del paciente, que en su mayoría consistía en la solicitud de una consulta médica. Por ello se hace necesario desarrollar acciones encaminadas a una adecuada gestión de la demanda, de forma más proactiva, garantizando que los usuarios son atendidos en el menor tiempo posible y por el profesional más adecuado de acuerdo con su demanda. Y todo esto teniendo en cuenta la particularidad de una comunidad como Castilla y León, en la que tenemos 11 Áreas de Salud, 249 Zonas Básicas de Salud y más de 3.600 consultorios locales en un territorio superior a 94.000 km².

Para que esto sea posible ha sido necesario plantear un proyecto 360, es decir, multidisciplinar y que dé respuesta en todos los ámbitos susceptibles de mejorar la gestión de las demandas de los usuarios:

- Implicación de los diferentes profesionales de Atención Primaria, teniendo presente que las unidades administrativas suponen la puerta de entrada al sistema sanitario.
- Una adecuada dotación de recursos humanos.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Desarrollo de herramientas tecnológicas que garanticen la accesibilidad a los usuarios y faciliten la gestión de la demanda en las unidades administrativas de los Centros de Salud.
- Elaboración de protocolos que garanticen un método de trabajo homogéneo en toda la Comunidad.
- Establecimiento de indicadores de seguimiento y evaluación.
- Facilitar la formación necesaria a los profesionales.

Una parte esencial del proyecto de refuerzo de la Atención Primaria es la adecuación de las tareas administrativas conforme a la nueva organización que se determine.

Por consiguiente, ha sido necesario abordar una transformación del modelo organizativo, con una definición clara de las funciones acordes a la categoría, generando herramientas para facilitar el desempeño de estas y procurando la formación que sea precisa para ello.

- En este sentido se han establecido como acciones prioritarias a desarrollar:
- La canalización de la demanda.
- La organización de la citación.
- La homogeneización de las agendas.
- La organización y protocolización de la tarea administrativa.
- La formación del personal administrativo.

Impulsando el desarrollo de los procesos administrativos para eliminar los pasos innecesarios que no aportan valor y garantizando que lo realiza el rol profesional más adecuado, potenciando el papel del personal administrativo.

Todo ello para la adecuada atención al usuario en las unidades administrativas de Atención Primaria, mejorando así la comunicación, la atención y canalización de las demandas de los usuarios, garantizando la accesibilidad de los pacientes a la atención sanitaria y desburocratizando las consultas de los profesionales sanitarios.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

El proyecto HADAS (Herramienta para la actividad Administrativa en las Áreas Sanitarias) consiste en la definición de Unidades Administrativas en cada Gerencia de Atención Primaria o Asistencia Sanitaria que, junto con el personal administrativo de los Equipos de Atención Primaria, desarrollarán las funciones definidas conforme a un nuevo modelo de organización administrativa.

Este proyecto se ha impulsado desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, con la implicación de otras Direcciones y de las Gerencias de Atención Primaria, junto con profesionales de Equipos de Atención Primaria, sanitarios y no sanitarios.

En primer lugar, se realizó un análisis de situación. Se observó que la consulta a demanda en Atención Primaria es una modalidad que, si bien surge a iniciativa del paciente, precisa de una citación previa, estando enmarcada en un horario preestablecido y por tanto conocido, por lo que es necesario una agenda adecuada.

Aunque la cita previa en el medio urbano es una realidad desde hace tiempo, en muchos consultorios rurales de Castilla y León no estaba implementada. Esto causaba una gran ineficiencia ya que médicos de familia y enfermeras se desplazaban muchos kilómetros para no encontrarse con pacientes o, lo que es peor, se apresuraban para terminar la consulta en un Consultorio Local repleto y llegar a otro Consultorio Local donde no acudía nadie (con el peligro de seguridad vial del profesional o el posible deterioro de la calidad asistencial por la premura en atender rápidamente a todos los pacientes de un consultorio y poder llegar a la hora establecida al siguiente consultorio, en otra localidad).

A partir de estas conclusiones se realizaron las siguientes acciones, para permitir la implementación del Proyecto:

- Creación de un grupo multidisciplinar, que trabajó en la definición de acciones prioritarias de las Unidades Administrativas y en la elaboración de un Protocolo para la canalización de las demandas de los usuarios en el ámbito de Atención Primaria desde las Unidades Administrativas.
- Definición de responsables del Proyecto HADAS en las 11 Gerencias de Atención Primaria de Castilla y León.
- Estudio de necesidades de recursos humanos en las Unidades Administrativas de los Equipos de Atención Primaria (EAPs) para dar respuesta a las nuevas funciones definidas, y su consiguiente dimensionamiento.
- Homogenización de las agendas de los profesionales, para garantizar la accesibilidad a demanda de los usuarios
- Implementación de TICs que faciliten la solicitud de cita previa de los usuarios a través de diferentes canales, y el contacto con las Unidades Administrativas para una adecuada canalización de la demanda.
- Implementación de una herramienta tecnológica dirigida a las Unidades Administrativas de los Centros de Salud que facilite la atención al usuario y la canalización de sus demandas.
- Desarrollo de indicadores de seguimiento y evaluación de estas nuevas tareas de las Unidades Administrativas, y su inclusión en un cuadro de mando.
- Implementación de actividades formativas a los profesionales de las Unidades Administrativas encaminadas a la puesta en marcha de todos los aspectos del proyecto.

La población diana del Proyecto HADAS está constituida por los profesionales de las Unidades Administrativas de los Centros de Salud y de las Gerencias de Atención Primaria de Castilla y León, quienes son los responsables directos de la gestión de la demanda, de la atención no clínica al ciudadano y de la aplicación de los nuevos procedimientos y herramientas tecnológicas implantadas.

El proyecto tiene como población finalista a todas las personas residentes o transeúntes en Castilla y León que realizan solicitudes asistenciales o administrativas en un Centro de Salud. Estas demandas abarcan desde la atención relacionada con procesos asistenciales hasta trámites administrativos habituales (gestión de citas, documentación, información y orientación).

La intervención abarca las 11 Áreas de Salud y las 249 Zonas Básicas de Salud, incluyendo tanto medios urbanos como rurales, garantizando la accesibilidad, homogeneidad y equidad en la atención administrativa en toda la Comunidad.

Metodología

La metodología del Proyecto HADAS se estructuró en fases consecutivas y validadas por un grupo multidisciplinar. En primer lugar, se realizó un análisis de situación de la organización administrativa y de la gestión de la demanda en las 11 Áreas de Salud, identificando ineficiencias, ausencia de cita previa en muchos entornos rurales y variabilidad en los procesos administrativos. Posteriormente, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de definir funciones, priorizar actuaciones y elaborar el Protocolo de Canalización de la Demanda.

A continuación, se desarrollaron e implantaron intervenciones clave: dimensionamiento de recursos humanos, homogenización de agendas, implementación de TIC y creación del Módulo de Atención al Ciudadano. Paralelamente, se diseñó un cuadro de indicadores para seguimiento y evaluación, integrando mediciones diarias, mensuales y anuales. Finalmente, se llevó a cabo una formación estructurada al personal administrativo para garantizar la correcta implantación del modelo.

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la accesibilidad y la respuesta del sistema sanitario en Atención Primaria en Castilla y León mediante una canalización eficiente, homogénea y equitativa de las demandas de los usuarios, garantizando su derivación al profesional más adecuado en el menor tiempo posible.

Objetivos específicos

1. Dimensionar adecuadamente las Unidades Administrativas de Atención Primaria, asegurando personal suficiente y distribuido según la carga real de trabajo en cada Zona Básica de Salud.
2. Garantizar la accesibilidad, asegurando que el 100% de los usuarios pueda contactar con su Centro de Salud a través de múltiples canales (teléfono, web, APP Sacyl Conecta) y reciba respuesta en plazos óptimos definidos en el proyecto.
3. Homogeneizar agendas y procesos administrativos, reduciendo variabilidad entre áreas e impulsando una organización común que facilite la gestión integral de la demanda.

4. Fortalecer las competencias del personal administrativo mediante formación estructurada y evaluación continua, asegurando una canalización adecuada y una atención homogénea en toda la Comunidad.

Actuaciones realizadas

- Publicación Protocolo para canalización de las demandas y un vídeo explicativo.
- Homogenización agendas de profesionales sanitarios.
- Habilitación del sistema de cita previa en todas las ZBS (Cita Web, APP Sacyl Conecta y teléfono), posibilitando la opción de solicitar contacto con las Unidades Administrativas de los CS.
- Implementación en todas las ZBS del Módulo de Atención al Ciudadano: listado de trabajo que permite visualizar a los administrativos qué pacientes y sus motivos, por los cuáles necesita ponerse en contacto con su CS. También permite registrar la atención prestada en C.S.
- Realización de la actividad formativa Gestión integral de los procesos administrativos en la atención al usuario en Atención Primaria. Participaron 200+50 profesionales. Objetivos:
 - Conocer el Proyecto Hadas y funciones del personal administrativo en AP.
 - Gestión de citas y canalización de la demanda.
 - Conocer el funcionamiento de la herramienta: Módulo de Atención al Ciudadano.

Indicadores

INDICADORES DE INNOVACIÓN ORGANIZATIVA:

- Tareas administrativas pendientes:
 - Número de solicitudes pendientes
 - Número de solicitudes pendientes de cierre > 24 horas
- Tareas administrativas eficiencia y calidad
 - Número de solicitudes recibidas
 - Número de solicitudes recibidas / 1000 habitantes
 - Índice entradas/salidas
 - Número de solicitudes cerradas
 - Porcentaje de solicitudes cerradas ≤ 24 horas
 - Número de solicitudes cerradas en ≤ 24 horas

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Porcentaje de solicitudes cerradas > 24 horas
 - Número de solicitudes cerradas > 24 horas
- Tiempo medio de resolución de las solicitudes cerradas (horas)

Todos ellos se pueden explotar en diferentes ámbitos: Sacyl, Área de Salud y Zona Básica de Salud. Y con una periodicidad de explotación diaria, mensual y anual.

INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS:

- Número de profesionales administrativos de AP que se han incrementado por Área de Salud.

INDICADORES DE FORMACIÓN:

- Número de profesionales administrativos de Atención Primaria que participaron en actividad formativa y su valoración de esta.

Recursos

Recursos humanos:

Tras el estudio de necesidades se designó un responsable del Proyecto HADAS en cada Área de Salud y se incrementó el número de auxiliares administrativos en las 11 Áreas, incorporándose 167 nuevos profesionales, lo que ha permitido dimensionar adecuadamente las Unidades Administrativas y apoyar la implantación del nuevo modelo organizativo.

Recursos financieros:

Se contrató un servicio para la elaboración de material audiovisual formativo dirigido al personal administrativo de Atención Primaria, con un importe de 11.204,6 € (fondos PRI), destinado a facilitar la capacitación homogénea y la correcta aplicación de los procedimientos definidos.

Recursos tecnológicos:

- Implementación de indicadores específicos en el cuadro de mandos del Sistema de Información de Medición (BISION).
- Implantación del Módulo de Atención al Ciudadano dentro del Escritorio Profesional en todas las Áreas de Salud.
- Incorporación de la opción de solicitar contacto con las Unidades Administrativas en todos los sistemas de cita previa.
- Adaptación del IVR (sistema de respuesta de voz automatizado) para mejorar la accesibilidad en función de las circunstancias del usuario.

Basada en la evidencia

El Proyecto HADAS se apoya en la evidencia disponible sobre modelos de gestión integral de la demanda que demuestran que una adecuada canalización mejora la accesibilidad, reduce la presión asistencial y disminuye la variabilidad organizativa en Atención Primaria. La literatura internacional indica que la estandarización de agendas, la citación previa estructurada y la

introducción de herramientas digitales mejoran la eficiencia y la seguridad del paciente (Starfield, 1998; European Observatory on Health Systems, 2022). Asimismo, las experiencias de reorganización administrativa muestran que la definición clara de roles administrativos incrementa la resolución no clínica y evita consultas innecesarias (WHO Primary Health Care Report, 2020).

El análisis de situación de Castilla y León confirmó estos hallazgos, y las intervenciones implementadas —protocolización, TIC, incremento de RRHH y formación— se alinean con las recomendaciones de la OMS y la Estrategia Nacional de Atención Primaria 2022 para mejorar accesibilidad y continuidad asistencial.

Equidad

Estas unidades administrativas se consolidan como una unidad funcional de las áreas, responsables de gestionar la canalización de la demanda de los/as ciudadanos/as, de manera que se evita la heterogeneidad en el área administrativa entre unos centros de salud y otros y las demandas son resueltas de forma integrada, dando soporte a que cada paciente sea atendido por el profesional adecuado a su proceso de una forma homogénea en todas las zonas básicas de salud.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del Proyecto HADAS se fundamenta en la consolidación organizativa, tecnológica y formativa implantada en todas las Áreas de Salud. La estructuración de las Unidades Administrativas, el incremento estable de personal administrativo y la homogenización de procesos garantizan que el modelo continúe funcionando sin necesidad de inversiones adicionales significativas. Asimismo, la implantación del Módulo de Atención al Ciudadano, la adaptación del IVR y la estandarización de los sistemas de cita previa permiten mantener la accesibilidad y la resolución en tiempos óptimos de manera sostenida, reduciendo desplazamientos innecesarios de los usuarios y mejorando la eficiencia en un territorio extenso y con población envejecida.

La formación impartida y los materiales creados constituyen un recurso permanente que facilita la incorporación de nuevos profesionales y el reciclaje periódico del personal, asegurando la continuidad del modelo. La existencia de indicadores explotables en BISION permite evaluar de forma continua el funcionamiento del proyecto y realizar ajustes que refuercen su durabilidad.

Transferibilidad

El Proyecto HADAS es un modelo plenamente transferible gracias a su diseño estructurado, su base metodológica común y la estandarización de procesos y herramientas.

Su implantación en las 11 Áreas de Salud de Castilla y León demuestra su capacidad de adaptarse a contextos organizativos diversos, tanto urbanos como rurales, consolidando una metodología homogénea aplicable en otros territorios.

La existencia del Protocolo de Canalización de la Demanda, junto con los materiales formativos desarrollados, facilita su adopción inmediata, proporcionando una guía clara para la organización y funcionamiento de las Unidades Administrativas.

El despliegue del Módulo de Atención al Ciudadano y de indicadores estandarizados en BISION permite replicar el seguimiento, la monitorización y la evaluación continua.

Asimismo, los resultados formativos obtenidos, con alta satisfacción y aplicabilidad, confirman que el proceso de capacitación es exportable.

En conjunto, HADAS constituye un modelo escalable, adaptable y fácilmente reproducible.

Efectividad

La efectividad del Proyecto HADAS se evidencia en los avances logrados en la gestión de la demanda, la accesibilidad y la homogeneización organizativa en Atención Primaria. La implantación del Módulo de Atención al Ciudadano, la estandarización de agendas, el incremento de recursos administrativos y la protocolización de procesos han permitido mejorar la canalización y resolución de solicitudes en tiempos óptimos, alcanzándose 729.495 solicitudes cerradas en ≤ 24 h en 2025.

La formación, como elemento habilitador del modelo, ha demostrado una elevada efectividad: 250 profesionales formados, valoración media 4,60/5 y 98,7% recomendaría la actividad, con clara aplicabilidad al puesto (95,5%) (la formación amplió plazas de 200 a 250 participantes por la alta demanda).

La combinación de mejoras estructurales, tecnológicas y competenciales evidencia que el proyecto impacta positivamente tanto en la experiencia de los usuarios como en la capacidad resolutoria de las Unidades Administrativas.

Eficiencia

El Proyecto HADAS ha optimizado los recursos disponibles, mejorando la gestión administrativa sin añadir complejidad organizativa.

La implantación del sistema de cita previa en todas las Zonas Básicas de Salud y del Módulo de Atención al Ciudadano ha reducido desplazamientos innecesarios, equilibrado la carga de trabajo y agilizado la resolución de solicitudes.

El incremento planificado de 167 auxiliares administrativos, junto con la protocolización de procesos y la homogenización de agendas, ha reforzado la eficiencia operativa. Los indicadores reflejan un aumento sostenido de solicitudes cerradas en ≤ 24 horas, alcanzando 729.495 en 2025, lo que evidencia una respuesta más ágil y eficiente.

La formación también contribuyó a esta eficiencia: con una única edición y materiales unificados se formó a 250 profesionales, obteniendo una valoración media de 4,60/5, un 98,1% que consideró la plataforma fácil y un 100% que valoró útiles los materiales.

La estandarización, el uso de TIC y la capacitación específica han permitido maximizar resultados con un consumo mínimo de recursos.

Participación multidisciplinar

El Proyecto HADAS integra una participación multidisciplinar real y estructurada desde su diseño hasta su implantación. El Protocolo de Canalización de la Demanda fue elaborado por un grupo

de trabajo formado por profesionales de distintas áreas de la Gerencia Regional de Salud, y representantes de las Gerencias de Atención Primaria. Cada Equipo de Atención Primaria adapta posteriormente el protocolo a las características de su Zona Básica de Salud, generando un proceso colaborativo que involucra a profesionales administrativos y personal sanitario.

Además, la formación asociada al proyecto ha contado con la participación coordinada de perfiles técnicos, administrativos y asistenciales, reforzando el enfoque transversal del modelo y garantizando que todos los roles implicados comprendan y apliquen de forma coherente los nuevos procedimientos. Esta diversidad profesional asegura la integridad del modelo y la coherencia en su aplicación en toda la Comunidad.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial constituye un elemento clave del Proyecto HADAS, especialmente en las acciones dirigidas a la ciudadanía para favorecer un uso adecuado de los recursos de Atención Primaria. Además de la difusión realizada desde los Centros de Salud, el proyecto cuenta con la participación de instituciones, administraciones locales y entidades formativas externas, como ayuntamientos, asociaciones municipales y CYL Digital, que colaboran impartiendo sesiones sobre el manejo de herramientas de cita previa y sobre el uso de Sacyl Conecta, facilitando así la alfabetización digital de los usuarios.

<https://www.cyldigital.es/curso/aprende-utilizar-sacyl-conecta-tu-portal-de-salud-online-42>

Esta coordinación con otros sectores complementa la labor de las Unidades Administrativas y contribuye a mejorar la accesibilidad, reducir desplazamientos innecesarios y promover una relación más eficiente entre ciudadanía y sistema sanitario. La implicación de actores externos permite reforzar la continuidad del proyecto, ampliar su alcance comunitario y asegurar que la población disponga de apoyos múltiples para gestionar eficazmente sus demandas.

Evaluación

La evaluación del Proyecto HADAS se basa en un sistema continuo que integra métricas asistenciales, organizativas y formativas.

El cuadro de mando BISION y el Módulo de Atención al Ciudadano permiten monitorizar diariamente solicitudes, tiempos de respuesta y cierres en ≤ 24 h por Área de Salud. La evolución del número de solicitudes recibidas muestra un incremento progresivo entre 2024 y 2025, evidenciando un mayor uso del sistema y una mejor accesibilidad de la ciudadanía. Paralelamente, en 2025 se alcanzó un 96,30% de solicitudes resueltas en menos de 24 horas, lo que demuestra una alta capacidad de respuesta operativa.

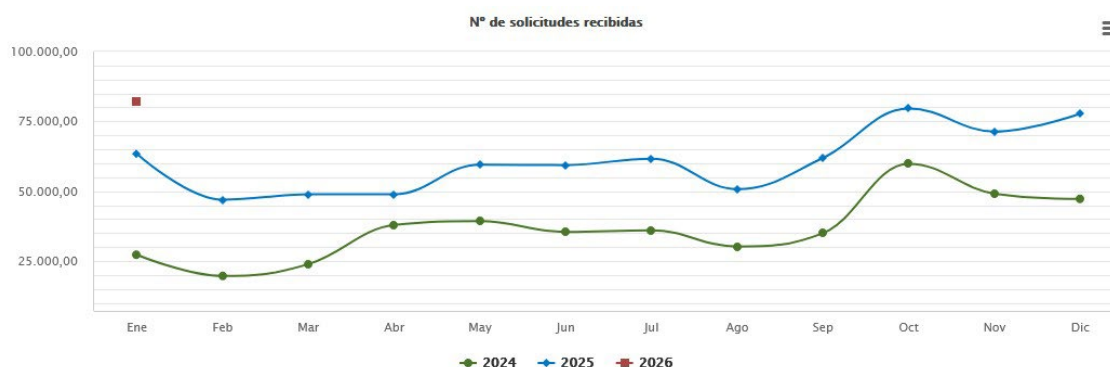


Figura 1. Evolución del número de solicitudes recibidas entre 2024 y 2025.

La formación, esencial en la implantación del modelo, fue evaluada tras capacitar a 250 profesionales, obteniendo resultados excelentes: valoración media 4,60/5, expectativas cumplidas 97,5%, recomendación 98,7% y fiabilidad del cuestionario $\alpha=0,941$. Los resultados formativos y asistenciales alimentan la mejora continua, permitiendo ajustar contenidos, protocolos y herramientas tecnológicas.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL1-1: Implementación de protocolos XED para la resolución enfermera de procesos agudos leves integrados en el sistema corporativo XIDE–IANUS 5 del Servizo Galego de Saúde.

Juan José Augusto Sánchez Castro (1), Maite Matalobos Luis (1), Mery Bermúdez Virgós (1),
Sindia Fuentes Silva (2), Víctor Bustelo Cerqueiras (2), Sofía López Linares (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de A Estrada, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), (2) Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria, SERGAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, sistemas de información, protocolos asistenciales, gestión de la demanda, historia clínica electrónica, coordinación asistencial.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Atención Primaria se enfrenta a un aumento sostenido de la demanda asistencial inmediata derivado del envejecimiento poblacional, la multimorbilidad y un cambio cultural en las expectativas de la ciudadanía, que busca respuestas rápidas ante procesos agudos leves y autolimitados. Este volumen creciente de demanda espontánea repercute en la accesibilidad, congestiona las agendas médicas, dificulta la atención programada y compromete la continuidad asistencial.

El modelo organizativo tradicional, basado en la resolución mayoritaria de estos procesos en consulta médica, se ha mostrado insuficiente para absorber esta carga manteniendo estándares de calidad, equidad y seguridad. Era necesario un cambio estructural que reorganizara los flujos de atención, permitiera trabajar por competencias, optimizara los recursos disponibles y asegurara una respuesta resolutive desde el primer contacto con el sistema sanitario.

En este contexto surge la implementación de los protocolos XED (Xestión Enfermeira da Demanda), integrados en el sistema corporativo XIDE (Xestión Integral da Demanda en Equipo) del Servizo Galego de Saúde. La propuesta se basa en un modelo de atención innovador que permite que los procesos agudos leves susceptibles de ser manejados por enfermería se deriven directamente desde la citación, garantizando una respuesta ágil, segura y protocolizada. Los 25 protocolos clínicos XED han sido elaborados por un comité interprofesional, validados por expertos en investigación clínica y gestión sanitaria, y se ejecutan mediante la herramienta digital OHCARE, totalmente integrada en la historia clínica electrónica IANUS 5, lo que asegura trazabilidad y homogeneidad asistencial.

El pilotaje realizado en el centro de salud de A Estrada evidencia que más de un tercio de los casos (36,75%) se resuelven de forma autónoma por enfermería, con reducción significativa de tiempos de espera, descongestión de la consulta médica y mejora de la satisfacción de la ciudadanía: el 91% valora positivamente la rapidez y el 86% considera adecuada la atención recibida. Además, el modelo ha fortalecido el trabajo en equipo, la cultura colaborativa y el desarrollo competencial de los profesionales.

Esta buena práctica se alinea directamente con las prioridades del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025–2027, especialmente en los ejes de reorganización de flujos asistenciales, fortalecimiento del rol enfermero, digitalización, accesibilidad y eficiencia. Asimismo, responde a la Estrategia de Salud Digital, la Estrategia Galega de Saúde 2030, el Plan de Prioridades Sanitarias de Galicia y los marcos internacionales orientados a la redistribución de tareas y al desarrollo de modelos asistenciales centrados en la persona. También contribuye a la Quíntuple Meta, al mejorar resultados clínicos, experiencia del paciente, bienestar profesional, eficiencia y equidad.

El valor añadido del proyecto XED radica en su integración total en el ecosistema corporativo del SERGAS, su fundamentación en evidencia científica, su robusta metodología de protocolos estandarizados y su demostrada efectividad en un entorno real. Su carácter modular, escalable y reproducible lo convierte en una propuesta sólida para ser difundida como Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo a la sostenibilidad, calidad y resiliencia de la Atención Primaria.

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica se dirige a personas que acuden a Atención Primaria por procesos agudos leves, de baja complejidad clínica y curso autolimitado, incluidos en los 25 protocolos XED (molestias urinarias en la mujer, dolor de garganta, resfriado, diarrea, vómitos, ojo rojo, hipertensión ocasional, estreñimiento, epistaxis, mastitis, etc.).

La población diana abarca la población adulta, en la que se ha desarrollado el pilotaje inicial del modelo.

El ámbito de aplicación es el primer nivel asistencial, específicamente la consulta de enfermería integrada en el circuito de demanda espontánea gestionado por el sistema corporativo XIDE. El proyecto se ha desarrollado en el servicio de atención primaria de A Estrada “Población de referencia: 21.000 habitantes (18.027 adultos), en un entorno rural/semiurbano, como pilotaje del Servizo Galego de Saúde.

La práctica es plenamente aplicable a cualquier centro del SNS que disponga de historia clínica electrónica interoperable, equipos multidisciplinares consolidados y circuitos de citación estructurados.

Metodología

La implantación de los protocolos XED se realizó mediante una metodología estructurada en cinco fases: diseño, integración tecnológica, formación, implementación progresiva y evaluación continua.

1. Diseño: Identificación de procesos susceptibles de resolución enfermera y elaboración de 25 protocolos estructurados con 17 apartados comunes, validados por un comité interprofesional.
2. Integración tecnológica: Inclusión de los protocolos en la historia clínica electrónica IANUS 5, ejecución operativa mediante OHCARE, y derivación automatizada desde XIDE según motivo de consulta.
3. Formación: Capacitación específica de enfermería, sesiones clínicas y simulaciones de aplicación de flujogramas.

4. Implementación: Despliegue progresivo entre junio de 2024 y diciembre de 2025, pasando de 11 a 25 protocolos activos.
5. Evaluación: Análisis continuo de indicadores, revisión de resultados, identificación de barreras y ajustes operativos.

El método garantiza seguridad, trazabilidad, homogeneidad clínica y capacidad de replicación.

Objetivos

Los objetivos del proyecto XED son específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporales (SMART):

1. Mejorar la accesibilidad a la Atención Primaria, garantizando que los procesos agudos leves sean atendidos de forma ágil desde el primer contacto (meta: reducir tiempos de espera <48 h).
2. Incrementar la capacidad resolutive de enfermería, logrando que $\geq 30\%$ de los procesos compatibles se resuelvan sin derivación médica (resultado ya alcanzado en el pilotaje: 36,75%).
3. Descongestionar la consulta médica, liberando tiempo para atención programada y crónicos (meta: reducción del 15% en demanda médica por procesos leves).
4. Aumentar la satisfacción del paciente, mejorando la percepción de rapidez y adecuación de la atención (objetivo: >85% satisfacción).
5. Optimizar la eficiencia organizativa, mediante la integración digital del circuito XIDE–OHCARE–IANUS.
6. Garantizar calidad y seguridad clínica, aplicando protocolos basados en evidencia y revisables periódicamente.

Estos objetivos se alinean con la Estrategia de AP y Salud Digital.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones desarrolladas incluyen acciones organizativas, tecnológicas, formativas y asistenciales:

- Elaboración de protocolos XED: 25 documentos estructurados con anamnesis, exploración, manejo, educación, tratamiento, flujogramas y criterios de seguridad.
- Integración digital: Inclusión en IANUS 5, despliegue operativo con OHCARE y activación de la derivación automática desde XIDE.
- Reorganización del circuito de demanda: El PSX identifica el motivo de consulta; XIDE categoriza; OHCARE guía la intervención; y la resolución se integra en la historia clínica.
- Formación del equipo: Talleres, sesiones clínicas, simulaciones de casos y revisión conjunta con medicina de familia.

- Pilotaje progresivo: Inicio en junio 2024 con 11 protocolos; consolidación de 19 en marzo 2025 y ampliación a 25 en diciembre de 2025.
- Evaluación continua: Monitorización de indicadores de accesibilidad, resolutivez, tiempos asistenciales y satisfacción del paciente.

Estas actuaciones han permitido una implantación segura, escalable y basada en evidencia.

Indicadores

El modelo XED utiliza indicadores de proceso, resultado e impacto, todos ellos verificables y medidos mediante registro automático en OHCARE e IANUS 5.

Indicadores de proceso:

- Número de citas XED registradas.
- Porcentaje de protocolos activados sobre los disponibles.
- Tiempos desde citación hasta resolución.
- Cumplimiento de flujogramas y criterios de derivación.

Indicadores de resultados:

- Porcentaje de procesos resueltos por enfermería (meta $\geq 30\%$; resultado: 36,75%).
- Porcentaje de derivaciones médicas justificadas por criterios clínicos.
- Tasa de re-consultas a 7 y 30 días.

Indicadores de impacto:

- Reducción de la presión asistencial en medicina de familia.
- Aumento del tiempo disponible para crónicos y programados.
- Satisfacción del paciente (86% adecuada; 91% rapidez).
- Percepción profesional (autonomía, claridad de roles, seguridad).

Todos los protocolos XED incluyen indicadores propios incorporados a su estructura oficial.

Recursos

Recursos humanos:

Enfermería generalista y especialista (familiar y comunitaria; obstétrico-ginecológica), medicina de familia, personal de servicios generales (PSX) y equipo directivo. La participación está alineada con las funciones de cada perfil y no requiere ampliaciones de plantilla.

Recursos tecnológicos:

- OHCARE como herramienta digital para la ejecución de protocolos.
- IANUS 5 para el registro clínico estructurado e interoperable.
- XIDE como sistema corporativo de gestión de la demanda. • Protocolos XED integrados digitalmente y actualizables.

Recursos organizativos:

- Sesiones formativas.
- Circuitos asistenciales redefinidos.
- Evaluación interna periódica.
- Soporte institucional de la Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria.
- El proyecto se implementa con recursos ya existentes en el sistema, optimizando su uso, sin requerir inversión extraordinaria adicional, lo que favorece su sostenibilidad y transferibilidad.

Basada en la evidencia

Los protocolos XED se sustentan en evidencia científica actualizada, guías clínicas nacionales e internacionales y recomendaciones de organismos como OMS y OCDE. El comité interprofesional responsable (enfermería, medicina de familia, expertos en gestión clínica e investigación) diseñó cada protocolo siguiendo metodología estandarizada, revisiones sistemáticas y criterios terapéuticos vigentes.

Cada protocolo incluye referencias bibliográficas específicas, criterios de seguridad, algoritmos basados en práctica clínica contrastada y flujogramas estructurados, garantizando una toma de decisiones homogénea y fundamentada.

El modelo se alinea con la literatura internacional que respalda la reasignación de tareas (task shifting), la gestión enfermera de la demanda, el uso de algoritmos clínicos y la digitalización de procesos asistenciales como herramientas eficaces para mejorar accesibilidad y eficiencia.

La actualización periódica, incorporada en la propia estructura del proyecto, asegura que la práctica evolucione de acuerdo con nuevas evidencias, garantizando calidad, seguridad y rigor clínico.

Equidad

El modelo XED mejora la equidad al facilitar un acceso más rápido y homogéneo a la atención sanitaria, independientemente del género, edad, nivel socioeconómico o lugar de residencia. Al estar implantado en un entorno rural/semiurbano como A Estrada, contribuye a reducir brechas territoriales habituales en el acceso a procesos agudos leves.

La derivación automatizada desde XIDE evita sesgos subjetivos y asegura que todas las personas reciben la misma respuesta ante un mismo motivo de consulta. Los protocolos estandarizados reducen la variabilidad clínica y garantizan la seguridad incluso en colectivos vulnerables.

El enfoque educativo (presente en todos los protocolos) promueve el autocuidado y empodera especialmente a personas con baja alfabetización sanitaria.

Al descongestionar la consulta médica, se mejora la equidad para pacientes crónicos y polimedicados, que requieren mayor continuidad asistencial. En conjunto, el modelo reduce desigualdades y garantiza un acceso más justo, oportuno y basado en necesidad clínica.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del modelo XED se garantiza gracias a su integración total en los sistemas corporativos del SERGAS (XIDE, OHCARE e IANUS 5), lo que evita la dependencia de herramientas externas y reduce costes estructurales. La práctica no requiere incremento de plantilla ni inversiones tecnológicas adicionales, ya que aprovecha infraestructuras existentes.

La actualización periódica de los protocolos y la formación continua del personal aseguran su vigencia clínica y organizativa. La automatización del circuito asistencial reduce carga administrativa, optimiza agendas y libera tiempo para actividades de alto valor, lo que favorece su mantenimiento a largo plazo.

Además, el modelo contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario al mejorar la eficiencia, disminuir derivaciones innecesarias y optimizar el uso del recurso médico. Su diseño modular y escalable permite adaptarlo a centros con diferentes características sin comprometer su funcionamiento.

Transferibilidad

El modelo XED es altamente transferible porque utiliza herramientas corporativas interoperables disponibles en cualquier centro del SERGAS (XIDE, OHCARE, IANUS 5). Los protocolos siguen una estructura homogénea y replicable, con indicadores, flujogramas y criterios claros que permiten su adopción sin necesidad de rediseño.

La metodología de implantación —formación, implementación progresiva, revisión de indicadores y coordinación interprofesional— puede reproducirse en otros centros de Atención Primaria del SNS con mínimos ajustes.

El pilotaje en A Estrada ha demostrado su viabilidad en un entorno rural/semiurbano, lo que facilita la extrapolación a distintos contextos organizativos. Además, el apoyo institucional de la Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria asegura acompañamiento, documentación y soporte metodológico para su extensión.

La claridad del circuito XIDE–XED y su integración en historia clínica lo convierten en un modelo fácilmente escalable y exportable a otros territorios.

Así actualmente en el mes de noviembre se empezó el pilotaje en el SAP de Bueu (AS Pontevedra-Salnés) y en el mes de diciembre se empezará en el SAP de as Pontes (AS Ferrol).

Efectividad

El pilotaje del modelo XED demostró una efectividad clara en resultados clínicos y organizativos. Entre junio 2024 y marzo 2025 se registraron 1.559 citas compatibles con protocolos XED, de las cuales 573 (36,75%) fueron resueltas de forma autónoma por enfermería.

La correcta aplicación de flujogramas, criterios de seguridad y derivación garantizó la ausencia de eventos adversos relevantes y una tasa baja de re-consultas.

Los pacientes manifestaron una experiencia positiva: 86% valoró adecuada la atención y 91% destacó la rapidez en la resolución.

La efectividad organizativa se refleja en la reducción de la presión asistencial médica y el aumento de tiempo disponible para patologías complejas y crónicas.

Estos resultados demuestran que el modelo proporciona una atención más ágil, segura y adecuada, consolidándose como una práctica efectiva, medible y basada en datos reales del entorno asistencial.

Eficiencia

La práctica mejora la eficiencia organizativa al redistribuir adecuadamente la carga asistencial: los procesos leves son resueltos por enfermería, reservando la intervención médica para casos de mayor complejidad. Esto reduce tiempos de espera, evita citas duplicadas y mejora la productividad del equipo.

El uso de sistemas corporativos ya implantados (XIDE, OHCARE, IANUS 5) permite implementar el modelo sin inversión adicional, lo que incrementa la eficiencia económica.

La automatización de la derivación desde XIDE elimina triajes intermedios y reduce burocracia. La estandarización mediante protocolos reduce variabilidad y evita pruebas o tratamientos innecesarios.

La optimización del circuito asistencial y la disminución de la presión sobre medicina de familia permiten un uso más racional del recurso profesional, logrando mejor relación coste-beneficio.

El modelo XED demuestra que es posible mejorar accesibilidad y calidad manteniendo eficiencia y sostenibilidad.

Participación multidisciplinar

El proyecto XED involucra a múltiples perfiles profesionales en un circuito colaborativo estructurado. El PSX identifica el motivo de consulta y activa la derivación automática desde XIDE. La enfermería generalista y especialista aplica los protocolos clínicos mediante OHCARE y realiza la resolución autónoma o derivación según criterios. La medicina de familia garantiza la continuidad asistencial, aborda casos no resolubles por enfermería y participa en la revisión de protocolos.

El comité interprofesional responsable del diseño y actualización de los protocolos incluye profesionales de Atención Primaria, especialistas en investigación clínica y expertos en gestión sanitaria.

Las sesiones clínicas, la revisión conjunta de casos y la metodología de implantación progresiva fortalecen el trabajo en equipo, mejoran la coherencia asistencial y consolidan una cultura colaborativa.

La práctica demuestra que la multidisciplinariedad mejora la calidad, la seguridad y la eficiencia, alineándose con modelos avanzados de atención centrados en la persona.

Colaboración intersectorial

Aunque el proyecto XED se desarrolla principalmente en el ámbito sanitario, mantiene colaboración con estructuras organizativas y estratégicas del sistema público. La Dirección Xeral

de Planificación e Reforma Sanitaria proporciona soporte metodológico, acompañamiento y validación institucional.

El PSX, como personal administrativo no sanitario, participa activamente en el circuito asistencial mediante la identificación del motivo de consulta y la activación automática desde XIDE, lo que constituye una colaboración intersectorial interna entre sectores sanitario y administrativo.

Asimismo, el modelo facilita la relación con servicios tecnológicos corporativos encargados del mantenimiento de OHCARE, IANUS 5 y XIDE, integrando así componentes organizativos, clínicos y tecnológicos.

En conjunto, estas colaboraciones permiten un funcionamiento integrado, sostenible y eficiente del sistema, reforzando la continuidad asistencial y asegurando la correcta interoperabilidad entre ámbitos clínicos, administrativos y tecnológicos.

Evaluación

La evaluación es un componente esencial del modelo XED. Durante el pilotaje se realizó una evaluación continua basada en datos reales recogidos automáticamente en OHCARE e IANUS 5. Se analizaron indicadores de actividad, resolutividad, seguridad clínica, tiempos asistenciales y satisfacción del paciente.

Los resultados se revisaban periódicamente en sesiones clínicas con enfermería y medicina de familia, identificando barreras y oportunidades de mejora. La Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria supervisó el proceso, garantizando rigor metodológico.

Para la siguiente fase está prevista una evaluación formal que incluirá cuestionarios validados (PACIC, PREM), análisis coste-efectividad y comparativas entre centros con y sin implantación XED.

Este enfoque estructurado asegura la mejora continua, permite mantener la calidad asistencial y aporta una base sólida para decisiones estratégicas y escalabilidad del modelo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL1-2: Unidad móvil de radiología convencional

Felipe Calle Velles (1), Inés Ares Romero (1), Felipe Calle Velles (1), Susana Cerqueiro Gómez (1), Teresa Ferreiro Serrano (1), Juan Manuel González Lorenzo (1), María José López Rebollo (1), Ángel Miguel Pérez Herbón (1), Miguel Pombar Cameán (1), Javier Quiles del Río (1)

(1) Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, radiología convencional, acceso a pruebas diagnósticas, atención domiciliaria, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La radiología simple es la prueba complementaria de primera elección en múltiples patologías (neumonías, fracturas o artrosis, entre otras), por lo que debe ser una técnica accesible al médico de familia. Así se consigue disminuir los tiempos de diagnóstico y mejorar los resultados en salud, lo que influye altamente en la calidad asistencial prestada, así como en la calidad de la atención percibida.

El proyecto de la Unidad Móvil de Radiología Convencional surgió por la necesidad de acercar a los pacientes servicios de radiología, no disponibles como prestación en la cartera de servicios de distintos centros de salud del Área Sanitaria (enmarcados en ámbito rural, con población envejecida), ni en servicios limítrofes: los pacientes se veían obligados a realizar desplazamientos al Hospital Clínico, o al Centro de Salud Concepción Arenal (ambos sitios en Santiago de Compostela) cada vez que el médico de Atención Primaria precisaba completar el diagnóstico del paciente mediante la realización de una radiografía.

Esta realidad influía de manera totalmente ineficiente en el propio paciente (personas envejecidas con dificultades de movilidad) y en su familia (tiempo y coste en desplazamientos de ida y vuelta de hasta 80 kilómetros); emisiones de CO₂ a la atmósfera (limitaciones de conexión con sistema de transporte público); en la circulación vial (accesos a la ciudad, dificultades de aparcamiento); sobrecarga de servicios asistenciales; y en la actividad del profesional sanitario (se acortan tiempos en la atención a los pacientes lo que redundaba en la mejora de la calidad asistencial).

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La principal característica de este nuevo dispositivo asistencial, además de su modernidad y elevados estándares de calidad, es su movilidad. Es por ello que supuso un auténtico reto en innovación y gestión sanitaria en tanto en cuanto:

- Integración de las imágenes obtenidas por el equipo de radiología a la historia clínica del paciente: hubo que contar con nuestros servicios informáticos, quienes fueron

capaces de conseguir que la prueba se integre en tiempo real en la historia clínica electrónica del paciente, independientemente de su ubicación. La imagen es analizada por IA (inteligencia artificial) emitiéndose un primer informe, tras lo que el médico decide si este informe es compatible con la clínica del paciente y cierra el diagnóstico; o si, por el contrario, precisa ser informada por un especialista en radiología del Hospital Clínico.

- Adecuación de agendas: esta nueva unidad atiende a 6 centros de salud desde su base (Centro de Salud de Ordes). Se adecuaron las agendas a las necesidades de cada centro de salud en función del análisis de las peticiones generadas con anterioridad, teniendo también en cuenta los tiempos de desplazamiento, de puesta en marcha (la unidad hay que estabilizarla, conectarla a la corriente, poner en funcionamiento el equipo de radiodiagnóstico); y además hubo que adecuar los espacios y conexiones en el exterior de los centros de salud en los que presta servicio.
- Portabilidad: Se ha dotado un vehículo (autobús) equipado con equipo de radiología digital.
- Dotación de recursos humanos: Se incorporan un chófer y un técnico superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.

Con este nuevo dispositivo todos los pacientes de nuestra área sanitaria, están a menos de 20 minutos de una sala de radiología.

Población diana / ámbito de aplicación

El proyecto aplica a la realización de estudios radiológicos simples en una población diana de 31.775 personas que residen en el entorno rural configurado por los Concellos de Santa Comba, Pontecarreira, Tordoia, Trazo (Viaño Pequeno) y Xanceda.

Metodología

Tras evidenciar las necesidades de cobertura de estudios radiológicos simples al área referenciada en la población diana, se realizó:

- Análisis del volumen de actividad
 - Revisión de número de peticiones de radiografía simple solicitadas por médicos de atención primaria en el año previo.
- Estructuración de las agendas de la prestación.
- Planificación del circuito y distribución de tiempos:
 - Ubicación de los centros y distancia entre ellos.
 - Horario y días
- Determinación conjunta de necesidades de recursos humanos/ perfiles profesionales
- Difusión de la implementación de la Unidad Móvil en los centros correspondientes
- Evaluación del proyecto cualitativa y cuantitativa.

Objetivos

- Disminuir los tiempos de espera para la realización de radiografías simples solicitadas por el médico de familia, mejorando los tiempos de diagnóstico.
- Contribuir a la mejora en cuanto a accesibilidad de los pacientes a la prueba complementaria de primera elección en Atención Primaria. Cercana a su domicilio.
- Evitar desplazamientos, lo que redundará en la disminución del impacto ambiental ante las emisiones del principal gas de efecto invernadero.

Actuaciones realizadas

La planificación y valoración para la puesta en marcha del dispositivo asistencial supuso adecuar y valorar aspectos como:

- Adaptación a contextos específicos: entornos rurales y de emergencia; previsión de situaciones de crisis y desastres.
- Factores económicos y de sostenibilidad: relación coste / beneficio; impacto ambiental.
- Capacitación y recursos humanos: formación del personal; soporte clínico remoto.
- Integración operativa y de flujo de trabajo: protocolos de derivación; gestión de citas y logística.
- Adquisición de la unidad móvil como sala de rayos X.
- Compatibilidad tecnológica y de datos: conectividad, interoperabilidad y formato.

Indicadores

- Derivaciones evitadas.
- Tiempo de emisión de informe.
- Tasa de diagnóstico temprano.
- Satisfacción del paciente.
- Disponibilidad de citas.

Recursos

Para el desarrollo del proyecto ha sido necesarios recursos organizativos, humanos y de equipamiento, garantizando la adecuación práctica de estudios radiológicos con seguridad para pacientes y trabajadores

- Recursos Humanos: Incorporación de conductor y técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear a la plantilla

- Recursos Materiales: Adquisición de la unidad móvil: adecuación y acondicionamiento. Dosímetros

La Unidad Móvil viene a sumarse a las otras nueve salas de radiología existentes en nuestra área sanitario, situadas en los centros de salud de: A Estrada, Arzúa, Lalín, Muros, Noia, Rianxo y las dos de Concepción Arenal.

Equidad

Elimina barreras de distancia para diagnósticos esenciales aproximando la atención a la población diana. Se atiende a pacientes de la misma manera que en una sala de radiología convencional del hospital, con la diferencia de que los espacios y dimensiones son acordes a la unidad móvil, lo que redundará indefectiblemente en la equidad asistencial con independencia del entorno (sea rural o urbano) y del lugar donde vivas.

Sostenibilidad

Tras un año desde la puesta en marcha se ha demostrado la viabilidad, la eficiencia operativa demostrada, con más de 5.600 pacientes atendidos y 6.100 estudios realizados anualmente. La unidad ha demostrado una productividad excepcional y se ha garantizado la continuidad del proyecto.

También se constata el beneficio para el medioambiente y para las personas: Esos casi 7000 km que no se recorren a la semana, que producirían una gran cantidad de emisiones de CO₂ y que no se vierten a la atmósfera, permite afirmar que esta prestación, además de evitar las emisiones de gas de efecto invernadero, alinea el sistema sanitario con un modelo de sanidad que también cuida del medio ambiente.

Transferibilidad

La experiencia adquirida desde la puesta en funcionamiento del dispositivo asistencial permite afirmar que la transferibilidad a otros sistemas y entornos es posible en tanto en cuanto es posible la interoperabilidad de datos, la integración operativa, el cumplimiento regulatorio de normas y estándares, la capacitación del personal y la adaptabilidad al contexto.

La alineación de todos estos elementos convierte al dispositivo asistencial en un recurso flexible que extiende la capacidad diagnóstica al sistema sanitario, mejora la equidad en el acceso y refuerza la resiliencia ante desigualdades geográficas.

Los datos obtenidos y la buena acogida del proyecto son la causa del interés en la implementación de este dispositivo en otras áreas geográficas del ámbito territorial del Servicio Gallego de Salud.

Efectividad

La unidad móvil de radiodiagnóstico combina la flexibilidad de un vehículo con la capacidad de realizar estudios de imagen radiológica simple.

La programación semanal está diseñada para maximizar la cobertura y la accesibilidad en las distintas localidades. La distribución de horarios y la capacidad asignada por sesión se ajustan para atender la demanda específica de cada zona.

Su efectividad viene marcada por los indicadores que reflejan tanto la calidad asistencial, como el impacto organizativo.

Eficiencia

Cada semana en las 6 ubicaciones se realizan radiografías a 96 pacientes distintos (cada paciente puede que tenga que hacer varias radiografías) con un total de 111 estudios radiológicos, lo que supuso un total de 6.885 km evitados (viaje de ida y vuelta desde Madrid a Moscú) y sus consiguientes emisiones de CO2 a la atmósfera.

Además del tiempo ganado por estos enfermos y sus acompañantes en los desplazamientos, se minimizan demoras en la lista de espera para estudios radiológicos convencionales.

Participación multidisciplinar

El proyecto materializarse gracias a la colaboración e implicación de la Subdirección de Sistemas y Tecnologías de la Información, de la Dirección de Recursos Económicos, del Servicio de Radiología, del Servicio de Radiofísica Hospitalaria y del Servicio de Admisión en coordinación con la Dirección de Atención Primaria, impulsor del proyecto.

Evaluación

La distribución de la actividad por localidad refleja una demanda consolidada y una alta penetración del servicio en las comunidades objetivo.

Resumen de Actividad Anual		
	Pacientes Atendidos	Estudios Realizados
Ordes	1.865	1.991
Santa Comba	1.785	1.945
Xanceda-Mesia	621	721
Tordoia	573	626
ViañoPequeño	477	505
Pontecarreira	317	336
Roxos	44	44
Totales	5.682	6.168

Figura 1. Distribución de la actividad por localidad.

La disponibilidad de citas, indicador clave de la accesibilidad del servicio y su capacidad para dar respuesta ágil, muestran tiempos de espera gestionables: (*01/12/2025) Días hábiles de espera:

- XANCEDA-MESIA: 2
- STA.COMBA: 3

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- TORDOIA: 5
- VIAÑOPEQUENO: 9
- ORDES: 13
- PONTECARREIRA: 16

Esta variación se correlaciona directamente con el volumen de actividad anual: Ordes y Santa Comba, los centros con mayor número de pacientes atendidos, presentan los tiempos de espera más prolongados (13 y 3 días respectivamente, a pesar de contar con dos días de servicio semanal), subraya una demanda que está utilizando la capacidad del servicio al máximo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL1-3: Gestión Integral de la Demanda en Equipo (Sistema XIDE)

María Jesús Rodríguez Abellón (1), Profesionales de las áreas administrativas y clínicas (1)

Servicio de Atención Primaria de Culleredo, Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, gestión de la demanda, trabajo en equipo, organización asistencial, accesibilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Atención Primaria (AP) es fundamental como eje vertebrador de nuestro Sistema. Las actuaciones de sus profesionales, trabajando en equipo y coordinados con otros niveles sanitarios y sociales, garantizan el orden adecuado en el flujo asistencial y la oferta de un servicio adaptado a las necesidades de las personas.

El problema percibido y expresado especialmente por los médicos de AP desde hace años es la elevada presión asistencial. La media diaria de consultas atendidas por un médico en un centro de salud puede superar el rango de 35-40 diarias. Esta situación genera insatisfacción entre profesionales y pacientes, ya que el exceso de presión asistencial se asocia a un menor tiempo de dedicación en consulta y a una peor calidad en la atención.

Las principales causas del aumento de la demanda asistencial son múltiples:

- a. Aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y mayor presencia de personas con necesidades sociales y sanitarias complejas relacionadas con el envejecimiento poblacional
- b. Falta de ordenación de la demanda espontánea
- c. Falta de gestión enfermera de la demanda. Existe indefinición y falta de desarrollo de la cartera de servicios de enfermería, a pesar de su demostrado potencial resolutivo
- d. Demasiada burocracia
- e. Listas de espera hospitalarias: la dificultad de accesibilidad a nivel hospitalario puede revertir en exceso de consultas en atención primaria.
- f. Inadecuación en la planificación de necesidades de profesionales y oferta actual disponible insuficiente.

El “Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria” (2019), con el fin de impulsar la actualización de la Atención Primaria y Comunitaria estableció como una de sus líneas de acción “Establecer procedimientos normalizados de gestión de la demanda, de acuerdo con el motivo de consulta, que permitan potenciar el principio de subsidiaridad a cada equipo de atención primaria y de manera que se ofrezca a cada persona la atención adecuada en función del tipo de necesidades y que la misma sea prestada por el profesional idóneo”.

Posteriormente el “Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023” (actualización 2025-2027) incorporó como una de sus acciones a desarrollar por las CCAA la “Definición e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención del conjunto de los profesionales del Equipo de Atención Primaria adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía”.

En Galicia, se aprobó en 2019 el documento estratégico “Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud, cuya matriz diagnóstica señala como primera debilidad la “saturación de las agendas de los médicos por falta de gestión de la demanda y por falta de selección de los motivos de consulta con respuesta adecuada a las necesidades expresadas”.

El “Plan Gallego de Atención Primaria” fijó además el objetivo de “Mejorar la gestión de la demanda no programada o urgente”, definiendo como acción la implantación progresiva de “un procedimiento de resolución colaborativa para dar respuesta a la ordenación de la demanda no programada o urgente”.

En esas sólidas bases se asienta el proyecto de creación de un sistema de gestión de la demanda en equipo: XIDE

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Entendemos por gestión de la demanda aquellas actuaciones dirigidas a “ordenar y adecuar la atención prestada, de manera que es el equipo de profesionales quien dispone del control de la frecuentación y del manejo de la presión asistencial”.

La implantación de sistemas de gestión de la demanda es una necesidad marcada por todos los documentos estratégicos sobre atención primaria actualmente vigentes, y una reclamación del personal de atención primaria, muy especialmente de la categoría profesional de médicos de familia.

Dentro del propio Plan Gallego de Atención Primaria uno de los objetivos fijados era el de “Mejorar la gestión de la demanda no programada o urgente”, definiendo como acción a llevar a cabo la siguiente: “Se implantará de forma progresiva un procedimiento de resolución colaborativa para dar respuesta a la ordenación de la demanda no programada o urgente”

Todas estas son las bases en las que se asienta la elaboración de un proyecto de creación de un sistema de gestión de la demanda en equipo como es el sistema XIDE.

El sistema XIDE es un proyecto estratégico de carácter organizativo que establece criterios de citación dirigidos a mejorar la gestión de las citas a demanda en Atención Primaria, mediante el cual participan de forma interdisciplinar todos los profesionales que conforman el Equipo de Atención Primaria (EAP), siempre respetando su marco competencial; con el fin de dar respuesta en tiempo y forma determinados a un motivo de consulta (demanda) expresado por el/la ciudadano/a.

El elemento fundamental de partida de la gestión de la demanda a través de este sistema es el motivo por el cual el/la ciudadano/a contacta con el personal administrativo de los centros de salud para solicitar una cita a demanda.

Para cada uno de los posibles motivos de consulta el sistema XIDE propone:

- La categoría profesional del EAP más adecuada para la atención inicial del mismo.
- El período de tiempo en el que debería llevarse a cabo a citación, con tres posibles opciones:
- Atención ORDINARIA: cita asignada en el primer hueco de demanda que haya disponible en la agenda del profesional correspondiente.
 - Atención EN EL DÍA: cita asignada en el mismo día dentro de la jornada laboral del profesional correspondiente. El tiempo para una atención inicial por parte del profesional sanitario no puede exceder las 7 horas de su agenda en el mismo día.
 - Atención INMEDIATA: cita asignada de manera que el tiempo máximo para que el profesional sanitario preste una primera asistencia sea de 15 minutos.
- El modo inicial de atención:
- Atención telefónica: modalidad de atención en que el ciudadano recibe la atención sanitaria inicial por medio de una llamada telefónica.
 - Atención presencial: modalidad tradicional de atención en la que el ciudadano recibe la atención sanitaria inicial por medio de una consulta presencial.

Población diana / ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación de este proyecto de gestión integral de la demanda en equipo (XIDE) es el primer nivel asistencial, es decir, la atención primaria de salud, y más específicamente aquellas consultas solicitadas por iniciativa del propio paciente o sus allegados (citas a DEMANDA), de forma presencial o telefónica, a través de las unidades administrativas de los centros de salud.

La población diana del proyecto abarca tanto a la población adulta como en edad pediátrica, aunque para el pilotaje inicial se restringió a la población mayor de 15 años.

Este pilotaje inicial se circunscribió a dos Servicios de Atención Primaria (SAP) de Galicia, siendo uno de ellos el de Culleredo. El SAP Culleredo consta de 2 centros de salud y 1 consultorio que son referencia para 30.805 ciudadanos/as, en un entorno semiurbano/rural.

Metodología

Se creó un grupo de trabajo compuesto por profesionales de medicina de familia, enfermería y áreas administrativas de centros de salud, añadiéndose posteriormente otras categorías profesionales del EAP.

El elemento fundamental de partida se centró en el motivo por el cual el/la ciudadano/a contacta con el personal administrativo solicitando una cita a demanda. Dado que no existía un registro de motivos de consulta en AP, se partió como referencia de la segunda edición de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). Se redefinieron los motivos de consulta principales, vinculando cada uno a diferentes expresiones del lenguaje común que utilizan los ciudadanos.

Se asociaron protocolos de citación a los motivos de consulta y se integró XIDE en los sistemas de citación del Servicio Gallego de Salud. Un grupo de seguimiento revisa periódicamente las

propuestas recibidas. XIDE es un sistema “vivo” en constante actualización con más de 1.000 motivos de consulta.

Objetivos

El proyecto de gestión integral de la demanda en equipo (XIDE) tiene como objetivo general y prioritario el ordenar la accesibilidad de la población a los centros de atención primaria a través de la consulta a demanda.

Como objetivos más específicos este sistema pretende:

- Garantizar que todas las personas que precisen una atención presencial la reciban en tiempo y forma adecuados, y en base al motivo de consulta expresado por el/la ciudadano/a.
- Organizar de forma eficiente la dotación de los profesionales del equipo de atención primaria, fomentando además su desarrollo y competencial profesional.
- Fomentar el trabajo en equipo para dar respuesta a las necesidades de salud de la población
- Apoyar al personal de las áreas administrativas de los centros de salud en la gestión de las citas a demanda.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones incluyeron acciones organizativas, tecnológicas, formativas y asistenciales:

- Definición de los motivos de consulta y establecimiento de los protocolos de citación específicos para cada uno de ellos.
- Integración tecnológica de esos protocolos de citación en los sistemas de citación corporativos.
- Formación, fundamentalmente al personal de las áreas administrativas, en los nuevos circuitos organizativos y en el manejo del nuevo asistente de citación integrado en la aplicación de citación.
- Pilotaje progresivo. Se inició el pilotaje a finales del año 2021.
- Seguimiento y evaluación continua. Se monitorizan de forma continua las propuestas de nuevos motivos de consulta, así como la actualización de los protocolos de citación asociados a los mismos, que se envían a la Comisión de Seguimiento del proyecto XIDE.

Indicadores

El sistema XIDE utiliza una serie de indicadores de proceso, de resultados, y de seguridad, todos ellos medibles mediante los sistemas de información analítica complejos (SIACs) de atención primaria.

Indicadores de proceso:

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- de citas XIDE registradas.
- Porcentaje de adherencia a los criterios de citación propuestos por el XIDE
- Porcentaje de adherencia por motivo de consulta.

Indicadores de resultados:

- Tasas de consultas forzadas / 1.000 habitantes.
- Porcentaje de consultas forzadas respecto al total de consultas.

Indicadores de seguridad:

- Tasas de re-consulta (hiperfrecuentación)
- Porcentaje asistencias al PAC

Indicadores de impacto:

- Índice de ocupación y disponibilidad de actos en las agendas de AP
- Primer hueco de demanda disponible en las agendas de AP
- Análisis cualitativo de la precepción de profesionales y pacientes (análisis de reclamaciones)

Recursos

Recursos humanos: En este proyecto participan todas las categorías profesionales que forman parte del equipo de atención primaria (medicina familiar y comunitaria, enfermería generalista y especialista, odontología e higiene bucodental, trabajo social, farmacia de AP, etc.), con especial protagonismo del personal de las áreas administrativas del centro de salud.

Su participación está alineada con las funciones de cada perfil y no ha requerido modificaciones especiales en la plantilla.

Recursos tecnológicos: Desarrollo del asistente de citación integrado en la herramienta de citación del SERGAS de Atención Primaria (SIGAP).

Recursos estructurales: Adaptación y mejoras para garantizar la confidencialidad en el área administrativa donde se realiza el proceso de acogida y citación de los pacientes.

Basada en la evidencia

Una vez finalizada la fase de prueba de concepto y pilotaje, el sistema de gestión de la demanda en equipo (XIDE) fue sometido a una evaluación tanto en su diseño como en su implantación por la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-T, de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud; en colaboración con el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela.

En su informe de conclusiones se destaca la consecución del objetivo principal, sin afectar a los indicadores de seguridad analizados.

Equidad

El sistema XIDE aporta equidad en cuanto a la accesibilidad de la población de nuestro Centro de Salud, estableciendo criterios homogéneos aplicables a otros centros y a todos los ciudadanos referencia de los mismos.

Este sistema garantiza que todas las personas que necesiten una atención inicial de forma presencial la reciban en tiempo y forma, siempre de acuerdo con el motivo de consulta expresado por el/la paciente.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del sistema de gestión de la demanda (XIDE) se garantiza gracias a su integración total en los sistemas corporativos del SERGAS, especialmente en el sistema de citación existente (SIGAP). Esto evita la dependencia de herramientas externas y reduce costes estructurales.

Por otra parte, su implantación no requiere un incremento adicional de recursos humanos ni tecnológicos, aprovechando la infraestructura existente.

Transferibilidad

El sistema XIDE ha cumplido con las premisas preexistentes de transferibilidad, al utilizar herramientas corporativas disponibles en cualquier centro de atención primaria del SERGAS.

El método de implantación también se ha llevado a cabo de manera replicable, realizándose de forma progresiva, de manera que a día de hoy está extendido a la totalidad de los centros de salud de nuestra comunidad autónoma.

Este sistema es perfectamente trasladable a otros sistemas de salud, con las consiguientes adaptaciones respecto al lenguaje utilizado por los ciudadanos y a criterios organizativos particulares de cada uno de ellos.

Efectividad

Finalizada la fase de prueba de concepto y pilotaje, el sistema XIDE fue sometido a una evaluación tanto en su diseño como en su implantación por la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, Avalia-T, de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS); en colaboración con el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) publicada como “Informe sobre el diseño del sistema de citación XIDE en el Servicio Gallego de Salud y los resultados de su implantación”

Entre las conclusiones del informe destaca:

- La reducción de consultas forzadas en las agendas de los médicos de familia de los centros con XIDE respecto de los centros que no usaban ese método de gestión de la demanda.

- La aceptación de los pacientes a este sistema de gestión fue superior al 80% en nuestro Servicio de AP.

Eficiencia

El sistema XIDE ordena, optimiza y promueve el trabajo en equipo entre todos los profesionales de AP. Permite organizar las demandas de los ciudadanos distribuyendo las mismas entre los distintos profesionales que forman el EAP, orientando hacia el profesional idóneo para la primera atención en relación con la demanda.

La implantación de este sistema de citación permite una mayor agilidad, seguridad y celeridad en la resolución de un problema o necesidad, disminuyendo citas intermedias e innecesarias con diferentes profesionales del centro de salud.

El sistema XIDE permite identificar y asignar tareas a determinados profesionales del EAP ajustadas a su nivel de cualificación profesional, permitiéndoles desarrollar su trabajo al límite superior de sus competencias.

Por último, el uso de sistemas corporativos implantados (SIGAP) permite implementar el modelo sin una inversión adicional, lo que contribuye a la eficiencia económica.

Participación multidisciplinar

El proyecto del sistema de gestión de la demanda en equipo (XIDE) ha contado desde su fase de diseño y definición con todas las categorías profesionales que conforman el equipo de atención primaria (EAP).

Su implementación en los centros de salud necesita la colaboración esencial del personal de las áreas administrativas que se encargan del proceso de acogida del paciente, recogiendo el motivo de consulta de los mismos y transcribiéndolo al asistente de citación corporativo. El resto de profesionales del EAP están igualmente implicados en este sistema de gestión integral de la demanda, asumiendo la primera atención de aquellos pacientes con los motivos de consulta identificados como más idóneos para la resolución de sus problemas de salud.

Colaboración intersectorial

Aunque el proyecto XIDE se desarrolla principalmente en el ámbito sanitario, algunos de los problemas que manifiestan los/as ciudadanos tienen relación con problemas administrativos, sociosanitarios o incluso en ocasiones legales, que son tramitados por el personal de las áreas administrativas o de trabajo social del EAP, o bien redirigidos a las unidades idóneas para su resolución a través de las propuestas que ofrece el propio sistema XIDE.

Evaluación

El sistema se encuentra en seguimiento y evaluación continua, a través de la supervisión de la Comisión de Seguimiento del sistema XIDE, conformada por profesionales de medicina y enfermería de atención primaria del SERGAS. Esta comisión lleva a cabo una monitorización continua de las propuestas de nuevos motivos de consulta, así como de actualización de los protocolos de citación asociados a los mismos.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL1-4: Proyecto CRM100: Modelo integral de relación y comunicación con la ciudadanía en el Servizo Galego de Saúde

José Manuel Fernández García (1), Rocío Castro Quintáns (1), Marta Novoa Estévez (1), Xosé Anxo Rodríguez Rey (1)

(1) Centro de Saúde de Valga (Pontevedra), Servizo Galego de Saúde.

Tipo de comunicación: Práctica

Palabras clave: Atención Primaria, pacientes crónicos complejos, estratificación de riesgo, gestión de la demanda, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El proyecto CRM100 surge para mejorar la accesibilidad, experiencia y satisfacción de la ciudadanía en su relación con el Servizo Galego de Saúde. La atención telefónica y la gestión de trámites administrativos constituían una dificultad recurrente en Atención Primaria, afectando a la percepción de calidad y a la equidad en el acceso. CRM100 introduce un modelo innovador de relación sanitaria continua y multicanal, donde ningún contacto se pierde y donde la personalización se integra en la atención administrativa y clínica.

La solución incorpora el sistema Call me Back, que garantiza la devolución de llamadas no atendidas, el envío automatizado de recordatorios y campañas de promoción de la salud, y la participación ciudadana mediante encuestas post-atención. Asimismo, la Visión 360º profesional y ciudadana permite conocer el contexto de cada persona y facilitar la toma de decisiones personalizadas.

CRM100 se enmarca en la Estrategia Galega de Saúde 2030 y el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, contribuyendo a una Atención Primaria más eficiente, accesible y centrada en la persona.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

CRM100 es un modelo integral de gestión de la relación con la ciudadanía implantado en el Servizo Galego de Saúde. Está dirigido a facilitar el acceso, mejorar la experiencia y reforzar la participación en Atención Primaria. La plataforma permite gestionar contactos no presenciales, solicitudes administrativas, recordatorios, comunicación sanitaria y encuestas.

Incorpora el sistema Call me Back, recordatorios multicanal y Visión 360º profesional y ciudadana para disponer de una comprensión completa del usuario y ofrecerle una atención personalizada. Abarca el conjunto de los centros de salud de Galicia (415 centros, 96,8% de la población), estando plenamente desplegado.

Se caracteriza por su integración con sistemas corporativos, su orientación a eficiencia organizativa, y la participación activa del ciudadano en la mejora del sistema.

Población diana / ámbito de aplicación

Se dirige a toda la ciudadanía usuaria del Centro de salud de Valga, tanto personas que requieren contacto telefónico como aquellas que usan servicios digitales en e-Saúde.

Metodología

Se implementa un modelo de gestión centralizado de contactos, basado en automatización, análisis de datos y seguimiento sistemático. La metodología combina formación a unidades administrativas, despliegue tecnológico, mejora continua basada en indicadores operativos y retroalimentación directa del ciudadano mediante encuestas post-atención.

Objetivos

Mejorar la accesibilidad y experiencia ciudadana. Garantizar que ningún contacto se pierde. Reducir tiempos y cargas administrativas. Facilitar la comunicación multicanal. Impulsar la participación ciudadana en la evaluación de servicios. Integrar la personalización mediante Visión 360.

Actuaciones realizadas

- Establecer un canal de relación digital entre los ciudadanos y el centro de salud.
- Gestionar de forma innovadora todos los contactos del ciudadano con su centro de salud.
- Automatizar y analizar los datos para personalizar el contenido, canal y frecuencia de la mensajería entre ambos.

Los buenos resultados obtenidos por la Plataforma CRM100 durante un breve pilotaje a finales de 2021, dieron paso a lo largo de 2022-2023, al despliegue tecnológico al resto de los centros y de formación al personal de las unidades administrativas de todos los equipos de atención primaria con la Implantación del sistema Call me Back en los centros sanitarios, el envío automatizado de recordatorios y campañas sanitarias, la activación de encuestas post-atención con más de 186.000 respuestas, formación estructurada a unidades administrativas implementando el despliegue progresivo de Visión 360 profesional y ciudadana.

Indicadores

- Porcentaje de llamadas devueltas.
- Tiempo medio de devolución.
- Número de encuestas enviadas y tasa de respuesta.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Evolución de satisfacción ciudadana.
- Reducción de contactos perdidos.
- Velocidad de resolución administrativa.

Hoy, el sistema “call me back” de CRM100:

- Está implantado en 415 centros de salud (98,9% del total).
- El 96,8 % de la población de Galicia se beneficia de este servicio.
- El 98,6 de los contactos generados son resueltos en el día.

El tiempo medio de devolución de llamadas no atendidas en primera estancia en los centros de salud de 37 minutos (se estableció un estándar máximo de 45 minutos).

- 233.783 de contactos resueltos (llamadas devueltas, que no se pierden) en el último mes y 5.108.098 llamadas devueltas en los últimos tres años, desglosadas por año:
 - Año 2022: 1.324.350
 - Año 2023: 2.217.709
 - Año 2024: 1.566.039 (Dato a mes octubre 2024)

Recursos

Recursos tecnológicos corporativos (CRM100, e-Saúde, base de datos unificada)

- Unidades administrativas de Atención Primaria.
- Soporte técnico de NTT Data.
- Coordinación estratégica de la Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria.

Basada en la evidencia

El modelo toma como referencia experiencias internacionales de Patient Relationship Management, estudios de mejora de accesibilidad telefónica en Atención Primaria y estrategias de humanización basadas en comunicación personalizable y continua.

La Plataforma CRM100 ya se encuentra plenamente implantada como nuevo canal de participación ciudadana en la optimización de la gestión y evaluación de los servicios sanitarios como campañas sanitarias, evaluación de programas implantados y otras iniciativas sanitarias, a través de encuestas automatizadas post-atención: desde su implantación hasta septiembre de 2024 fueron enviadas, vía SMS, un total de 892.100 encuestas contabilizando 186.040 respuestas registradas, en más de 20 asuntos diferentes.

Equidad

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

El sistema garantiza igualdad de acceso, evitando brechas derivadas de tiempo de disponibilidad telefónica, movilidad o capacidad digital. CRM100 no excluye a personas sin acceso digital, ya que el Call me Back asegura la atención por vía telefónica.

Sostenibilidad

La práctica optimiza tiempos, recursos y flujos asistenciales, reduciendo citas inútiles y tareas administrativas repetitivas. El modelo es escalable y financiado mediante contratos vigentes hasta 2026.

Transferibilidad

Puede replicarse en otras administraciones o servicios públicos con estructura organizativa comparable. La modularidad técnica permite adaptarlo a diferentes sistemas de información.

Efectividad

Efectividad muy alta, con más de 5,1 millones de llamadas devueltas, con una media de 37 minutos. 186.040 respuestas útiles en encuestas. Alta satisfacción ciudadana reportada y reducción significativa de contactos perdidos.

Eficiencia

Reduce tiempos administrativos, evita citas presenciales innecesarias y favorece una distribución adecuada de cargas de trabajo. La automatización disminuye tareas repetitivas y mejora el rendimiento operativo.

Participación multidisciplinar

Participan unidades administrativas, equipos clínicos, profesionales de soporte tecnológico y dirección organizativa central, promoviendo coordinación horizontal y vertical.

Colaboración intersectorial

Se articula con la Estrategia Digital de Galicia, el Plan Estratégico 2022-2030 y el Plan de Transformación Digital 2023-2026, integrando infraestructura tecnológica común y servicios transversales.

Evaluación

La evaluación se realiza de forma continua mediante indicadores operativos, analítica de uso, paneles de experiencia ciudadana y procesos de mejora continua asociados a formación y reconfiguración organizativa.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Con este proyecto, mejora la experiencia de la persona y la calidad de los servicios ofrecidos por el Servicio Galego de Saúde, mediante el desarrollo de iniciativas que ponen en primera línea la relación de la organización sanitaria con la ciudadanía, acercándonos a su contexto y ofreciendo una comunicación cercana y disponible en todo momento para construir una relación duradera, basada en la confianza y la mejora continua.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

I-BAL1-1: Gestión integral de la demanda asistencial en AP basada en la gobernanza del dato

Antoni Joan Colombras i Salas (1), Noemí Pérez García (1), Juana María Caldentey (1), Daniel Miró Pettican (1), Fátima Roso Bas (1), Miquel Llobera Cifre (1), Margarita Garau Planas (1), Felicitación Hernández Jover (1), Bartomeu Antich Luque (1)

(1) Subdirección de Gestión y Gobernanza del Dato, Servicios Centrales, Servei de Salut de les Illes Balears.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, gobernanza del dato, gestión de la demanda, cuadros de mando, toma de decisiones.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El aumento de la cronicidad, pluripatología y fragilidad en la población incrementa la complejidad y la presión sobre la demanda asistencial en Atención Primaria (AP). Esta situación se agrava por la falta de sistemas de información clínico-asistenciales que permiten la autonomía en la gestión de la actividad, la evaluación de resultados en salud y la correcta gestión de recursos humanos. La buena práctica que se presenta en la convocatoria responde a la necesidad de optimizar la gestión integral de la demanda asistencial en el contexto actual y supone un apoyo en la toma de decisiones que se llega a concretar a nivel de coordinación de toda la red de centros de AP en las Illes Balears.

La buena práctica sobre Gestión integral de la demanda asistencial en AP basada en la gobernanza del dato aborda las necesidades que están explícitamente definidas en los documentos estratégicos del Ministerio de Sanidad:

[Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 2019](#)

- Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs). Objetivo E.2: Proporcionar herramientas de ayuda para la toma de decisiones y seguimiento de programas clínicos y de atención sociosanitaria.

[Plan de Acción de AP y Comunitaria 2022-2023:](#)

- Empodera-AP: Contar con sistemas de información para facilitar la difusión de datos de seguimiento y resultados en salud de la AP de manera intuitiva, atractiva y accesible para los profesionales y para la población en general, promoviendo la transparencia.
- Gobernanza en AP: Definir e implementar un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud.

[Plan de Acción de AP y Comunitaria 2025-2027:](#)

Línea 3: Capacidad de resolución de la atención primaria y gestión de la demanda. Objetivo: Mejorar la capacidad resolutoria de la AP y rediseñar los procesos para lograr una gestión más eficaz y eficiente de la demanda en este nivel asistencial.

- 3.5. Adecuación e implantación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención del conjunto de los profesionales de AP, basado en el mapa de competencias, adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.

Línea 5: Gobernanza y Rendición de Cuentas. Objetivo: Reforzar la gobernanza y rendición de cuentas en AP impulsando la planificación, la calidad de los datos, la transparencia y la participación ciudadana.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La AP como pilar estratégico y eje vertebrador del sistema sanitario, requiere instrumentos que la doten de autonomía de gestión y la capacidad para evaluar sus resultados con rigor. La presente buena práctica se fundamenta en el proceso de transformación del dato, convirtiéndolo en información útil que facilita la toma de decisiones informada, optimiza la calidad de la atención en AP y mejora la gestión eficiente de los recursos humanos.

La implementación del sistema de visores Kairos-Power BI y la creación de la Subdirección de Gestión y Gobernanza del Dato en el Servicio de Salud de las Illes Balears suponen un salto cualitativo en la gestión sanitaria de AP. Superando la limitación de los sistemas de información estáticos anteriores, se ha conseguido ofrecer a toda la red de centros de AP indicadores creados ad hoc de forma colaborativa, garantizando una herramienta dinámica y basada en la evidencia para la autogestión y la mejora continua.

Tras dos años de actividad, se han desarrollado cuadros de mando dinámicos en Kairos-Power BI, elaborados de forma multidisciplinar (ingenieros, analistas y profesionales asistenciales), que permiten a los coordinadores monitorizar y analizar áreas relevantes en AP como: Actividad asistencial, demora y derivaciones de AP, Incapacidad Temporal (IT), Prácticas de Bajo Valor (PBV), Indicadores de Calidad Asistencial (IQA), Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), Vacunación, Recursos Humanos y actividad económica (RRHH). Adicionalmente, se prevé en enero 2026 publicar y poner a disposición de la ciudadanía los datos de la población oficial y demora en AP.

El uso de la Business Intelligence o Inteligencia de Negocio (BI) en el sector sanitario ha demostrado mejorar significativamente la toma de decisiones y mayor confianza en la toma de decisiones (Huang et al., 2024)¹. El Visor Kairos – Power BI es una herramienta interactiva de análisis y visualización de datos que integra el sistema Kairos, encargado de la explotación y gobernanza del dato sanitario, con la plataforma Power BI, especializada en la creación de cuadros de mando dinámicos. Su objetivo es transformar grandes volúmenes de información en conocimiento útil para la toma de decisiones en AP, ofreciendo indicadores diseñados para la gestión integral de la demanda asistencial y cuadros de mando interactivos, actualizados, accesibles y personalizables según el perfil del usuario.

Se pone en valor la estrecha colaboración para la cocreación multidisciplinar de los visores con profesionales asistenciales y de gestión de AP, analistas de datos e ingenieros informáticos que garantiza la relevancia clínica y operativa de los indicadores. Se ha pasado del modelo de comunicación vertical a esquemas transversales y abiertos, donde la interacción entre los

distintos profesionales es prioritaria, en ello radica el elemento clave del éxito. Este enfoque garantiza la calidad del dato, la participación de los equipos y la replicabilidad del modelo en otros entornos.

Población diana / ámbito de aplicación

Población diana a la que va dirigida la buena práctica:

- Personal de dirección de las gerencias de AP de las Illes Balears: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAPM), Área de Salud de Menorca (ASMEN), Área de Salud de Eivissa y Formentera (ASEF) y el Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-Salut).
- Coordinadores/as de Médicos de Familia y Comunitaria y de Enfermería de todas las zonas básicas de salud de las islas.
- Ciudadanía.

Ámbito autonómico e insular: Red completa de la Atención Primaria y Comunitaria de las Illes Balears (Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera).

Metodología

La metodología aplicada se basa en un modelo colaborativo y multidisciplinar que constituye en sí mismo una buena práctica. El proceso se articula en torno a la cocreación de indicadores y cuadros de mando de datos asistenciales, indicadores de calidad y de gestión. Para ello se han constituido de grupos de trabajo integrados por personal asistencial y de gestión de todas las gerencias de AP, analistas e ingenieros informáticos de la Subdirección de Gestión y Gobernanza del Dato (IB-Salut).

Estos grupos se mantienen activos desde su creación a través de la plataforma Microsoft Teams, lo que permite la comunicación accesible y abierta entre perfiles técnicos y asistenciales.

Se ofrecen sesiones de formación e información para dar a conocer los visores que se van creando y cuando hay desarrollos sustanciales en los existentes.

Objetivos

Objetivo general:

- Reforzar la gobernanza y liderazgo en AP, dotando tanto a los órganos de dirección de las gerencias de AP como a los equipos de profesionales de los centros de AP de un sistema de indicadores accesibles que potencien sus capacidades de gestión y toma de decisiones.

Objetivos específicos:

- Proveer a todos los centros de AP de información fiable, accesible y útil para la toma de decisiones clínicas y de autogestión.
- Impulsar la creación multidisciplinar de cuadros de mando interactivos (Visor Kairos – Power BI), integrando a profesionales asistenciales, profesionales de gestión y

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

administración, analistas de datos e ingenieros informáticos en un modelo colaborativo.

- Contribuir a la mejora continua de la calidad asistencial, alineando la práctica con los objetivos estratégicos del Sistema Nacional de Salud y favoreciendo la replicabilidad en otros entornos.

Actuaciones realizadas

- Creación de la Subdirección de Gestión y Gobernanza del Dato mediante [el Decreto 79/2023 de 22 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Illes Balears.](#)
- Transición Tecnológica de la plataforma Sophia a Kairos integrada con Power BI y asunción de las tareas con los recursos propios.
- Desarrollo y despliegue progresivo de visores Kairos-Power BI:
 - 2024: Actividad Asistencial y Vacunación, permiten monitorizar la actividad de AP y la cobertura poblacional de programas de Salud Pública.
 - 2025: Indicadores de Calidad Asistencial (IQAs), Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), Incapacidad Temporal (IT) y Prácticas de Bajo Valor (PBV), orientados a la mejora de la eficiencia clínica en AP, la estratificación poblacional (GMA), el control de costes (IT) y la reducción de la variabilidad clínica en AP (PBV).
- Sesiones formativas e informativas través de Teams para todos los profesionales de AP que hacen uso de los visores Kairos-Power BI. Grabación de las sesiones que quedan a disposición de los profesionales.

Indicadores

Indicadores de Implementación y uso:

- Visualizaciones mensuales (frecuencia y porcentaje) de los visores de AP.
- Número de profesionales que han consultado los visores de AP mensualmente.
- Tendencia de consulta de los visores de AP.

Indicadores de Impacto en la Gestión:

- Número de reuniones realizadas relacionadas con la demora en AP considerando los datos aportados por el visor de asistencial de Atención Primaria.

Recursos

Recursos Humanos:

- Profesionales asistenciales y de gestión de todas las gerencias de AP de las Illes Balears.

- Equipos funcionales de la subdirección Gestión y Gobernanza del Dato:
 - Analistas de datos y personal (Servicio de Exploración de Datos)
 - Personal de Documentación Clínica (Servicio DOCLIB)
 - Equipo de Control de Gestión Económico
- Equipo técnico de la subdirección Gestión y Gobernanza del Dato: Ingenieros informáticos de Servicio de Extracción, Transformación y Carga (ETL).
- Equipos coordinadores compuestos por profesionales asistenciales y analistas de datos.

Recursos Tecnológicos:

- Plataforma Kairos para centralizar y gestionar grandes volúmenes de información proveniente de múltiples sistemas, garantizando la calidad, seguridad y trazabilidad del dato.
- Herramienta Power BI de Microsoft para la creación de cuadros de mando interactivos y visualización dinámica.
- Infraestructura de servidores y bases de datos para garantizar la disponibilidad y seguridad del dato.
- Microsoft Teams, como canal de comunicación y colaboración entre los grupos de trabajo.

Basada en la evidencia

La literatura científica respalda la mejora de la gestión sanitaria y la calidad asistencial con la implementación de sistemas de información basados en la Gobernanza del Dato y BI en las organizaciones sanitarias. Los estudios de revisión demuestran que el acceso a indicadores mejora la capacidad de los gestores y clínicos para identificar patrones, evaluar la eficiencia de las intervenciones y tomar decisiones basadas en datos objetivos, optimizando de esta forma la asignación de recursos y la gestión de la demanda asistencial (Shittu et al., 2024)². A nivel organizacional, la BI está asociada con mejoras en el rendimiento, incluyendo el aumento de la eficiencia de los procesos internos, una mejor gestión de objetivos, la reducción de costes y la optimización de los recursos (Huang et al., 2024)¹.

- ¹Huang, H. C., Wang, H. K., Chen, H. L., Wei, J., Yin, W. H. y Lin, K. C. (2024). Adopting business intelligence techniques in healthcare practice. *Informatics*, 11 (3). <https://doi.org/10.3390/informatics11030065>
- ²Shittu, R. A., Ehidiemen, A. J., Ojo, O. O., Zouo, S. J. C., Olamijuwon, J., Omowole, B. M y Olufemi-Phillips, A. Q. (2024). The role of business intelligence tools in improving healthcare patient outcomes and operations. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 24(2), 1039-1060. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.24.2.3414>

Equidad

La buena práctica aborda el principio de equidad actuando sobre la dispersión geográfica que caracteriza a las Illes Balears. La implementación de un modelo colaborativo de gobernanza del dato garantiza que toda la red de AP de las Illes Balears (Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera) independientemente de su ubicación insular, accedan a la misma información, con la misma calidad y en el mismo momento. Esto elimina la disparidad en el acceso al conocimiento de gestión, dotando a los coordinadores de las Zonas Básicas de Salud más aisladas de las mismas herramientas de toma de decisiones que las áreas urbanas.

Por otro lado, los visores Kairos-Power BI de Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) y el de Vacunación son herramientas directas para monitorizar la equidad. Permiten identificar geográficamente y por grupos de población aquellos con mayor morbilidad o menor cobertura vacuna

Sostenibilidad

La creación de la Subdirección de Gestión y Gobernanza del Dato mediante el Decreto 79/2023 asegura la permanencia de esta actividad en el IB-Salut. Los recursos financieros y humanos necesarios para mantener la infraestructura tecnológica (Kairos, servidores, licencias Power BI) y los grupos de trabajo multidisciplinarios están consolidados dentro del presupuesto ordinario, lo que asegura la operatividad continua de esta actividad.

A medio plazo, se prevé realizar integraciones mediante la incorporación de innovación tecnológica y combinar las técnicas de BI con modelos de predicción basados en la Inteligencia Artificial, evolucionando de un modelo descriptivo a uno predictivo, de este modo aumentará la eficiencia y la calidad de las prácticas asistenciales en AP.

Transferibilidad

La buena práctica de Gestión integral de la demanda asistencial en AP basada en la gobernanza del dato se sustenta en la sistematización y la arquitectura tecnológica que hacen factible la replicación en otras comunidades.

La metodología de trabajo colaborativo con grupos estables que integran perfiles asistenciales, de gestión y técnicos, puede ser adoptada por cualquier Servicio de Salud. Se subraya la importancia de la comunicación abierta y accesible, que asegura que la gestión esté alineada con la realidad de la AP.

En colaboración con la Dirección General de Salud Pública se prevén publicar indicadores de salud y asistencia sanitaria en el Portal de Datos Abiertos del Gobierno de las Illes Balears y en el apartado de Transparencia de la página WEB del IB-Salut garantizando la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

Efectividad

La efectividad de la buena práctica radica en la capacidad para traducir el dato en acciones de gestión y mejora continua, alineadas con las líneas 3 y 5 del Plan de Acción de AP y Comunitaria 2025-2027. El sistema es efectivo porque dota a los profesionales, gestores y coordinadores de una visión objetiva y en tiempo real de su rendimiento (Visores de Incapacidad Temporal,

Actividad Asistencial), la calidad asistencial (IQAs) y la eficiencia (PBV), permitiendo la toma de decisiones informada. La herramienta favorece la gestión desde un enfoque más proactivo, especialmente a través de la estratificación poblacional (GMA) y la optimización de Recursos Humanos (RRHH).

Eficiencia

La eficiencia se logra al utilizar una arquitectura tecnológica avanzada que optimiza el uso de los recursos sanitarios y administrativos. La implementación de la BI permite el análisis dinámico y la autoconsulta de datos, reduciendo la dependencia de informes estáticos y el tiempo de dedicación del personal de gestión a la generación de informes, permitiendo democratizar los datos.

Por otro lado, el desarrollo de visores específicos sobre Prácticas de Bajo Valor (PBV) y la Incapacidad Temporal (IT) puede tener un impacto directo en la eficiencia económica porque permite identificar el gasto y el consumo de recursos, garantizando un mejor rendimiento.

Participación multidisciplinar

La participación multidisciplinar es el elemento central y diferenciador de esta buena práctica. Se garantiza mediante la constitución y el mantenimiento de grupos de trabajo estables que integran perfiles de cuatro ámbitos clave: Profesionales Asistenciales, Profesionales de Gestión y Administración, Analistas de Datos e Ingenieros Informáticos (ETL). Esta cocreación asegura que los indicadores no solo son técnicamente viables y válidos, sino que son clínicamente relevantes y operativos para los equipos de AP.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial se manifiesta en varios niveles esenciales:

- Salud Pública: Colaboración directa con la Dirección General de Salud Pública para el desarrollo del visor de Vacunación. Adicionalmente, se prevé la posterior publicación de indicadores de salud en el Portal de Datos Abiertos, promoviendo la transparencia y el conocimiento ciudadano.

Potencialmente se podría pensar en la colaboración con otros Sectores:

- El visor de Incapacidad Temporal (IT) genera datos que son relevantes para la gestión con la Seguridad Social y otras entidades relacionadas con el empleo.
- Entidades locales y otros sectores (servicios sociales, educación) para abordar problemas de salud desde un enfoque integral teniendo en cuenta el enfoque en determinantes sociales de la salud (visor GMA).

Evaluación

La evaluación de la buena práctica es continua y de doble nivel:

1. Evaluación de Proceso: Se mide a través de los Indicadores de Uso para evaluar la aceptación y utilidad de la herramienta.

2. Evaluación de Impacto en la gestión:

Desde noviembre de 2025 se han establecido reuniones periódicas el cuarto lunes de cada mes para tratar la Demora en AP con base en el visor Asistencial de Atención Primaria. Hasta el momento se han realizado mediante la plataforma Temas de Microsoft el 11/11/2025 y el 24/11/2025, la próxima reunión es el 22/12/2025.

Semanalmente se realizan reuniones de la Dirección Asistencial del IB-Salut para tratar temas específicos de las listas de espera donde participa la Subdirección de AP.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD1-1: Proyecto de reorganización Asistencial de la Gerencia de Atención Primaria: Atención a Procesos Agudos de la Demanda en las Consultas de Enfermería

Paloma Santos Álvarez (1), Cristina Cedrún Lastra (1), Rosa Fernández Fernández (1), Soledad Holgado Catalán (1), Juan Antonio Sarrión Bravo (1), Aurora Barberá Martín (1), Ana Belén Ramírez Puerta (1), Clara Abad Schilling (1), Ana Ballarín González (1), Dolores Cano Pérez (1), Esther Díaz Pérez (1), Inmaculada García Ferradal (1), Sonia López Palacios (1), Susana Martín Iglesias (1), Mercedes Pérez Ramírez (1), Julia Quevedo Rivera (1), M.^a Soledad Ochandorena Juanena (1), M.^a Paz Vítóres Picón (1)

Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, reorganización asistencial, gestión de la demanda, accesibilidad, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La presente buena práctica se desarrolla en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid (GAAP) y se enmarca en la línea estratégica del Proyecto para la Reorganización Asistencial de los Centros de Salud, incluida en el Plan Estratégico 2020–2024. Surge como respuesta a la situación actual de los centros, a los cambios poblacionales y epidemiológicos y a las nuevas necesidades, demandas y expectativas de la ciudadanía, que requieren replantear la forma en que se presta la atención sanitaria.

El modelo tradicional canaliza la mayor parte de la demanda hacia la consulta médica, lo que provoca tensiones estructurales que comprometen la accesibilidad, la seguridad del paciente, la calidad asistencial y, en último término, la sostenibilidad del sistema. Para afrontar este reto, resulta imprescindible revisar los flujos asistenciales y definir qué profesional puede ofrecer la respuesta más adecuada ante cada motivo de consulta, garantizando una atención eficiente y ajustada a las competencias de cada perfil.

Una parte importante de las demandas asistenciales corresponde a procesos agudos, autolimitados y sin necesidad de longitudinalidad, muchos de los cuales requieren cuidados que pueden ser valorados, atendidos y resueltos por profesionales de enfermería. La experiencia previa demuestra una oportunidad clara para potenciar su papel en estos procesos, dado su enfoque integral del cuidado y sus competencias clínicas específicas. Esta aproximación permite que la enfermería asuma un rol central en la resolución de múltiples motivos de consulta, derivando únicamente cuando la situación lo requiere.

Con este fin, se han protocolizado distintos procesos asistenciales asociados a motivos de demanda específicos en los que la intervención enfermera aporta una respuesta más eficiente. Para su implantación, se ha diseñado un circuito interno que establece los criterios de activación, las responsabilidades de cada profesional y las actividades necesarias en cada fase del proceso.

Este circuito proporciona claridad operativa y homogeneidad en la ejecución, facilitando la coordinación entre todos los perfiles implicados.

Asimismo, el proyecto se apoya en un análisis continuo de la situación, la clasificación de los centros según el grado de avance, la identificación temprana de barreras y la planificación de acciones para impulsar la adhesión y gestionar la resistencia al cambio.

La evaluación permanente y la mejora continua constituyen elementos esenciales para garantizar la calidad y la consolidación de los nuevos flujos asistenciales.

El resultado es un modelo que optimiza el aprovechamiento del talento profesional, mejora la accesibilidad, incrementa la eficiencia operativa y refuerza la calidad y la seguridad en la atención. La enfermera contribuye de forma decisiva a la gestión de la demanda asistencial, actuando dentro de su ámbito competencial y manteniendo la posibilidad de derivar a otros profesionales cuando sea necesario, lo que asegura un abordaje ágil, seguro y centrado en las necesidades de las personas.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

El proyecto de atención a procesos agudos en las consultas de Enfermería de Atención Primaria establece un catálogo estructurado de procesos susceptibles de ser gestionados por profesionales de enfermería de forma autónoma, incorporando para ello un circuito interno de derivación distinto al habitual. Este enfoque permite orientar la demanda hacia el profesional más adecuado, garantizando una respuesta ágil, homogénea y ajustada a las competencias de cada perfil profesional.

Para su desarrollo, se elaboró una guía de actuación destinada a facilitar la toma de decisiones clínicas y asegurar la consistencia en el abordaje, respetando siempre la individualidad de cada paciente. Esta guía recoge un documento de recomendaciones que el profesional adapta a cada situación concreta —motivo de demanda, características del paciente y protocolos internos del centro— y se fundamenta en la mejor evidencia disponible en cada momento. Incluye tanto las intervenciones enfermeras como las indicaciones farmacológicas pertinentes, siempre dentro del marco regulatorio vigente en materia de indicación y dispensación enfermera.

Los procesos se estructuraron siguiendo elementos conceptuales claramente definidos:

- Motivo de consulta: enunciado utilizado para identificar y clasificar la demanda; incorpora palabras clave que permiten su detección precoz antes de la derivación.
- Definición del motivo de consulta: descripción conceptual y clínica basada en la clasificación CIAP-2, asegurando su correcta codificación en la historia clínica APMadrid
- Valoración por patrones funcionales: selección de campos de valoración según los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, priorizando los disponibles como Dato General del Paciente (DGP) en la historia informatizada. La valoración se adapta según la situación clínica individual.
- *Intervención enfermera*: acciones de valoración, diagnóstico clínico, cuidados directos y, si procede, indicación farmacológica complementaria.

- *Plan de cuidados:* definición del diagnóstico enfermero mediante etiquetas NANDA, criterios de resultado (NOC) e intervenciones (NIC), integrados en los Planes de Cuidados de AP-Madrid®.
- *Criterios de derivación:* circunstancias en las que es necesaria la intervención de otro profesional para completar la atención.
- *Criterios de cierre:* condiciones que permiten considerar resuelto el proceso y finalizar el episodio.

La implantación se desarrolló en dos fases: una primera con dieciséis procesos y una segunda con cinco procesos adicionales y nueve motivos de consulta sin síntomas asociados.

Para garantizar la adecuada implementación, se ha llevado a cabo un análisis y evaluación continua mediante un Cuadro de Mando y un conjunto de indicadores específicos. Asimismo, se han diseñado y ejecutado estrategias de apoyo a la implantación, incluyendo la identificación de barreras, la recogida sistemática de la percepción profesional mediante cuestionarios y la realización de reuniones con los equipos de los centros. Con base en estos análisis, se han reevaluado y ajustado las medidas necesarias para favorecer la adopción y la mejora continua del modelo.

En conjunto, este proyecto establece una estructura sólida que optimiza la gestión de la demanda aguda, fortalece el rol de la enfermería en Atención Primaria y contribuye a mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención prestada.

Población diana / ámbito de aplicación

El proyecto de gestión de la atención a la demanda por procesos agudos relacionados con cuidados de enfermería se dirige a profesionales de enfermería que desarrollan su actividad en centros de salud, consultorios locales, centros de continuidad asistencial y en el entorno comunitario.

El modelo se aplica en los ámbitos de atención inmediata, programada y domiciliaria, y contempla la coordinación con otros niveles asistenciales y con los servicios sociales, cuando la situación del paciente así lo requiera. Su finalidad es dotar a los profesionales de un marco homogéneo para la gestión eficiente de la demanda aguda en Atención Primaria, situando a la enfermería en el rol adecuado a sus competencias.

Metodología

Fase inicial- Constitución de grupos de trabajo (2022): Se crearon dos grupos: el grupo de coordinación, responsable del impulso, seguimiento y alineación con la estrategia GAAP, y el grupo redactor, encargado del diseño metodológico y desarrollo técnico.

Elaboración del documento de recomendaciones: Incluyó la definición de una estructura común de procesos (motivo de consulta, definición, valoración según Patrones Funcionales, intervención enfermera, plan de cuidados, criterios de derivación y cierre), la incorporación de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, la adaptación a los protocolos vigentes de indicación y dispensación enfermera, y la validación por la Comisión de Dirección de

la GAAP.

Implantación por fases: Fase I: 16 procesos y Fase II: 5 procesos adicionales y 9 motivos sin síntomas.

Evaluación y seguimiento (2024–2025): Se realizó un análisis multimétodo con indicadores de gestión, Contrato Programa, encuestas, identificación de barreras y líderes, permitiendo ajustar la estrategia según necesidades de cada centro.

Objetivos

Objetivo general

Lograr la implantación completa del proyecto de gestión de la demanda de cuidados de enfermería en todos los centros de salud.

Objetivos específicos operativos

- Definir los procesos de atención de salud que pueden ser abordados por enfermería desde la perspectiva de los cuidados.
- Elaborar una guía de apoyo basada en la evidencia disponible.
- Establecer un circuito interno de actuación para gestionar los procesos agudos susceptibles de atención enfermera.

Objetivos específicos estratégicos

- Incrementar la eficiencia en Atención Primaria.
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- Facilitar a los profesionales el conocimiento y la adopción del procedimiento.
- Impulsar las citas de alta resolución.
- Fomentar un entorno de trabajo colaborativo.
- Gestionar y superar la resistencia al cambio.
- Mejorar la experiencia del paciente en accesibilidad, tiempos y calidad percibida.

Actuaciones realizadas

Sistema de evaluación periódica con retroalimentación a los equipos y definición de procesos, circuitos y flujos asistenciales según criterios homogéneos.

El proyecto incluye la presentación a Direcciones Asistenciales, equipos directivos y profesionales, junto con la planificación de actividades formativas para UAU y Enfermería. Se realiza evaluación del cumplimiento de indicadores mediante un Plan de Actuación y monitorización de episodios GDE.

Contempla la reevaluación y actualización de procesos (2024) según datos y evidencia, así como el análisis del entorno e implementación en 2025: diagnóstico por centro, evaluación de resultados, valoración del nivel de implantación y encuestas a profesionales.

Los centros se clasifican según fase de cambio (precontemplación, contemplación o acción). Se crea la figura de gestor de demanda de enfermería y UAU en las DAS, con definición funcional de roles.

Se desarrollan planes de autoformación, rotaciones, difusión interna, cronograma trimestral y evaluación continua con actualización de medidas.

Indicadores

Para medir el grado de implantación y la efectividad del proyecto, se definió un conjunto de indicadores específicos. La Dirección Técnica de Sistemas de Información desarrolló un Cuadro de Mando que permite el seguimiento sistemático y la evaluación periódica de resultados, facilitando la detección de áreas de mejora.

Entre los principales elementos de monitorización destacan los datos del Cuadro de Mando de Gestión de la Demanda enfermera, que analizan el desempeño de la gestión realizada por enfermería y de forma indirecta, el impacto de la gestión en las Unidades de Atención al Usuario.

Además, se aplicaron encuestas a profesionales y pacientes para valorar experiencia, entorno y barreras percibidas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE/ RESPONSA BLE	PERIODICIDAD
Mejorar la experiencia del paciente o familiar/cuidador con respecto al tiempo de espera desde la petición de cita hasta el día de la consulta (de médico de familia y enfermera)	Porcentaje de pacientes encuestados que puntúan 4 o 5 en la pregunta "Valore el tiempo de espera desde la petición de cita hasta el día de la consulta (de médico familia o enfermera)".	$\frac{\text{Nº de pacientes encuestadas que puntuán 4 o 5 en la pregunta "Valore el tiempo de espera desde la petición de la cita hasta el día de la consulta (de médico de familia y enfermera)"} }{\text{Nº de pacientes encuestados}} \times 100$	Según CPC	Encuestas SMS Área de Procesos y Calidad	Trimestral
	Porcentaje de centros de salud que superan el 18% de episodios GD de enfermería abiertos por profesionales de enfermería.	$\frac{\text{Nº de centros de salud que superan el 18\% de episodios GD de enfermería abiertos por profesionales de enfermería}}{\text{Nº total de centros de salud}} \times 100$	80%	Cuadro de Mando de GD de Enfermería (Power BI) DTSIS-DA	Trimestral
	Porcentaje de centros de salud que superan el 60% de episodios de GD de enfermería abiertos por profesionales de enfermería con protocolo AP GD.	$\frac{\text{Nº de centros de salud que superan el 60\% de episodios GD de enfermería abiertos por profesionales de enfermería con protocolo AP GD de enfermería}}{\text{Nº total de centros de salud}} \times 100$	80%	Cuadro de Mando de GD de Enfermería (Power BI) DTSIS	Trimestral
Aumentar el porcentaje de centros de salud que están en fase de acción en relación a la implantación de la GD.	Porcentaje de centros de salud que se encuentran en fase de acción.	$\frac{\text{Nº de centros de salud en fase de acción}}{\text{Nº total de centros de salud}} \times 100$	95%	Direcciones Asistenciales	Cuatrimestral

Todos los centros de salud en los cuales se han identificado necesidades formativas llevarán a cabo autoformación sobre GD a los profesionales de enfermería.	Porcentaje de centros de salud identificados en los cuales se han identificado necesidades formativas y han impartido autoformación sobre GD a los profesionales de enfermería.	$\frac{\text{Nº de centros de salud en los que se identifican necesidades formativas y han impartido autoformación sobre GD a los profesionales de enfermería}}{\text{Nº de centros en los cuales se ha identificado necesidades formativas}} \times 100$	95%	Formularios de GD en AP y FORMAP Equipos directivos de los CS	Semestral
Los centros de salud tendrán el circuito de derivación en su reglamento de régimen interno.	Porcentaje de centros de salud que tienen incluido el circuito de derivación en su reglamento de régimen interno.	$\frac{\text{Nº de centros de salud que han incluido en su régimen interno el circuito de derivación}}{\text{Nº total de centros de salud}} \times 100$	95%	Reglamento de Régimen Interno. Equipos Directivos de los Centros de Salud	Semestral

Incrementar el número de centros de salud que han progresado de la fase de pre contemplación a fase de acción en relación a la implantación de la GD.	Porcentaje de centros de salud que progresan de fase de pre contemplación a fase de acción	$\frac{\text{Nº de centros de salud que han progresado de la fase de pre contemplación a la fase de acción}}{\text{Nº total de centros de salud en fase de pre contemplación}} \times 100$	95%	Direcciones Asistenciales	Cuatrimestral
Los centros de salud tendrán analizadas barreras y resistencias que presentan sus profesionales con respecto a la implantación de GD.	Porcentaje de centros de salud que han cumplimentado el formulario de "Gestión de la Demanda de Atención Primaria".	$\frac{\text{Nº de centros de salud que han cumplimentado formulario "Gestión de la demanda de Atención Primaria"}}{\text{Nº total de centros de salud}} \times 100$	95%	Formularios de GD en AP Direcciones Asistenciales	Al inicio
A los centros de salud se les habrá presentado situación de inicio con respecto a la implantación de la GD.	Porcentaje de centros de salud a los cuales se les ha presentado su situación inicial.	$\frac{\text{Nº centros de salud a los cuales se les ha presentado situación inicial con respecto a la GD}}{\text{Nº total de centros de salud}} \times 100$	95%	Direcciones Asistenciales	Al inicio
Todos los centros de salud en los cuales se ha identificado necesidades formativas llevarán a cabo autoformación sobre GD a las UAU	Porcentaje de centros de salud identificados en los cuales se han identificado necesidades formativas y han impartido autoformación sobre GD a las UAU.	$\frac{\text{Nº de centros de salud en los cuales se han identificado necesidades formativas y han impartido autoformación sobre GD a las UAU}}{\text{Nº de centros de salud en los cuales se han identificado necesidades formativas}} \times 100$	95%	Formularios de GD en AP y FORMAP Equipos directivos de los CS	Semestral

Figura 1: Tabla de objetivos específicos e indicadores

Recursos

1. Recursos humanos

- Equipo de formadores responsable de la capacitación de los profesionales de enfermería.
- Identificación y movilización de líderes informales para favorecer la gestión del cambio.
- Técnicos para la recopilación, análisis y seguimiento de los indicadores.

2. Recursos materiales

- Espacios, equipamiento clínico y recursos tecnológicos adecuados para la atención y seguimiento de pacientes en consultas de enfermería.
- Sistemas de registro y trazabilidad que permitan garantizar una correcta derivación y cierre del proceso.

3. Herramientas de evaluación

- Encuestas estructuradas dirigidas principalmente a profesionales.
- Indicadores de rendimiento (tiempos de espera, accesibilidad, resolución de procesos por enfermería, derivaciones, etc.).

Basada en la evidencia

La propuesta se fundamenta en la evidencia científica disponible y en la identificación de los puntos críticos propios de la atención a la demanda en Atención Primaria. Cada proceso incluye un apartado bibliográfico específico que permite acceder a fuentes documentales actualizadas.

Las recomendaciones se adaptan a la situación individual del paciente y al grado de recomendación de la evidencia en cada momento, abarcando tanto las intervenciones enfermeras como las posibles indicaciones farmacológicas asociadas.

La selección de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras se realizó mediante dos aproximaciones metodológicas complementarias:

- Triangulación taxonómica, basada en literatura científica, guías clínicas y fuentes documentales recogidas en la bibliografía del documento.
- Modelo de vulnerabilidad de cuidados, utilizado como método de validación experta.

Las recomendaciones farmacológicas se estructuran por grupos terapéuticos y principios activos, y cuando es necesario se incorporan árboles de decisión, garantizando la adecuación al marco normativo vigente.

Equidad

La gestión de la demanda en procesos agudos contribuye directamente a mejorar la equidad en el acceso al sistema sanitario, al permitir que cada paciente sea atendido por el profesional más adecuado a sus necesidades, reduciendo tiempos de espera y evitando desigualdades en la atención.

La metodología, basada en la optimización de recursos y la transferencia de conocimiento entre profesionales, refuerza la calidad asistencial, homogeneiza la práctica clínica y disminuye la variabilidad entre centros, favoreciendo una atención más justa, segura y centrada en la persona.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se concibió desde el inicio como un elemento fundamental del proyecto. La reorganización de procesos permite alinear los recursos con las necesidades reales, rentabilizar la inversión y consolidar un modelo más eficiente.

La GAAP ha garantizado la continuidad del proyecto mediante la estandarización de procesos, la actualización continua y la transferencia estructurada de conocimiento. La implantación alcanza actualmente al 100% de los centros, consolidando una red asistencial homogénea.

La GD de enfermería es una estrategia coste-efectiva, al reducir el gasto asociado a consultas innecesarias, evitar la saturación de urgencias y disminuir los tiempos de atención. Ello se traduce en un menor coste por episodio y una distribución más equilibrada de la carga asistencial.

Transferibilidad

La buena práctica es altamente transferible gracias a su diseño modular, su estructura metodológica y la disponibilidad de materiales formativos y operativos. Su implementación combina:

- Formación teórica.
- Práctica aplicada.
- Seguimiento estructurado.

La metodología basada en competencias permite replicar el modelo en otras comunidades autónomas, apoyándose en el campus corporativo de formación, talleres presenciales y una red de tutores multidisciplinares.

Los materiales audiovisuales, guías, protocolos y formularios normalizados —disponibles en formato digital— facilitan su extensión sin necesidad de recursos adicionales significativos.

Efectividad

La intervención ha demostrado una elevada efectividad en el entorno asistencial real:

- Incremento del número de centros que amplían su actividad en gestión de la demanda enfermera.
- Aumento significativo de episodios registrados y resueltos desde la consulta de enfermería.
- Mejora de la accesibilidad y reducción de duplicidad de consultas.
- Refuerzo de la capacidad diagnóstica y de seguimiento del profesional enfermero.

Los indicadores reflejan mejoras consistentes en los procesos asistenciales y confirman el impacto operativo del proyecto en la capacidad de respuesta del sistema.

Eficiencia

El proyecto ha demostrado eficiencia mediante la implantación de procesos y circuitos de derivación que permiten optimizar el uso de recursos y mejorar la calidad percibida por profesionales y pacientes.

La evaluación periódica ha permitido:

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Identificar y corregir barreras.
- Aumentar el número de procesos implantados y centros operativos.
- Incrementar las derivaciones adecuadas y episodios gestionados por enfermería.
- Mejorar la satisfacción y seguridad de los profesionales.

Como objetivo estratégico para el próximo año, se plantea incrementar significativamente los porcentajes de gestión por proceso y por centro, reforzar la formación y el acompañamiento profesional y mantener la reevaluación continua como mecanismo de consolidación del modelo.

Participación multidisciplinar

El proyecto ha contado con una amplia participación multidisciplinar integrada por:

- Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos (coordinación).
- Equipos directivos de las Direcciones Asistenciales.
- Dirección Técnica de Sistemas de Información (DTSI).
- Farmacéuticos Especialistas de Área.
- Equipos directivos y profesionales de los centros de salud.
- Enfermería técnica de la GAAP.
- Profesionales asistenciales.
- Representantes de sociedades científicas y del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM).

Asimismo, profesionales administrativos de la Gerencia, DAS y centros de salud han colaborado en la gestión logística, envío de información y organización de sesiones formativas.

Colaboración intersectorial

La efectividad del proyecto se apoya en una sólida cooperación institucional. Se constituyó un grupo multidisciplinar conformado por profesionales de gestión, enfermería, medicina, farmacia y sistemas de información, encargados de la estandarización técnica del proceso. La metodología de implantación de Buenas Prácticas se coordinó desde la DTIyCP, con el apoyo técnico y humano de la DTSI y de las Direcciones Asistenciales. La colaboración con sociedades científicas y CODEM reforzó la validez metodológica y profesional del proyecto. Este modelo cooperativo ha garantizado la consolidación del proyecto y facilita su replicabilidad en otros entornos.

Evaluación

La evaluación de los resultados se ha realizado en función de los indicadores definidos:

- Datos cuadro de mando de GD enfermera.

1. Indicador CPC: Planes de actuación de procesos de Gestión de la Demanda Enfermera
2. Grado de Resolución: % de protocolos de registro GDE cumplimentados en el periodo de tiempo seleccionado asociado que tienen marcado DERIVACIÓN=NO o DERIVACIÓN=SI con MOTIVO DERIVACION ≠ “Motivos Clínicos”, respecto al total de protocolos de registro GDE.

INDICADOR	CIERRE 2024	CIERRE 2025
INDICADOR CPC	6,27%	10,71%
GRADO DE RESOLUCIÓN	60,25%	70,98%

Figura 2: Cuadro de mando de GD enfermera

- Formulario /encuesta a los profesionales y pacientes: Desde el punto de vista cualitativo el resultado describe: falta de formación, necesidad de recursos humanos, dudas sobre el sustento legal y problemas organizativos.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

NAV1-1: Atención inicial a procesos agudos orientada al autocuidado. Figura de la enfermera referente en procesos agudos (ERPA) en Navarra

María Prado Santamaría (1), Judit Lapieza Itxaso (1), Edurne Lecea Malagón (1), Cristina Pérez de Albéniz Gómez (1), Sara Furtado Eraso (1)

(1) Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, procesos agudos, gestión enfermera de la demanda, educación sanitaria, accesibilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Los procesos agudos autolimitados, suponen una alta carga de trabajo para Atención Primaria. Se resuelven mayoritariamente de forma espontánea sin necesidad de intervención profesional. Para ello, es necesaria una educación en autocuidados que constituye en la actualidad una estrategia fundamental en la ayuda al paciente para tomar las riendas de su enfermedad y está recomendada por la OMS.

El modelo de atención orientado al autocuidado en pacientes que consultan por un proceso agudo autolimitado, se basa en la capacitación del paciente para el manejo de síntomas leves y en el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma que requieren de una valoración por un profesional sanitario. La actuación principal ha de ser la promoción del autocuidado, incluyendo todas las actuaciones que una persona realiza para manejar su enfermedad, prevenir y actuar para mejorar o restablecer su salud.

Dentro del Marco Estratégico de Atención Primaria, con este modelo se hace una gestión integral de la demanda asistencial centrando la atención en el paciente (no en la tarea), y en la gestión de recursos para su atención.

Con el fin de adaptar el Marco Estratégico en Navarra, se rediseñaron los circuitos asistenciales en cada Zona Básica de Salud (ZBS), reduciendo el número de pasos y tareas de escaso valor añadido y el nº de contactos que el paciente precisa para resolver su problema, impulsando así un trabajo multidisciplinar y en equipo. Este modelo se basa en la atención prioritaria de estas consultas por parte del estamento de enfermería que también debería aplicarse en otros contextos (atenciones en urgencias extrahospitalarias...).

Teniendo en cuenta los datos de actividad del sistema sanitario nivel estatal se observó un incremento constante de la demanda de servicios de Atención Primaria. Además, se vio la necesidad de avanzar hacia acciones y medidas que racionalizaran los recursos de los que se disponía y el aprovechamiento de la competencia de las enfermeras era una de las medidas más utilizada a nivel internacional en esta línea. De hecho, varias revisiones sistemáticas de la literatura publicadas en el British Medical Journal en 2002 y 2015 concluían que enfermeras con competencias necesarias, como alternativa o como complemento a la atención de otros

profesionales, eran capaces de obtener los mismos o incluso mejores resultados, además de demostrar ser un recurso mucho más costo efectivo para el sistema.

También desde el Colegio de Enfermería de Navarra se apoyó esta iniciativa de implantación de consultas de enfermería de atención a procesos agudos que tienden a la resolución espontánea en los centros de AP, ya que supone un avance en el desarrollo profesional y un mejor aprovechamiento de las competencias enfermeras, repercutiendo positivamente en la población y en el propio sistema sanitario. Entendieron igualmente que estas medidas requieren de un conjunto de acciones de apoyo al profesional que soporta el peso de la innovación, tales como actualización de protocolos de actuación, formación en aspectos relevantes, trabajo con los equipos multidisciplinares, seguimiento de incidentes en su aplicación, etc. y mostraron un compromiso para el establecimiento de acciones formativas que ayudaran a estos profesionales en su día a día.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Dentro de los Modelos de Atención en Atención Primaria en Navarra impulsados por el Plan de Mejora de calidad de Atención Primaria de Navarra 2010-2012, se incluyó el Modelo de Atención orientado al autocuidado de los procesos agudos que tienden a la resolución espontánea, como uno de sus objetivos generales. Se buscaba promover el autocuidado y respetar la autonomía del paciente incrementando su responsabilidad, atribuciones y libertad en la toma de decisiones.

A lo largo de los años el modelo ha ido evolucionando (Anexo I) y actualmente, engloba la atención a la población a partir de 7 años con alguno de estos procesos agudos ($\leq$ a 3 días de evolución entre 7 y 15 años y $\leq$ 5 días de evolución, a partir de 15 años), incluyendo:

- Fiebre.
- Síntomas respiratorios: mocos, tos, dolor de garganta, síntomas gripales y/o síntomas compatibles con covid.
- Síntomas digestivos: diarreas, vómitos, náuseas.
- Molestias al orinar (mujeres mayores de 15 años).
- Molestias o dolor en la boca. (mayores de 15 años).
- Molestias o sensación de taponamiento de oído. (mayores de 15 años).

Existe un algoritmo de citación a disposición de los profesionales que deriva a consulta de enfermería estos procesos (Anexo II). Si no se cumplen los criterios o la persona ya ha sido valorada los días previos por un profesional sanitario, desde el servicio de admisión se le asigna cita con medicina de familia o pediatría.

Para atender estos procesos, en la historia clínica informatizada-ATENEA, existe un protocolo de actuación que incluye una valoración general, una valoración específica (según sintomatología) y una intervención profesional en la que se le da información sobre el proceso que padece y síntomas a vigilar, tratamiento (cuidados básicos, botiquín casero) y se entrega al paciente/cuidador por escrito información sobre los autocuidados que requiere según sintomatología y cuándo es necesario volver a consultar (signos de alarma).

Lo que diferencia este modelo de otras comunidades es la existencia de la figura de la ERPA (Enfermera Referente en Procesos Agudos). Se incorporó en abril del 2022, siendo una figura clave en la instauración y buena evolución del modelo y es quien atiende los procesos citados anteriormente desde los 15 hasta los 70 años de edad, en los centros que disponen de esta figura, siendo la enfermera de cada UBA (unidad básica de atención) quien atiende a los menores de 7 a 15 años y a los mayores de 70 años (Anexo III).

Este modelo se aplica en toda la Comunidad Foral de Navarra, siguiendo el mismo protocolo, con lo que se garantiza la continuidad de la promoción del autocuidado y autonomía del paciente independientemente de su edad. Cumple con el principio de intervención sanitaria de que los servicios al paciente deben prestarse en el lugar, momento y por el profesional adecuado, tanto por razones de eficiencia como de seguridad, así recogido en el Plan de Mejora de Calidad de Atención Primaria en los orígenes del modelo.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas atendidas en los Centros de Salud de la Comunidad Foral de Navarra, a partir de 7 años de edad, que demanden una atención debido a un proceso agudo con una evolución ≤ 3 días en población pediátrica y ≤ 5 días en población adulta.

Los síntomas atendidos con este modelo son:

- Fiebre.
- Síntomas respiratorios: mocos, tos, catarro, dolor de garganta, síntomas gripales o síntomas compatibles con covid.
- Síntomas digestivos: diarreas, vómitos o náuseas.
- Molestias al orinar (mujeres mayores de 15 años).
- Molestias o dolor en la boca. (mayores de 15 años).
- Molestias o sensación de taponamiento oído. (mayores de 15 años).

El ámbito de aplicación del modelo de atención inicial a procesos agudos orientada al autocuidado es toda Navarra, aunque algunos centros no disponen por el momento de la figura ERPA.

Metodología

La metodología utilizada para la implementación del proceso se estructuró en 4 fases definidas.

Primero, se realizó un diagnóstico inicial de las prácticas clínicas existentes mediante una revisión documental, identificando brechas y oportunidades de mejora. Seguidamente, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo las guías del JBI (Joanna Briggs Institute) y revisando recomendaciones aplicables a la atención de pacientes con procesos agudos. La implantación se organizó mediante el ciclo PDCA: planificar (plan), hacer (do), verificar (check) y actuar (act):

- Fase Plan: se diseñaron protocolos y guías asistenciales

- Fase Do: los protocolos y guías se implementaron en unidades piloto
- Fase Check: se monitorearon indicadores de desempeño clínico y adherencia.
- Fase Act. Se ajustaron estrategias según los hallazgos encontrados (figura ERPA, formaciones, etc...)

La formación, supervisión continua y la retroalimentación a lo largo del proceso aseguraron la integración de la evidencia en la práctica asistencial promoviendo la mejora continua en la atención de los pacientes con procesos agudos.

Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar un modelo de atención idóneo y sostenible, que se adecue a las necesidades reales del paciente y que promueva una mayor responsabilidad e implicación de los ciudadanos en su propio autocuidado.

Objetivos específicos:

- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, mediante una gestión más eficiente de la demanda aguda.
- Reducir tiempos de espera en la atención de los usuarios con procesos agudos.
- Optimizar el uso de recursos humanos y materiales, redistribuyendo la carga asistencial entre profesionales.
- Estandarizar circuitos asistenciales a la demanda aguda, facilitando la coordinación interdisciplinar.
- Fomentar la autonomía y promover la educación sanitaria de la población respecto al autocuidado de las patologías agudas que tienden a la resolución espontánea, y consecuentemente disminuir a largo plazo la demanda sanitaria por estos motivos.
- Garantizar la seguridad clínica del paciente, mediante protocolos basados en evidencia científica.
- Integrar el modelo en la gestión de agendas y citación, garantizando accesibilidad equitativa para la población.
- Potenciar formación continua de enfermería en valoración y manejo de procesos agudos.

Actuaciones realizadas

Se estableció un modelo organizativo y asistencial que ofrecía una respuesta eficiente y de calidad ante procesos agudos leves o autolimitados, mejorando la accesibilidad, continuidad y satisfacción de la atención sanitaria. Para todo ello se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Formación inicial del personal.
- Elaboración del manual de exploración enfermera.
- Se protocolizó la derivación desde Admisión (algoritmo de citación en agendas).
- Se hicieron guías de Autocuidado para el paciente.
- Difusión a los equipos y a la población.
- Página web Salud Navarra (para pacientes y profesionales).
- Formación continua, apoyada por el Departamento de Salud y Colegio de Enfermería.

Indicadores

Con la implantación del modelo de enfermería de consulta de procesos agudos cada año se evalúa el siguiente indicador dentro del pacto de gestión:

- Número de episodios agudos abiertos por enfermería del total de procesos agudos abiertos en el centro (considerando solo los episodios agudos autolimitados predefinidos).

Más concretamente:

- Porcentaje de Episodios Agudos creados por enfermera/Total de Episodios Agudos predefinidos > de 15 años.
- Porcentaje de Episodios Agudos creados por enfermera/Total de Episodios Agudos predefinidos entre 7 y 15 años.

Recursos

- Recursos Humanos EAP + ERPA
 - Se crearon 44 plazas estructurales de enfermeras ERPA en los Centros y las plazas se han consolidado pasando a formar parte de la plantilla orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
 - Grupos de Trabajo para apoyo y mejora del modelo.
 - Grupo de profesionales formadores.
- Recursos documentales: algoritmos de citación, hojas autocuidados, manual de exploración enfermera.
- Recursos materiales:
Adecuación de consultas de los centros, teniendo en cuenta la ubicación en el CS y su equipamiento, mejorando la accesibilidad.

- Recursos tecnológicos:
Previa a la implantación del modelo se desarrollaron como herramientas de ayuda protocolos informáticos en la historia clínica informatizada de AP (ATENEA). Estos protocolos recogen los signos de alarma según aparatos, la posibilidad de registro de las principales variables, así como el acceso a documentos de entrega para pacientes.

Basada en la evidencia

En una fase inicial se realizaron búsquedas bibliográficas para identificar evidencia científica actualizada y relevante sobre la atención de pacientes con procesos agudos. Se tuvo en cuenta que la OMS define y promueve intervenciones de self-care (autocuidado) para la salud y el bienestar, reconociendo su papel en la cobertura sanitaria y el empoderamiento de la población y que uno de los retos del siglo XXI es devolver a la población la capacidad de autocuidarse. Además, se tomaron como referencia artículos relevantes como orientación desde donde partió el modelo.

La implantación del modelo de “Atención a procesos agudos autolimitados” en Navarra se basó en las recomendaciones del JBI ‘Approach in Evidence Implemetation’ y en el ciclo PDCA como metodología de mejora continua de procesos. Este enfoque permitió identificar evidencia científica relevante, evaluar la práctica clínica y desarrollar estrategias de cuidado fundamentadas en resultados probados. A través del ciclo PDCA se planificó la intervención, se implementó en el entorno asistencial, se monitorearon resultados y se realizaron ajustes continuos para optimizar la práctica. Basarse en estas metodologías garantizó un proceso estructurado, sistemático y adaptable, favoreciendo la mejora continua de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Equidad

En todas las ZBS, de las 3 áreas de la CCAA de Navarra, se tiene acceso a este modelo de atención, con independencia del género, nivel socioeconómico, otros determinantes sociales de la salud, y con un rango de edad muy amplio.

El hecho de capacitar a la población en conocimientos de autocuidados favorece la Equidad en Salud.

Sostenibilidad

Se constata la existencia de un amplio consenso sobre la pertinencia e idoneidad de las líneas estratégicas emprendidas con este modelo, que es de atención orientada al paciente, en especial a la accesibilidad y agilidad, sostenible, orientado al autocuidado y a la necesidad, en el que se garantiza una atención integral e interdisciplinar por el profesional idóneo.

Y con una organización que optimiza la gestión del tiempo dedicado a cada una de las funciones profesionales (asistencia, formación, mejora continua, coordinación, etc.) y facilitadora que promueve el desarrollo profesional.

Cuenta con el apoyo institucional que fomenta la formación en los centros, evaluaciones y mejoras continuas (PDCA), así como con el apoyo del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra,

y es un modelo ampliamente aceptado por los profesionales y la población, facilitando su continuidad a largo plazo.

Transferibilidad

A pesar de que los contextos pueden diferir, el modelo puede adaptarse a los distintos entornos y peculiaridades de la población.

Existen documentos para poder replicarse o ampliarse en otros contextos:

- Estrategia de atención, orientada al autocuidado, para pacientes con procesos agudos leves
- Algoritmos consensuados de citación.
- Guías de autocuidados y signos de alarma para entregar a los pacientes.
- Formación estructurada y acreditada.
- Planificación estructurada de la atención en consulta (protocolos ATENEA)
- Manual de “Exploración enfermera en procesos agudos autolimitados” disponible en intranet sanitaria AUZOLAN.

Efectividad

Los resultados de la evaluación de esta Buena Práctica fueron positivos y medibles: aumentaron los CIAP de procesos agudos abiertos por enfermería.

Se hizo una evaluación los meses de abril y septiembre de 2022 y 2023 viendo que el indicador de % episodios agudos abiertos por enfermería es marcadamente superior en las ZBS a las que se incorporaron las ERPAS, tanto en la situación de partida como en momentos posteriores de implantación del modelo. La tendencia favorable en las ZBS sin ERPAS nuevamente se observan en CS rurales sin problemas de accesibilidad.

En la evaluación se comprueba una alta implantación en centros urbanos y una baja implantación en cupos pequeños en general y centros rurales.

Se está a la espera de evaluar los conocimientos adquiridos por las personas que son atendidas con este modelo. Este modelo es actualmente ampliamente aceptado por los profesionales y por la población.

Eficiencia

Este modelo centra los objetivos en la eficiencia y eficacia global del proceso y no en la productividad de cada tarea. Partíamos de un modelo anterior en el que ante la pregunta ¿Qué pide el paciente? Obtenía una respuesta única: una cita con medicina. En este nuevo modelo se replantea la pregunta a ¿Qué necesita el paciente? Y se ve qué modalidad de atención es más idónea y qué profesional es más eficiente para resolverla.

Siguiendo este modelo, el grueso de atención recae en las ERPA siendo el coste económico de una consulta de enfermería menor que el de una consulta de medicina.

Además, tanto los profesionales de medicina/pediatría como enfermería de cupo siguen el mismo modelo.

Promoviendo el autocuidado se hace un uso racional de medicamentos y una optimización del tiempo de recuperación del paciente (Disminución de la morbilidad, bajas laborales más cortas...).

Participación multidisciplinar

El Modelo implica a todo el equipo de Atención Primaria. Los administrativos recogen la demanda y con un algoritmo consensuado citan inicialmente al paciente con el profesional indicado para resolverla. Integra la colaboración de medicina, enfermería y administrativos del Centro de Salud, ya que las indicaciones para resolver una demanda por un proceso agudo autolimitado, serán las mismas independientemente del profesional que lo atienda, empoderando al paciente en su autocuidado y potenciando su autonomía, pudiendo aplicar los conocimientos adquiridos sobre este tipo de procesos en futuras necesidades similares.

Colaboración intersectorial

Durante la implantación del modelo se intentó mejorar la accesibilidad y reducir los trámites burocráticos en AP contactando con el sector empresarial para evitar la presentación del parte de baja para ausencia de 1 o 2 días, pero no se alcanzó un acuerdo.

Se facilitó la gestión informática del parte de baja a propuesta del profesional de enfermería, en el mismo acto de la consulta por proceso agudo autolimitado, quedando pendiente de la validación mediante la firma de medicina, evitando una nueva cita para el paciente por ese motivo.

Este modelo está alineado con la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra yendo de la mano de agentes de la comunidad involucrados más allá del ámbito sanitario para reforzar su continuidad contribuyendo al autocuidado de la comunidad (ayuntamientos, asociaciones, centros educativos, etc..).

Evaluación

En octubre de 2023 se realizó un informe sobre el modelo y se obtuvieron las siguientes conclusiones⁴:

- La implantación del modelo se ha desarrollado mayoritariamente con éxito.
- Existe aceptación del modelo por parte de los profesionales tanto de enfermería como de medicina.
- Siguen quedando zonas en la que la implantación es menor, sobre todo en las áreas de Tudela y Estella.
- Los pacientes han ido aceptando esta forma de trabajo, sobre todo si perciben que se da respuesta a sus necesidades.

- La prescripción de enfermería de determinados fármacos, aunque inicialmente supuso un obstáculo para la implantación del modelo, posteriormente facilitó el desarrollo de la estrategia.
- Se ha constatado una mejora en los indicadores de accesibilidad en las ZBS que han incorporado las ERPAs.
- Se evalúa anualmente en el Pacto de Gestión con los indicadores específicos.
- Actualmente se plantean estudios que evalúen este modelo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

PVA2-1: Implantación de la guía Violencia de Género de BPSO: transformando la atención sanitaria

Magdalena María Presmanes Losada (1), Marisol Díaz González (1), Maite Larrinaga Llaguno (1), María José Fernández Landa (1), Iratxe Pérez Urdiales (2), Ana Rodríguez Núñez (1), Jon Ander Jauson Maraña (1)

(1) Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto, Osakidetza–Servicio Vasco de Salud (SVS), (2) Facultad de Enfermería y Medicina, Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, violencia de género, práctica basada en la evidencia, implantación de guías, coordinación asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La violencia de género (VG) es, una de las lacras más graves y urgentes al que nos enfrentamos como sociedad, constituyendo un grave problema de salud pública. Sus secuelas físicas y psicológicas en mujeres, hijas e hijos son a menudo, silenciadas. En el ámbito sanitario, tenemos la responsabilidad ética de detectar a tiempo lo que a veces se oculta y ofrecer acompañamiento seguro y eficaz.

La Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto (OSIBB) de Osakidetza-SVS, que atiende a más de 182.500 mujeres, reconoce la urgencia de dar respuesta sanitaria eficaz y estandarizada. A pesar de los protocolos, se detectó variabilidad en la práctica clínica y una necesidad de actualizar las herramientas de detección y abordaje de la VG. La feminización de la profesión, y el reconocimiento de que la VG puede afectar también a las propias profesionales, añade una dimensión que convierte esta implantación en una acción de cuidado institucional.

La OSI Bilbao-Basurto es una organización sanitaria que cuenta con más de 2500 profesionales que dan cobertura a una amplia cartera de servicios en los 27 centros de Atención Primaria.

La actualización de protocolos y la implantación sistemática de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de VG a través del modelo BPSO® (Best Practice Spotlight Organization) ofrece un marco sólido, integral y reconocido internacionalmente. Esta iniciativa surge de una alianza estratégica entre la OSI Bilbao-Basurto, la Facultad de Medicina y Enfermería de la EHU (FME-EHU) y la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia (UADyCB). Esta integración facilita la conexión entre el mundo académico y asistencial, permitiendo que personas expertas, profesorado, residentes y clínicos co-creen soluciones basadas en evidencia.

Esta propuesta aporta un valor añadido en tres dimensiones:

1. Clínica: mejora la detección, reduce la variabilidad y establece protocolos claros, homogéneos y culturalmente sensibles para detectar y actuar.
2. Organizativa: crea estructura interna robusta, formada por líderes e impulsoras. Favorece la colaboración real entre niveles, sentando las bases de una cultura institucional de buenas prácticas.

3. Académica y generacional: incorpora los contenidos de la GBP de VG de en la formación universitaria y de residentes. Asegurando que las nuevas generaciones incorporen un enfoque basado en la evidencia con perspectiva de género.

Participar como organización BPSO® impulsa un cambio estructural: creando equipos multidisciplinares, optimizando los registros, fortaleciendo alianzas y promoviendo intervenciones educativas e investigadoras sostenibles. El impacto esperado incluye mayor detección de casos, itinerarios asistenciales más seguros y mayor coordinación con servicios sociales.

El objetivo final es transformar la práctica hacia un modelo más equitativo, eficiente y alineado con la mejor evidencia. Avanzar hacia una atención primaria y comunitaria que proteja, escuche y acompañe a las mujeres en cada consulta, haciendo que los centros sanitarios sean entornos seguros que promueven la escucha y apoyo a mujeres en su salida de la violencia.

Integrar la GBP en las organizaciones permite generar un cambio cultural hacia la excelencia clínica, reducir la variabilidad, empoderar a profesionales y posicionar los centros sanitarios como entornos seguros de confianza para las mujeres sus hijas e hijos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La práctica consiste en la implantación sistemática de la GBP RNAO® en VG en la OSI Bilbao-Basurto de Osakidetza, integrando simultáneamente su implantación en los grados de ciencias de la salud de la FME-EHU y la formación especializada en la UDAFyCB. Garantizando una coherencia real entre la práctica asistencial, la docencia y la formación especializada.

La organización del proyecto ha seguido las seis fases del Toolkit de la RNAO:

- Identificación del problema: mediante un diagnóstico participativo que incluye el análisis de necesidades, revisión de recursos existentes y la identificación de vacíos en la atención a la VG desde el ámbito sanitario y comunitario.
- Adaptación al contexto local de las recomendaciones de la GBP: alineación con los protocolos de Osakidetza, identificación de agentes clave y realización de análisis DAFO que ha permitido priorizar acciones ajustadas a la realidad del territorio.
- Evaluación de barreras y facilitadores: análisis de factores profesionales, organizativos y del sistema sanitario, para diseñar intervenciones realistas, sostenibles y asumibles.
- Implantación: planificación de acciones formativas, elaboración de materiales específicos, establecimiento de circuitos de derivación, acompañamiento de equipos y despliegue de impulsoras. Se promueve que profesionales y estudiantes conozcan y manejen los protocolos de actuación, y herramientas para la detección y la intervención.
- Monitorización: evaluación continua mediante indicadores de estructura, proceso y resultados.
- Sostenibilidad: desarrollo de mecanismos de mantenimiento, actualización y expansión del proyecto hacia nuevas unidades de la OSIBB e integración progresiva en asignaturas de la FME-EHU.

El proyecto abarca la totalidad del territorio de la OSI y se apoya en una colaboración estrecha con asociaciones, recursos comunitarios y servicios sociales, reforzando el papel de la atención primaria como eje vertebrador de la respuesta frente a la violencia machista.

Su carácter innovador radica en:

- La colideranza asistencial-académica, que asegura coherencia entre la formación y la práctica clínica.
- La participación activa de residentes (EIR, MIR) de la UDAFyCB y alumnado pregrado y postgrado, generando una red de profesionales en formación sensibilizados y capacitados.
- La integración transversal del enfoque de género en todos los niveles formativos y asistenciales.
- La creación de una línea de investigación en VG, que favorece la actualización continua de la guía y la mejora de la práctica clínica.
- El desarrollo de material divulgativo y docente, orientado a mejorar la detección, acompañamiento e intervención.

Desde una perspectiva comunitaria e interseccional, el proyecto reconoce que la violencia machista se expresa de manera diferente según edad, situación social, el contexto cultural o la red de apoyos de las mujeres. Se presta especial atención a colectivos como mujeres mayores, en las que la violencia puede estar invisibilizada y normalizada tras años de convivencia, y las adolescentes, donde la violencia se manifiesta con frecuencia a través del control, el abuso emocional o el uso de las redes sociales. Este enfoque permite adaptar las intervenciones, fortalecer los activos comunitarios y coordinar respuestas con el ámbito educativo, social y asociativo, promoviendo una atención más equitativa, cercana y centrada en las necesidades reales de cada mujer.

Población diana / ámbito de aplicación

La población beneficiaria directa la constituyen más de 182.500 mujeres en edad adulta adscritas a la OSI Bilbao-Basurto y sus hijas e hijos, potenciales víctimas o supervivientes de violencia de género. Para ellas, el proyecto permite establecer un circuito asistencial más seguro, protocolizado y basado en la mejor evidencia disponible. Fortaleciendo la equidad en la atención sanitaria independientemente del centro de atención primaria al que pertenezca la mujer y sus hijas e hijos.

La iniciativa se despliega en toda la OSI Bilbao-Basurto, por lo que, en el ámbito asistencial, se dirige al equipo multidisciplinar de Atención Primaria, Puntos de Asistencia Continuada, urgencias hospitalarias, unidades comunitarias y alumnado de ciencias de la salud, con impacto en toda el área de influencia de la OSI. En el ámbito académico se dirige al estudiantado de grado de la FME-EHU y profesionales de enfermería y medicina en vías de especialización de la UDAFyCB.

Metodología

La metodología BPSO® se apoya en dos marcos: acción social y implantación de evidencia. El primero impulsa el cambio mediante un movimiento social que asegura la sostenibilidad, el segundo estructura la implementación en seis fases:

1. Identificación del problema y revisión de evidencia
2. Adaptación al contexto
3. Análisis de barreras y facilitadores
4. Planificación e implantación
5. Monitorización con indicadores
6. Sostenibilidad y diseminación.

La GBP se publicó originalmente en 2006 y se actualizó en 2012, por lo que se consideró necesario revisar la evidencia de manera inicial.

Se crearon equipos interdisciplinarios y se adaptó la GBP al marco normativo de Osakidetza y la evidencia encontrada. Esto permitió realizar un diagnóstico de necesidades y estableció una estrategia que incluyó formación, red de impulsoras (profesionales formados/formadas en metodología de implantación que ejercen influencia y facilitan el cambio), unificación de procedimientos y consecución de apoyo directivo, garantizando viabilidad y mejora continua.

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la detección, atención integral y acompañamiento a mujeres víctimas y sobrevivientes de VG, sus hijas e hijos, mediante la implantación de la GBP en VG de la RNAO en la OSIBB, en FME-EHU y en la UDAFyCB.

Objetivos específicos

1. Aumentar la detección temprana y calidad de la intervención profesional en casos de VG.
2. Capacitar al personal de salud para ofrecer una respuesta inicial adecuada y un entorno seguro.
3. Establecer circuitos de derivación y colaboración con recursos especializados.
4. Crear un espacio de confluencia estable entre el ámbito asistencial y académico para el desarrollo de buenas prácticas.
5. Crear y fortalecer un equipo de impulsoras BPSO® en VG.
6. Evaluar el impacto.
7. Consolidar el proyecto como modelo transferible.
8. Integrar la práctica basada en evidencia en VG en la formación pre y posgrado.
9. Sensibilizar y formar a futuras profesionales garantizando el relevo generacional.

Actuaciones realizadas

Formación e impulso del liderazgo: Desde el inicio del proyecto en el 2022 se han formado 3523 profesionales en VG y se han captado 411 impulsoras transversales, al menos una por cada unidad de alcance.

Formación y creación de herramientas: Desarrollo y difusión de infografías, vídeos, formación con role-playing, análisis de casos; talleres comunitarios sobre malestares de género; sesiones clínicas.

Integración académica: Diseño de un itinerario de VG en asignaturas del Grado de Enfermería y de Medicina, dirección de TFGs sobre VG. Incorporación de la VG en el itinerario formativo de la UDAFyCB.

Investigación: Creación y publicación de artículos científicos sobre: 1) la implantación y puesta en marcha del proyecto, 2) actitudes sexistas en el alumnado de enfermería y medicina, 3) adicciones y VG en mujeres embarazadas, 4) evaluación de método docente en VG.

Intervención comunitaria: Talleres comunitarios y acciones para mujeres mayores; adolescentes, mujeres migradas. Además de, colaboración con asociaciones.

Indicadores

Estructura:

- Número de impulsoras transversales formadas (411)
- Número total de impulsoras y colaboradoras (462).

Proceso:

- Número profesionales formadas en VG (3523).
- Inclusión de la GBP de VG en 3 asignaturas del Grado de Enfermería y 2 de Medicina. Defensa de 11 TFGs con temática VG.
- Formación obligatoria de residentes de enfermería y desarrollo de TFR sobre VG en la UDAFyCB.
- Potenciación de producción científica: fomentando la presentación de comunicaciones en congresos/jornadas (15 trabajos en los dos últimos años).

Resultado:

- Incremento del 26% en la identificación y registro de casos de VG en Urgencias y AP en 2024.
- Percepción de los centros sanitarios como lugares seguros por parte de las mujeres (indicador cualitativo clave).
- Consolidación de línea de investigación aplicada de VG y transferencia del conocimiento.

- Mejora de la preparación percibida y conocimiento en VG del estudiantado de Enfermería (escala PREMIS).

Recursos

Los recursos humanos que sustentan el proyecto incluyen equipo coordinador multidisciplinar, una extensa red de impulsoras clínicas y académicas transversales que actúan como agentes de cambio, líderes responsables de la guía, el apoyo directivo de la OSI Bilbao-Basurto, la colaboración del profesorado universitario y la activa participación de estudiantes de grado y posgrado en formación.

A nivel metodológico, se emplea como base el “Toolkit de implantación de la RNAO” y la GBP adaptada. Este marco se complementa con:

1. [Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi - Profesionales](#)
2. [VG hijos as profes salud web es.pdf](#)
3. [Gui-aViolenciaSexualEs.pdf](#)

Otros recursos: recursos materiales formativos específicos, recursos digitales creadas por impulsoras y herramientas estandarizadas proporcionadas por la RNAO.

Basada en la evidencia

El proyecto se fundamenta en la implantación de la GBP de BPSO de VG, evaluada mediante AGREE II y alineada con estándares internacionales. La adaptación al contexto local se realizó tras analizar la evidencia científica disponible sobre herramientas de detección, formación y circuitos de colaboración. La revisión inicial de la guía impulsó la búsqueda de evidencia y abrió una línea de investigación sobre violencia de género en el ámbito sanitario y académico.

Se ha publicado un artículo sobre el proceso de implantación de la GBP. Además, está en proceso de revisión un artículo científico sobre la evaluación del impacto del uso de metodologías docentes de innovación en VG, y en proceso de realización una investigación sobre actitudes sexistas en el alumnado sanitario, clave para la prevención primaria y la formación de futuros/futuras profesionales. Además, está en proceso de realización una investigación sobre adicciones y violencia de género en mujeres embarazadas.

Equidad

La implantación de la GBP asegura igualdad en la detección y atención sanitaria ante la VG, independientemente de la edad, con enfoques sensibles a la diversidad cultural e interseccionalidad, priorizando mujeres mayores, migrantes y con menor acceso a recursos.

Al formar a estudiantes, residentes y profesionales, se reduce la brecha competencial y se garantiza que todas las mujeres, sus hijas e hijos, reciban una respuesta homogénea y segura. Los materiales se adaptan para asegurar accesibilidad y se coordinan acciones comunitarias para alcanzar colectivos menos visibles.

En este sentido, se han desarrollado acciones específicas para abordar las necesidades de subgrupos vulnerables, como los talleres de violencia de género en mujeres mayores o intervenciones en mujeres gitanas. El objetivo es eliminar barreras y asegurar una atención centrada en la mujer, promoviendo la igualdad en el acceso a una atención sanitaria segura y de calidad.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantiza mediante:

- La identificación y reconocimiento de líderes e impulsoras como agentes de cambio en cada unidad.
- La creación de mecanismos de actualización, revisión periódica y expansión a nuevas unidades, manteniendo las intervenciones consolidadas en las unidades iniciales.
- La integración de los contenidos en el currículo universitario y la formación continuada.
- La alineación del proyecto con los objetivos del plan estratégico de la organización (2026-2030) y la EHU.
- La creación de estructuras híbridas (asistenciales-académicas) estables.
- La planificación de la captación de nuevas profesionales de las Unidades de Atención Primaria (UAP) y la dinámica activa de los equipos locales aseguran que el proyecto se mantenga "vivo" y que se adapte.
- La metodología de BPSO permite articular mecanismos de reevaluación de necesidades, objetivos y estrategias, que garantizan una extensión planificada, bien estructurada y con estrategias y acciones que resultan alcanzables, y realistas.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible gracias a:

- 1) El uso de la metodología BPSO® que está estandarizada y probada internacionalmente.
- 2) La alianza de instituciones asistenciales y académicas replicable.
- 3) La documentación generada (guías, protocolos, manual de indicadores), aplicables en diferentes niveles e instituciones.
- 4) La participación en redes de colaboración con otras organizaciones BPSO a nivel nacional e internacional.
- 5) La capacitación de un gran número de profesionales y estudiantes que actúan como multiplicadores.

Se han fortalecido las dinámicas participativas y la apertura del proyecto a ideas locales.

El programa BPSO se ha alineado con los objetivos estratégicos y de evaluación institucional (incluyendo acuerdos de gestión y comisiones específicas).

De la misma manera, se ha planificado de forma detallada y efectiva la formación de impulsoras y líderes, afrontando con éxito la alta movilidad profesional.

Efectividad

Se ha logrado una red de impulsoras competentes e influyentes que están comprometidas con la excelencia y un liderazgo en la implantación de buenas prácticas. La implantación de la metodología BPSO® ha permitido unificar procedimientos encaminados a dar respuesta a las diversas necesidades de las mujeres.

Entre los cambios percibidos, destaca la mejora en la capacitación de profesionales (689 personas de la OSI han recibido formación en 2023, 1061 en 2024), el aumento del registro y sensibilización en VG (incremento del 26% en la identificación de casos en los servicios de urgencias y AP) y especialmente la identificación de los centros como lugares seguros para las mujeres.

Las sinergias creadas han impulsado la transformación en ámbitos asistenciales, formativos, investigadores y sociales. La metodología de implantación ha permitido coordinar esfuerzos hacia las buenas prácticas en VG, favoreciendo el inicio de un cambio cultural y una nueva forma de trabajar.

Eficiencia

El proyecto optimiza recursos al:

- a. Unificar procedimientos y reducir la variabilidad clínica mejorando la calidad y seguridad de la atención.
- b. Aprovechar sinergias entre la organización sanitaria y la FME-EHU, compartiendo conocimiento, formaciones y docentes.
- c. Integrar la formación de profesionales en el ámbito de la violencia machista en la actividad cotidiana (sesiones clínicas, asignaturas de grado) y en la formación continuada existente.
- d. Automatizar la extracción de indicadores a través de los sistemas de información y su posterior análisis para identificar factores influyentes e implementar áreas de mejora.
- e. Prevenir costes sociales y sanitarios a largo plazo asociados a la VG no detectada, mediante una intervención temprana y efectiva.

Participación multidisciplinar

La implantación se ha basado en un enfoque Multidisciplinar y multinivel. Al incluir a todas las categorías profesionales y niveles asistenciales.

En la OSI, participan activamente enfermeras de AP y hospitalarias, matronas, médicos/medicas, fisioterapeutas, personal administrativo, celadoras/es, TCAE, logopedas, fisioterapeutas, así

como personal de la Subdirección de Enfermería y de la Subdirección de Atención Primaria de la OSI Bilbao-Basurto.

En la FME-EHU, involucra a profesorado de los Grados de Enfermería y Medicina y de diversas asignaturas (relacionadas con la ética, comunicación, cultura, simulación, geriatría) y al estudiantado pregrado.

En la Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de Bizkaia, se involucra a las y los residentes como materia recomendada habiendo un crecimiento significativo en la formación relacionada con la temática VG.

Los equipos de implantación de cada guía son multiprofesionales, lo que enriquece las perspectivas y asegura que las soluciones sean integrales y aplicables en la práctica real.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial es un pilar fundamental. Se ha establecido una alianza estratégica con la FME-EHU (sector académico) y con la UDAFyCB, además de con el equipo de profesionales que componen la OSI Bilbao-Basurto. Además, se colabora de forma creciente con el tejido asociativo y recursos comunitarios especializados en el ámbito de la VG, el grupo corporativo de Violencia de Género de la dependiente de la dirección general de Osakidetza, y otros organismos son los Host BPSO a nivel nacional e internacional (centros coordinadores). Esta red permite una respuesta integrada que trasciende el ámbito puramente sanitario, abordando el problema de forma integral.

El proyecto cuenta con el compromiso y apoyo de la dirección de los centros para su desarrollo satisfactorio.

Evaluación

La evaluación del programa es continua y multidimensional, guiada por el Toolkit BPSO® y la necesidad de medir su impacto en ambas organizaciones. Se ha diseñado un manual con múltiples indicadores de diferentes características y focos (p. ej., número de formaciones, profesionales capacitados, incremento en registros).

El Comité de Evaluación, junto al servicio de estadística, trabaja en automatizar la extracción de los datos. Los resultados se revisan periódicamente: semestralmente de forma interna y anualmente mediante auditorías externas del Host Euskadi. Este proceso permite reorientar acciones y garantizar el cumplimiento de objetivos, adaptándose a las necesidades cambiantes.

Las sinergias generadas han facilitado la transformación a nivel asistencial, formativo, investigador y social. La metodología de implantación del programa ha permitido aunar esfuerzos en pro de las buenas prácticas en VG, contribuyendo a que se comience a vislumbrar un cambio cultural y una nueva forma de trabajar.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL1-1: La Intervención Enfermera en Procesos Agudos leves clave en la gestión de la demanda. Un estudio piloto

Coral Pastor Redondo (1), Cintia Borja Herrero (1), David Huesa Gracia (1), Alberto Belenguer Guillot (1)

(1) Centros de Salud Tavernes Blanques y Port Saplaya, Departamento Clínico Malvarrosa, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, procesos agudos leves, gestión de la demanda, accesibilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia d el tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La elevada demanda asistencial en Atención Primaria genera demoras en citas y malestar paciente, requiriendo modelos organizativos que optimicen gestión de demanda y fomenten autogestión equipos (línea estratégica 2, Marco Estratégico AP 2020/2023).

La Guía IEPA de Conselleria de Sanitat selecciona 19 Procesos Leves Autolimitados (PLA) resolubles por enfermería mediante protocolos basados, en la práctica clínica. Su implementación piloto resolvió el 66.6% (n=329/494) de casos, liberando tiempo médico y aportando educación sanitaria.

Esta Buena Práctica responde a una prioridad Ministerio de Sanidad: identificar/difundir intervenciones eficientes para excelencia asistencial, sostenibilidad SNS y replicabilidad en otros centros AP (acción 3.5 Plan Acción 2025-2027).

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La propuesta consiste en el estudio piloto de implementación de la Guía de Intervención Enfermera en Procesos Agudos (IEPA) en el Centro de Salud Tavernes Blanques, con el objetivo de optimizar la gestión integral de la demanda asistencial en Atención Primaria. Se dirige a la población usuaria que exige atención no demorable por alguno de los 19 Procesos Leves Autolimitados (PLA) estandarizados en la guía.

El flujo organizativo inicia con el personal de admisión aplicando algoritmos predefinidos para derivar a enfermería. La enfermera realiza valoración autónoma mediante protocolos consensuados, resolviendo el PLA vía educación sanitaria, promoción de la salud, autocuidado y desmedicalización; la derivación al Médico de AP (MAP) se limita a patologías concomitantes, agravantes o necesidades de prescripción/incapacidad temporal.

El ámbito territorial es el Centro de Salud Tavernes Blanques (Departamento Valencia Clínico-Malvarrosa), que atiende a 9.500 habitantes. Elementos diferenciales/innovadores: La Guía IEPA posiciona a las enfermeras como referentes en cuidados colaborativos con MAP, con resolución

autónoma del 66.6% de casos y baja reconsulta (13 pacientes a 48h), agilizando la atención, mejorando la calidad y fomentando la participación usuaria.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana comprende pacientes mayores de 14 años que acuden al Centro de Salud Tavernes Blanques (Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa) demandando atención no demorable por alguno de los 19 Procesos Leves Autolimitados (PLA) de la Guía de IEPA. El centro atiende a 9.500 habitantes.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo para evaluar la implementación piloto de la Guía IEPA. Se revisaron historias clínicas electrónicas de pacientes atendidos en agenda de urgencias/no demorables entre diciembre 2023 y febrero 2024 en el Centro de Salud Tavernes Blanques.

- Criterios de inclusión: Pacientes >14 años con demanda no demorable y alguno de los 19 Procesos Leves Autolimitados (PLA) de la Guía IEPA. Se incluyeron los 494 pacientes atendidos por enfermería (67,7% mujeres, n=348), mediante muestreo por conveniencia (totalidad de casos).
- Criterios de exclusión: Menores de 14 años (ámbito competencial IEPA), casos con signos de alarma/complejidad alta (derivación a urgencias hospitalarias), y sin demanda no demorable. Sin exclusiones por género, origen socioeconómico o gravedad clínica, garantizando equidad.

Objetivos

El objetivo principal fue evaluar la efectividad de las Intervenciones Enfermeras en Procesos Agudos (IEPA) de complejidad leve autolimitada en la gestión de la demanda en el centro de atención primaria¹⁹⁻²⁰.

Los objetivos específicos fueron:

1. Identificar el número y tipos más frecuentes de PLA atendidos por enfermería.
2. Conocer el grado de resolución de estos PLA mediante las IEPA.
3. Analizar el motivo por el cual el paciente fue derivado al Médico de AP (MAP).
4. Determinar si el paciente reconsultó por el mismo PLA en las siguientes 48 horas.

Actuaciones realizadas

La actuación principal consistió en la implementación del modelo de gestión de la demanda basado en la Guía de IEPA de la Conselleria de Sanitat. Pacientes con Procesos Leves Autolimitados (PLA) fueron derivados desde admisión a enfermería mediante algoritmos predefinidos.

En enfermería se aplicó protocolo estandarizado: valoración inicial, educación sanitaria, promoción de la salud, autocuidado y desmedicalización. Durante diciembre 2023-febrero 2024 se atendieron 494 pacientes, logrando resolución autónoma del 66.6% (n=329) por enfermería. Los casos derivados al Médico de AP (33.4%, n=165) se gestionan principalmente por prescripción farmacológica o incapacidad temporal, optimizando recursos y flujo asistencial.

Indicadores

Los indicadores clave medidos por el estudio fueron:

- Capacidad de resolución autónoma de enfermería: 66.6% del total de PLA atendidos (329 casos resueltos).
- Frecuencia de PLA atendidos: Síntomas respiratorios (39.5%, n=179), molestias al orinar (19.0%, n=94) y heridas (13.4%, n=66).
- Tasa de resolución por tipo de PLA: Mayor al 90% para heridas (98.4%) y tapones de cerumen (91.6%).
- Motivo principal de derivación: Prescripción farmacológica o gestión de incapacidad temporal (n=116).
- Tasa de reconsulta por mismo PLA a las 48h: 13 pacientes, lo que confirma la eficacia general de la gestión enfermera.

Recursos

Recursos humanos: Equipo multidisciplinar del Centro de Salud Tavernes Blanques: personal administrativo (derivación vía algoritmos), enfermeras (ejecución IEPA, n=494 atenciones), Médicos de AP (soporte casos derivados, principalmente telefónicos).

Recursos materiales: Guía de Intervención Enfermera en Procesos Agudos (IEPA) de la Conselleria de Sanitat (protocolos estandarizados); historias clínicas electrónicas (recogida de datos); software SPSS v26 (análisis estadístico).

Recursos organizativos: Agenda de urgencias/no demorables; algoritmos de derivación en admisión; protocolos consensuados equipo. Implementación sin costos adicionales significativos, basada en herramientas existentes y formación interna.

Basada en la evidencia

La práctica se basa en evidencia organizativa y clínica sólida. La necesidad de mejorar la gestión integral de la demanda asistencial en Atención Primaria está recogida en la línea estratégica 2 del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2020/2023 (acción 3.5 del Plan de Acción 2025-2027).

La Guía IEPA utiliza protocolos específicos, consensuados con el equipo profesional y validados en práctica clínica. Estudios previos confirman que la gestión de demanda por enfermería agiliza la atención, alcanza alto poder resolutivo (66,6% en piloto) y mejora satisfacción del paciente.

Equidad

La práctica IEPA atención garantiza protocolizada y homogénea para todos los pacientes >14 años con PLA, independientemente de género, origen socioeconómico o condición clínica, eliminando sesgos en derivación y resolución.

Aunque se observa mayor utilización femenina (67,7%, n=348), coherente con la Encuesta Europea de Salud en España, el modelo aplica algoritmos estandarizados en admisión y protocolos enfermeros uniformes, asegurando equidad en acceso y calidad asistencial.

Medidas específicas: Formación equipo en perspectiva de género; monitorización de indicadores por sexo; priorización autocuidado/desmedicalización para colectivos vulnerables. Futuras implementaciones incluirán campañas dirigidas a población masculina subutilizadora.

Sostenibilidad

La implementación de IEPA optimiza recursos al permitir la resolución autónoma del 66.6% (n=329/494) de Procesos Leves Autolimitados (PLA) por enfermería, liberando tiempo del Médico de AP (MAP) para casos complejos y reduciendo demoras en agenda no demorable.

El modelo promueve autocuidado y educación sanitaria en todas las intervenciones, disminuyendo demanda futura y reconsultas (2,6% a 48h), contribuyendo a la sostenibilidad del SNS sin costes adicionales significativos (usa protocolos existentes).

Impacto cuantificable: Alta capacidad resolutive (hasta 98.4% en heridas) justificabilidad escalabilidad; formación enfermera interna minimizar inversión, maximizando retorno en eficiencia asistencial.

Transferibilidad

La práctica es altamente transferible al basarse en la Guía IEPA de la Conselleria de Sanitat, protocolizada y estandarizada para cualquier centro de Atención Primaria (AP). Originada en Cataluña, ya se ha extendido a otras CCAA con éxito.

Requisitos para replicación:

1. Formación enfermera en protocolos IEPA (1-2 sesiones equipo).
2. Algoritmos derivación en admisión.
3. Acceso historias clínicas electrónicas. Sin inversión material significativa (herramientas SNS existentes).

Adaptaciones locales:

- Ajuste población diana/PLA según demanda centro.
- Monitorización de indicadores iniciales. Contribuye a la sostenibilidad SNS mediante intercambio conocimiento entre servicios salud CCAA.

Efectividad

La Guía IEPA demuestra alta efectividad en gestión de demanda, con resolución autónoma del 66.6% (n=329/494) de Procesos Leves Autolimitados (PLA) por enfermería.

Resultados por tipo de PLA: Heridas 98.4%, tapones de cerumen 91.6% (resolución >90% en patologías prioritarias).

Calidad asistencial: Tasa de reconsulta por mismo PLA a 48h de 2.6% (n=13/494), confirmando sostenibilidad y baja recurrencia de la intervención enfermera.

Eficiencia

La Guía IEPA mejora la eficiencia transfiriendo el 66.6% (n=329/494) de Procesos Leves Autolimitados (PLA) no demorables a enfermería, reduciendo la carga asistencial del Médico de AP (MAP) para casos complejos.

De las demandas no demorables atendidas, el 33,4% (n=165) requirió derivación al MAP, principalmente por prescripción farmacológica (motivo principal) o gestión de incapacidad temporal.

Optimización organizativa: Algoritmos de derivación en admisión y protocolos enfermeros estandarizados agilizan el flujo asistencial, maximizando el uso de recursos humanos existentes sin costes adicionales.

Participación multidisciplinar

La práctica se basa en colaboración multidisciplinar: personal administrativo (derivación vía algoritmos predefinidos), enfermeras (valoración/resolución autónoma de PLA) y Médicos de AP (MAP) (soporte casos derivados, principalmente telefónicos).

Los protocolos IEPA fueron consensuados previamente por todo el equipo, garantizando una coordinación fluida. La enfermera actúa como referente en cuidados para Procesos Leves Autolimitados, en entorno colaborativo con MAP.

Colaboración intersectorial

La implementación piloto IEPA se centró en el modelo organizativo interno del equipo de Atención Primaria (administrativos, enfermería, MAP), sin participación explícita de agentes externos durante la fase inicial.

Ampliaciones planificadas:

- Colaboración con asociaciones de pacientes para difusión autocuidado.
- Centros educativos locales (promoción salud escolar).
- Servicios sociales (colectivos vulnerables).

Estas alianzas potenciarán la educación sanitaria y la prevención PLA comunitaria.

Valor añadido intersectorial:

Intercambio conocimiento con entidades sociales/educativas incrementará adherencia autocuidado, reduciendo la demanda futura y fortaleciendo la sostenibilidad SNS mediante transferencia modelo ampliado.

Evaluación

La evaluación se realizó mediante estudio descriptivo-retrospectivo, revisando historias clínicas electrónicas de 494 pacientes atendidos en agenda no demorable (diciembre 2023-febrero 2024). Se aplicó análisis univariante con SPSS v26.

Indicadores evaluados:

- Resolución autónoma enfermería 66,6% (n=329/494).
- Reconsulta a las 48h 2,6% (n=13).
- Derivaciones MAP 33,4% (n=165, principalmente prescripción/incapacidad).

Los resultados confirman la efectividad IEPA en gestión demanda.

Evaluación continua planificada:

- Monitorización trimestral indicadores en implementación escalada.
- Encuesta satisfacción pacientes/equipo;
- Comparación pre/post-IEPA.

Garantiza mejora continua y evidencia transferibilidad modelo

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL1-2: Pequeños héroes de la salud

Mireia Andrés Company (1), Equipo docente del CEIP Martínez Valls (2), Personal sanitario del Centro de Salud Ontinyent II (1), Familias colaboradoras (3)

(1) Centro de Salud Ontinyent II, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, (2) CEIP Martínez Valls, Ontinyent Valencia, (3) Familias del alumnado participante.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, promoción de la salud, educación para la salud, salud comunitaria, infancia, autocuidado, prevención.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El proyecto 'Pequeños Héroes de la Salud' surge como una iniciativa de promoción de la salud en la primera infancia, impulsada por Centro de Salud Ontinyent II con la colaboración del CEIP Martínez Valls de Ontinyent.

La evidencia científica demuestra que los hábitos de salud y el autocuidado se consolidan en los primeros años de vida, por lo que la educación sanitaria en edades tempranas es una herramienta clave para prevenir enfermedades y fomentar estilos de vida saludables. La propuesta combina cuatro ejes educativos adaptados al segundo ciclo de educación infantil: "Hospital de Osos de Peluche", que busca reducir el miedo al médico y promover el cuidado de la salud; "Salvando vidas jugando", centrado en el aprendizaje lúdico de cómo actuar ante emergencias básicas y unas nociones sencillas sobre RCP básica; "Conocemos a quien nos cuida", donde se realiza una visita al centro de salud de referencia para conocer mejor las funciones que se realizan en él y a sus profesionales; y "Conozco mi cuerpo y lo alimento bien", que introduce la educación nutricional y el reconocimiento corporal, así como de algunas funciones que realizan nuestras partes del cuerpo.

Se trata de una propuesta que busca reforzar la promoción de la salud en los más pequeños y en su entorno, creando una red de apoyo y ofreciéndoles herramientas para el autocuidado. Conseguiremos que los niños se conviertan en agentes de su propia salud. Si se mantienen el programa con los años, de forma longitudinal, podemos darles las herramientas necesarias para la autogestión de su salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

El programa se desarrolla durante el curso escolar e involucra tanto a docentes como a personal sanitario. Se estructura en cuatro bloques progresivos, divididos por cursos, siempre adaptando a cada edad los conocimientos correspondientes, que integran dinámicas participativas, materiales visuales y experiencias simuladas. El contenido se organiza en torno al aprendizaje experiencial y la metodología del juego simbólico, facilitando la adquisición de conocimientos sobre el cuerpo, la alimentación, los primeros auxilios y la empatía. El programa se implementa dentro del horario lectivo, con sesiones semanales coordinadas entre el profesorado del centro

y el equipo médico colaborador. La idea es que se mantenga el programa y tenga una longitudinalidad en el tiempo, pudiendo mejorarlo e implantarlo en otros ciclos de educación primaria e incluso secundaria.

Población diana / ámbito de aplicación

Niños de 3 a 5 años del CEIP Martínez Valls, segundo ciclo de infantil. El ámbito de aplicación es el escolar y comunitario, ya que involucra al profesorado, familias y profesionales sanitarios del CS Ontinyent II. Como siempre, adaptando a las necesidades de cada niño, se dispone de profesorado de refuerzo colaborador. Además, existe una actividad que consiste en realizar una visita al centro de Salud de cabecera de la mayoría de los niños por proximidad al colegio.

Metodología

Metodología activa, lúdica y participativa basada en el aprendizaje por descubrimiento. Se utilizan materiales manipulativos, dramatizaciones y recursos audiovisuales. Cada edad trabaja un eje diferente de la salud (emocional, primeros auxilios y nutrición) mediante simulaciones, cuentos, canciones, teatros y actividades cooperativas.

Objetivos

1. Fomentar hábitos saludables desde la primera infancia.
2. Reducir el miedo al entorno sanitario y conocer el centro de Salud y a los profesionales que trabajan en él.
3. Introducir conocimientos básicos de primeros auxilios y nutrición.
4. Promover la empatía, la responsabilidad y la cooperación.
5. Fortalecer la colaboración entre el ámbito educativo y sanitario.

Actuaciones realizadas

- 'Hospital de Osos de Peluche' (3 años): simulación de un hospital infantil para familiarizarse con la atención médica. Ese día deberán traer al cole un peluche que elijan, le pondrán nombre y lo trataremos cómo si estuviese enfermo.
- 'Primeros Auxilios para Peques' (4 años): juegos interactivos para aprender a llamar al 112, identificar emergencias y actuar con calma. Creación de canción de RCP para que los niños aprendan cantando.
- 'Conozco mi cuerpo y lo alimento bien' (5 años): actividades de educación nutricional, reconocimiento corporal y hábitos saludables. Juego de relevos para agrupar alimentos saludables y no saludables.
- 'Conocemos a quien nos cuida' (4 y 5 años): visita al centro de salud, donde se realiza una búsqueda de superhéroes y superheroínas repartidos por el centro de salud, donde en cada "estación" se explica un lugar distinto del centro de salud y las funciones que realizamos en ese lugar.

Indicadores

La evaluación del programa se apoya en indicadores sencillos y observables que permiten valorar el aprendizaje y la evolución del alumnado. Se analiza la participación, el grado de implicación y la motivación durante las actividades. Se registra la capacidad para identificar el número 112, reconocer emergencias básicas y clasificar alimentos saludables. Además, se observa si disminuye el miedo al personal sanitario mediante comportamientos y expresiones verbales durante simulaciones y visitas. Las familias y docentes aportan retroalimentación cualitativa sobre cambios en hábitos y actitudes en el entorno doméstico. Este conjunto de indicadores permite evaluar tanto el proceso como los resultados del programa.

Recursos

- Humanos: profesorado del centro, personal sanitario del CS Ontinyent II, familias colaboradoras.
- Materiales: peluches, botiquines de juguete y material sanitario, materiales de manualidades (teléfonos de cartón, hospital de cartón), recursos audiovisuales adaptados a las edades, pirámide nutricional con material tipo “Velcro” y fichas didácticas.
- Espaciales: aulas, gimnasio escolar, aula de movimiento, patio exterior, Centro de salud (consultas, mostrador, gimnasio, sala de extracción de analíticas...).
- Todo el material es accesible, reutilizable y de bajo coste, lo que facilita la continuidad del programa.

Basada en la evidencia

El proyecto se fundamenta en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Sanidad sobre la promoción de la salud infantil y la educación sanitaria en la primera infancia. Diversas investigaciones demuestran que los programas basados en el juego simbólico y la simulación mejoran la alfabetización sanitaria, consolidan hábitos de higiene, y reducen la ansiedad ante la atención médica. Este proyecto aplica dichos principios mediante una metodología activa, lúdica y adaptada al desarrollo infantil, reforzando el aprendizaje significativo a través de la experiencia directa y el refuerzo positivo. Se proporcionan herramientas para ser en un futuro agentes de su propia salud y tener conceptos básicos para tener una capacidad más resolutiva frente a problemas relacionados con la salud.

Equidad

El programa está diseñado para garantizar el acceso y la participación de todo el alumnado, independientemente de sus capacidades o ritmos de aprendizaje. Se adaptan materiales, tiempos, consignas y apoyos para asegurar la inclusión de menores con necesidades específicas. El lenguaje se simplifica cuando es necesario, y se priorizan actividades manipulativas y visuales que faciliten la comprensión. Además, se trabaja la igualdad de género mostrando referentes sanitarios masculinos y femeninos. La implicación del profesorado y las familias permite detectar barreras y ajustar la intervención para que ningún niño o niña quede al margen.

Sostenibilidad

El proyecto está diseñado para mantenerse a largo plazo con un bajo coste de mantenimiento. Los materiales son duraderos y reutilizables y de fácil reposición (peluches, carteles, maquetas, disfraces, etc.), y las actividades pueden integrarse fácilmente en los currículos anuales de Educación Infantil sin sobrecargar al profesorado. La coordinación estable entre el centro escolar y el centro de salud garantiza continuidad institucional y facilita la formación de nuevos docentes y sanitarios que participen en futuras ediciones. La creación de un banco de recursos compartidos (guiones, fichas, protocolos de visita) permite su mantenimiento y mejora constante.

Transferibilidad

El modelo es fácilmente replicable en otros centros educativos y de salud, ya que emplea materiales accesibles, metodología estandarizada y una estructura flexible. Se ha documentado todo el proceso (guiones teatrales, dinámicas, fichas y protocolos de visita), de modo que cualquier equipo docente o sanitario pueda adaptarlo a su contexto local. Esta transferibilidad permite extender la iniciativa a otros colegios del área sanitaria o a proyectos intercentros. La sencillez de la metodología, basada en el juego y la simulación, facilita su implantación en diferentes entornos escolares.

Efectividad

La evaluación cualitativa muestra una mejora significativa en la actitud de los niños hacia la salud y el personal sanitario, así como una mayor comprensión de hábitos de higiene y alimentación. Los niños recuerdan con facilidad el número 112, diferencian alimentos saludables y participan activamente en las dramatizaciones. Las observaciones del profesorado y del equipo sanitario reflejan que los alumnos reconocen el valor del lavado de manos, la alimentación saludable y la cooperación. Las familias informan de un refuerzo de estos hábitos en el entorno doméstico, lo cual evidencia la transferencia del aprendizaje más allá del aula.

Eficiencia

El uso de recursos ya disponibles en la comunidad educativa y sanitaria y la implicación voluntaria del personal sanitario y docente optimizan la inversión y evitan costes adicionales. La reutilización de materiales y la colaboración interinstitucional hacen del proyecto una experiencia eficiente tanto en lo económico como en lo organizativo.

La coordinación intersectorial permite optimizar tiempos y evitar duplicidades entre actividades escolares y sanitarias. Gracias a esta organización, cada sesión logra un alto impacto educativo sin requerir inversión adicional significativa.

Participación multidisciplinar

El proyecto integra a médicos, enfermeros, TCAEs, personal auxiliar administrativo, celadores, docentes, educadores infantiles y familias, fomentando una mirada global de la salud. Cada grupo profesional aporta su perspectiva: el sanitario desde la prevención y la atención primaria, el docente desde la pedagogía, y las familias desde el refuerzo cotidiano de los hábitos. Este trabajo conjunto favorece la coherencia educativa y la continuidad del aprendizaje entre el hogar,

la escuela y el entorno comunitario. Ayuda a crear una red de apoyo en la comunidad, donde todos aportan su experiencia.

Colaboración intersectorial

El programa fortalece el vínculo entre el sector sanitario y el educativo mediante la planificación conjunta de actividades, la visita guiada al centro de salud y la comunicación fluida entre profesionales. Se promueve una cultura comunitaria de salud en la que escuela, centro de salud y familias comparten objetivos comunes. Además, se fomenta la corresponsabilidad: el alumnado como agente activo del autocuidado y la familia como modelo y apoyo del cambio de hábitos.

Evaluación

- a) Evaluación del proceso: Durante el desarrollo de las actividades se lleva a cabo una observación directa. Se registra la participación, la motivación, el grado de comprensión de los mensajes y la implicación en las dinámicas.
- b) Evaluación de resultados:
 - Reconocimiento de hábitos saludables.
 - Identificación del personal sanitario y sus funciones.
 - Reducción del miedo ante el entorno médico.
 - Participación cooperativa y actitud positiva durante los juegos.
- c) Evaluación del impacto: Se valora la transferencia de los aprendizajes al entorno familiar y cotidiano mediante encuestas breves. Se analiza si los niños recuerdan y aplican los hábitos trabajados, y si las familias perciben un cambio positivo en la actitud hacia la salud, la higiene y la visita al médico.
- d) Informe final y retroalimentación: El equipo docente y sanitario elabora un informe final, garantizando un proceso de retroalimentación continua que permite ajustar y perfeccionar el programa en futuras ediciones.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAN2-1: Formación online del Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria del SCS

Ana Sánchez Gil (1), María Dolores Amador Demetrio (1), Ana Sánchez Gil (1), M. Pilar Valerón Domínguez (2), Francisco Javier Espino Romero (3)

*(1) Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud (SCS),
(2) Equipos de Atención Primaria, SCS, (3) Unidad de Coordinación de Historia Clínica Electrónica, Dirección General de Programas Asistenciales, SCS.*

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, violencia de género, formación sanitaria, detección precoz, protocolos asistenciales.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Esta formación se presenta como una buena práctica por su contribución efectiva a la prevención, detección e intervención temprana frente a una problemática de salud y social de carácter estructural, presente en todas las sociedades.

La presente propuesta formativa surge de la necesidad persistente de mejorar la detección precoz y la respuesta sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria, un ámbito estratégico por su accesibilidad, continuidad asistencial y contacto frecuente con las mujeres.

La violencia de género constituye un problema de salud pública prioritario, por su alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, tanto físicas, psicológicas y sociales, además sigue presentando niveles relevantes de infradetección y retraso en el diagnóstico.

En el contexto del SCS, esta necesidad se concreta en el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria, que establece procedimientos claros de identificación, detección, intervención, registro y derivación. No obstante, tanto la evidencia como la práctica asistencial demuestran que la mera existencia de protocolos no garantiza su aplicación efectiva si no va acompañada de formación específica, homogénea y continuada para los y las profesionales.

La propuesta se fundamenta además en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS (2012), que recomienda para detectar de forma temprana y mejorar la atención sanitaria, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta. Además, contiene un apartado sobre “Mujeres en situación de especial vulnerabilidad”. Asimismo, se alinea con el Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género, aprobado por el Consejo de Ministros en 2021, en particular con la Medida 4: “Elaboración de un instrumento validado estandarizado para facilitar la detección

de la violencia de género en los servicios de Atención Primaria del SNS que será objeto de una implantación progresiva en todo el territorio del Estado” y la Medida 5: “Formación específica en la detección precoz, manejo de indicadores de sospecha, valoración del riesgo, desarrollo de destrezas para la entrevista, respuesta inmediata y canalización de las demandas hacia los recursos con pleno respeto a la voluntad de las víctimas, de los equipos profesionales involucrados en la atención integral y recuperación de las víctimas de violencia de género de atención primaria y hospitalaria...”

La relevancia de esta propuesta en el marco de la convocatoria se justifica por su contribución directa a objetivos estratégicos de salud, igualdad y calidad asistencial, así como por su carácter urgente y prioritario, al abordar una problemática con alto impacto sanitario y social.

El valor añadido de esta buena práctica reside en su adaptación a un protocolo autonómico vigente, su coherencia con el marco estatal, y su modalidad online, que favorece la equidad territorial, la sostenibilidad y la actualización continua. Además, el curso incorpora un enfoque multidisciplinar, evaluable y orientado a la práctica clínica real, fortaleciendo el papel de Atención Primaria como eje clave en la protección de la salud y los derechos de las mujeres.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Es un curso online asincrónico, dirigido a profesionales de Atención Primaria siguientes: Medicina, Enfermería, Matronería, Trabajo Social, Psicología, Fisioterapia y Odontología de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud. El ámbito de aplicación es en la Comunidad Autónoma de Canarias. Está acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con 5,2 créditos. La formación está implantada y evaluada, comenzó en abril del año 2024, realizando 8 ediciones (del 15/04/24 al 23/02/25). Y en el año 2025 se han realizado 5 ediciones (del 17/03/25 al 30/11/25). Está re-acreditado para el año 2026.

Se realiza a través de la plataforma de formación del SCS Moodle. Se accede a ésta por Internet, debiendo automatricularse previamente en el curso, hasta completar las plazas. Su duración es de 25 horas, a realizar en 5 semanas y consta de 7 módulos:

- 5 módulos teóricos (8 audio-vídeos), a realizar en 22 horas. Recogen el contenido del protocolo. (ver en la Guía didáctica, en la documentación adicional que se adjunta)
 - Módulo 1 Aspectos generales.
 - Módulo 2 El personal sanitario frente a la violencia de género.
 - Módulo 3 Detección y valoración (dividido en 2 partes)
 - Módulo 4 Intervención y seguimiento (dividido en 2 partes)
 - Módulo 5 Marco legal y Recursos (dividido en 2 partes)

- 1 módulo con video tutorial del registro en Historia Salud Electrónica a realizar en 1 hora.
- 1 módulo de casos prácticos/historias de vida, a realizar en 2 horas, para estudio y practica de la detección e intervención en violencia de género.

Cada profesional puede realizarlo en un horario flexible, durante el periodo que esté abierto (5 semanas). Cada módulo se irá abriendo de forma secuencial, a medida que se supere el cuestionario de evaluación de cada módulo. Para superar las 4 evaluaciones se debe tener un 70% o más de respuestas correctas en 3 intentos. en cada una de ellas.

El total de horas asignadas comprende: visualización de los videos de cada módulo, la lectura de la Guía Didáctica (ver en documentación adicional que se adjunta: 1.), el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en AP del SCS, documentos complementarios y participación en Foro. Debiendo superar el test de evaluación de cada módulo para obtener la certificación. Contiene una Encuesta Inicial de datos del alumnado, antes de iniciarlo y una Encuesta de Valoración del curso, al finalizarlo. El alumnado recibe el certificado a través de su correo electrónico, que nos aportan en la encuesta inicial.

Población diana / ámbito de aplicación

Dirigido a profesionales de Medicina, Enfermería, Matronería, Trabajo Social, Psicología, Fisioterapia y Odontología de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud. El ámbito de aplicación es en la Comunidad Autónoma de Canarias durante los años 2024 y 2025.

Metodología

Es online asincrónico, en plataforma formación del SCS Moodle, dura 25 horas y consta de 7 módulos y Foro:

- 5 módulos teóricos (audiovídeos) y sus evaluaciones: recogen el contenido del protocolo.
- 1 módulo: vídeo tutorial sobre el registro en la Historia Clínica Electrónica.
- 1 módulo: casos prácticos, para practicar la detección e intervención en violencia de género.
- Foro de debate y dudas.

Se puede realizar en horario flexible, durante el periodo que esté abierto (5 semanas).

Cada módulo se irá abriendo de forma secuencial, a medida que se supere el cuestionario de evaluación de cada módulo.

El alumnado accede a la plataforma por Internet, debiendo automatricularse previamente en el curso.

El total de horas asignadas comprende: visualización de los videos de cada módulo, la lectura de documentos complementarios y participación en Foro. Debiendo superar el test de evaluación de cada módulo para obtener la certificación.

Objetivos

Objetivo general:

Conocer pautas de actuación que faciliten la detección precoz, la valoración e intervención en las mujeres en situación de violencia de género ejercida por la pareja o expareja.

Objetivos específicos:

- Conocer el fenómeno de la violencia hacia las mujeres con perspectiva de género, la magnitud y repercusiones en la salud de las mujeres, sus hijas e hijos y el personal sanitario.
- Visibilizar situaciones de especial vulnerabilidad que dificultan el reconocimiento de la violencia.
- Proporcionar conocimientos y desarrollar habilidades que faciliten la detección precoz y el abordaje integral de la violencia de pareja o expareja.
- Conocer situaciones diagnósticas e intervenciones en cada caso.
- Conocer marco legislativo y su aplicación en el sistema sanitario, así como los recursos especializados de atención a las mujeres víctimas de violencia de género en Canarias.
- Aplicar los conocimientos adquiridos con resolución de casos clínicos.
- Conocer el registro del protocolo en Historia Salud electrónica.

Actuaciones realizadas

En el año 2024 se realizaron 8 ediciones del curso, con 834 profesionales formados/as. Y en el año 2025, se realizaron 5 ediciones, con 297 profesionales formados/as.

Las actividades que realizan las y los docentes:

- Desarrollar contenidos, evaluaciones y encuestas en la plataforma de formación.
- Seguimiento del foro.
- Difusión del curso.
- Formular indicadores.

Las actividades del alumnado:

- Lectura de la Guía didáctica.
- Visionado de vídeos explicativos.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Lectura comprensiva del Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en AP y material complementario.
- Visionado de los casos prácticos/historias de vida, según situación diagnóstica para practicar la detección e intervenciones,
- Visionado del vídeo Tutorial sobre el registro del protocolo en la Historia Salud Electrónica,
- Participar en Foro para compartir recursos, reflexionar y aclarar dudas, proponer casos Prácticos,
- Realizar test de evaluación.
- Complimentar Encuesta de valoración.

Indicadores

Proceso:

- Porcentaje profesionales de AP inscritos respecto al Nº total de plazas anual, en total y por perfil.
- Disponibilidad del Protocolo en HCE en los centros de salud (100%).

Resultado:

- Porcentaje participantes que aprueban el curso / inscritos anual, en total y por perfil.
- Número de protocolos de violencia de género realizados a mujeres en AP/ Nº mujeres con tarjeta sanitaria.
- Número mujeres víctimas de violencia de género detectados al año.
- Número partes de lesiones por violencia de género al año.
- Porcentaje mujeres con derivación a Servicios Especializados de VG / mujeres que se les ha realizado protocolo, anual.
- Pocentaje mujeres en las que se ha activado al 112 / mujeres que se les ha realizado protocolo, anual

Impacto: (no se ha evaluado todavía)

- % mujeres en situación de violencia de género que completan el seguimiento y no presentan nuevos episodios de violencia de 24 a 48 meses.

Recursos

Recursos humanos: las docentes que imparten el curso son personal del SCS: dos técnicas de la DGPPAA y una médica de Equipo de AP, con experiencia en formación sobre Violencia de Género. Y un docente técnico funcional en documentación sanitaria de la Unidad de Coordinación de Historia electrónica de la DGPPAA.

Materiales empleados: Plataforma de formación del SCS, video-ponencias con sus PDF, Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en AP, vídeo tutorial sobre el registro del Protocolo en HCE de AP, Casos prácticos sobre las diferentes situaciones diagnósticas, test de evaluación, Foro de debate.

Financieros: Solo el coste de la grabación de los videos explicativos por empresa audio visual. Las y los docentes son personal del SCS y realizan las tareas en su jornada laboral y la plataforma online que se utiliza es la Moodle del SCS por lo que no suponen gastos adicionales

Basada en la evidencia

La OMS y la evidencia disponible en España destacan que la formación específica y estructurada de profesionales de AP mejora de forma significativa la detección precoz, la aplicación del protocolo sanitario y la calidad de la atención a mujeres en situación de violencia de género.

Estudios recientes de experiencias previas indican que la formación, especialmente en modalidad online con metodologías activas, incrementa los conocimientos, las habilidades clínicas y las actitudes profesionales, reduciendo la infradetección y aumentando la seguridad en la intervención.

El propio Ministerio de Sanidad establece que la capacitación continuada del personal sanitario es un elemento clave para la correcta implementación del Protocolo común del SNS, recomendando programas formativos accesibles, homogéneos y evaluables. En este sentido, la formación online permite llegar a más profesionales, facilitar la actualización continua y garantizar una respuesta sanitaria basada en estándares comunes y con la mejor evidencia disponible.

Equidad

Incorpora un enfoque de equidad en salud, con perspectiva de género, orientado a reducir las desigualdades que afectan a la detección y atención de la violencia de género. De acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, se abordan de forma específica los determinantes sociales de la salud (género, edad, nivel socioeconómico, origen cultural, discapacidad, entorno rural o situación administrativa) que incrementan la vulnerabilidad y dificultan el acceso a recursos de protección.

La formación sensibiliza a los y las profesionales sobre los sesgos de género y edad en la práctica clínica, promueve una atención adaptada a mujeres mayores, jóvenes, migrantes o en situación de exclusión social, y refuerza la necesidad de una intervención proporcional a las necesidades. Asimismo, el formato online favorece la equidad formativa, garantizando el acceso homogéneo a contenidos actualizados para profesionales de distintos territorios y contextos asistenciales, contribuyendo así a una respuesta sanitaria más justa y eficaz.

Sostenibilidad

Se fundamenta en su alineación con el marco institucional del SNS (Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el SNS), el respaldo de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS y su coherencia con el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en AP del SCS. La modalidad online

facilita su integración estable en los planes de formación continuada de Atención Primaria, optimizando recursos y reduciendo costes a largo plazo.

El diseño modular y actualizable del curso permite su adaptación a cambios normativos, científicos y organizativos, así como a las particularidades autonómicas y locales. Asimismo, la formación es escalable y replicable. Este enfoque garantiza la continuidad en el tiempo, la transferencia real a la práctica clínica y el mantenimiento de una respuesta sanitaria eficaz y homogénea frente a la violencia de género.

Transferibilidad

La formación es altamente transferible al estar basada en el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, y estructurada de forma sistemática y documentada. Aunque parte de un marco autonómico concreto, el protocolo se alinea con el Protocolo común del Sistema Nacional de Salud y con las directrices del Ministerio de Sanidad, lo que facilita su adaptación a otros servicios de salud.

El diseño modular, los contenidos estandarizados y los materiales formativos reutilizables permiten replicar el curso en otros contextos territoriales o asistenciales, ajustando únicamente los circuitos de derivación y recursos locales. El formato online favorece además su ampliación a gran escala, garantizando coherencia, calidad y continuidad en la formación de profesionales sanitarios frente a la violencia de género.

Efectividad

Se sustenta en la evidencia de que la formación específica en violencia de género mejora resultados medibles en los y las profesionales de AP.

Se miden y evalúan resultados mediante indicadores y cuadro de mando.

Entre los resultados esperados y evaluables, que se han evaluado, se incluyen:

- Aumento del conocimiento del protocolo (nº estudiantes que superan las evaluaciones del curso: 1131 profesionales desde abril 2024 a noviembre de 2025).
- Mejora en la capacidad de detección precoz (nº mujeres con detección de violencia de género: 700 mujeres desde abril de 2024 a octubre de 2025).
- Incremento de registros clínicos adecuados (nº mujeres con protocolo realizado).
- Valoración del curso por alumnado (nº estudiantes que valoran ≥ 7 (0-10) la formación: 785 estudiantes de un total de 828 respuestas en el año 2024).

Eficiencia

Se basa en su capacidad para alcanzar los resultados previstos optimizando los recursos disponibles. La modalidad online reduce costes asociados a desplazamientos, sustituciones y uso de infraestructuras, permitiendo formar a un mayor número de profesionales de Atención

Primaria con una inversión sostenible. Al apoyarse en el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria del SCS, la formación reutiliza marcos normativos y materiales institucionales ya existentes, evitando duplicidades.

La estructura modular y estandarizada facilita la actualización de contenidos sin rediseñar la formación completa, mejorando la relación coste-efectividad. Además, la mejora en la detección precoz y en la aplicación del protocolo contribuye a una gestión más eficiente de los casos, optimizando los recursos sanitarios, los recursos sociales y de coordinación interinstitucional.

Participación multidisciplinar

El curso promueve una participación multidisciplinar activa, integrando la colaboración de los distintos perfiles profesionales que intervienen en la atención a la violencia de género en Atención Primaria. La formación está dirigida a medicina de familia, enfermería, trabajo social, matronería, psicología, fisioterapia y odontología de AP, favoreciendo una visión integral y coordinada de la intervención.

Basado en el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en AP del SCS, el curso refuerza el conocimiento de los roles y responsabilidades de cada perfil, así como los circuitos de coordinación interna y externa. Mediante casos prácticos, situaciones clínicas compartidas y el Foro se fomenta el trabajo en equipo, la comunicación interprofesional y la toma de decisiones conjunta, elementos clave para una respuesta sanitaria eficaz y centrada en la mujer.

Colaboración intersectorial

El curso incorpora un enfoque de colaboración intersectorial, reconociendo que la respuesta eficaz frente a la violencia de género requiere la implicación de sectores más allá del ámbito sanitario. Basado en el Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en AP del SCS, la formación refuerza la coordinación con servicios sociales, recursos especializados en violencia de género, ámbito judicial y policial, así como con dispositivos de protección.

El curso capacita a los y las profesionales para conocer y activar los circuitos intersectoriales de derivación, favoreciendo la continuidad asistencial y la protección integral de las mujeres y sus hijos e hijas. Esta visión fortalece el impacto de la intervención sanitaria, mejora la eficiencia del sistema y contribuye a una respuesta sostenida y coherente frente a la violencia de género en el territorio.

Evaluación

El curso dispone de herramientas de evaluación estructuradas que valoran el diseño, la implementación y los resultados de la formación. A nivel interno, se aplican pruebas para medir la adquisición de conocimientos y competencias sobre el protocolo, junto con indicadores de participación, de finalización y cuestionario anónimo del nivel de satisfacción del alumnado.

Asimismo, se consideran indicadores y cuadro de mando vinculados a la práctica clínica, como la mejora en la detección precoz, el registro de casos y la activación de los circuitos de derivación establecidos.

Además, el curso se somete a los procesos de evaluación y acreditación de la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, lo que permite una revisión externa y la mejora continua del programa formativo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CLM2-1: Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Castilla-La Mancha: Implementación Sistematizada en Atención Primaria para la Detección Temprana, Valoración y Acompañamiento Integral

Aurora Sánchez González (1), Patricia Cordero Alameda (1), Javier Gutiérrez Meléndez (1), Luis Manuel Monforte Pérez (1), Francisco José Serrano Madrid (1), Andrea Calvo Cava (2), Marta Aquino (2)

(1) Dirección General de Cuidados y Calidad, Servicio de Información y Atención a Personas y Servicio de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), (2) Secretaría General, Unidad de Igualdad de Género, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, violencia de género, detección precoz, protocolos asistenciales, coordinación intersectorial, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

En el Informe Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) indica que la prevalencia de la violencia contra las mujeres es un problema de salud global de proporciones epidémicas. La buena práctica expuesta aúna esfuerzos y recursos con el resto de organismos existentes en Castilla-La Mancha para dar una respuesta rápida, eficiente y orientada a la recuperación de las víctimas de la violencia de género y sus familias.

Frente a esta máxima de la OMS, el SESCAM aporta a su personal un documento recopilatorio de los principios rectores en la materia, así como actuaciones sanitarias por contextos y recursos (propios y del Estado) según el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2012), Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia (2023), Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual (2023), Instrumento Común Estandarizado para la Detección Temprana de la Violencia de Género en el SNS (2021), Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas (2022-2025) y la Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha.

En esta línea, la Atención Primaria (AP) representan el primer punto de contacto y de atención para las posibles víctimas, lo que evidencia la necesidad de optimizar los mecanismos de detección y de intervención en este ámbito.

En Castilla-La Mancha, los datos del primer semestre de 2025 muestran una disminución del 43% en agresiones respecto a 2024. No obstante, referidos datos revelan una realidad preocupante: casi la mitad de las víctimas atendidas en el ámbito hospitalario estaban embarazadas y ninguna tenía empleo remunerado, evidenciando situaciones de especial vulnerabilidad y otras situaciones de violencia asociadas (violencia psicológica, violencia económica y violencia vicaria).

Además, el análisis territorial castellano-manchego detectado señala variaciones en el registro y notificación de casos, lo que exige una respuesta homogénea y protocolizada.

La propuesta se fundamenta en la necesidad urgente de implementar en Atención Primaria, en adelante A.P, un sistema estandarizado, basado en evidencia y en herramientas validadas, que permita la detección temprana, la valoración del riesgo y el acompañamiento seguro y eficaz de las mujeres que sufren violencia de género. El protocolo existente, que ofrecía una base general, resultaba insuficiente para abordar las necesidades específicas tanto de las víctimas de violencia de género como del personal sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La buena práctica consiste en la implementación integral y sistemática del “Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Castilla-La Mancha” (SESCAM, 2025) en todos los centros de Atención Primaria de la región. Dirigido a todas las mujeres (mayores de 14 años, con discapacidad, LTBIQ+, migrantes y de zonas rurales), que acuden a AP, con especial atención a embarazadas, mujeres en situación de vulnerabilidad y sus familias (menores y personas en situación de dependencia).

La propuesta se organiza en un flujo de trabajo estructurado que incluye:

- 1) Prevención primaria (formación y sensibilización dirigida a la ciudadanía y plantilla SESCAM – personal sanitario y no sanitario).
- 2) Detección sistemática mediante cribado y valoración de riesgos con instrumentos validados (WAST corto, AAS, indicadores de sospecha, cuestionario Danger Assessment) integradas en la Historia Clínica Electrónica (Turriano y Mambrino XXI).
- 3) Actuación según Planes de Intervención a las víctimas de violencia de género específicos (cuatro tipos según resultado de cribado, valoración y riesgo).
- 4) Comunicación judicial/coordinación (mapa de atención sanitaria en centros asistenciales de referencia, parte de lesiones y comunicación a Fiscalía vía plataforma HERMES).
- 5) Derivación y acompañamiento a recursos autonómicos y estatales. Su elemento diferencial es la integración total del proceso en los sistemas informáticos asistenciales, garantizando registro adecuado, seguimiento y continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, y la intervención específica para mujeres embarazadas.
- 6) Control y seguimiento de las actuaciones con organismos públicos y agentes sociales relacionados con la atención a las víctimas de violencia de género (Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forense, Ayuntamientos, etc.).

Población diana / ámbito de aplicación

Mujeres mayores de 14 años que acuden a los centros de Atención Primaria del SESCAM en Castilla-La Mancha. Con una atención e intervención sanitaria directa en mujeres embarazadas (cribado por trimestre y puerperio), mujeres migrantes, mujeres con discapacidad, mujeres LTBIQ+, en zonas rurales y mujeres en situaciones de vulnerabilidad. Con una atención asociada a las personas menores y las personas dependientes a su cargo.

El ámbito de aplicación es regional, abarcando las 5 provincias y sus Gerencias de Atención Integrada (GAI/GAP).

Metodología

El Protocolo está diseñado siguiendo las normas de gestión integrada de los procesos asistenciales de alto nivel.

Se aplica un modelo de detección activa, factores de riesgos y sistemática mediante entrevista clínica y cuestionarios estandarizados integrados en la Historia Clínica Electrónica, en adelante HCE. Se sigue un algoritmo de actuación basado en la evidencia (detección → valoración → intervención → derivación/comunicación) con circuitos predefinidos. Se emplean instrumentos validados (WAST, AAS, DA) y se actúa según cuatro planes de intervención a la víctima de violencia de género codificados, asegurando la trazabilidad del proceso de recogida de información en Turriano (AP - Atención Primaria) y Mambrino XXI (AH - Atención Hospitalaria).

La formación continuada y específica en tipos de violencia de género del personal sanitario y no sanitario del SESCAM.

La coordinación activa con organismos públicos y agentes sociales locales.

Objetivos

- Potenciar la implementación de un cribado sistemático para la detección temprana y de los factores de riesgos de la violencia de género en Atención Primaria.
- Estandarizar y consolidar la respuesta sanitaria ante la violencia de género en toda la región de Castilla-La Mancha.
- Mejorar la coordinación intra e intersectorial, involucrando servicios sociales, justicia, orientación laboral y recursos de igualdad.
- Optimizar los tiempos de atención a las víctimas de género para reducir la victimización secundaria asociada.
- Garantizar el acceso de las mujeres a recursos de apoyo y protección de manera efectiva y continuada.

Actuaciones realizadas

Actualización e implementación del Protocolo autonómico (2025) que refuerza los protocolos de actuación sanitaria específicos como de Sumisión Química (2021), Mutilación Genital Femenina (2024) y Violencia Sexual (2025).

Referida actualización ha permitido integrar los formularios de detección precoz y planes de actuación en las HCE Turriano (AP) y Mambrino XXI (AH), los algoritmos de flujo para mujeres mayores de 14 años y embarazadas. Inclusión en los Planes Anuales de Formación las acciones formativas en materia de sistematización de la información de las mujeres VG, tipos de violencia, colaboración con organismos públicos especializados y formación específica para profesionales de AP. Establecimiento de circuitos de comunicación judicial vía HERMES. Puesta en marcha de campañas de comunicación y de sensibilización (2 carteles, 4 fichas técnicas de los protocolos existentes (VG, VS, SQ y MGF), 3 boletines específicos y más de 100 mil mailings). Coordinación activa con el Instituto de la Mujer de CLM, los Centros de la Mujer y Gerencias de Atención Integrada del SESCAM.

Indicadores

- 1) Número de acciones formativas.
- 2) Número de profesionales desagregados por sexo de AP formados.
- 3) Número de cribados de VG realizados en AP (desagregado por embarazo).
- 4) Tasa de positivos en cribado.
- 5) Número de casos clasificados por nivel de riesgo (DA).
- 6) Número de partes de lesiones emitidos desde AP.
- 7) Número de derivaciones a trabajo social y recursos específicos.
- 8) Perfil sanitario formado.
- 9) Grado de cumplimentación de los campos del protocolo en HCE.
- 10) Satisfacción de profesionales y usuarias.
- 11) Tiempo desde la detección hasta la primera intervención.
- 12) Alcance de la difusión del Protocolo.

Recursos

- Humanos: personal sanitario, sociosanitarios y administrativos de AP, Equipo Técnico de la Dirección General de Cuidados y Calidad del SESCAM (en adelante DGCC), Asistencia Técnica Experta de las Unidades de Igualdad de Género del SESCAM y de Consejería de Sanidad.
- Materiales: Protocolo impreso y digital con bajo impacto medioambiental y con directrices de accesibilidad universal, manuales de HCE, cartelería informativa.
- Tecnológicos: Plataformas de Recogida de Información Montesinos, Turriano (AP) y Mambrino XXI (AH), aplicación HERMES (para comunicación judicial) e intranet del SESCAM (Servicios Centrales y Gerencias).

- Económicos: financiación de la Consejería de Sanidad y del Ministerio de Sanidad para la formación, desarrollo informático y difusión.
- Colaborativos: difusión de los recursos del Instituto de la Mujer de CLM, Centros de la Mujer, teléfonos 016 y 900 10 01 14.

Basada en la evidencia

Esta buena práctica está diseñada según el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2012), Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia (2023), Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual (2023), Instrumento Común Estandarizado para la Detección Temprana de la Violencia de Género en el SNS (2021), Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas (2022-2025) y la Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha. Así como las recomendaciones internacionales de la OMS, y el Convenio de Estambul. Se utilizan herramientas e instrumentos validados internacionalmente para el cribado y detección (WAST, AAS) y valoración de riesgo de homicidio (DA). Incorpora las evidencias acumuladas por el personal experto del SESCAM en el marco del CISNS. Los anexos del protocolo (indicadores, planes y recursos) están basados en guías clínicas y experiencia contrastada.

Equidad

Esta buena práctica está diseñada con perspectiva de género e interseccionalidad, libre de sesgos de género y violencia simbólica. Garantiza el acceso universal a la detección en AP, independientemente de la situación administrativa, cultural o socioeconómica. Incluye adaptaciones para mujeres con discapacidad (auditiva, visual, discapacidad social e intelectual), migrantes (mediación lingüística) y en contextos de especial vulnerabilidad (ruralidad, embarazo, exclusión, situación administrativa). Promueve la igualdad de trato y la no discriminación, asegurando que todas las mujeres (víctimas o no de violencia de género) reciban la misma calidad en la detección, valoración y acompañamiento.

Sostenibilidad

La integración en los sistemas de información asistencial (HCE) y en los procesos de trabajo habituales de AP garantiza su sostenibilidad técnica y organizativa. Para que este protocolo sea un recurso vivo y flexible se ha logrado incorporar formaciones específicas en AP (VG, VS, SQ y MGF) en los planes de formación anuales del SESCAM. Esta buena práctica está alineada con la normativa estatal y autonómica, asegurando su continuidad estructural y sociopolítica. Las sinergias con otras instituciones estatales y autonómicas (especialmente en Igualdad y Justicia) han favorecido la consolidación de una red de soporte que fortalece su aplicabilidad en AP. Los costes asociados fueron utilizados para su diseño y pruebas pilotos (desarrollo de base de datos para la detección precoz de VG y formación) con un mantenimiento operativo nulo a bajo.

Transferibilidad

Esta buena práctica es altamente transferible a otras Comunidades Autónomas y al conjunto del SNS. Se basa en protocolos comunes del SNS y herramientas estandarizadas. La metodología de implementación (integración en HCE, algoritmos, formación en cascada) es replicable. Los

materiales (protocolo, manuales, formularios) están disponibles en circuitos cerrados y abiertos (web de la Consejería de Sanidad e Instituto de las Mujeres de Castilla-La Mancha) y pueden adaptarse a otros contextos organizativos por su diseño de bajo impacto económico y medioambiental. La experiencia de CLM en la coordinación de un sistema sanitario público con recursos diversos es especialmente valiosa para su transferencia a territorios por el hándicap de la dispersión geográfica, que permite aplicar estrategias diferenciadas con bajo impacto socioeconómico y territorial.

Efectividad

Los datos preliminares de 2025 en CLM muestran una mayor homogenización en el registro y una disminución de la prevalencia de la violencia de género registradas en el ámbito hospitalario del SESCAM. Según las directrices de implementación en AP se espera que aumente significativamente la detección de casos en fases tempranas, permitiendo intervenciones preventivas y reduciendo la cronificación y severidad de la violencia percibida/sufrida. La valoración sistemática del riesgo con el DA permitirá proteger eficazmente a las mujeres en peligro extremo. Esta buena práctica está orientada a proteger y promover la salud integral de la mujer, abarcando tanto los aspectos físicos como mentales, y a prevenir la mortalidad y las consecuencias graves asociadas a la violencia de género.

Eficiencia

El objetivo principal de esta buena práctica es sistematizar la detección e intervención temprana para que sea más eficiente en la prevención y atención de las víctimas de violencia de género en todos los servicios sanitarios existentes en el SESCAM (especialmente en los servicios de urgencias y en los servicios de salud mental). La sistematización optimiza los tiempos y los recursos al alcance del personal profesional del SESCAM al disponer de herramientas integradas, circuitos claros y servicios especializados (trabajo social, empleo, atención a las víctimas de violencia de género, LTBIQ+). La prevención de ingresos hospitalarios, bajas laborales prolongadas y problemas de salud crónicos derivados de la VG genera un importante impacto en la eficiencia y en la reducción de recursos económicos del sistema sanitario y social a medio-largo plazo.

Participación multidisciplinar

Esta buena práctica implica activamente a múltiples perfiles profesionales sanitarios y no sanitarios (medicina de familia, pediatría, enfermería, matronería, salud mental, trabajo social sanitario y personal de urgencias, así también a profesionales socionasosanitarios como los Servicios de Atención a Personas y de Trabajo Social y de Atención a las Mujeres). El cuerpo técnico experto responsable del diseño e implementación de esta buena práctica integra perfiles profesionales como consultoría de género, juristas, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, medicina forense, trabajo social y profesionales de salud pública y gestión sanitaria del SESCAM.

En la atención sanitaria está diseñada por ámbito sanitario de actuación, que permite la coordinación entre el personal de AP y de trabajo social y, cuando es necesario, psiquiatría y ginecología, asegurando una visión integral biopsicosocial y de morbilidad diferencial.

Colaboración intersectorial

En esta buena práctica se ha primado como un pilar fundamental. El SESCOAM cuenta con convenios de coordinación con el Instituto de la Mujer de CLM y su red de Centros; la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (recursos estatales); los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado; la Fiscalía y los Juzgados (a través de HERMES); los servicios sociales municipales; el Colegio Oficial de Farmacéuticos de CLM (campaña “No estás sola”); y el ámbito educativo para la prevención. Para esta buena práctica se ha hecho uso de estos convenios para garantizar una respuesta integral más allá del ámbito sanitario.

Evaluación

Esta buena práctica está diseñada con indicadores de proceso y resultado extraídos de las HCE de carácter continuo (con la finalidad de adaptar a las evidencias científicas, los cambios normativos y los resultados de la evaluación) y una evaluación del impacto a medio plazo (en el año 2028). Para ello, está sistematizado una evaluación anual de la implementación que se analiza: cobertura del cribado, alcance al protocolo, resultados de los indicadores, satisfacción profesional y estudio de casos. La DGCC del SESCOAM realiza un seguimiento centralizado. Los indicadores de evaluación también se someten a evaluaciones de seguimiento de planes estratégicos específicos en materia de violencia de género como el II Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha, la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas y la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

PVA2-1: Implantación de la guía Violencia de Género de BPSO: transformando la atención sanitaria

Magdalena María Presmanes Losada (1), Marisol Díaz González (1), Maite Larrinaga Llaguno (1), María José Fernández Landa (1), Iratxe Pérez Urdiales (2), Ana Rodríguez Núñez (1), Jon Ander Jauson Maraña (1)

(1) Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto, Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, (2) Facultad de Enfermería y Medicina, Universidad del País Vasco.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, violencia de género, práctica basada en la evidencia, implantación de guías, coordinación asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La violencia de género (VG) es, una de las lacras más graves y urgentes al que nos enfrentamos como sociedad, constituyendo un grave problema de salud pública. Sus secuelas físicas y psicológicas en mujeres, hijas e hijos son a menudo, silenciadas. En el ámbito sanitario, tenemos la responsabilidad ética de detectar a tiempo lo que a veces se oculta y ofrecer acompañamiento seguro y eficaz.

La Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto (OSIBB) de Osakidetza-SVS, que atiende a más de 182.500 mujeres, reconoce la urgencia de dar respuesta sanitaria eficaz y estandarizada. A pesar de los protocolos, se detectó variabilidad en la práctica clínica y una necesidad de actualizar las herramientas de detección y abordaje de la VG. La feminización de la profesión, y el reconocimiento de que la VG puede afectar también a las propias profesionales, añade una dimensión que convierte esta implantación en una acción de cuidado institucional.

La OSI Bilbao-Basurto es una organización sanitaria que cuenta con más de 2500 profesionales que dan cobertura a una amplia cartera de servicios en los 27 centros de Atención Primaria.

La actualización de protocolos y la implantación sistemática de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de VG a través del modelo BPSO® (Best Practice Spotlight Organization) ofrece un marco sólido, integral y reconocido internacionalmente. Esta iniciativa surge de una alianza estratégica entre la OSI Bilbao-Basurto, la Facultad de Medicina y Enfermería de la EHU (FME-EHU) y la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia (UADyCB). Esta integración facilita la conexión entre el mundo académico y asistencial, permitiendo que personas expertas, profesorado, residentes y clínicos co-creen soluciones basadas en evidencia.

Esta propuesta aporta un valor añadido en tres dimensiones:

1. Clínica: mejora la detección, reduce la variabilidad y establece protocolos claros, homogéneos y culturalmente sensibles para detectar y actuar.
2. Organizativa: crea estructura interna robusta, formada por líderes e impulsoras. Favorece la colaboración real entre niveles, sentando las bases de una cultura institucional de buenas prácticas.

3. Académica y generacional: incorpora los contenidos de la GBP de VG de en la formación universitaria y de residentes. Asegurando que las nuevas generaciones incorporen un enfoque basado en la evidencia con perspectiva de género.

Participar como organización BPSO® impulsa un cambio estructural: creando equipos multidisciplinares, optimizando los registros, fortaleciendo alianzas y promoviendo intervenciones educativas e investigadoras sostenibles. El impacto esperado incluye mayor detección de casos, itinerarios asistenciales más seguros y mayor coordinación con servicios sociales.

El objetivo final es transformar la práctica hacia un modelo más equitativo, eficiente y alineado con la mejor evidencia. Avanzar hacia una atención primaria y comunitaria que proteja, escuche y acompañe a las mujeres en cada consulta, haciendo que los centros sanitarios sean entornos seguros que promueven la escucha y apoyo a mujeres en su salida de la violencia.

Integrar la GBP en las organizaciones permite generar un cambio cultural hacia la excelencia clínica, reducir la variabilidad, empoderar a profesionales y posicionar los centros sanitarios como entornos seguros de confianza para las mujeres sus hijas e hijos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La práctica consiste en la implantación sistemática de la GBP RNAO® en VG en la OSI Bilbao-Basurto de Osakidetza, integrando simultáneamente su implantación en los grados de ciencias de la salud de la FME-EHU y la formación especializada en la UDAFyCB. Garantizando una coherencia real entre la práctica asistencial, la docencia y la formación especializada.

La organización del proyecto ha seguido las seis fases del Toolkit de la RNAO:

- Identificación del problema: mediante un diagnóstico participativo que incluye el análisis de necesidades, revisión de recursos existentes y la identificación de vacíos en la atención a la VG desde el ámbito sanitario y comunitario.
- Adaptación al contexto local de las recomendaciones de la GBP: alineación con los protocolos de Osakidetza, identificación de agentes clave y realización de análisis DAFO que ha permitido priorizar acciones ajustadas a la realidad del territorio.
- Evaluación de barreras y facilitadores: análisis de factores profesionales, organizativos y del sistema sanitario, para diseñar intervenciones realistas, sostenibles y asumibles.
- Implantación: planificación de acciones formativas, elaboración de materiales específicos, establecimiento de circuitos de derivación, acompañamiento de equipos y despliegue de impulsoras. Se promueve que profesionales y estudiantes conozcan y manejen los protocolos de actuación, y herramientas para la detección y la intervención.
- Monitorización: evaluación continua mediante indicadores de estructura, proceso y resultados.

- Sostenibilidad: desarrollo de mecanismos de mantenimiento, actualización y expansión del proyecto hacia nuevas unidades de la OSIBB e integración progresiva en asignaturas de la FME-EHU.

El proyecto abarca la totalidad del territorio de la OSI y se apoya en una colaboración estrecha con asociaciones, recursos comunitarios y servicios sociales, reforzando el papel de la atención primaria como eje vertebrador de la respuesta frente a la violencia machista.

Su carácter innovador radica en:

- La colideranza asistencial-académica, que asegura coherencia entre la formación y la práctica clínica.
- La participación activa de residentes (EIR, MIR) de la UDAFyCB y alumnado pregrado y postgrado, generando una red de profesionales en formación sensibilizados y capacitados.
- La integración transversal del enfoque de género en todos los niveles formativos y asistenciales.
- La creación de una línea de investigación en VG, que favorece la actualización continua de la guía y la mejora de la práctica clínica.
- El desarrollo de material divulgativo y docente, orientado a mejorar la detección, acompañamiento e intervención.

Desde una perspectiva comunitaria e interseccional, el proyecto reconoce que la violencia machista se expresa de manera diferente según edad, situación social, el contexto cultural o la red de apoyos de las mujeres. Se presta especial atención a colectivos como mujeres mayores, en las que la violencia puede estar invisibilizada y normalizada tras años de convivencia, y las adolescentes, donde la violencia se manifiesta con frecuencia a través del control, el abuso emocional o el uso de las redes sociales. Este enfoque permite adaptar las intervenciones, fortalecer los activos comunitarios y coordinar respuestas con el ámbito educativo, social y asociativo, promoviendo una atención más equitativa, cercana y centrada en las necesidades reales de cada mujer.

Población diana / ámbito de aplicación

La población beneficiaria directa la constituyen más de 182.500 mujeres en edad adulta adscritas a la OSI Bilbao-Basurto y sus hijas e hijos, potenciales víctimas o supervivientes de violencia de género. Para ellas, el proyecto permite establecer un circuito asistencial más seguro, protocolizado y basado en la mejor evidencia disponible. Fortaleciendo la equidad en la atención sanitaria independientemente del centro de atención primaria al que pertenezca la mujer y sus hijas e hijos.

La iniciativa se despliega en toda la OSI Bilbao-Basurto, por lo que, en el ámbito asistencial, se dirige al equipo multidisciplinar de Atención Primaria, Puntos de Asistencia Continuada, urgencias hospitalarias, unidades comunitarias y alumnado de ciencias de la salud, con impacto en toda el área de influencia de la OSI. En el ámbito académico se dirige al estudiantado de grado de la FME-EHU y profesionales de enfermería y medicina en vías de especialización de la UDAFyCB.

Metodología

La metodología BPSO® se apoya en dos marcos: acción social y implantación de evidencia. El primero impulsa el cambio mediante un movimiento social que asegura la sostenibilidad, el segundo estructura la implementación en seis fases:

1. Identificación del problema y revisión de evidencia
2. Adaptación al contexto
3. Análisis de barreras y facilitadores
4. Planificación e implantación
5. Monitorización con indicadores
6. Sostenibilidad y diseminación.

La GBP se publicó originalmente en 2006 y se actualizó en 2012, por lo que se consideró necesario revisar la evidencia de manera inicial.

Se crearon equipos interdisciplinarios y se adaptó la GBP al marco normativo de Osakidetza y la evidencia encontrada. Esto permitió realizar un diagnóstico de necesidades y estableció una estrategia que incluyó formación, red de impulsoras (profesionales formados/formadas en metodología de implantación que ejercen influencia y facilitan el cambio), unificación de procedimientos y consecución de apoyo directivo, garantizando viabilidad y mejora continua.

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la detección, atención integral y acompañamiento a mujeres víctimas y sobrevivientes de VG, sus hijas e hijos, mediante la implantación de la GBP en VG de la RNAO en la OSIBB, en FME-EHU y en la UDAFyCB.

Objetivos específicos

10. Aumentar la detección temprana y calidad de la intervención profesional en casos de VG.
11. Capacitar al personal de salud para ofrecer una respuesta inicial adecuada y un entorno seguro.
12. Establecer circuitos de derivación y colaboración con recursos especializados.
13. Crear un espacio de confluencia estable entre el ámbito asistencial y académico para el desarrollo de buenas prácticas.
14. Crear y fortalecer un equipo de impulsoras BPSO® en VG.
15. Evaluar el impacto.
16. Consolidar el proyecto como modelo transferible.

17. Integrar la práctica basada en evidencia en VG en la formación pre y posgrado.

18. Sensibilizar y formar a futuras profesionales garantizando el relevo generacional.

Actuaciones realizadas

Formación e impulso del liderazgo: Desde el inicio del proyecto en el 2022 se han formado 3523 profesionales en VG y se han captado 411 impulsoras transversales, al menos una por cada unidad de alcance.

Formación y creación de herramientas: Desarrollo y difusión de infografías, vídeos, formación con role-playing, análisis de casos; talleres comunitarios sobre malestares de género; sesiones clínicas.

Integración académica: Diseño de un itinerario de VG en asignaturas del Grado de Enfermería y de Medicina, dirección de TFGs sobre VG. Incorporación de la VG en el itinerario formativo de la UDAFyCB.

Investigación: Creación y publicación de artículos científicos sobre: 1) la implantación y puesta en marcha del proyecto, 2) actitudes sexistas en el alumnado de enfermería y medicina, 3) adicciones y VG en mujeres embarazadas, 4) evaluación de método docente en VG.

Intervención comunitaria: Talleres comunitarios y acciones para mujeres mayores; adolescentes, mujeres migradas. Además de, colaboración con asociaciones.

Indicadores

Estructura:

- Número de impulsoras transversales formadas (411)
- Número total de impulsoras y colaboradoras (462).

Proceso:

- Número profesionales formadas en VG (3523).
- Inclusión de la GBP de VG en 3 asignaturas del Grado de Enfermería y 2 de Medicina. Defensa de 11 TFGs con temática VG.
- Formación obligatoria de residentes de enfermería y desarrollo de TFR sobre VG en la UDAFyCB.
- Potenciación de producción científica: fomentando la presentación de comunicaciones en congresos/jornadas (15 trabajos en los dos últimos años).

Resultado:

- Incremento del 26% en la identificación y registro de casos de VG en Urgencias y AP en 2024.

- Percepción de los centros sanitarios como lugares seguros por parte de las mujeres (indicador cualitativo clave).
- Consolidación de línea de investigación aplicada de VG y transferencia del conocimiento.
- Mejora de la preparación percibida y conocimiento en VG del estudiantado de Enfermería (escala PREMIS).

Recursos

Los recursos humanos que sustentan el proyecto incluyen equipo coordinador multidisciplinar, una extensa red de impulsoras clínicas y académicas transversales que actúan como agentes de cambio, líderes responsables de la guía, el apoyo directivo de la OSI Bilbao-Basurto, la colaboración del profesorado universitario y la activa participación de estudiantes de grado y posgrado en formación.

A nivel metodológico, se emplea como base el “Toolkit de implantación de la RNAO” y la GBP adaptada. Este marco se complementa con:

4. [Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi - Profesionales](#)
5. [VG hijos as profes salud web es.pdf](#)
6. [Gui-aViolenciaSexualEs.pdf](#)

Otros recursos: recursos materiales formativos específicos, recursos digitales creadas por impulsoras y herramientas estandarizadas proporcionadas por la RNAO.

Basada en la evidencia

El proyecto se fundamenta en la implantación de la GBP de BPSO de VG, evaluada mediante AGREE II y alineada con estándares internacionales. La adaptación al contexto local se realizó tras analizar la evidencia científica disponible sobre herramientas de detección, formación y circuitos de colaboración. La revisión inicial de la guía impulsó la búsqueda de evidencia y abrió una línea de investigación sobre violencia de género en el ámbito sanitario y académico.

Se ha publicado un artículo sobre el proceso de implantación de la GBP. Además, está en proceso de revisión un artículo científico sobre la evaluación del impacto del uso de metodologías docentes de innovación en VG, y en proceso de realización una investigación sobre actitudes sexistas en el alumnado sanitario, clave para la prevención primaria y la formación de futuros/futuras profesionales. Además está en proceso de realización una investigación sobre adicciones y violencia de género en mujeres embarazadas.

Equidad

La implantación de la GBP asegura igualdad en la detección y atención sanitaria ante la VG, independientemente de la edad, con enfoques sensibles a la diversidad cultural e interseccionalidad, priorizando mujeres mayores, migrantes y con menor acceso a recursos.

Al formar a estudiantes, residentes y profesionales, se reduce la brecha competencial y se garantiza que todas las mujeres, sus hijas e hijos, reciban una respuesta homogénea y segura. Los materiales se adaptan para asegurar accesibilidad y se coordinan acciones comunitarias para alcanzar colectivos menos visibles.

En este sentido, se han desarrollado acciones específicas para abordar las necesidades de subgrupos vulnerables, como los talleres de violencia de género en mujeres mayores o intervenciones en mujeres gitanas. El objetivo es eliminar barreras y asegurar una atención centrada en la mujer, promoviendo la igualdad en el acceso a una atención sanitaria segura y de calidad.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantiza mediante:

- La identificación y reconocimiento de líderes e impulsoras como agentes de cambio en cada unidad.
- La creación de mecanismos de actualización, revisión periódica y expansión a nuevas unidades, manteniendo las intervenciones consolidadas en las unidades iniciales.
- La integración de los contenidos en el currículo universitario y la formación continuada.
- La alineación del proyecto con los objetivos del plan estratégico de la organización (2026-2030) y la EHU.
- La creación de estructuras híbridas (asistenciales-académicas) estables.
- La planificación de la captación de nuevas profesionales de las Unidades de Atención Primaria (UAP) y la dinámica activa de los equipos locales aseguran que el proyecto se mantenga "vivo" y que se adapte.
- La metodología de BPSO permite articular mecanismos de reevaluación de necesidades, objetivos y estrategias, que garantizan una extensión planificada, bien estructurada y con estrategias y acciones que resultan alcanzables, y realistas.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible gracias a:

- 6) El uso de la metodología BPSO® que está estandarizada y probada internacionalmente.
- 7) La alianza de instituciones asistenciales y académicas replicable.
- 8) La documentación generada (guías, protocolos, manual de indicadores), aplicables en diferentes niveles e instituciones.
- 9) La participación en redes de colaboración con otras organizaciones BPSO a nivel nacional e internacional.

- 10) La capacitación de un gran número de profesionales y estudiantes que actúan como multiplicadores.

Se han fortalecido las dinámicas participativas y la apertura del proyecto a ideas locales.

El programa BPSO se ha alineado con los objetivos estratégicos y de evaluación institucional (incluyendo acuerdos de gestión y comisiones específicas).

De la misma manera, se ha planificado de forma detallada y efectiva la formación de impulsoras y líderes, afrontando con éxito la alta movilidad profesional.

Efectividad

Se ha logrado una red de impulsoras competentes e influyentes que están comprometidas con la excelencia y un liderazgo en la implantación de buenas prácticas. La implantación de la metodología BPSO® ha permitido unificar procedimientos encaminados a dar respuesta a las diversas necesidades de las mujeres.

Entre los cambios percibidos, destaca la mejora en la capacitación de profesionales (689 personas de la OSI han recibido formación en 2023, 1061 en 2024), el aumento del registro y sensibilización en VG (incremento del 26% en la identificación de casos en los servicios de urgencias y AP) y especialmente la identificación de los centros como lugares seguros para las mujeres.

Las sinergias creadas han impulsado la transformación en ámbitos asistenciales, formativos, investigadores y sociales. La metodología de implantación ha permitido coordinar esfuerzos hacia las buenas prácticas en VG, favoreciendo el inicio de un cambio cultural y una nueva forma de trabajar.

Eficiencia

El proyecto optimiza recursos al:

- f. Unificar procedimientos y reducir la variabilidad clínica mejorando la calidad y seguridad de la atención.
- g. Aprovechar sinergias entre la organización sanitaria y la FME-EHU, compartiendo conocimiento, formaciones y docentes.
- h. Integrar la formación de profesionales en el ámbito de la violencia machista en la actividad cotidiana (sesiones clínicas, asignaturas de grado) y en la formación continuada existente.
- i. Automatizar la extracción de indicadores a través de los sistemas de información y su posterior análisis para identificar factores influyentes e implementar áreas de mejora.
- j. Prevenir costes sociales y sanitarios a largo plazo asociados a la VG no detectada, mediante una intervención temprana y efectiva.

Participación multidisciplinar

La implantación se ha basado en un enfoque Multidisciplinar y multinivel. Al incluir a todas las categorías profesionales y niveles asistenciales.

En la OSI, participan activamente enfermeras de AP y hospitalarias, matronas, médicos/medicas, fisioterapeutas, personal administrativo, celadoras/es, TCAE, logopedas, fisioterapeutas, así como personal de la Subdirección de Enfermería y de la Subdirección de Atención Primaria de la OSI Bilbao-Basurto.

En la FME-EHU, involucra a profesorado de los Grados de Enfermería y Medicina y de diversas asignaturas (relacionadas con la ética, comunicación, cultura, simulación, geriatría) y al estudiantado pregrado.

En la Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de Bizkaia, se involucra a las y los residentes como materia recomendada habiendo un crecimiento significativo en la formación relacionada con la temática VG.

Los equipos de implantación de cada guía son multiprofesionales, lo que enriquece las perspectivas y asegura que las soluciones sean integrales y aplicables en la práctica real.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial es un pilar fundamental. Se ha establecido una alianza estratégica con la FME-EHU (sector académico) y con la UDAFyCB, además de con el equipo de profesionales que componen la OSI Bilbao-Basurto. Además, se colabora de forma creciente con el tejido asociativo y recursos comunitarios especializados en el ámbito de la VG, el grupo corporativo de Violencia de Género de la dependiente de la dirección general de Osakidetza, y otros organismos son los Host BPSO a nivel nacional e internacional (centros coordinadores). Esta red permite una respuesta integrada que trasciende el ámbito puramente sanitario, abordando el problema de forma integral.

El proyecto cuenta con el compromiso y apoyo de la dirección de los centros para su desarrollo satisfactorio.

Evaluación

La evaluación del programa es continua y multidimensional, guiada por el Toolkit BPSO® y la necesidad de medir su impacto en ambas organizaciones. Se ha diseñado un manual con múltiples indicadores de diferentes características y focos (p. ej., número de formaciones, profesionales capacitados, incremento en registros).

El Comité de Evaluación, junto al servicio de estadística, trabaja en automatizar la extracción de los datos. Los resultados se revisan periódicamente: semestralmente de forma interna y anualmente mediante auditorías externas del Host Euskadi. Este proceso permite reorientar acciones y garantizar el cumplimiento de objetivos, adaptándose a las necesidades cambiantes.

Las sinergias generadas han facilitado la transformación a nivel asistencial, formativo, investigador y social. La metodología de implantación del programa ha permitido aunar esfuerzos en pro de las buenas prácticas en VG, contribuyendo a que se comience a vislumbrar un cambio cultural y una nueva forma de trabajar.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL2-1: Fomento del Cribado de la violencia de género en el departamento de salud Hospital Clinic- Malvarrosa

M.^a Pilar López Sánchez (1), Eva Molina Peris (1), Rosario González Candelas (2), José Javier Noceda Bermejo (3), Palmira Muñoz Muñoz (4)

(1) Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana, (2) Centro de Salud Salvador Pau, Departamento Clínico Hospital Clínico-Malvarrosa, Generalitat Valenciana, (3) Hospital Clínico, Departamento Clínico Hospital Clínico-Malvarrosa, Generalitat Valenciana, (4) Unidad de Igualdad, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, violencia de género, cribado, detección precoz, salud pública, coordinación asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La violencia contra las mujeres constituye un grave problema de Salud Pública que afecta a mujeres por el mero hecho de serlo y que presenta una elevada magnitud e importantes consecuencias sobre su salud, y la salud y el bienestar de sus hijas e hijos y del conjunto de la comunidad. Su impacto se extiende al sistema sanitario, social y económico, lo que justifica la necesidad de intervenciones estructuradas, sostenidas y evaluables desde el ámbito de la salud.

La Comunitat Valenciana dispone de una red de servicios de salud pública coordinada con la asistencia sanitaria en Atención Primaria y en Hospitalaria. Cuenta con un Programa de detección de Violencia de Género que incorpora un sistema de información específico, el Sistema de Información de Violencia (SIVIO), integrado en la historia clínica electrónica. Este sistema permite identificar de forma sistemática la situación de las mujeres respecto al cribado de violencia de género mediante alertas dirigidas al profesional sanitario, siguiendo el Protocolo de actuación sanitaria para la prevención y atención a la violencia de género.

Desde el año 2013 se ha impulsado de manera progresiva el cribado de violencia de género en Atención Primaria, alcanzando una implantación creciente gracias a estrategias organizativas innovadoras como la “Semana del Cribado” y, posteriormente, el “Mes del Cribado”, desarrolladas en todos los departamentos de salud. El análisis de los datos de cribado entre 2013 y 2024 muestra que, tras la pandemia por COVID-19, se ha producido un descenso generalizado. De forma paralela, se ha observado un incremento de los casos detectados en los servicios de urgencias hospitalarias y de atención continuada, a través de la declaración de informes médicos por presunta violencia de género.

La reorganización de los servicios sanitarios tras la pandemia, con la priorización de programas asistenciales urgentes, ha tenido un impacto negativo en la sistematización del cribado de violencia de género en Atención Primaria, dificultando la detección precoz.

Durante el año 2024 participaron en el cribado de la Comunidad Valenciana 45.869 mujeres, con una tasa de participación del 99,19 % de aquellas a las que se realizó la pregunta. Se detectaron 1.485 casos de violencia de género (3,24 %), predominando la violencia psicológica (94,34 %), seguida de la física (51,58 %) y la sexual (14,81 %). Asimismo, en los servicios de urgencias

sanitarias se atendieron y se emitieron 6.506 informes médicos por presunta violencia de género o doméstica, lo que evidencia la magnitud del problema y la necesidad de actuar en fases más tempranas.

La buena práctica que se presenta responde a esta necesidad, aportando un valor añadido al reforzar el cribado sistemático en Atención Primaria mediante el uso de herramientas de información integradas, estrategias organizativas coordinadas y acciones comunitarias de promoción de la igualdad. Se trata de una experiencia innovadora por su enfoque integral, su capacidad de evaluación mediante indicadores objetivos y su alta transferibilidad a otros sistemas sanitarios, al basarse en estructuras asistenciales habituales y herramientas replicables, contribuyendo así a mejorar la detección precoz, la atención y prevención de la violencia de género.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La práctica presentada consiste en el diseño e implementación de una estrategia integral, innovadora y escalable para la prevención de la violencia de género y el impulso del cribado sistemático en el sistema sanitario, con especial énfasis en Atención Primaria como puerta de entrada al sistema de salud. La intervención se dirige a profesionales sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria, profesionales de salud pública, unidades de igualdad y residentes en formación, con el objetivo último de mejorar de manera significativa la detección precoz, la atención integral y la derivación coordinada de las mujeres víctimas de violencia de género.

La estrategia, diseñada e implementada durante los años 2022 y 2023, se articula a través de un modelo organizativo innovador basado en la creación de grupos motores multidisciplinares de referencia en cada departamento de salud. Estos grupos, integrados por entre cuatro y cinco profesionales de distintos ámbitos (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Pública y Unidades de Igualdad), actúan como nodos de liderazgo clínico y organizativo, facilitando la coordinación interprofesional, la homogeneización de prácticas y la rápida transferencia del conocimiento dentro de cada departamento.

Uno de los elementos clave de innovación es el diseño de un plan estructurado de formación y sensibilización en violencia de género y en el uso del Sistema de Información de Violencia (SIVIO), con un enfoque eminentemente práctico y orientado a la acción. Este plan combina formación especializada inicial con un modelo de formación en cascada, liderado por los grupos referentes, que permite alcanzar de forma eficiente y sostenible a todos los centros de salud y centros de salud sexual y reproductiva de la Comunitat Valenciana. Este enfoque optimiza los recursos disponibles y garantiza la continuidad del cribado más allá de intervenciones puntuales.

La buena práctica se presenta específicamente en el Departamento de Salud Hospital Clínic-Malvarrosa, que constituye un ejemplo de implementación avanzada del modelo. Destaca el liderazgo clínico de una médica de Atención Primaria como referente departamental en prevención de la violencia de género, quien integra la formación en cribado y prevención de la violencia de género tanto en la práctica asistencial como en la formación reglada de residentes de Medicina y de Enfermería Familiar y Comunitaria. Este liderazgo se refuerza con la participación activa en un curso autoformativo, disponible de manera permanente a través de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, lo que garantiza accesibilidad, actualización continua y equidad en la capacitación de los profesionales.

La práctica promueve la incorporación sistemática del cribado de violencia de género en la actividad clínica diaria, ofreciendo el cribado a todas las mujeres mayores de 14 años que acuden a Atención Primaria, independientemente del motivo de consulta. Como elemento diferencial adicional, se ha impulsado un proceso de mejora continua de la herramienta digital SIVIO, incorporando propuestas de profesionales referentes para hacerla más ágil, intuitiva y accesible, junto con la actualización del protocolo de actuación sanitaria, actualmente en su fase final. Este enfoque integral convierte la práctica en una experiencia innovadora, evaluable y altamente transferible a otros entornos sanitarios.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de la práctica son todas las mujeres mayores de 14 años que acuden a los centros sanitarios y que son atendidas a solas en la consulta, garantizando confidencialidad y seguridad durante la evaluación. Este enfoque permite incluir a mujeres de cualquier condición socioeconómica, origen o situación administrativa, favoreciendo la equidad en el acceso a la detección precoz de la violencia de género.

El ámbito de aplicación abarca todos los centros de Atención Primaria y Centros de Salud Sexual y Reproductiva de los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, con especial seguimiento en barrios de mayor vulnerabilidad social. La estrategia incluye tanto la detección activa mediante cribado sistemático como la derivación coordinada a recursos especializados, integrando la atención sanitaria con la red intersectorial y comunitaria, lo que asegura una cobertura amplia, homogénea y sostenible en todo el territorio.

Metodología

- La metodología se basa en una coordinación directiva entre Salud Pública, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y la unidad de igualdad, garantizando un enfoque común y coherente. La estrategia se diseña mediante la definición de objetivos y la selección de un equipo de expertos responsable de la formación inicial, la coordinación de actividades y su difusión.
- Se crean grupos motores de profesionales referentes en violencia de género por departamento de salud, que participan en sesiones formativas iniciales presenciales, organizadas según cronograma territorial (dos sesiones en Valencia, una en Alicante y una en Castellón). A partir de estas sesiones, se inicia y supervisa la formación en cascada en los departamentos de salud.
- La metodología incluye la creación y mantenimiento de una red intersectorial, interdisciplinar y participativa, integrada por profesionales sanitarios referentes y recursos comunitarios, con seguimiento periódico y reajuste de los grupos motores para garantizar la continuidad y sostenibilidad de la práctica.

Objetivos

Objetivo general

- Incrementar de manera significativa y sostenida el cribado de violencia de género en el ámbito sanitario, fomentando la participación activa de las mujeres mayores de 14 años en el cribado sistemático de violencia de género en Atención Primaria, con el fin

de mejorar la detección precoz, la atención integral y la derivación adecuada de los casos identificados.

Objetivos específicos

- Crear y consolidar grupos motores multidisciplinares de profesionales referentes en prevención de la violencia de género en cada departamento de salud, que actúen como líderes clínicos, formativos y organizativos para la implantación homogénea del cribado.
- Diseñar e implementar un modelo de formación en cascada, liderado por los grupos motores, que permita capacitar de manera progresiva y eficiente a los equipos interdisciplinares de los distintos centros de salud del departamento, asegurando la integración del cribado de violencia de género en la práctica clínica habitual.

Actuaciones realizadas

Se han desarrollado sesiones formativas presenciales en cada centro de salud del departamento, dirigidas a equipos interdisciplinares de Atención Primaria, con el objetivo de reforzar la prevención de la violencia de género, la realización del cribado sistemático y la correcta actuación ante casos detectados. Estas sesiones, impartidas por los grupos motores de profesionales referentes, han abordado tanto contenidos conceptuales sobre violencia de género y enfoque de salud pública como aspectos prácticos relacionados con la detección precoz, la atención integral y la derivación coordinada.

De manera complementaria, se ha impulsado la realización de un curso autoformativo sobre prevención de la violencia de género y manejo de SIVIO, disponible de forma permanente en la web de la Conselleria de Sanidad a través de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Este recurso formativo facilita la actualización continua, la accesibilidad equitativa y la sostenibilidad de la capacitación de los profesionales sanitarios.

Indicadores

Se han definido indicadores cuantitativos obtenidos a partir del Sistema de Información de Violencia (SIVIO) y de los registros asistenciales, que permiten monitorizar su implantación, efectividad e impacto.

- Participación en el cribado: número y porcentaje de mujeres mayores de 14 años invitadas a participar en el cribado de violencia de género y proporción de mujeres que aceptan realizarlo, como indicador de accesibilidad y aceptación de la intervención.
- Detección de casos: porcentaje de casos de violencia de género identificados a través del cribado respecto total de mujeres cribadas, desagregado por tipo de violencia, como medida de efectividad en la detección precoz.
- Origen de los partes de lesiones: distribución de los informes médicos por presunta violencia de género emitidos según procedan de detección mediante cribado en Atención Primaria o por acceso directo en servicios de urgencias, como indicador de desplazamiento de la detección hacia fases más tempranas.
- Equipo de trabajo referente en violencia de género: formación en cascada en el departamento.

Recursos

La implementación se ha sustentado en el aprovechamiento eficiente de los recursos ya existentes, sin necesidad de estructuras adicionales. Ha contado con la participación de una técnica de salud pública de la Dirección General de Salud Pública y del Centro de Salud Pública del Departamento Hospital Clínic–Malvarrosa, responsable de la unidad de igualdad, que ha coordinado el enfoque estratégico y de equidad.

Han participado activamente la Dirección de Atención Primaria y Hospitalaria, una médica de Atención Primaria como referente en prevención y un médico de urgencias en el grupo motor del departamento de salud, integrado por profesionales de enfermería, trabajo social y matronas, responsables del liderazgo clínico, formación en cascada e implantación del cribado.

Se ha contado con el equipo docente del curso autoformativo de prevención de la violencia de género y manejo del Sistema de Información de Violencia (SIVIO), garantizando la capacitación continua y sostenibilidad de la práctica.

Basada en la evidencia

- Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V. La violencia como problema de salud pública. En: Fernández-Crehuet Navajas, Gestal Otero JJ, Delgado Rodríguez M, Bolumar Montrull F. Piedrola Gil (Dir). Medicina Preventiva y Salud Pública (12ª edición). Barcelona: Elsevier-Masson; 2016.479-94.
- Escriba-Aguir V, Ruiz-Perez I, Saurel-Cubizolles MJ. Screening for domestic violence during pregnancy. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2007;28:133-34.
- Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity And Reliability of The Spanish Version of The “Abuse Assessment Screen” Among Pregnant Women. Public Health Nur. 2016; 33(3):264-72.
- García S, López E, Martínez M C, Cámara A. Cribado de violencia de género en un departamento de salud. Investigación Cuidados. 2015; 13(32): 6-12.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública. Protocolo para la prevención y atención de la violencia de género.2020. disponible: https://www.san.gva.es/documents/d/salut-publica/20210114_protocolo_vdg_cas

Equidad

La incorporación sistemática del cribado de violencia de género en la atención sanitaria contribuye de manera directa a la promoción de la equidad en salud desde los servicios sanitarios. Esta práctica permite abordar la violencia de género teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, que influyen de forma significativa en la exposición al riesgo, la capacidad de acceso a los recursos y las oportunidades de detección y atención.

Garantiza que todas las mujeres mayores de 14 años, con independencia de su nivel socioeconómico, origen, situación administrativa o contexto familiar, tengan la oportunidad de ser informadas, escuchadas y acompañadas. De este modo, se reducen las desigualdades en el acceso a la detección precoz y a la atención integral, reforzando el papel del sistema sanitario

como agente clave en la protección de los derechos, la salud y la seguridad de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se basa en la integración estructural del cribado de violencia de género en la organización y gestión de los servicios sanitarios. El impulso de la dirección de los centros y su inclusión en los acuerdos de gestión garantizan su continuidad como actividad prioritaria.

La incorporación del cribado en la agenda habitual de los equipos multidisciplinares normaliza la práctica asistencial diaria y asegura una respuesta adecuada a la demanda detectada, apoyada en una estructura suficiente de recursos humanos.

Además, la sostenibilidad se refuerza mediante el uso sistemático de los itinerarios de derivación a recursos especializados y el trabajo en red e intersectorial con servicios sociales, judiciales y comunitarios, garantizando una atención coordinada, continuada y eficaz a las mujeres víctimas de violencia de género.

Transferibilidad

La transferibilidad está plenamente garantizada al basarse en la coordinación sanitaria y en estructuras organizativas comunes a los sistemas de salud públicos. El modelo se apoya en elementos fácilmente replicables, como la creación de grupos motores multidisciplinares, la formación en cascada de los profesionales, la integración del cribado en la práctica asistencial habitual y el uso de sistemas de información incorporados a la historia clínica.

La práctica no requiere recursos extraordinarios, sino la optimización de los existentes, lo que facilita su adaptación a otros departamentos de salud o a diferentes contextos territoriales. La existencia de protocolos comunes, indicadores de seguimiento y herramientas formativas accesibles permite una implantación homogénea y evaluable.

El enfoque basado en la coordinación entre Atención Primaria, Hospitalaria, Salud Pública y recursos comunitarios favorece su escalabilidad y adaptación a otros sistemas sanitarios, manteniendo la efectividad en la detección precoz y la atención integral de la violencia de género.

Efectividad

Se sustenta en la formación y sensibilización continuada de los equipos de profesionales sanitarios, factor determinante para la incorporación del cribado de violencia de género en las consultas de atención sanitaria. Disponer de un sistema de información de violencia y la adquisición de conocimientos específicos, herramientas de comunicación y habilidades sociales favorece la creación de un entorno de confianza que facilita la identificación de situaciones de violencia.

Conocer los recursos disponibles y los circuitos de derivación permite una respuesta adecuada y coordinada ante los casos detectados, reduciendo tiempos de intervención y mejorando la calidad de atención. La integración del cribado en la práctica clínica habitual, apoyada en herramientas digitales y protocolos normalizados, contribuye de manera directa al aumento de la detección precoz de la violencia de género y al desplazamiento de la identificación de casos

desde los servicios de urgencias hacia Atención Primaria, evidenciando la mejora de la respuesta sanitaria.

Eficiencia

La práctica demuestra un elevado grado de eficiencia al priorizar la detección precoz de la violencia de género desde Atención Primaria, reduciendo de forma significativa los costes asociados a la atención sanitaria y social derivados de situaciones de violencia cronicada. La identificación temprana evita cuadros de mayor gravedad que requieren intervenciones más complejas, urgencias hospitalarias repetidas y recursos sociales y judiciales de mayor intensidad.

La integración del cribado en la práctica asistencial habitual, apoyada en la formación de los profesionales y en el uso de herramientas ya existentes, optimiza recursos disponibles sin generar costes adicionales relevantes. Además, la mejora en la calidad de vida de las mujeres y de su descendencia se traduce en beneficios a medio y largo plazo para el sistema sanitario, servicios sociales y la comunidad, contribuyendo a la construcción de entornos más seguros y a la promoción de una sociedad libre de violencia de género.

Participación multidisciplinar

La práctica basada en un enfoque claramente multidisciplinar, imprescindible para abordar la violencia de género de manera integral desde el sistema sanitario. La participación coordinada de profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria, trabajo social, matronas, fisioterapeutas, así como profesionales de unidades de apoyo: ginecología, psicología, psiquiatría, rehabilitación y traumatología, permite una respuesta completa que abarca la detección, la atención clínica, el apoyo psicosocial y la derivación especializada.

Asimismo, la implicación de técnicas y profesionales de los centros de salud pública refuerza la visión comunitaria y preventiva, facilitando la coordinación intersectorial y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. El trabajo en red entre los distintos perfiles profesionales mejora la calidad asistencial, evita la fragmentación de la atención y garantiza un acompañamiento continuado de las mujeres víctimas de violencia de género, constituyendo uno de los elementos clave de la efectividad, sostenibilidad y transferibilidad de la práctica.

Colaboración intersectorial

Constituye un elemento clave de la práctica, la coordinación de los recursos disponibles para la atención integral de la violencia de género. actualmente se está elaborando del II Pacto de estado en la Comunidad Valenciana liderado por servicios sociales contra la violencia de género, que contempla la coordinación con el sistema sanitario, educativo, judicial y recursos especializados en violencia de género, entidades y asociaciones con la comunidad. Para dar una respuesta integral, coordinada y continuada en prevención de violencia de género.

La coordinación entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Pública con las otras instituciones garantiza la adecuada derivación de los casos detectados, evita duplicidades y reduce tiempos de intervención. Este enfoque intersectorial refuerza la eficiencia del sistema, mejora la calidad de la atención y contribuye a una intervención más eficaz, sostenible y centrada en derechos, optimizando el impacto de las actuaciones y fortaleciendo la red de protección ante la violencia.

Evaluación

La evaluación se realiza mediante el seguimiento sistemático de indicadores cuantitativos obtenidos del Sistema de Información de Violencia (SIVIO) del Departamento de Salud Hospital Clínic–Malvarrosa. Se analiza la participación de las mujeres mayores de 14 años en el cribado, casos detectados por cribado o directamente con parte de lesiones, tipo de violencia.

El análisis periódico de estos indicadores facilita la identificación de áreas de mejora, la toma de decisiones basada en datos y la adaptación continua de la estrategia para maximizar su efectividad, sostenibilidad e impacto en la atención a la violencia de género.

Las acciones formativas del equipo de trabajo referente y el número de profesionales que han participado en la formación.

AÑO	T. MUJERES PREGUNTADAS	T. MUJERES PARTICIPANTES	CASOS DETECTADOS	PL CRIBADO	PL DIRECTOS	PL TOTAL
2023	3.913	3.871	97	32	253	285
2024	3697	3668	113	49	301	350
2025	4538	4499	93	33	317	350

Figura 1. Indicadores cuantitativos obtenidos del Sistema de Información de Violencia (SIVIO) del Departamento de Salud Hospital Clínic–Malvarrosa.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT3-1: Evaluación de un modelo asistencial de atención integral para las personas con VIH (PVIH) compartida entre Atención Primaria (AP) y Unidades de VIH hospitalarias

Mariola Michelini Sola (1), Maria Saumoy Linares (2), Irene Soriano Fernández (2), Ana Lérica Urteaga (2), Antònia Pérez Barja (2), Sònia Martínez Carmona (1), Paula Santiá (1), Dolors Ventura Soriano (1), Marta Bandres Minguenza (1), Gonzalo Martínez-Zavalía Cornejo (1), Isaac Martínez Tormo (1), Isabel Cano Parra (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad (GAPiC) Delta, Institut Català de la Salut (ICS), (2) Hospital de Viladecans y Hospital Universitario de Bellvitge, ICS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: VIH, atención primaria, atención compartida, continuidad asistencial, coordinación AP-Hospital, estigma asociado al VIH, comorbilidades, integración asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Actualmente, exponer el estado serológico de VIH en cualquier servicio sanitario sigue siendo estigmatizante, a pesar de que la terapia antirretroviral (TAR) ha transformado la infección por VIH en una enfermedad crónica y ha permitido un envejecimiento progresivo de la población. Según la HIV Medicine Association de la Infectious Diseases Society of America, aproximadamente el 50% de las personas con VIH a nivel global ya supera los 50 años, y prevé que esta proporción siga aumentando, con una prevalencia creciente de comorbilidades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, osteoporosis y determinados cánceres, que aparecen cada vez de forma más precoz y con mayor frecuencia que en la población general. Este cambio epidemiológico exige un nuevo enfoque en la gestión de la salud de estas personas, que vaya más allá del control virológico.

Los EAP son la primera puerta de entrada al sistema sanitario y, por lo tanto, juegan un papel esencial en el abordaje integral de estas patologías. Los EAP cuentan con amplia experiencia en el diagnóstico y seguimiento de estas enfermedades crónicas. Sin embargo, un desafío clave es que, por diversos motivos, muchas PVIH no acuden regularmente a estos servicios. Esta baja adherencia a la AP dificulta el manejo óptimo de las comorbilidades.

La necesidad de integrar todos los ámbitos asistenciales en el manejo del VIH está respaldada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (la OMS) desde el 2004, que recomienda la utilización de todos los servicios asistenciales para apoyar el diagnóstico precoz, el asesoramiento y el seguimiento compartido de las PVIH.

A pesar de los avances terapéuticos y normativos en la respuesta al VIH, el estigma y la discriminación asociados a la infección persisten, afectando en la calidad y equidad en la atención sanitaria. Datos publicados en España en 2025 confirman que este estigma sigue presente, incluso dentro del entorno sanitario. Esta realidad no solo vulnera los derechos fundamentales, sino que compromete la eficacia de las intervenciones clínicas y de salud pública,

haciendo aún más urgente la implementación de estrategias que faciliten un acceso seguro, continuo y libre de prejuicios a la atención sanitaria.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El proyecto se desarrolla en el marco del grupo PADEICS-VIH, de la Unidad Territorial de la Gerencia de Atención Primaria y de la Comunidad (GAPiC) Delta, y cuenta con dos unidades de Atención Hospitalaria (AH) a PVIH y de tres EAP.

El objetivo principal es evaluar la implementación de un protocolo de atención compartida para PVIH entre las Unidades de VIH hospitalarias y los EAP, enfocándose en la coordinación y comunicación entre la AP y la AH, la presencia o no de registro de la enfermedad en los sistemas de información Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP) y Servicios de Información y Atención al Paciente (SAP), la utilización de herramientas específicas de seguimiento (plan de curas), la vinculación de los pacientes a AP y la identificación de barreras en la puesta en marcha del proyecto, particularmente en aquellas relacionadas con el estigma y la discriminación dentro de los servicios sanitarios.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana es toda PVIH del área territorial de la GAPiC Delta atendidos en las Unidades de VIH hospitalarias del proyecto (Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital de Viladecans) y en tres EAP Piloto: EAP Santa Eulàlia Sud (Hospitalet de Llobregat), EAP Just Oliveres Centre (Hospitalet de Llobregat) y EAP Maria Bernades (Viladecans).

Metodología

Este proyecto se centra en un diseño de evaluación pre/post-implementación de un protocolo de atención compartida. La metodología combina la recogida de datos cuantitativos de los sistemas de información (ECAP/SAP) con una evaluación cualitativa de las barreras percibidas por pacientes. La efectividad se medirá específicamente comparando el número de consultas de las PVIH en los EAP antes y después de la aplicación del protocolo.

Se recogerán los datos basamente de todos los indicadores clave (vinculación a AP, registro del diagnóstico, comorbilidades) antes de la implementación del nuevo protocolo. Se desarrollarán acciones específicas (asignación de referentes, formación, estudio de nuevos canales de comunicación, revisión de codificación, etc). Se recogerán los indicadores a los 12 meses de la aplicación del protocolo para comparar los resultados con la línea base.

Objetivos

- Analizar la vinculación de las PVIH en AP, cuantificando el número de consultas, antes y después de la implementación del protocolo.
- Evaluar la comunicación entre AP y AH mediante el registro del número total de consultas (presenciales e interconsultas sin paciente).

- Evaluar la concordancia del registro del diagnóstico de VIH entre los sistemas de información sanitarios: Servicios de Información y Atención al Paciente (SAP) y Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP).
- Monitorizar las comorbilidades mencionadas de las PVIH en las historias clínicas.
- Identificar desde la AH las barreras percibidas por las PVIH a la hora de acudir a los EAP, principalmente las relacionadas con estigma y discriminación, mediante la aplicación de un cuestionario de elaboración propia sobre el estigma percibido en la atención sanitaria recibida.
- Ofrecer formación sobre el estigma del VIH a los profesionales sanitarios de los centros asistenciales del proyecto piloto.

Se medirán al inicio y a los 12 meses de aplicación del protocolo.

Actuaciones realizadas

Asignar referentes del proyecto (de medicina y de enfermería) en cada EAP para facilitar la coordinación e implementación del protocolo.

Estudiar e implementar canales de comunicación directos y bidireccionales (por ejemplo, ECAP receptor) entre AP y AH para realizar interconsultas a distancia.

Revisar la codificación diagnóstica en el ECAP de las PVIH en seguimiento por AH y derivarlas a sus EAP para iniciar o reforzar el seguimiento de las comorbilidades.

Validar un cuestionario de elaboración propia sobre el estigma en la atención sanitaria recibida para identificar las barreras percibidas por las PVIH al acudir a los EAP.

Realizar sesiones formativas a profesionales sobre el VIH, las barreras y el estigma percibido por las PVIH, en referencia a estudios publicados en otros países de la Unión Europea.

Reuniones bimensuales entre los referentes para revisar el progreso, compartir incidencias y buscar estrategias de mejora.

Indicadores

Evaluación de la comunicación entre la AP y la AH a través del número de consultas, tanto presenciales como interconsultas a distancia sin paciente, que se realicen desde los EAP a las unidades hospitalarias de VIH y el número de derivaciones desde las unidades hospitalarias de VIH a los EAP.

Evaluación de la concordancia de registro tanto en ECAP como en SAP del diagnóstico de VIH.

Registro de comorbilidades asociadas en cada PVIH.

Número de pacientes con el Plan de curas de VIH activo en ECAP.

Evaluación de la vinculación a partir del número de consultas/visitas de las PVIH en los EAP.

Número de incidencias registradas y propuestas de mejora por parte del profesional.

Estos indicadores se recogerán basalmente y a los 12 meses.

Recursos

Los recursos son principalmente recursos humanos (los profesionales implicados tanto de las Unidades de VIH hospitalarias como los de los EAP, además de otros profesionales clave como Sónia Martínez desde dirección de continuidad asistencial de la GAPIC Delta y los profesionales de los sistemas de información del ICS, la técnica de Salud de la GAPIC Delta, todos ellos como colaboradores del Grupo de Trabajo PADEICS-VIH). También recursos materiales, como los sistemas de información ECAP o SAP, utilizados para la recogida de datos.

En la actualidad no se dispone de una vía de comunicación o derivación desde las Unidades de VIH hospitalarias y los EAP. Se está trabajando con la dirección hospitalaria y de AP para poner en funcionamiento un “ECAP receptor”, desde el cual se podrán realizar interconsultas a distancia desde la AH a la AP.

Basada en la evidencia

El estigma relacionado con el VIH entre profesionales sanitarios sigue presente y se asocia a factores modificables. Se identifican estrategias educativas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la atención, destacando que una mayor formación y sensibilización pueden disminuir actitudes prejuiciosas y discriminatorias entre el personal. Para el 2030, se espera que la mayoría de los pacientes con VIH tengan al menos una comorbilidad y que un porcentaje considerable presente complicaciones por interacciones farmacológicas, lo que exige una atención multidisciplinaria y protocolos adaptados. La guía de la HIV Medicine Association de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) enfatiza la importancia de un entorno libre y centrado en la persona para optimizar la adherencia al seguimiento y tratamiento. La IDSA subraya que el estigma sigue siendo una barrera crítica para el acceso a la atención sanitaria y que su erradicación es esencial para mejorar los resultados clínicos.

Referencias:

- Blair A, Wang C, Michel K, Michelle J, Kharfen M, Merenstein D, et al. HIV Related Stigma among Healthcare Providers: Opportunities for Education and Training. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2022;21. DOI: 10.1177/23259582221114797
- Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan, van Sighem A, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. Lancet Infect Dis. 2015;15(7):810-818. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00056-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00056-0)
- Horberg M, Thompson M, Agwu A, Colasanti J, Haddad M, Jain M, et al. Primary Care Guidance for Providers Who Care for Persons with Human Immunodeficiency Virus: 2024 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2024;1-57. Doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciae479>
- Koerting A, Mascort J, del Amo J. Desafíos actuales en la atención sanitaria del VIH: hacia la erradicación del estigma. Atención Primaria. 2025;57(11):103406. Doi: DOI: 10.1016/j.aprim.2025.103406 7

Equidad

El proyecto se centra en reducir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y en la calidad de esta, que se creen que pueden ser generadas por el estigma y la discriminación persistentes asociadas al VIH.

El problema central es la baja adherencia de las PVIH a los EAP, un fenómeno observado en estudios de la Unión Europea influenciado por el miedo a exponer su condición. Para garantizar el derecho a una atención integral y equitativa, independientemente de su condición de salud, el proyecto contempla la realización de sesiones formativas dirigidas a profesionales de AH y AP. El objetivo de la formación es aumentar los conocimientos sobre el VIH y el impacto del estigma, garantizando que la atención proporcionada esté libre de sesgos, lo cual es esencial para una atención sanitaria de calidad y equitativa.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del proyecto se fundamenta en su integración en la actividad asistencial habitual, utilizando recursos y estructuras ya existentes en el sistema sanitario. El modelo de atención compartida entre Atención Primaria y las Unidades de VIH Hospitalarias no requiere la creación de nuevos dispositivos sino una mejor organización y coordinación de los ya disponibles, lo que facilita su continuidad a largo plazo.

El proyecto cuenta con el respaldo del PADEICS-VIH, además de la Unidad Territorial de la Gerencia de Atención Primaria y de la Comunidad (GAPiC) Delta.

La designación de profesionales referentes en los EAP permite que el protocolo se incorpore de forma estable en la práctica clínica.

Transferibilidad

Se ha desarrollado el proyecto con la finalidad de establecer un consenso entre ambos ámbitos asistenciales sobre la atención integral y compartida de PVIH, con el objetivo de extenderse como protocolo asistencial en todo el territorio de la Comunidad de Cataluña.

Efectividad

La efectividad se medirá mediante la evaluación de la vinculación (número de consultas) de las Personas con VIH (PVIH) con Atención Primaria (AP) antes y después de la implementación del protocolo.

Eficiencia

El proyecto busca mejorar la coordinación actual entre la AH y AP, favoreciendo el seguimiento compartido para optimizar el abordaje integral de las PVIH y el control de sus comorbilidades desde la AP.

Aunque el proyecto se encuentra en fase de implementación y no disponemos de resultados, el diseño pre-post permitirá evaluar el impacto del protocolo de seguimiento de las comorbilidades aportando información relevante sobre su eficiencia.

Participación multidisciplinar

Los profesionales que forman parte del proyecto son algunos de los integrantes del grupo PADEICS-VIH:

- Unidades hospitalarias:

- Unidad de VIH e ITS del Hospital Universitario de Bellvitge.
- Servicio de Medicina Interna del Hospital de Viladecans.
- Profesional de continuidad asistencial de GAPIC Delta.
- EAP:
 - EAP Santa Eulàlia Sud
 - EAP Just Oliveres Centre
 - EAP Maria Bernades
- Profesionales de los sistemas de información del ICS.
- Técnica de salud de GAPIC Delta

Colaboración intersectorial

Por el momento el proyecto se desarrolla exclusivamente en el ámbito sanitario.

Evaluación

Se medirá el incremento de las PVIH que realizan el seguimiento de sus comorbilidades en AP, así como la mejora de la comunicación entre profesionales de AP y AH. Se evaluará la coordinación entre AP y AH a través del conteo de interconsultas y derivaciones entre los EAP y las unidades hospitalarias de VIH. Se espera que, tras la formación a los profesionales sanitarios, disminuyan las barreras y el estigma percibidos por las PVIH y aumente el número de consultas de las PVIH a AP.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT3-2: Implementación de PROMs sobre estigma asociado al VIH y homofobia internalizada en el seguimiento clínico de personas GBHSH con VIH que practican chemsex (Unidad de VIH, Hospital Clínic de Barcelona)

Maria Martínez Rebollar (1), Montserrat Laguno Centeno (1), Lorena de la Mora (1), Iván Chivite (1), Estela Solbes (1), Laia Miquel (2), Rubén Mora (3), Sergio Villanueva (3), Hernán Perea (3), Elisa De Lazzari (1), Josep Mallolas Masferrer (1)

(1) Unidad VIH, Hospital Clínic de Barcelona – IDIBAPS, Barcelona, (2) Servicio de Psiquiatría y Conductas Adictivas, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, (3) ONG Stop, Barcelona.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: VIH, chemsex, estigma asociado al VIH, homofobia internalizada, PROMs, salud mental, adherencia al tratamiento, personas GBHSH.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El fenómeno del chemsex, definido como el uso intencionado de drogas antes o durante la actividad sexual para intensificar la experiencia, se observa principalmente en el colectivo de gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH). Aunque inicialmente se percibía como una búsqueda de placer y conexión, hemos constatado que está asociado a riesgos significativos para la salud física y mental: incremento de infecciones de transmisión sexual (ITS), adquisición del VIH, problemas de salud mental y desarrollo de adicciones. A estos riesgos se suman factores psicosociales como el estigma asociado al VIH y la homofobia internalizada, que actúan como barreras para el acceso a la atención sanitaria, la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional.

La homofobia internalizada, entendida como la interiorización de actitudes negativas hacia la propia orientación sexual, se ha relacionado con conductas sexuales de riesgo y mayor vulnerabilidad psicológica. Por su parte, el estigma asociado al VIH sigue siendo una barrera crítica para el diagnóstico temprano y la continuidad asistencial, generando ocultamiento del estado serológico, aislamiento y disminución de la adherencia al tratamiento. Ambos factores, combinados con el consumo sexualizado de drogas, configuran un escenario complejo que perpetúa ciclos de riesgo y deterioro de la salud.

En España, estudios recientes han confirmado que la homofobia internalizada y el estigma VIH predicen la participación en chemsex y se asocian a peores indicadores de salud mental. Ante esta realidad, la Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona ha desarrollado desde 2018 un circuito asistencial pionero para personas que practican chemsex, con seguimiento trimestral, cribado de ITS, control del VIH y cuestionarios sobre consumo y prácticas sexuales. Actualmente mantenemos una cohorte activa de más de 300 personas, una de las más grandes a nivel nacional, lo que nos ha permitido implementar estrategias innovadoras.

Gracias a la beca competitiva GILEAD PROS 2024, hemos puesto en marcha la integración sistemática de Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) validadas sobre estigma asociado

al VIH (Berger HIV Stigma Scale) y homofobia internalizada (SIHS) en la práctica clínica habitual, mediante cuestionarios electrónicos autoadministrados (REDCap/QR). Esta estrategia, que ya se está aplicando, permite identificar necesidades no cubiertas, orientar intervenciones y reforzar la competencia cultural del equipo. Además, hemos iniciado la formación específica para profesionales sanitarios y diseñado una intervención breve estandarizada en consulta, dirigida a abordar estas dimensiones psicosociales.

La implementación electrónica de PROMs aporta ventajas demostradas: eficiencia, reducción de costes, preferencia por parte de los usuarios y mejora en la calidad del dato. Incorporar estas medidas en el seguimiento clínico envía un mensaje claro de validación y apoyo, favoreciendo la apertura y la confianza. Asimismo, la intervención breve y la colaboración con recursos comunitarios (ONG Stop) garantizan un abordaje integral y equitativo.

En definitiva, esta buena práctica responde a una necesidad urgente en salud pública: mejorar la atención integral de una población vulnerable mediante herramientas basadas en evidencia, con potencial de replicabilidad en otras unidades y territorios. Su impacto esperado incluye reducción del estigma y la homofobia internalizada, mejora de la adherencia y del bienestar emocional, y fortalecimiento de la relación terapéutica, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema y a la equidad en salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Hemos integrado la recogida electrónica de PROMs validadas sobre estigma asociado al VIH y homofobia internalizada en las visitas trimestrales habituales mediante REDCap y acceso por código QR. Esta implementación, posible gracias a la beca competitiva GILEAD PROMS 2024, se ha realizado en la Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona y actualmente está en marcha. Va dirigida a los GBHSH usuarios de Chemsex que viven con VIH atendidos en esta unidad. Los cuestionarios se ofrecen de forma autoadministrada, lo que facilita la participación y reduce barreras, y los resultados se revisan sistemáticamente por enfermería y el equipo clínico. El sistema genera alertas automáticas ante puntuaciones significativas, permitiendo una respuesta rápida y coordinada.

Además, hemos desarrollado una formación específica para profesionales sanitarios sobre estigma y competencia cultural LGTBI, con dos jornadas de cuatro horas cada una, que ya se han impartido. Esta formación busca mejorar la sensibilidad y la capacidad de respuesta ante las necesidades psicosociales detectadas. Paralelamente, se ha diseñado una intervención breve estandarizada (10–15 minutos) que se aplica durante la consulta habitual cuando las PROMs indican niveles elevados de estigma o homofobia. Esta intervención incluye técnicas de comunicación centradas en la persona, escucha activa, lenguaje inclusivo y validación emocional, y se complementa con derivaciones a recursos especializados cuando es necesario.

La práctica se dirige a personas GBHSH con VIH que practican chemsex, atendidas en la cohorte específica de la Unidad de VIH, que actualmente supera las 300 personas. El abordaje es multidisciplinar, involucrando medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, bioestadística y agentes comunitarios de la ONG Stop, con la que mantenemos una colaboración estable. Este trabajo conjunto garantiza un enfoque integral que combina la atención clínica con el apoyo comunitario y la perspectiva de derechos.

Elementos diferenciales de la propuesta incluyen la implementación electrónica de PROMs (preferida por los usuarios y más eficiente que el papel), la integración de alertas automáticas

en el flujo asistencial, y el diseño participativo de la intervención breve mediante Investigación Basada en la Comunidad, asegurando pertinencia y equidad. Asimismo, se ha establecido un sistema de monitorización que permite evaluar la aceptabilidad y la viabilidad de la práctica, así como su impacto en indicadores clínicos y psicosociales.

En resumen, hemos iniciado una estrategia innovadora que combina tecnología, formación y enfoque comunitario para mejorar la atención integral de una población vulnerable. Esta práctica no solo responde a necesidades detectadas en la cohorte, sino que sienta las bases para su replicabilidad en otras unidades y territorios, contribuyendo a la equidad y sostenibilidad del sistema sanitario.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas adultas GBHSH que viven con VIH y practican chemsex, seguidas en la cohorte específica de la Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona. Cohorte activa de unas 300 personas. Ámbito: consultas hospitalarias de VIH con coordinación con la Unidad de Conductas Adictivas y la ONG Stop.

Metodología

Diseño longitudinal prospectivo de intervención. PROMs: para Estigma VIH Berger HIV Stigma Scale (30 ítems; Likert 4 puntos) y SIHS (13 ítems; Likert 5 puntos) para Homofobia internalizada, con umbrales operativos para intervención cuando las respuestas son $\geq$ "de acuerdo". Implementación electrónica (REDCap/QR), revisión sistemática de resultados y alertas automáticas. Formación del equipo (8 h) y aplicación de intervención breve estandarizada en visitas trimestrales, con contacto adicional si procede. Evaluación basal y a 12 meses, comparando cambios en PROMs y experiencia de usuarios/profesionales.

Objetivos

General: evaluar aceptabilidad y viabilidad de integrar PROMs de estigma asociado al VIH y homofobia internalizada y mejorar el seguimiento clínico de la cohorte. Específicos: (1) estimar prevalencia y factores asociados; (2) analizar relación entre consumo/prácticas sexuales y niveles de estigma/homofobia; (3) formar al equipo y evaluar conocimientos/satisfacción; (4) diseñar y aplicar intervención breve; (5) evaluar satisfacción de usuarios y factores asociados; (6) comparar resultados de PROMs pre-post y métricas asistenciales.

Actuaciones realizadas

Desde 2018, la Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona ha mantenido un circuito asistencial específico para personas que practican chemsex, con seguimiento trimestral, cribado de ITS y control del VIH. Hemos incorporado de forma sistemática PROMs validadas sobre estigma asociado al VIH y homofobia internalizada en la práctica clínica habitual mediante cuestionarios electrónicos (REDCap/QR). Esta implementación ya está activa y permite identificar necesidades psicosociales y orientar intervenciones. Además, hemos realizado la formación del equipo en competencia cultural LGTBI y estigma VIH y diseñado una intervención breve estandarizada para abordar el estigma y la homofobia en consulta. El trabajo se realiza de manera multidisciplinar, con medicina, enfermería, psiquiatría y ONG Stop, garantizando un enfoque integral. Estas acciones consolidan un modelo innovador que mejora la calidad asistencial y la equidad en salud para una población vulnerable.

Indicadores

Aceptabilidad (porcentaje que acepta responder PROMs), viabilidad (tasa de respuesta por visita), prevalencias de estigma/homofobia y PRR de factores asociados (modelos de Poisson/BN con varianza robusta), cambios pre–post en puntuaciones de PROMs, satisfacción de profesionales y usuarios (NPS: detractores/pasivos/promotores), y métricas de proceso (derivaciones, contactos adicionales, tiempo de intervención).

Recursos

Equipo multidisciplinar (VIH: medicina y enfermería; Psiquiatría/Adicciones; ONG Stop; bioestadística/data management); plataforma REDCap, códigos QR y sistema de alertas; tiempo en consulta (10–15 min por caso con puntuaciones significativas); jornadas de formación externas; soporte de análisis estadístico; coordinación administrativa y regulatoria; materiales educativos y de disseminación.

Basada en la evidencia

Se emplean escalas validadas y adaptadas al español (Berger HIV Stigma Scale; SIHS). La literatura y experiencia de la cohorte respaldan la relación entre estigma/homofobia, salud mental y conductas de riesgo; las ePROMs han mostrado eficiencia, preferencia de usuarios y mejora de la calidad de datos. Se incorpora el enfoque de Investigación Basada en la Comunidad para pertinencia y equidad.

Equidad

La práctica aborda condicionantes psicosociales (estigma asociado al VIH, homofobia internalizada) que generan barreras de acceso, adherencia y bienestar en personas GBHSH con VIH. Promueve lenguaje inclusivo, escucha activa y derivaciones pertinentes; potencia la competencia cultural del equipo y la colaboración con recursos comunitarios, reduciendo inequidades en una población vulnerable.

Sostenibilidad

La implementación electrónica optimiza tiempos y costos; el circuito asistencial y la coordinación estable con Adicciones/ONG Stop facilitan mantenimiento. La estandarización de la intervención breve y la formación del equipo permiten integrar la práctica en las consultas habituales y actualizarla con bajo coste incremental.

Transferibilidad

El modelo (PROMs validadas + formación + intervención breve + coordinación comunitaria) es replicable en unidades de VIH y centros con poblaciones similares. Requiere plataforma de recogida de datos, circuito de alertas y alianzas con recursos de adicciones y comunitarios; se prevé acompañamiento mediante jornadas de intercambio y materiales de implementación.

Efectividad

Como es un proyecto en desarrollo, se espera reducción de puntuaciones de estigma/homofobia y mejora de indicadores asistenciales (adherencia, vinculación, derivaciones efectivas), así como descenso de prácticas de mayor riesgo y mejora de bienestar percibido. La evaluación pre-post y el seguimiento trimestral permitirán estimar tamaño de efecto clínicamente relevante.

Eficiencia

Las ePROMs ahorran tiempo de compilación y mejoran la calidad del dato; la intervención breve focaliza recursos en casos con mayor necesidad, reduciendo visitas no planificadas y optimizando derivaciones. La formación aumenta la resolución en consulta y disminuye duplicidades de atención.

Participación multidisciplinar

Medicina VIH (IP y equipo clínico) implementa PROMs e intervención; Enfermería revisa resultados y coordina alertas; Psiquiatría/Adicciones aporta metodología de intervención breve y manejo de consumo; ONG Stop contribuye con enfoque comunitario, formación, manejo de consumo y diseminación; Bioestadística gestiona bases y análisis; coordinación administrativa y regulatoria.

Colaboración intersectorial

Hemos fortalecido la colaboración intersectorial consolidando alianzas con la ONG Stop y la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Clínic. Esta cooperación, que ya existía desde años anteriores, se ha ampliado para integrar el abordaje del estigma asociado al VIH y la homofobia internalizada en la práctica clínica y comunitaria. Se han organizado formaciones para el personal sanitario desarrollarán talleres participativos dirigidos a profesionales sanitarios y agentes comunitarios, con enfoque en competencia cultural LGTBI y reducción del estigma. Además, se realizarán materiales educativos y guías prácticas para pacientes y profesionales, disponibles en formato digital e impreso, y se realizarán campañas de difusión en redes sociales y plataformas comunitarias para sensibilizar sobre la importancia de estas intervenciones. Esta colaboración garantiza un enfoque integral que combina atención clínica, apoyo psicosocial y participación comunitaria, promoviendo equidad y sostenibilidad en la atención a personas GBHSH con VIH que practican chemsex.

Evaluación

Hemos definido y puesto en marcha un sistema de evaluación integral gracias a la beca competitiva GILEAD PROMS 2024. Este sistema incluye la monitorización continua de la implementación de PROMs sobre estigma asociado al VIH y homofobia internalizada, así como la intervención breve en consulta. Se analizan indicadores de proceso (aceptabilidad, tasa de respuesta, alertas generadas) y resultados clínicos y psicosociales. Para las PROMs, se comparan puntuaciones basales y a 12 meses, evaluando cambios en estigma y homofobia. Además, medimos la satisfacción de usuarios y profesionales mediante Net Promoter Score (NPS) y cuestionarios específicos, junto con la evaluación del impacto en la adherencia y derivaciones efectivas. El análisis estadístico incluye modelos de Poisson y regresión logística ordenada para factores asociados. Este enfoque permite valorar la efectividad, eficiencia y equidad de la práctica, garantizando evidencia para su sostenibilidad y replicabilidad en otros centros.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND4-1: Identificación participativa de activos para la salud en zonas con necesidades de transformación social de Ronda: intervención comunitaria en las barriadas de La Dehesa y El Fuerte

Raúl Racero Ríos (1), Mario Conde Villegas (1), Esther Cea Jiménez (1)

(1) Participación Ciudadana, Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga, Hospital de la Serranía

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: salud comunitaria, promoción de la salud, Activos para la salud, actividad física, equidad, intervención comunitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las barriadas de La Dehesa y El Fuerte, en el municipio de Ronda, están catalogadas como zonas con necesidades de transformación social, caracterizadas por indicadores desfavorables en ámbitos socioeconómicos, educativos y de acceso a oportunidades. Estas circunstancias repercuten directamente en la salud y el bienestar de la población, reflejándose en menores oportunidades para la práctica de actividad física, movilidad activa y disfrute del entorno urbano. La limitada disponibilidad de recursos visibles, la falta de actividades estructuradas y la escasa información accesible sobre los espacios comunitarios refuerzan la necesidad de una intervención que conecte a la población con su propio territorio.

La promoción de la actividad física y la movilidad activa se convierte así en una prioridad para impulsar estilos de vida saludables y reducir desigualdades. El entorno urbano de estas barriadas presenta barreras relacionadas con infraestructura, seguridad y accesibilidad, así como áreas que podrían favorecer el movimiento cotidiano pero que son insuficientemente conocidas o aprovechadas. En este contexto, identificar y visibilizar activos comunitarios relacionados con el movimiento, el deporte, la convivencia y la salud es clave para aumentar la percepción de oportunidad y fomentar la participación vecinal.

La buena práctica que se presenta surge para dar respuesta a esta necesidad. Propone un proceso de identificación participativa de activos basado en el Modelo de Activos para la Salud (MAS) y el enfoque ABCD (Asset Based Community Development), centrado en el reconocimiento de las fortalezas del territorio y la comunidad. A través de metodologías participativas se recopilan conocimientos, experiencias y propuestas que permiten construir una visión integral de los recursos del entorno vinculados a la actividad física y la movilidad activa, entre otros aspectos.

La sistematización de los activos identificados se materializa en dos mapas digitales georreferenciados desarrollados mediante My Maps, que recogen espacios como parques, pistas deportivas, zonas de ocio, equipamientos municipales y rutas de movilidad. Estos recursos se integran en la página web del proyecto, accesible en: <https://mapadeactivosparalasaludserrania.wordpress.com/>. Este repositorio digital facilita el acceso universal a los mapas, fichas descriptivas y materiales informativos, permitiendo a la ciudadanía descubrir y utilizar los activos disponibles, y reforzando la autonomía comunitaria.

Esta intervención se alinea con los principios de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, especialmente con la creación de entornos saludables y la equidad. Al actuar en zonas vulnerables, la práctica contribuye a reducir desigualdades en salud mediante la mejora del acceso a recursos gratuitos y cercanos para la actividad física, reforzando además la cohesión social y la percepción positiva del territorio. Su carácter participativo otorga legitimidad al proceso y promueve la apropiación comunitaria de los activos.

En conjunto, la intervención constituye una oportunidad para fortalecer un entorno más activo, saludable y equitativo, integrando participación comunitaria, digitalización, intersectorialidad y herramientas actualizables que permiten la continuidad más allá del proyecto inicial.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La buena práctica consiste en un proceso sistemático y participativo orientado a identificar, registrar y visibilizar los activos comunitarios que favorecen la actividad física y la movilidad activa en las barriadas de La Dehesa y El Fuerte. La intervención se sustenta en el modelo salutogénico y en el enfoque de activos, promoviendo la participación vecinal y el trabajo intersectorial. Su estructura metodológica permite construir un conocimiento colectivo sobre los recursos del territorio, generando herramientas digitales y materiales accesibles para mejorar su uso y promover estilos de vida activos.

El proyecto se desarrolla en cinco fases operativas. La primera consiste en la presentación a agentes locales y la conformación del grupo de trabajo entre Participación Ciudadana del Área Sanitaria y el equipo ERACIS+ del Ayuntamiento de Ronda. Esta alianza permite establecer el marco de colaboración, definir el territorio de actuación y estructurar la metodología. La segunda fase corresponde a la delimitación del área, análisis previo y diseño metodológico, identificándose los objetivos, técnicas de recogida de datos y estructura de fichas de activos.

En la tercera fase se trabaja con entidades colaboradoras, incluyendo servicios sociales municipales, asociaciones vecinales, entidades del tercer sector y centros cívicos, quienes contribuyen con su experiencia y conocimiento del territorio. La cuarta fase comprende el trabajo de campo: se realizan dos grupos focales con residentes y se lanza un cuestionario dirigido a especialistas en salud, servicios sociales y participación comunitaria. Esta combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas proporciona una visión amplia y significativa sobre el uso del entorno, las oportunidades de actividad física, las barreras existentes y las propuestas de mejora.

A partir de la información recogida se sistematizan los activos mediante fichas estandarizadas que incluyen nombre, ubicación, características, accesibilidad y fotografías. Posteriormente, se georreferencian los activos en dos mapas digitales elaborados con My Maps. Estos mapas se integran en la página web del proyecto, disponible en <https://mapadeactivosparalasalud serrania.wordpress.com/>, que funciona como repositorio accesible para la ciudadanía y para profesionales. La web incluye enlaces directos, descripción de activos, documentación visual y materiales descargables como folletos y carteles.

La quinta fase consiste en la difusión y devolución comunitaria. Se elaboran materiales divulgativos impresos y digitales, distribuidos en centros cívicos, comercios y entidades locales. La presentación pública de los resultados a la comunidad permite validar la información y promover la apropiación vecinal del entorno.

La práctica destaca por su enfoque comunitario, digitalización accesible, interdisciplinariedad y bajo coste. Genera productos replicables y útiles para la planificación local, permitiendo identificar oportunidades de dinamización, actividades deportivas, mejora de espacios o implementación de nuevas acciones de movilidad activa. Además, favorece la identificación de necesidades no cubiertas y contribuye a reforzar la equidad en zonas vulnerables.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana se corresponde con las personas residentes en las barriadas de La Dehesa y El Fuerte, consideradas zonas con necesidades de transformación social en Ronda y con una población total de 2.582 habitantes. La intervención se orienta a todos los grupos de edad. El ámbito de aplicación es local y comunitario, actuando sobre espacios cotidianos como centros cívicos, parques, pistas deportivas, comercios de proximidad y áreas peatonales. La práctica beneficia tanto a la ciudadanía, que accede a recursos gratuitos y cercanos, como a profesionales de sanidad, servicios sociales y entidades locales, que encuentran una herramienta útil para planificar intervenciones basadas en activos del territorio.

Metodología

La metodología combina un enfoque participativo y salutogénico con técnicas mixtas de investigación. Se estructura en cinco fases: presentación a agentes locales, delimitación del territorio, trabajo intersectorial, trabajo de campo y difusión. El trabajo de campo incluye dos grupos focales con residentes y un cuestionario dirigido a expertos en promoción de la salud y participación comunitaria. La información obtenida se sistematiza mediante fichas de activos que recogen ubicación, tipo de activo para la salud, accesibilidad, características y fotografía. Los activos se georreferencian mediante My Maps, generándose dos mapas digitales integrados en la web del proyecto. Esta metodología se basa en el Modelo de Activos para la Salud (MAS) y en el enfoque ABCD, favoreciendo la participación vecinal, la creación de conocimiento colectivo y la promoción de entornos activos y saludables.

Objetivos

El objetivo general es identificar, visibilizar y promover activos comunitarios, entre ellos los que favorezcan la actividad física y la movilidad activa en las barriadas de La Dehesa y El Fuerte, mediante un proceso participativo que fortalezca el conocimiento colectivo del entorno.

Los objetivos específicos son:

- 1) Implicar a la ciudadanía a través de grupos focales que permitan recoger sus experiencias, percepciones y propuestas sobre los activos para la salud de la zona;
- 2) Incorporar la perspectiva técnica mediante un cuestionario a especialistas en promoción de la salud y participación comunitaria;
- 3) Registrar y clasificar los activos identificados a través de fichas normalizadas;
- 4) Crear dos mapas digitales georreferenciados accesibles a la población;

- 5) Desarrollar materiales divulgativos (folletos, carteles y web) que faciliten la difusión y utilización de los recursos;
- 6) Promover la apropiación vecinal del entorno para mejorar la práctica de actividad física y la movilidad activa.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones se organizaron siguiendo una orientación práctica basada en la Guía rápida para realizar un mapa de activos desde los Consejos de Salud de Zona, editada por el Gobierno de Aragón, que estructura el proceso en cinco fases operativas.

- Fase 1: Presentación de la iniciativa a agentes locales, obteniendo apoyo institucional y definiendo roles.
- Fase 2: Delimitación del mapeo y análisis inicial del territorio, identificándose necesidades sociales y espacios relevantes.
- Fase 3: Reunión con entidades colaboradoras para planificar acciones y coordinar el proceso.
- Fase 4: Trabajo de campo mediante dos grupos focales con residentes y un cuestionario técnico dirigido a especialistas, identificando activos relacionados con actividad física, movilidad activa y bienestar.
- Fase 5: Recogida y difusión de la información: sistematización mediante fichas, georreferenciación en My Maps, elaboración de mapas digitales y materiales divulgativos; lanzamiento de la web del proyecto y difusión en redes, centros cívicos y entidades locales.

Indicadores

Se emplearon indicadores cuantitativos y cualitativos. Entre los cuantitativos destacan: número de participantes en grupos focales (19), tasa de respuesta de especialistas, cantidad de activos identificados (65 en total), clasificación por tipologías (actividad física, alimentación saludable, bienestar emocional, cohesión social y economía local, cultura local y ocio, así como educación), número de productos generados (mapas digitales, fichas, folletos, carteles, web), y alcance de la difusión. Se evaluó también la accesibilidad de los recursos digitales y la interacción con los materiales creados. Los indicadores cualitativos incluyen percepciones comunitarias sobre el entorno, barreras detectadas, propuestas de mejora y valoración del proceso participativo. Se añadieron indicadores de equidad (participación de grupos vulnerables), sostenibilidad (existencia de mecanismos de actualización) y transferibilidad (utilidad para otros territorios). La combinación de estos indicadores permite valorar eficacia, eficiencia y pertinencia de la práctica.

Recursos

Los recursos empleados fueron principalmente humanos, comunitarios y tecnológicos. El equipo estuvo compuesto por un técnico de Participación Ciudadana del Área Sanitaria y dos profesionales del equipo ERACIS+ del Ayuntamiento de Ronda. Como recursos comunitarios se

utilizaron los centros cívicos para la realización de los grupos focales. Los recursos tecnológicos incluyeron My Maps para la georreferenciación y la creación de una página web (<https://mapadeactivosparalasaludserrania.wordpress.com/>), que actúa como repositorio de los mapas y materiales informativos. También se diseñaron folletos y carteles impresos. La práctica destacó por su eficiencia al aprovechar al utilizar herramientas gratuitas y evitar costes adicionales.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en el Modelo de Activos para la Salud (MAS), ampliamente validado como estrategia efectiva para promover salud comunitaria, fortalecer la cohesión social y mejorar la percepción del entorno. Se basa también en el enfoque salutogénico de Antonovsky y en el Desarrollo Comunitario Basado en Activos (ABCD), que promueven identificar capacidades y recursos locales como base para generar bienestar. La metodología utilizada se inspira en experiencias consolidadas en ciudades como Zaragoza, Asturias y Baleares, donde el mapeo de activos ha demostrado mejorar el uso de espacios comunitarios, aumentar la percepción de oportunidades de actividad física y favorecer la participación social. Se utilizaron guías de referencia como la publicada por Botello et al. (Gaceta Sanitaria, 2013) para la identificación de activos. La evidencia respalda el uso de procesos participativos y herramientas digitales como estrategias eficaces para visibilizar recursos comunitarios y promover estilos de vida activos.

Equidad

La práctica se desarrolló en dos zonas con necesidades de transformación social, donde la vulnerabilidad social y económica limita el acceso a oportunidades de actividad física y bienestar. Se incorporó perspectiva de género, teniendo en cuenta necesidades específicas. El enfoque participativo permitió incluir voces diversas, especialmente de mujeres adultas y mayores, grupo que suele sostener la vida comunitaria. Se identificaron barreras relacionadas con deterioro urbano, falta de infraestructuras, escasas actividades de ocio para infancia y juventud y problemas de accesibilidad. La práctica promueve la equidad mediante la visibilización de recursos gratuitos, cercanos y seguros, facilitando su uso por parte de personas con menos oportunidades. La disponibilidad de materiales impresos y digitales garantiza accesibilidad universal. En conjunto, la intervención reduce desigualdades en salud al mejorar el acceso a entornos activos en comunidades vulnerables.

Sostenibilidad

La práctica es sostenible gracias al uso de recursos existentes, herramientas gratuitas y capacidades locales. El mapeo digital mediante My Maps permite actualizar información sin coste adicional, y la creación de la página web (<https://mapadeactivosparalasaludserrania.wordpress.com/>) facilita la continuidad del proyecto, actuando como repositorio vivo donde se pueden incorporar nuevos activos o modificaciones. La metodología se integra fácilmente en estructuras ya existentes como la Red Local de Acción en Salud (RELAS), planes municipales o actuaciones del equipo ERACIS+. Al fomentar la apropiación comunitaria y el interés vecinal por los recursos del entorno, se facilita que la comunidad mantenga el uso de los activos sin necesidad de intervenciones externas. Su enfoque basado en activos reduce la dependencia de nuevas inversiones, apostando por

aprovechar infraestructuras locales. Su contribución a promover actividad física cotidiana y movilidad activa favorece la continuidad de hábitos saludables.

Transferibilidad

La práctica presenta una alta transferibilidad gracias a una metodología adaptable, clara y fácilmente replicable en otros territorios. El proceso en cinco fases puede aplicarse en municipios de cualquier tamaño y con distintos niveles de recursos. El uso de herramientas digitales gratuitas, como Google My Maps y formularios online, facilita su adopción por equipos de salud, servicios sociales, administraciones locales y entidades comunitarias. La existencia de productos concretos (mapas, fichas, manuales y materiales divulgativos) disponibles en la web del proyecto permite que otros territorios los utilicen como referencia y adapten el modelo a su realidad. La práctica está alineada con las estrategias regionales y estatales de promoción de la salud y su enfoque intersectorial favorece la creación de entornos saludables mediante la participación vecinal. Además, los activos para la salud identificados que cumplan los criterios establecidos son registrados en Localiza Salud, asegurando su visibilización y utilidad para la comunidad. La sencillez y el bajo coste del proceso refuerzan su potencial de replicabilidad.

Efectividad

La intervención ha demostrado ser efectiva al cumplir sus objetivos principales. Se identificaron un total de 65 activos comunitarios, muchos de ellos directamente relacionados con la actividad física y la movilidad activa (pistas deportivas, parques, rutas de movilidad, áreas de convivencia activa). Los grupos focales permitieron recoger necesidades vecinales claras, orientadas a incrementar actividades deportivas, mejorar instalaciones y aumentar seguridad. La participación técnica aportó información especializada que enriqueció la clasificación y análisis de activos. Los mapas digitales han ampliado el acceso a la información, permitiendo que personas residentes descubran recursos antes desconocidos o infrautilizados. La web y los materiales divulgativos han incrementado el alcance del proyecto. Las valoraciones de satisfacción muestran alta aceptación y utilidad por parte de la comunidad. En conjunto, la práctica ha mejorado la visibilidad de los recursos, el conocimiento del territorio y las oportunidades de movimiento, promoviendo estilos de vida más activos.

Eficiencia

La práctica destaca por su alta eficiencia, ya que se ejecutó con recursos mínimos y sin necesidad de financiación adicional. Se utilizaron infraestructuras existentes como centros cívicos y espacios comunitarios, así como herramientas digitales gratuitas (My Maps, formularios online, plataformas web). La creación de materiales digitales redujo costes de impresión, y los materiales impresos se elaboraron en cantidades ajustadas según necesidad. La intervención se integró en las funciones habituales del personal técnico de Participación Ciudadana y del equipo ERACIS+, evitando duplicidades y optimizando el uso del tiempo. La identificación de activos basados en recursos ya existentes evita la necesidad de inversiones costosas, priorizando la mejora y el uso de los recursos comunitarios. La relación entre resultados obtenidos (mapas, web, fichas, participación comunitaria y mayor visibilidad de los recursos) y los recursos empleados demuestra una excelente eficiencia.

Participación multidisciplinar

La práctica destaca por su enfoque multidisciplinar, integrando perfiles técnicos y comunitarios que enriquecen el análisis y la identificación de activos. El proyecto fue liderado por un técnico de Participación Ciudadana del Área Sanitaria, con formación en promoción de la salud y salud comunitaria, contando con la colaboración de dos profesionales del equipo ERACIS+ con experiencia en servicios sociales, intervención grupal y dinamización comunitaria para la recopilación de la información en el territorio sobre los distintos activos para la salud identificados por la ciudadanía. Esta diversidad aportó una visión global sobre el entorno, las necesidades de la población, las oportunidades para la actividad física y las barreras urbanísticas. El panel técnico amplió la multidisciplinariedad mediante la incorporación de profesionales de promoción de la salud y servicios sociales. La interacción entre sectores y disciplinas permitió un análisis más amplio y fortalecido, contribuyendo a la calidad, coherencia y legitimidad del proceso.

Colaboración intersectorial

La intervención se apoya en una fuerte colaboración intersectorial, integrando sanidad, servicios sociales, administración local, entidades del tercer sector y ciudadanía. El proyecto fue dirigido por Participación Ciudadana del Área Sanitaria con la colaboración del equipo ERACIS+, uniendo perspectivas sanitarias y sociales. La Mesa Sectorial de Mejora del Hábitat y la Convivencia (con presencia de representantes de servicios sociales, salud, cuerpos y fuerzas de seguridad, entidades del tercer sector y asociaciones vecinales) actuó como espacio de coordinación y planificación, garantizando la alineación con políticas públicas municipales. La intersectorialidad reforzó la sostenibilidad, impacto y coherencia del proyecto.

Evaluación

La evaluación se desarrolló mediante criterios cuantitativos y cualitativos, valorando la participación, la representatividad, la identificación de activos, la calidad metodológica y el alcance de los productos generados. En los grupos focales participaron 19 personas y el cuestionario técnico obtuvo altas tasas de respuesta, aportando información especializada. Se identificaron 65 activos, clasificados según su contribución a la actividad física, la alimentación saludable, el bienestar emocional, la cohesión social, la economía local, la cultura, el ocio y la educación. Los cuestionarios de satisfacción mostraron una valoración muy positiva de la dinamización y la utilidad del proceso. A nivel cualitativo se analizaron narrativas sobre barreras, oportunidades, propuestas de mejora y percepción de los entornos activos. Asimismo, se evaluaron la accesibilidad, la transferibilidad y la sostenibilidad del proyecto. Los indicadores evidencian que la práctica es pertinente, efectiva, sostenible y replicable. El mapa georreferenciado de El Fuerte ha registrado 461 visitas y el de La Dehesa 306.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA4-1: “Encuentros saludables” y “Andarinas y estiradas” dentro del programa de atención integral a la mujer en el climaterio

María Pilar Sánchez Molina (1), Sheila Folch Pueyo (2), Margarita Cano Sánchez (2), Myriam Stockman (2), Sofía Vargas Artajona (2), Noelia Jotel Ortega (2), Laura Rivilla Marugán (2), Elisenda Paniello Royo (2), Isabel López Santolaria (2), Marta Martín Escribano (2), María Peraita Serra (2), Manuela Gómez Salado (3), Raquel Sarasa Corbas (3), Carmen Jiménez Llorens (3), Paquita Tabuenca (3), Alba Soriano Martínez (2), Jorge Poma (2), Lorena Avellanas (2), Begoña Visus Arnal (2), Iván López (2), Emilio García Pérez (2), Ana Azón Gil (3), Nuria Escuin Gómez (3)

(1) Atención Primaria, Zonas Básicas de Salud de Sabiñánigo, Biescas y Broto, Servicio Aragonés de Salud (SALUD) (2) Centro de Salud de Sabiñánigo, SALUD, (3) Asociación MUSA (activo comunitario de salud).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención Primaria, promoción de la salud, actividad física, salud comunitaria, mujer, climaterio, autocuidado.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Este proyecto se presenta para dar respuesta a una necesidad de salud prioritaria y creciente: la atención integral a la mujer en la etapa del climaterio, incorporando la actividad física como herramienta fundamental de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.

El climaterio constituye un periodo vital, fisiológico, de especial importancia para la salud de la mujer. Se abre una oportunidad de autocuidado y prevención y es por ello que se trata de un momento óptimo para incidir en educación sanitaria a través de la práctica e incorporación de buenos hábitos de autocuidado.

Es un periodo en el que pueden aumentar problemas como el sedentarismo, el incremento de peso, la pérdida de masa ósea y muscular, la aparición de dolor musculoesquelético, las alteraciones del suelo pélvico y el mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. A pesar de su elevada prevalencia, estas necesidades no siempre encuentran una respuesta específica y estructurada desde el sistema sanitario, especialmente en entornos rurales.

El programa se desarrolla en la localidad de Sabiñánigo mediante una estrategia de acción comunitaria en colaboración con la Asociación de Mujeres MUSA, y forma parte de un proyecto más amplio de atención integral a la mujer en climaterio liderado desde Atención Primaria. Es un proyecto integrado en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (<https://www.aragon.es/-/red-aragonesa-de-proyectos-de-promocion-de-salud-rapps->) y forma parte de la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria (EACA), siendo un activo de salud de la zona, que se recomienda formalmente desde las consultas de AP.

Su objetivo es mejorar la salud física, emocional y social de las mujeres a través de la promoción de estilos de vida activos y del empoderamiento para el autocuidado.

La relevancia de este proyecto radica en que ofrece una respuesta innovadora, comunitaria y sostenible alineada con las prioridades del Sistema Nacional de Salud en materia de promoción de la salud (como la reciente campaña del ministerio de sanidad: “Hablemos de menopausia”), envejecimiento saludable y prevención de enfermedades crónicas. Su valor añadido respecto a otras iniciativas es la integración real entre sistema sanitario y tejido asociativo, el protagonismo activo de las propias mujeres, y la combinación de educación para la salud con práctica física supervisada y continuada.

Se trata de un modelo replicable en otros contextos, especialmente en zonas rurales o barrios de grandes ciudades, que demuestra que la coordinación intersectorial y la participación comunitaria permiten generar intervenciones eficaces, de bajo coste y alto impacto en la salud y la calidad de vida de las mujeres.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Es un programa comunitario de promoción de la actividad física integrado dentro del proyecto de “Atención Integral a la mujer en climaterio” de la RAPPs que se desarrolla desde hace más de 20 años.

Está dirigido a mujeres en etapa de climaterio del área de Sabiñánigo y localidades cercanas.

La línea de actividad física se inició en el año 2022 con “andarinas y estiradas” como respuesta a la necesidad detectada de ofrecer recursos prácticos, accesibles y continuados para mejorar la salud de las mujeres en esta etapa.

Se trata de una iniciativa abierta e inclusiva, en la que participan mujeres de distintos niveles socioeconómicos y de procedencias culturales diversas. Esta diversidad constituye uno de sus valores añadidos, ya que favorece la integración social, la equidad en salud y la creación de redes de apoyo interculturales.

La práctica se organiza de forma colaborativa entre el equipo de Atención Primaria y la Asociación de Mujeres por la Salud, MUSA. La planificación se realiza semestralmente mediante reuniones conjuntas entre la junta directiva de la asociación y el grupo de trabajo de salud comunitaria del centro de salud, lo que permite adaptar las actividades a las necesidades reales del grupo y garantizar su continuidad. La difusión se realiza a través de redes sociales de la asociación, página web y canales comunitarios, facilitando el acceso a la información y la participación.

El programa se estructura en varias líneas de actuación complementarias:

- Talleres formativos impartidos por profesionales sanitarios (matronas, fisioterapeutas, enfermeras, médicos, psicólogas, farmacéutica, trabajadora social...), centrados en los beneficios de la actividad física durante el climaterio, la prevención de lesiones y la reducción del riesgo de enfermedades como osteoporosis, patología cardiovascular o síndrome metabólico.
-
- Realización de actividad física: “Encuentros Saludables”, “Andarinas y Estiradas”.

Además, como actividades motivadoras y de cohesión, se organizan dos salidas anuales de convivencia saludable, con rutas de senderismo adaptadas, como las realizadas recientemente a Canfranc y al Parque Nacional de Ordesa.

Los elementos diferenciales e innovadores de esta buena práctica son: la coordinación efectiva entre sistema sanitario y tejido asociativo; la participación activa de mujeres de diferentes culturas y realidades sociales; la combinación de educación para la salud con ejercicio físico supervisado y comunitario; y la creación de un recurso estable y sostenible.

Se trata de un modelo replicable que promueve el envejecimiento activo, la equidad y la mejora de la calidad de vida de las mujeres desde una perspectiva integral y comunitaria.

Población diana / ámbito de aplicación

Mujeres en etapa de climaterio y postmenopausia de Sabiñánigo y su entorno (Comarca del Alto Gállego).

Metodología

Participativa centrada en las necesidades reales de las mujeres.

Organización y planificación semestral mediante reuniones entre el grupo de salud comunitaria del centro de salud y la junta directiva de la asociación.

La intervención aborda el problema del sedentarismo y la falta de recursos específicos mediante un programa estable y accesible que combina varias líneas de actuación:

- Talleres que combinan información y práctica de la actividad física: beneficios, prevención de lesiones y enfermedades crónicas. Se enseñan ejercicios y pautas para que las propias mujeres puedan gestionar de forma autónoma algunas actividades.
- “Encuentros saludables” semanales, diseñados por los profesionales sanitarios. Son circuitos prácticos de ejercicios multicomponente adaptados a distintos niveles.
- Talleres específicos de suelo pélvico.
- “Andarinas y estiradas”, caminatas semanales, lideradas por las propias mujeres.
- Además, la organización de rutas saludables en entornos naturales, dos veces al año, que refuerzan la adherencia y la cohesión grupal.

Objetivos

Objetivo general: mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres en etapa de climaterio mediante la promoción de la actividad física como eje fundamental del autocuidado.

Objetivos específicos:

- Fomentar la práctica regular de actividad física adaptada a las necesidades de esta etapa vital.
- Prevenir enfermedades crónicas como osteoporosis, patología cardiovascular y síndrome metabólico.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Mejorar la fuerza, el equilibrio, la movilidad y la condición física general, reduciendo el riesgo de caídas y lesiones.
- Promover el conocimiento sobre hábitos saludables y prevención de lesiones.
- Potenciar el cuidado del suelo pélvico.
- Favorecer el bienestar emocional y la socialización, reduciendo el aislamiento.
- Impulsar la participación activa y el liderazgo de las propias mujeres como agentes de salud comunitaria.
- Consolidar una red de colaboración estable entre Atención Primaria y recursos comunitarios.

Actuaciones realizadas

- 50 “Encuentros saludables”: 14 autogestionados por las propias mujeres, 36 dirigidos por profesionales de la salud.
- 40 “Andarinas y estiradas”: todos autogestionados por las propias mujeres.
- Excursión de otoño a Ordesa: 35 participantes.
- Excursión junio a Canfranc: 20 participantes.
- 12 talleres formativos:
 - Taller de Equilibrio y prevención de caídas
 - Taller habilidades sociales
 - Actividad física y prevención
 - Creciendo desde dentro: autoconocimiento y compasión
 - La menopausia: una gran oportunidad
 - Llevándome mejor con mi estrés y ansiedad
 - Climaterio, suelo pélvico y sexualidad
 - Actividad física en climaterio
 - Emociones, cerebro y menopausia
 - Ponte fuerte en menopausia
 - La nutrición: tu gran aliada en menopausia
 - Salud cardiovascular en menopausia

Indicadores

- Número de encuentros realizados/número total propuesto.
- Número total de participantes/número personas apuntadas al programa.
- Asistencia media semanal a “Encuentros Saludables”.
- Asistencia media semanal a “Andarinas y Estiradas”.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Número de talleres formativos realizados entre el total de planificados.
- Nivel de participación a talleres.
- Número de profesionales implicados.

Se valoran además indicadores cualitativos como mejora percibida de la condición física, reducción del dolor musculoesquelético, aumento del bienestar emocional y grado de satisfacción con el programa.

También se registra la continuidad de las participantes entre semestres y el grado de liderazgo asumido por las propias mujeres en la organización de actividades.

Recursos

El programa se desarrolla fundamentalmente con recursos ya existentes en la comunidad. Se utilizan instalaciones municipales y espacios cedidos a la Asociación MUSA para talleres y encuentros.

Los recursos humanos proceden fundamentalmente de Atención Primaria y profesionales de la zona: matronas, fisioterapeutas, enfermeras, médicas y trabajadora social, que participan dentro de su actividad asistencial y comunitaria. Las propias mujeres actúan como agentes de salud liderando caminatas y apoyando la organización.

Recursos materiales: material básico para ejercicio, difusión, transporte para las salidas a la naturaleza y formación. Se emplean recursos digitales como redes sociales y página web para la comunicación.

La optimización de recursos locales permite que el programa sea viable, de bajo coste y fácilmente sostenible en el tiempo. Al estar integrado en la RAPPs cuenta con subvención y la formación específica que brinda esta RED.

Basada en la evidencia

La intervención se fundamenta en la amplia evidencia científica que demuestra que la actividad física regular en el climaterio mejora la salud cardiovascular, reduce el riesgo de osteoporosis, favorece el control del peso, disminuye el dolor musculoesquelético y mejora el bienestar emocional.

Organismos como la OMS y el Ministerio de Sanidad recomiendan programas comunitarios de ejercicio para la prevención de enfermedades crónicas y el envejecimiento saludable.

Las actividades propuestas integran ejercicio multicomponente (fuerza, equilibrio y movilidad), considerado actualmente el más eficaz para mujeres de mediana edad. Los talleres de suelo pélvico se basan en guías clínicas de prevención y tratamiento de disfunciones.

El enfoque grupal y comunitario ha demostrado mejorar la adherencia y los resultados en salud, especialmente en mujeres, reforzando el autocuidado y el apoyo social.

Equidad

El programa se diseña desde una perspectiva de equidad, garantizando el acceso gratuito y sin barreras a todas las mujeres, independientemente de su nivel económico, educativo o cultural.

Se adapta la intensidad de las actividades a diferentes capacidades físicas, facilitando la participación de mujeres con patologías crónicas o menor condición física. La diversidad cultural es un elemento clave: participan mujeres de diversas procedencias, favoreciendo la inclusión social y la cohesión comunitaria.

Los horarios se acuerdan con las propias participantes para facilitar la participación. La difusión se realiza por múltiples canales para llegar a colectivos habitualmente menos accesibles.

De este modo se reduce la desigualdad en el acceso a recursos de salud específicos para el climaterio.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del programa se basa en su bajo coste, en el aprovechamiento de recursos comunitarios ya existentes y en la implicación activa de las propias mujeres participantes.

La planificación semestral conjunta entre el centro de salud y la Asociación MUSA permite adaptar las actividades y fomentar la continuidad del programa.

El liderazgo progresivo de las participantes, especialmente en “Andarinas y estiradas”, contribuye a que la iniciativa pueda mantenerse incluso con mínima intervención profesional.

Además, la estabilidad del programa de atención al climaterio, con más de 20 años de trayectoria, evidencia la solidez del marco institucional en el que se integra esta buena práctica.

Finalmente, el uso de redes sociales y de la página web facilita una difusión continua sin costes adicionales, reforzando la proyección y permanencia del proyecto a largo plazo.

Transferibilidad

El programa constituye un modelo fácilmente transferible a otros centros de salud y municipios gracias a su diseño sencillo y a su estructura organizativa flexible. Su metodología, basada en la coordinación entre Atención Primaria y asociaciones locales, la programación periódica de talleres y sesiones prácticas, y la promoción del liderazgo comunitario, puede reproducirse sin necesidad de grandes infraestructuras ni recursos económicos, lo que facilita su implantación tanto en entornos rurales como urbanos.

Los materiales formativos, los circuitos de ejercicios y la estructura de trabajo están ya sistematizados, lo que permite su uso y adaptación en otros territorios. La diversidad sociocultural de las participantes actuales demuestra la capacidad del programa para ajustarse a diferentes contextos y necesidades.

Esta iniciativa puede integrarse en múltiples realidades locales y convertirse en una estrategia replicable para promover la salud de las mujeres en el climaterio en cualquier ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Efectividad

La efectividad del programa se refleja en la elevada adherencia, y en la continuidad de las participantes desde su inicio en 2022.

Las mujeres manifiestan mejoras significativas en su condición física con disminución del dolor, mayor movilidad y mejor equilibrio, así como un incremento del bienestar emocional.

Asimismo, se ha observado un incremento progresivo tanto en el número de asistentes como en el grado de participación activa.

La combinación de educación sanitaria y ejercicio práctico favorece cambios reales en los estilos de vida. El fortalecimiento del apoyo social ha reducido el aislamiento y mejorado la autoestima de muchas mujeres. La satisfacción expresada en encuestas y reuniones grupales confirma que el programa responde a necesidades reales y produce beneficios tangibles en la salud y calidad de vida.

Eficiencia

El programa presenta una alta eficiencia al generar un importante impacto en salud con un coste mínimo.

Se optimizan recursos humanos y materiales ya disponibles en Atención Primaria y en el ámbito comunitario, evitando inversiones adicionales. La modalidad grupal de la intervención permite alcanzar a un número elevado de mujeres con un consumo limitado de tiempo profesional.

Asimismo, la prevención de enfermedades crónicas y la mejora de la condición física contribuyen a disminuir la frecuentación de consultas, el consumo farmacológico y la aparición de complicaciones futuras, lo que supone un ahorro potencial para el sistema sanitario.

El liderazgo progresivo asumido por las propias participantes reduce la necesidad de supervisión profesional continuada, reforzando la sostenibilidad del programa.

En conjunto, la óptima relación entre los recursos empleados y los beneficios obtenidos posiciona esta intervención como una estrategia altamente coste-efectiva.

Participación multidisciplinar

El programa tiene un claro enfoque multidisciplinar. Participan matronas, fisioterapeutas, enfermeras, médicos de familia, psicólogas, trabajadora social, administrativas, y farmacia comunitaria aportando cada profesional su experiencia específica.

Esta diversidad permite abordar de manera integral las necesidades físicas, emocionales y sociales de las mujeres. Los contenidos formativos y las sesiones prácticas se diseñan de forma coordinada, integrando conocimientos sobre ejercicio terapéutico, salud cardiovascular, suelo pélvico, hábitos saludables y apoyo psicosocial.

La coordinación entre profesionales favorece una atención coherente y de calidad, evitando intervenciones aisladas.

Además, la participación activa de las propias mujeres como activos de salud, amplía el equipo de trabajo y refuerza el carácter colaborativo del programa.

Colaboración intersectorial

El programa es un ejemplo claro de colaboración intersectorial. Se articula mediante la alianza estable entre el Centro de Salud de Sabiñánigo y la Asociación de Mujeres para la Salud MUSA, integrando recursos sanitarios y comunitarios. Se utilizan espacios municipales y se colabora con otras entidades locales para la organización de actividades y salidas saludables. La planificación conjunta garantiza la corresponsabilidad y la adaptación a las necesidades reales del territorio. Las redes sociales y la web permiten la conexión con otros recursos comunitarios y facilitan la difusión. Esta cooperación entre sector sanitario, tejido asociativo y ámbito comunitario crea una red de apoyo que multiplica el impacto de las intervenciones y fortalece la salud comunitaria.

Evaluación

Cuestionarios de satisfacción con sugerencias de las participantes.

Encuestas cualitativas y grupos de discusión que valoran cambios percibidos en salud y bienestar.

Revisión de la diversidad y accesibilidad por ejemplo, tras detectar en 2024 una baja participación de mujeres migrantes, en 2025 se organizó un ciclo específico de encuentros saludables para este colectivo, incrementando su participación y promoviendo la integración con participantes habituales de la asociación.

Indicadores 2025:

- 50 encuentro saludables, el 100% de los planificados. 14 fueron autogestionados por las propias mujeres.
- Número total de participantes/número personas apuntadas al programa: 40/60.(66,7%)
- Asistencia media semanal “Encuentros Saludables”: 22 personas
- Asistencia media semanal “Andarinas y Estiradas”: 15 personas
- Número de talleres formativos realizados entre el total de planificados. 12/12 (100%)
- Nivel de participación a talleres: media 25 personas/taller
- Número de profesionales implicados: 12

Se registra además la continuidad de las participantes y el liderazgo asumido por las mujeres en la organización de actividades.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA4-2: Consulta de Prediabetes. Mejora en hábitos de alimentación y actividad física en trabajadores con riesgo de diabetes tipo II

Laura Serrano Barcos (1), Ana Taboada Tabuenca (1), Equipo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Sector Sanitario Zaragoza III (1)

(1) Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), Sector Sanitario Zaragoza III, Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Prediabetes, promoción de la salud, actividad física, alimentación saludable, prevención, autocuidado, salud laboral.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La prediabetes no se considera una entidad clínica, pero sí predice un riesgo elevado de desarrollar diabetes tipo 2 (DM2) y de sufrir complicaciones cardiovasculares. Está asociada a factores de riesgo modificables: obesidad (especialmente abdominal), hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, sedentarismo, tabaquismo e hipertensión; y a factores de riesgo no modificables: edad, raza/etnia, síndrome de ovario poliquístico, antecedente de diabetes mellitus gestacional y antecedentes de DM2 en familiar de primer grado. En estos pacientes con prediabetes, diversos estudios han demostrado que intervenciones en el estilo de vida (como lograr y mantener una pérdida del peso corporal inicial y aumentar la actividad física de intensidad moderada, así como seguir dieta mediterránea) reducen el riesgo de desarrollar diabetes. (Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2 — año 2019 / Actualización en el tratamiento dietético de la prediabetes y la diabetes tipo 2 — año 2020.)

En 2001, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) valoraba la glucosa basal alterada en el rango 110-125 mg/dL (actualmente valor para la OMS), pero en 2003 modificó el umbral y lo bajó a 100-125 mg/dL para identificar mejor a personas con riesgo de diabetes tipo II. Con respecto a la hemoglobina glicosilada (HbA1c), ya en el año 2010 la ADA adoptó un rango de 5,7–6,4 % como indicador de riesgo de desarrollar diabetes. Actualmente, en la revisión de 2025 (ADA), se continúa con ese rango de valores, y se incorpora de forma transversal una mayor consideración de los determinantes sociales de salud y de una atención centrada en la persona, incluyendo el bienestar emocional y el acceso equitativo, dándole énfasis a la prevención.

En la tarea de Vigilancia de la Salud y Promoción de la Salud en el servicio de Prevención de Riesgos Laborales del sector sanitario Zaragoza III se estudian de forma global, las analíticas de los trabajadores y en 2022, se valoró que el 20,2% presentaba cifras de HbA1c de prediabetes y el 22,46% de glucemia basal alterada. Ante este escenario, el SPRL diseñó e implantó una consulta de enfermería laboral orientada a la prevención secundaria y la promoción de hábitos saludables, dirigida a trabajadores con criterios bioquímicos de prediabetes.

La intervención combina educación alimentaria (incluido el “método del plato”) y prescripción de actividad física adaptada (con énfasis en aumentar la actividad cotidiana “NEAT”, y ejercicios de fuerza), junto a estrategias de motivación y empoderamiento.

En el primer año de funcionamiento, la consulta atendió a 77 trabajadores; el 57% de ellos eran sedentarios y un 26% realizaban actividad física leve. Asimismo, el 57% presentaban sobrepeso u obesidad. En la mayoría de este grupo, con factor de riesgo modificable, el valor de prediabetes provenía de la HbA1c entre 5,7 y 6,4. Estos hallazgos justificaron la estructuración del proyecto como una consulta de enfermería con agenda semanal permanente, con metodología sistemática, para todos los trabajadores que lo precisen.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La buena práctica consiste en una consulta de enfermería laboral individualizada dirigida a trabajadores del Sector Sanitario Zaragoza III identificados con HbA1c en valores de prediabetes o glucemia basal alterada (según los parámetros de referencia de la ADA) en el reconocimiento médico laboral o analítica por consulta médica. La intervención comprende de una primera consulta de enfermería, en la que se explica la condición de “prediabetes” y su riesgo asociado, se valoran otros factores de riesgo, mediciones antropométricas con báscula de bioimpedancia (peso, talla, IMC, % de grasa corporal, agua corporal, masa muscular y grasa visceral), y se diseña con el trabajador un plan personalizado de alimentación y actividad física. La consulta también aborda el bienestar emocional del trabajador, promoviendo el ejercicio físico como medida no farmacológica para la mejora de la salud mental, así como el empoderamiento en el autocuidado, la gestión del tiempo personal y el uso de estrategias de psicología positiva.

En alimentación, se trabaja la selección equilibrada de alimentos mediante el “método del plato” y el control de hidratos de carbono e introducción de alimentos integrales para un mejor control del índice glucémico. En actividad física, se planifican objetivos semanales de realistas (2–3 sesiones de 35–40 minutos en días alternos), se promueve el aumento de actividad cotidiana (NEAT) y se enseñan ejercicios de fuerza sencillos (10 minutos, 2-3 veces/semana). Se entrega material educativo, un calendario de seguimiento y recursos para el autocuidado emocional (marcapáginas motivacionales).

El seguimiento incluye una segunda consulta a los 2– 4 meses (presencial si hay sobrepeso; o telefónica) y otra a los 9 meses, con reevaluación antropométrica y de adherencia. A los 10–12 meses se repite la analítica y se valoran resultados, orientando a notificar al médico o enfermera de atención primaria en caso de necesitar otros tratamientos o seguimiento posterior.

El SPRL del Sector Zaragoza III cubre a 6.067 trabajadores de atención primaria y especializada —con equipos multidisciplinares y población trabajadora diversa por edad y geografía—, lo que permite aplicar la intervención en un entorno real y transferible. Aproximadamente el 20% de los trabajadores son personal eventual, lo que ha dificultado el seguimiento en algunos casos.

Se incorporó en el perfil analítico del reconocimiento médico laboral el parámetro de hemoglobina glucosilada (HbA1c) para los trabajadores mayores de 45 años que no hayan tenido este análisis en los últimos tres años. Además, se aplica este mismo análisis a trabajadores más jóvenes que presenten obesidad o sobrepeso, junto con otros factores de riesgo.

Es una estrategia innovadora ante personas con sobrepeso u obesidad, en ocasiones con intentos varios de dietas estrictas a lo largo de su vida, redirigiendo el objetivo principal hacia la prevención de la diabetes tipo II y todas sus complicaciones.

Población diana / ámbito de aplicación

Trabajadores del Servicio Aragonés de Salud – Sector Sanitario Zaragoza III (6.067 personas) de atención primaria y especializada. Se incluyen profesionales sanitarios y no sanitarios (médicos, enfermeras, TCAE, trabajo social, gestión, laboratorio, radiodiagnóstico, celadores/as, fisioterapia, mantenimiento, cocina, lavandería, etc.). Población diversa por edad y localización. La intervención se dirige específicamente a quienes presentan valores analíticos compatibles con prediabetes o glucemia basal alterada, detectados en el reconocimiento médico laboral o consulta médica. La captación se realiza mediante cribado analítico: HbA1c 5,7–6,4% y/o glucemia basal 100–125 mg/dl, junto con el criterio médico de factores de riesgo asociados como la edad, antecedentes de diabetes tipo II, sobrepeso u obesidad, etc. El rango de edad observado en la primera cohorte es de 23–66 años (media 54 / mediana 59), con predominio de mujeres (90%) entre quienes acuden a la consulta.

Metodología

Inclusión de HbA1c en el perfil del reconocimiento (≥ 45 años sin HbA1c en los últimos 3 años; < 45 años con sobrepeso/obesidad y otros factores asociados conocidos). Se oferta la consulta según cribado analítico y factores de riesgo añadidos.

En la primera consulta: información y explicación, valoración de riesgo cardiovascular añadido, mediciones por bioimpedancia y plan personalizado (alimentación, actividad física, ejercicios de fuerza, calendario).

El seguimiento incluye una segunda consulta a los 2–4 meses (presencial si hay sobrepeso; telefónica si no) y otra a los 9 meses, con reevaluación antropométrica y de adherencia. A los 10–12 meses se repite la analítica y se valoran resultados, orientando a notificar al médico o enfermera de atención primaria en caso de necesitar otros tratamientos o seguimiento posterior.

Se trabaja un registro sistemático de indicadores de proceso y resultado.

Objetivos

General: prevenir o retrasar la aparición de diabetes tipo II en trabajadores con prediabetes/glucemia basal alterada, promoviendo actividad física y alimentación adecuadas.

Específicos:

- Proporcionar información y educación para la salud sobre prediabetes y riesgo cardiovascular.
- Fomentar el ejercicio físico, el aumento de la actividad física diaria y los ejercicios de fuerza.
- Fomentar alimentación saludable con el control de hidratos de carbono y grasas saturadas.

- Mejorar factores de riesgo asociados (sedentarismo, sobrepeso/obesidad).
- Asegurar la promoción de la salud desde el SPRL con consultas estructuradas y materiales de difusión.

Actuaciones realizadas

- Diseño y preparación de la consulta de prediabetes (documentación, búsqueda bibliográfica, cartelería y materiales educativos).
- Implementación: desde enero de 2023 hasta final de octubre de 2025 hemos realizado primera consulta de enfermería a 182 trabajadores con cifras de prediabetes; seguimiento de consultas a 128 trabajadores, seguimiento de peso, grasa corporal y visceral en 64 trabajadores y control analítico posterior a 82.
- Estudio de datos para evaluación.
- Difusión:
 - Comunicación oral en las XXI Jornadas de Trabajo sobre Calidad en el XIX Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial en junio de 2023.
 - Comunicación oral en las I Jornadas Aragonesa de Investigación e innovación de Cuidados del SALUD en noviembre de 2024.
 - Premio Afectivo – Efectivo 2024.
 - Clasificada en el Premio Estrategia NAOS 2024 y presentada en 2025.
 - Además, siguiendo la metodología establecida, se realizaron consultas a 33 trabajadores sin cifras analíticas de prediabetes, pero con otros factores de riesgo cardiovascular.

Indicadores

- Índice de Captación HbA1c:
 - Numerador: número de trabajadores con cifras de HbA1c de prediabetes que acuden a 1ª Consulta.
 - Denominador: número de trabajadores con cifras de HbA1c de prediabetes.
- Índice de Seguimiento:
 - Numerador: número de trabajadores que acuden a consultas de seguimiento.
 - Denominador: número de trabajadores que vienen a 1ª Consulta.
- Índice de Mejora de hábitos de alimentación y ejercicio:

- Numerador: número de trabajadores que refiere cumplimiento de recomendaciones.
- Denominador: número de trabajadores que acuden a seguimiento de consultas.
- Índice de mejora en valores analíticos:
 - Numerador: nº de trabajadores que mejoran cifras de HbA1c con respecto a la inicial.
 - Denominador: nº de trabajadores que repiten analítica en 10-12 meses tras la intervención.
- Índice de mejora de IMC:
 - Numerador: nº de trabajadores con IMC>25 en inicio que han disminuido el dato.
 - Denominador: nº de trabajadores con IMC>25 en inicio.
- Índice de satisfacción Escala Likert:
 - Numerador: Respuestas de 4 o 5 en el nivel de satisfacción.
 - Denominador: Total de encuestas de satisfacción recibidas.

Recursos

Humanos: equipo del SPRL (médicos del trabajo, enfermería del trabajo, técnicos de prevención, personal administrativo y residentes de medicina/enfermería del trabajo). Materiales: báscula de bioimpedancia; bandas elásticas, materiales educativos (método del plato, guía de actividad cotidiana/NEAT, ejercicios de fuerza); cartelería en consulta; calendario anual de seguimiento; soporte telefónico para ciertos seguimientos.

La infraestructura de la Unidad Básica de Prevención está ubicada en la planta 8 del edificio de hospitalización del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

Basada en la evidencia

Criterios de prediabetes según la Asociación Americana de Diabetes (ADA): HbA1c 5,7–6,4% y glucemia basal entre 100–125 mg/dl. Elegidos estos rangos más amplios en la glucemia basal para identificar mejor a personas con riesgo de diabetes tipo II y poder ofertar consulta de promoción de la salud a mayor cantidad de trabajadores.

Educación nutricional apoyada en el “método del plato” como herramienta práctica de selección equilibrada de alimentos, con control de hidratos de carbono en cada comida principal, aconsejado por la ADA. Prescripción de ejercicio físico y de actividad física diaria siguiendo las directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios (Organización Mundial de la Salud), combinando incremento de actividad cotidiana (NEAT) y ejercicios de fuerza, en línea con recomendaciones de promover ejercicio regular y hábitos sostenibles.

Evaluación con indicadores clínicos y analíticos estandarizados (peso, IMC, % grasa, grasa visceral, HbA1c).

Equidad

Diagnóstico de situación con perspectiva de género y análisis de la plantilla (aprox. 80% mujeres; entre quienes acudieron a primera consulta, 91% mujeres). Acceso equitativo a la consulta para todas las categorías profesionales y franjas de edad. Intervención personalizada que contempla circunstancias laborales y personales, y ofrece modalidades de seguimiento (presencial/telefónico) para facilitar la participación. Enfoque inclusivo que considera el bienestar emocional y el empoderamiento en el autocuidado.

Sostenibilidad

La consulta ha superado la evaluación del Departamento de Calidad y se ha incorporado como actividad estable del SPRL, con planificación y evaluación anual. En las agendas de citaciones del servicio, existe un horario concreto un día a la semana dedicado a la atención de esta “Consulta de Prediabetes”. Se apoya en recursos humanos y materiales existentes en la Unidad Básica de Prevención, con procedimientos y materiales estandarizados (algoritmo y anexos), lo que facilita su mantenimiento y mejora continua.

Transferibilidad

Modelo estructurado, basado en criterios analíticos claros, protocolo de intervención y materiales reproducibles (anexos sobre educación alimentaria, actividad y seguimiento). Requiere competencias habituales de enfermería del trabajo y equipamiento básico (bioimpedancia), disponibles en SPRL de otros sectores. La combinación de consultas presenciales y telefónicas permite su adaptación a distintos contextos (urbano/rural) y personal de centros externos.

Fuera del ámbito de la enfermería del trabajo, podría servir de utilidad en consultas de Atención Primaria para pacientes con riesgo de diabetes tipo II, antes de llegar a ser diagnosticados y tratados farmacológicamente.

Efectividad

Con un índice de captación según la HbA1c del 42%, se ha realizado 1ª Consulta a 182 trabajadores con cifras de prediabetes. De ellos, un 22,8 % no continuaron seguimiento, la mayoría personal eventual.

En el seguimiento de 128 trabajadores, el 67 % ha reconocido haber mejorado en hábitos de alimentación y actividad física semanal. El 60% del total de trabajadores disminuyó el IMC, pero si valoramos únicamente los trabajadores que mostraban sobrepeso u obesidad en el inicio, el IMC disminuye en el 72% tras la intervención. Estudiando los 64 trabajadores con mediciones de composición corporal, el 64% redujo el porcentaje de grasa corporal y el 54% redujo el valor de grasa visceral. En 83 trabajadores con analítica repetida al año de la intervención, la HbA1c disminuyó en el 59%, y se igualó ese valor en un 22%.

Estos resultados se acompañaron en muchos casos con una mejora del bienestar emocional. Las encuestas de satisfacción con la escala Likert dan una valoración entre 4 y 5 puntos en el 96% de ellas.

Eficiencia

Intervención integrada en el circuito de reconocimiento médico laboral y/o de consulta médica con captación a partir de analíticas ya programadas. Aprovecha recursos y competencias del equipo de enfermería del trabajo, combinando seguimientos presenciales y telefónicos para optimizar tiempos. No requiere nueva infraestructura y utiliza materiales educativos propios estandarizados.

Participación multidisciplinar

Participan profesionales de enfermería del trabajo (líderes de la intervención), medicina del trabajo y residentes. Coordinación con medicina de familia (MAP) cuando persiste la prediabetes para continuidad asistencial. Implicación del equipo del SPRL en la planificación, implementación y evaluación de la “Consulta de Prediabetes”.

Alineados con las Buenas Prácticas (BBPP) y nuestro compromiso con la mejora continua, se ha constituido un equipo multidisciplinar en el sector sanitario Zaragoza III sólidamente estructurado en el que se refuerza con la implantación de una Guía de Buenas Prácticas (GBP) de RNAO, en el marco del programa BPSO (Best Practice Spotlight Organization): Cuidados centrados en el paciente y familia.

De este modo, garantizamos la aplicación de la mejor evidencia clínica, focalizando nuestros esfuerzos y participación en la recomendación de empoderamiento del paciente, facilitando que cada persona adquiera un rol activo y bien informado en la gestión de su patología.

Colaboración intersectorial

La colaboración se articula fundamentalmente entre niveles y dispositivos del sistema sanitario (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Atención Especializada y Atención Primaria vía médico de familia o enfermería de atención primaria). La coordinación con el personal sanitario de Atención Primaria facilita continuidad y seguimiento clínico fuera del ámbito laboral cuando procede.

Evaluación

La consulta de prediabetes ha pasado el control del Departamento de Calidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y está aprobada como “Procedimiento de actuación en Consulta de Enfermería de Prediabetes para trabajadores del sector III”.

Así mismo, continuamos con una evaluación continua con la memoria del proyecto: “Programa de implantación de una consulta de prevención de Diabetes tipo II para el personal sanitario del sector Zaragoza III”. con ID 2024#204; aprobada por la Dirección del HCULB, que autoriza continuar con el proyecto según lo indicado en la información presentada en la plataforma de proyectos de los acuerdos de gestión del Servicio Aragonés de Salud.

ARA4-3: Cine y Salud

Mercedes Febrel Bordejé (1), Susana Cantín (1), Silvia Martínez (1), Natalia Formento (1), Javier Gallego (1), Carlos Gurpegui (1), Carlos Moreno (1), Elisa Ferrer (1), Manuel Bueno (1), Samuel Casado (1), Inmaculada Sanz (1), Montserrat Benajés (1), Nuria Gayán (1)

(1) Dirección General de Salud Pública, Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Promoción de la salud, educación para la salud, adolescencia, alfabetización audiovisual, participación, prevención, salud pública.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La adolescencia es un constructo sociocultural y una etapa decisiva para consolidar valores, actitudes y hábitos que condicionan la salud a largo plazo. La educación para la salud en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) figura como tema transversal en la legislación educativa española y se orienta prioritariamente al desarrollo de actitudes y hábitos saludables.

En la actualidad, los jóvenes están inmersos en una iconosfera audiovisual donde las pantallas (televisión, internet, móviles) son sus principales referentes de socialización, a menudo transmitiendo estereotipos negativos o consumistas. En un contexto saturado de pantallas, el lenguaje audiovisual ocupa un lugar central en la socialización y aprendizaje juvenil, por lo que el cine se convierte en un recurso idóneo para promover la reflexión crítica, la clarificación de valores y el entrenamiento de habilidades personales y sociales.

Los medios de comunicación y las pantallas, en general, han experimentado un desarrollo en el lenguaje audiovisual que condiciona los aprendizajes en un alumnado susceptible y vulnerable, imágenes que pretendemos se conviertan en un acompañamiento didáctico motivador proporcionado por el profesorado.

Cine y Salud es un Programa diseñado y puesto en marcha desde 2001 por el Gobierno de Aragón y su seguimiento, coordinación y promoción se realiza a través de una Comisión Mixta integrada por la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa, Ordenación Académica y Educación Permanente. Surge para potenciar el cine como estrategia didáctica, en la que el profesorado de educación secundaria pueda utilizarla en la promoción de la salud del alumnado dando respuesta a esta necesidad.

El programa apoya al profesorado con materiales didácticos, formación y una metodología participativa basada en largometrajes seleccionados y en la creación de cortometrajes propios. Esto permite que el adolescente adopte un papel activo como sujeto creativo capaz de narrar sus propias vivencias.

La relevancia del programa radica en su capacidad para educar la mirada ante los mensajes audiovisuales, integrar la promoción de la salud en la práctica docente ordinaria y potenciar competencias para la vida (autoconocimiento, regulación emocional, comunicación, convivencia, toma de decisiones). Este programa que inicialmente nace en el ámbito educativo, posteriormente incorpora el ámbito comunitario.

La magnitud del problema y la respuesta del programa se evidencian con una participación máxima de casi 45.000 adolescentes aragoneses en el curso 2007-08, con altas tasas de utilidad, implicación y satisfacción docente. Su valor añadido respecto a lo existente combina: a) consumo crítico y producción audiovisual por el propio alumnado; b) continuidad a lo largo del curso en tres dimensiones interrelacionadas (personal, relacional y ambiental); c) soporte institucional, formación e intercambio de experiencias; y d) un certamen anual que reconoce, difunde y utiliza los cortometrajes presentados por los centros educativos y de otros entornos como recursos didácticos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

El programa Cine y Salud, a lo largo de estos años, ha ido adaptándose a los cambios sociales incorporando nuevos planteamientos. Propone dos enfoques:

- Ver cine para la salud, que permite al profesorado profundizar en aspectos de salud prioritarios para la adolescencia usando películas y cortos con recursos didácticos que faciliten la interacción en el grupo del aula.
- Hacer cine para la salud, que consiste en producir audiovisuales por un equipo del alumnado con la coordinación del profesorado, con mensajes de salud entre iguales y dando al propio proceso un protagonismo importante.

Las actividades se suelen realizar en las sesiones de tutoría, dentro del Plan de Acción tutorial de cada Centro o bien en sesiones de clase de un área determinada, incluso teniendo la posibilidad de utilizarlas dentro de los contenidos y objetivos de forma transversal en distintas áreas académicas, con orientación salutogénica. Anualmente, en septiembre, se oferta a los centros un itinerario con diferentes cortometrajes (inicialmente fueron títulos cinematográficos) y referencias de los temas a tratar. Estos materiales se envían a los centros y también están disponibles en internet en acceso abierto.

Desde el año 2003, Cine y Salud realiza cada año el Certamen de Cortometrajes como estrategia de promoción de la salud en la que los propios adolescentes “hacen cine”. Se publican las bases del Certamen y las recomendaciones de buenas prácticas. La implicación de los jóvenes ha sido una forma de darles voz e imagen, para que su creatividad e inteligencia emocional y artística tuvieran un canal de expresión adecuado, al mismo tiempo que favorece la intercomunicación y la convivencia saludable. Participan numerosos grupos del alumnado de los Centros educativos con la coordinación del profesorado. En el Certamen se proyectan los cortometrajes finalistas, se visionan y se premian los mejores trabajos, destacando aquellas producciones en sintonía con los distintos aspectos relacionados con la salud: bienestar emocional, salud mental, prevención de adicciones, educación sexual integral, diversidad y convivencia, salud y activos comunitarios..., etc.

Los cortometrajes son recopilados en un canal youtube y facilitados posteriormente a los centros educativos en soporte físico para poder visionarlos y trabajarlos en las aulas. Así se propicia una intervención educativa entre iguales como forma de entender la educación y los mensajes saludables transversalmente, renovando la didáctica académica tradicional.

El Programa Cine y Salud incluye tres áreas de actividad:

- Utilización del cine en el aula. A los centros y profesores que deciden participar en el programa, se les proporciona material didáctico para guiar el trabajo en el aula.
- Formación e intercambio de experiencias. Sus objetivos son motivar y dinamizar la participación en la iniciativa Cine y Salud y facilitar su aplicación práctica. Incluye jornadas de actualización y cursos de creación de cortometrajes.
- Creación de mensajes audiovisuales sobre temas de salud. La realización del Certamen de Cine y Salud anima a los centros educativos a producir materiales audiovisuales realizados por el alumnado con el apoyo de sus profesores, basados en sus temas de interés en relación con la salud y la alfabetización audiovisual y digital.

Metodología

La metodología del programa es activa, participativa y dialógica. Se basa en la recepción crítica (análisis de mensajes) y la producción creativa (escritura de guiones y rodaje), lo que permite el aprendizaje basado en el cine: visionado de largometrajes seleccionados, guías didácticas, debates estructurados, clarificación de valores y actividades de reflexión/acción.

En la creación audiovisual, el alumnado desarrolla cortos y spots con acompañamiento docente, fortaleciendo la alfabetización audiovisual y digital, el trabajo cooperativo, el pensamiento crítico y la expresión emocional. El proceso de creación de un corto sigue una secuencia de acción-reflexión-acción: desde el alumbramiento de la idea y el consenso en el guion, hasta el rodaje (entendido como juego) y la posproducción.

El educador actúa como mediador y facilitador, abandonando el rol de instructor para acompañar al grupo en su descubrimiento. Se promueven un enfoque competencial y participativo, conectando escenas con situaciones reales de la vida adolescente.

Objetivos

- Fomentar una actitud participativa y crítica ante las imágenes y los mensajes sobre salud en los adolescentes.
- Aumentar la responsabilidad personal en los adolescentes para adoptar actitudes y conductas saludables.
- Adquirir conocimientos aplicables que modifiquen prácticas no saludables y refuercen las saludables.
- Desarrollar valores, habilidades personales y sociales desde tres dimensiones interrelacionadas que sirven de continente de los temas a tratar: la dimensión personal (autoestima, creatividad, inteligencia emocional, pantallas sanas y alimentación); la dimensión relacional (relaciones y emociones, convivencia, consumos, resolución de conflictos y sexualidad) y finalmente la dimensión ambiental en conexión con el contexto sociocultural y cultural (desarrollo sostenible, entornos saludables y globalización).
- Comprender el lenguaje cinematográfico y producir mensajes responsables.
- Integrar de forma efectiva la educación para la salud en el currículo de secundaria mediante recursos prácticos y de sencilla aplicación.

Actuaciones realizadas

El programa se plantea como una propuesta abierta y flexible que pueda adecuarse a las distintas necesidades y problemas educativos y de salud, priorizando los temas más demandados por los adolescentes y ofreciendo al profesorado un plan de trabajo continuado y de fácil aplicación en su propio Centro educativo, siguiendo los estándares propuestos en la Guía para las Escuelas Promotoras de Salud (2023).

Las principales actuaciones del programa se encuentran:

- Distribución de guías para profesorado, cuadernos para alumnado y películas seleccionadas para trabajar en el ámbito educativo para centros educativos.
- Celebración anual de una convocatoria de cortos y spots; selección y edición de finalistas en una guía didáctica como recurso docente y presentación en Certamen.
- Cursos y jornadas formativas para el profesorado (aplicación didáctica, actualización, creación audiovisual, apoyo técnico en guion, rodaje y postproducción).

Indicadores

- Participación y cobertura en el programa: los datos proceden de la aplicación informática PES que facilita la gestión de los Programas de Escolares de Salud. Incluye las solicitudes realizadas desde los centros educativos y permite obtener datos del número de profesorado y alumnado participante.
- Evaluación del profesorado y alumnado participante (utilidad percibida del programa).
 - Docentes: se envía un cuestionario de evaluación a final de cada curso al profesorado inscrito de los centros educativos. Consta de una serie de preguntas cerradas y otras abiertas con información cualitativa. Ha permitido modificar y reorientar el programa durante su desarrollo.
 - Alumnado: estudio cualitativo de la satisfacción del alumnado que ha producido videos en un centro educativo con el objetivo de conocer la opinión, valoraciones y percepciones del alumnado participante en la elaboración de videos.
- Cortometrajes producidos por el alumnado de educación secundaria (Producción: nº de trabajo presentados al certamen cada año).

Recursos

- Humanos: profesorado participante, equipos directivos y de orientación; coordinador del programa, técnicos de apoyo del programa (Dirección General de Salud Pública y Sistemas de Asesoramiento en Promoción y Educación para la salud (SARES) en Huesca, Zaragoza y Teruel); profesorado colaborador y ponentes/formadores.
- Materiales: guías didácticas, cuadernos, largometrajes y cortometrajes, cursos formativos.

- Didácticos: cuadernos monográficos, guías metodológicas y actividades estructuradas.
- Infraestructura: aulas, salas de proyección, equipamiento audiovisual básico.
- Organizativos: red de formación del profesorado; calendario del certamen y formaciones; canales de difusión y publicación de experiencias.

Basada en la evidencia

El programa se apoya en marcos consolidados de educación para la salud como la Teoría de las Habilidades para la Vida de la OMS y el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Además, se basa en los estándares propuestos en la Guía para las Escuelas Promotoras de Salud (2023).

Los resultados de la investigación doctoral (Gabelas Barroso, 2010) demuestran que la creación de cortometrajes mejora la cohesión del grupo, facilita la expresión de sentimientos y permite a los alumnos identificar las conductas de riesgo a través de la interpretación de roles.

Las evaluaciones periódicas muestran altos porcentajes de utilidad, satisfacción e integración curricular y producción audiovisual estudiantil empleada como recurso didáctico. Referencias y experiencias publicadas avalan el enfoque y su pertinencia en el contexto escolar. Actualmente se está evaluando el programa mediante la teoría de evaluación realista.

Equidad

El enfoque universal en secundaria y el lenguaje audiovisual reducen barreras de acceso y comprensión. Los materiales son estructurados y adaptables a distintos contextos y niveles, favoreciendo la participación de diversa procedencia sociocultural. La variedad temática (personal, relacional, ambiental) permite abordar desigualdades y promover entornos saludables. El trabajo cooperativo y la creación de mensajes fomentan voz y protagonismo de alumnado diverso, apoyando la inclusión y la corresponsabilidad.

Algunas de las temáticas abordadas en los cortometrajes elaborados por el propio alumnado permiten reflexionar sobre cuestiones vinculadas con la equidad, tales como la igualdad de género, la convivencia entre diferentes culturas, la diversidad funcional o la diversidad en la identidad sexual.

Además, la producción de cortometrajes consta de diferentes categorías, posibilitando la realización de materiales recursos audiovisuales básico, accesible a los docentes y alumnado.

Sostenibilidad

Es un programa que se desarrolla desde 2001, lo cual ha sido posible debido a su integración curricular, la producción continua de materiales e innovación en las temáticas y contenidos, la formación docente y una comunidad activa que comparte experiencias y ha permitido que el programa se integre en el currículo educativo.

El Certamen anual aporta motivación en los participantes y asistentes y la generación de nuevos recursos para el programa. Los contenidos y temáticas del mismo se han ido adaptando a lo largo de estos 25 años al desarrollo tecnológico, las necesidades de los docentes y alumnado y los cambios sociales respecto a los estilos de vida.

Transferibilidad

La práctica es transferible debido a la creación de materiales estandarizados, metodología clara y formación accesible. Las experiencias publicadas facilitan la adopción por equipos que se inician. Su presentación en la UIPES (2010), la colaboración con el sistema educativo uruguayo (2011) y el uso de los recursos educativos por otras Comunidades Autónomas muestran que el modelo se adapta a otros territorios y marcos curriculares. El uso de cine y proyectos audiovisuales es transferible a múltiples contextos educativos y comunitarios.

Efectividad

Los resultados de la evaluación indican logro de objetivos: utilidad percibida por el profesorado (81%), interés y participación del alumnado (80,9%) y alta satisfacción docente (85,3%). La investigación vinculada (Gabelas Barroso, 2010) evidencia mejora de habilidades sociales, cognitivas y emocionales mediante la creación de cortos y spots. La consolidación del programa y su amplia participación sugieren efectos positivos en actitudes y competencias relacionadas con la salud.

Eficiencia

El programa utiliza de manera eficiente los recursos existentes y materiales elaborados (guías, cuadernos, cortometrajes, etc.). La integración en tutoría y otras materias educativas reduce costes extra de implantación y coordina tiempos docentes. El Certamen actúa como catalizador y generando de productos didácticos que retroalimentan el aula, aumentando la relación coste-efectividad.

Participación multidisciplinar

Implica a docentes, alumnado y familias. La formación y las jornadas promueven el aprendizaje entre iguales entre alumnos y docentes de distintas disciplinas. El alumnado colabora en equipos que integran creatividad, guion, técnica y reflexión ética, conectando dimensiones emocionales, sociales y ambientales de la salud. Además, la categoría de activos para la salud del Certamen anual permite la participación de entidades e instituciones de otros entornos diferentes al educativos como el sanitario, social, comunitario, etc.

Colaboración intersectorial

Es un programa creado de la coordinación institucional entre Salud-Educación mediante la Comisión Mixta a la que pertenecen las Direcciones Generales de Política Educativa y de Salud Pública. La dinámica del programa integra el ámbito educativo, el ámbito del sector cultural/audiovisual profesional (elaboración de materiales, formaciones, jornadas, certamen anual) y el entorno comunitario (centros de salud, redes de salud, consejos de salud de zona, servicios sociales, entidades del tercer sector, administración local, etc.)

Evaluación

- Cobertura de cine y salud en el aula a partir de la oferta de cada curso: la cobertura del programa a lo largo de estos años ha ido cambiando, el número de centros, profesores

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

y alumnado que se ha beneficiado del programa ha ido disminuyendo a lo largo de los años. En 2024-25, se han beneficiado 6.245 alumnos y alumnas y 307 docentes.

- Evaluación anual del programa por el profesorado (5400 evaluaciones del profesorado) y alumnado (se han analizado los discursos de 38 participantes): altos porcentajes de satisfacción con el programa (mayores de 87%) y en torno al 80% del alumnado considera el programa bueno o muy bueno.
- Producción de 1159 cortometrajes, de los que 400 han sido seleccionados para su distribución.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA4-4: Promoción y acompañamiento de la lactancia materna dentro del Proyecto de crianza y parentalidad positiva

Maria Pilar Sánchez Molina (1), Violeta Muñoz Muñoz (2), Mayca Antón Peribáñez (2), Alexandra Trepát Ciércoles (2), Andrea Osán del Río (2), Margarita Cano Sánchez (2), Guiomar Navarro Cabañas (2), Sheila Folch Pueyo (2), Elena Murillo García (2), Lisette de Jager (2), Leticia Esain Aranguren (2), Silvia Peña Álvarez (2), Melania Soriano Martínez (2), María Rubio (2), Enrique Medina Pueyo (2), Lara Giménez Alberó (2), Iris Liébana (2), Rosana Hortal Martínez (2), Inés Mainard (2), Sarah Pickford (2)

(1) Atención Primaria, Zonas Básicas de Salud de Sabiñánigo, Biescas y Broto, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), (2) Centro de Salud de Sabiñánigo, SALUD.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Lactancia materna, promoción de la salud, atención Primaria, salud comunitaria, crianza, apoyo a la maternidad, autocuidado.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Es un proyecto que surge dar respuesta a una necesidad prioritaria de salud pública: la promoción, protección y acompañamiento de la lactancia materna para favorecer la salud del niño y de la madre.

La evidencia científica demuestra que la lactancia materna reduce la morbilidad infantil, previene infecciones y enfermedades, favorece el desarrollo neurocognitivo y fortalece el vínculo afectivo. Asimismo, aporta beneficios físicos y emocionales para la madre, existiendo evidencia científica de los mismos. Sin embargo, las tasas de lactancia materna exclusiva a los seis meses continúan siendo inferiores a las recomendaciones de la OMS. El abandono precoz suele estar relacionado fundamentalmente con la información contradictoria, la soledad en la crianza, la presión social y la ausencia de apoyo continuado,

En el marco de nuestro Proyecto “Encuentros de Crianza y Parentalidad Positiva”, integrado en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS), se incorpora la promoción y acompañamiento de la lactancia materna como una línea estratégica en el enfoque integral del bienestar familiar. Dicho proyecto nace hace algunos años, como proyecto del centro de salud, y en 2023 fue incluido en la RAPPS en colaboración con la asociación de mujeres por la salud de Sabiñánigo, MUSA. La iniciativa de llevar a cabo dicho proyecto surgió desde las consultas de la matrona y de pediatría del centro de salud para dar respuesta a la necesidad expresada por las familias de disponer de espacios de encuentro, acompañamiento y apoyo mutuo que abordaran de forma global la crianza saludable.

La presente intervención aborda no solo la dimensión biológica de la lactancia, sino también los determinantes sociales y emocionales que influyen en su mantenimiento: el bienestar materno, la red de apoyo, la corresponsabilidad familiar, la conciliación y la equidad de género. Se ofrece un espacio grupal seguro, facilitado por profesionales sanitarios, donde se combinan

información basada en la evidencia, resolución práctica de dificultades y construcción de una red comunitaria.

Los primeros años de vida son determinantes para el desarrollo físico, emocional y social. Intervenir en este periodo supone una inversión en salud.

Esta buena práctica, integrada dentro de un proyecto estructurado de la RAPPs, tiene un enfoque participativo basado en activos en salud, con la implicación de un equipo multidisciplinar y el protagonismo de las propias familias como motor del proyecto. No se trata únicamente de ofrecer información, sino de generar comunidad, empoderamiento y apoyo sostenido en una etapa especialmente vulnerable.

Esta iniciativa promueve la lactancia desde un modelo comunitario, sostenible y transferible en línea con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Consiste en una intervención comunitaria estructurada que aborda la lactancia materna como parte de un enfoque integral de crianza saludable durante los primeros años de vida. Se dirige a mujeres embarazadas y familias con hijos e hijas de 0 a 3 años del municipio de Sabiñánigo y zonas cercanas, territorio de carácter rural con dispersión geográfica y recursos especializados limitados.

El proyecto se organiza mediante encuentros grupales periódicos, talleres temáticos y espacios de acompañamiento continuado. La planificación se realiza entre el equipo del proyecto de crianza del centro de salud (matrona, enfermería, pediatría, trabajo social y otros profesionales implicados) y el grupo motor de crianza de la Asociación Mujeres por la Salud Sabiñánigo, MUSA. Las actividades se difunden a través de redes sociales, web y canales comunitarios locales.

Dentro de los encuentros se trabaja la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna desde una perspectiva práctica y basada en la evidencia científica: inicio precoz, técnica de agarre, prevención y manejo de dificultades frecuentes, compatibilidad con la incorporación laboral, corresponsabilidad en los cuidados y autocuidado materno. Se emplean metodologías participativas que favorecen el intercambio de experiencias, la resolución conjunta de problemas y el fortalecimiento de redes de apoyo entre iguales.

Desde 2025 se ha impulsado un grupo motor formado por madres participantes que colaboran activamente en la dinamización y continuidad del proyecto, reforzando el empoderamiento y la sostenibilidad de la iniciativa.

Algunos elementos diferenciales de esta buena práctica son:

- La integración efectiva entre sistema sanitario y tejido asociativo.
- El acompañamiento continuado más allá del periodo inmediato posparto.
- La participación activa de las propias madres como agentes de salud y la ayuda mutua entre iguales.
- La incorporación de la lactancia dentro de un marco más amplio de crianza saludable y bienestar familiar.

Esta intervención trasciende la educación sanitaria individual, generando un espacio comunitario estable, accesible e inclusivo que favorece la continuidad de la lactancia materna y fortalece la red de apoyo en una etapa vital especialmente sensible.

Población diana / ámbito de aplicación

Familias en etapa de crianza (desde tercer trimestre de gestación hasta 3 años) de la zona de Sabiñánigo y poblaciones cercanas.

Metodología

La metodología es participativa. Está centrada en las necesidades expresadas por las familias.

Combina talleres de educación grupal con encuentros de reflexión y apoyo mutuo.

Se emplean técnicas de investigación-acción participativa (tormenta de ideas, foto-palabra), técnicas expositivas participativas (vídeos, discusiones), dinámicas de análisis de casos prácticos y desarrollo de habilidades.

El enfoque aborda no solo la dimensión biológica de la lactancia, sino también los determinantes sociales y emocionales: bienestar materno, corresponsabilidad y red de apoyo.

Se fomenta el protagonismo de las familias para generar una red comunitaria sostenible.

Objetivos

General:

Promover y acompañar la lactancia materna y la crianza saludable mediante un modelo comunitario.

Específicos:

- Crear espacios de encuentro y establecer una red de apoyo mutuo entre familias.
- Favorecer el vínculo de apego seguro y el bienestar emocional familiar.
- Fomentar hábitos saludables en alimentación, actividad física, juego y descanso.
- Proporcionar información basada en la evidencia sobre lactancia para mejorar las tasas de mantenimiento y reducir el abandono precoz.
- Empoderar a las familias en la resolución de dificultades prácticas de la crianza.

Actuaciones realizadas

Se realizan talleres y encuentros.

Actuaciones destacadas:

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Talleres formativos: Apego seguro y buenos tratos en la infancia; Masaje infantil; Lactancia materna y vuelta al trabajo; Prevención de accidentes y primeros auxilios en la infancia; Alimentación complementaria; El sueño del bebé; Bienestar emocional; Salud bucodental; Vacunas en la infancia;
- Encuentros mensuales de reflexión: Sesiones específicas sobre lactancia, porteo, pautas de desarrollo y vuelta al trabajo.

Encuentros mensuales de “danza y movimiento” para trabajar la sintonización con los bebés y con las familias a través del movimiento.

- Apoyo digital: Dinamización de un grupo de WhatsApp activo para el intercambio de experiencias y resolución de dudas, además de presencia en redes sociales.
- Dinamización comunitaria: El grupo motor de familias impulsa encuentros de crianza donde el apoyo mutuo y el acompañamiento en la lactancia materna son la pieza clave.
 - Sesiones grupales trimestrales con la responsable de Via Lactea (grupos de apoyo a la lactancia materna) de la zona.

Indicadores

- Cuantitativos: Número de participantes en encuentros diana; número de talleres y encuentros realizados sobre los planificados; número de activos de salud implicados en el proyecto.
- Cualitativos: Grado de satisfacción de las familias mediante encuestas (valoración buena/muy buena); valoración de la capacidad de los educadores; temas de interés sugeridos por las participantes para futuros ciclos.

Recursos

- Humanos: Equipo multidisciplinar del centro de salud (matrona, enfermeras, pediatra, trabajadora social, administrativa), formadores especialistas externos y voluntarias de la Asociación MUSA.
- Materiales: Colchonetas lavables para bebés, material de seguridad, kits de limpieza, material de oficina, folletos impresos y recursos audiovisuales.

Basada en la evidencia

La intervención se fundamenta en la evidencia científica que identifica el periodo de 0 a 3 años como clave para el desarrollo infantil y la salud futura.

La promoción de la lactancia materna se basa en su impacto demostrado en la reducción de la morbilidad infantil, prevención de infecciones y fortalecimiento del vínculo afectivo.

El enfoque grupal y el apoyo entre iguales siguen las recomendaciones de la OMS para combatir el abandono precoz de la lactancia ligado a la soledad y la información contradictoria.

El proyecto utiliza contenidos actualizados sobre apego seguro y parentalidad positiva alineados con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del sistema nacional de salud (SNS) y la estrategia de atención comunitaria.

Equidad

El programa garantiza el acceso gratuito y universal a todas las familias de la zona, facilitando la participación de poblaciones rurales cercanas.

Aborda la brecha de género visibilizando la necesidad de autocuidado de la mujer y fomentando la corresponsabilidad en la crianza como herramientas clave en el éxito en la lactancia materna.

La metodología grupal reduce el aislamiento social en una etapa de especial vulnerabilidad, así como la ayuda entre iguales.

Se adapta a diversas capacidades mediante el uso de múltiples canales de comunicación (digital y presencial) y horarios consensuados.

La colaboración con activos de salud como Vía Lactea, Asociación MUSA y Servicios Sociales de la Comarca facilita la inclusión de familias en situación de vulnerabilidad.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se basa en la colaboración estable entre el Centro de Salud y la Asociación MUSA, que impulsa el proyecto como complemento a los recursos sanitarios.

El uso de locales públicos que cede el Ayuntamiento de Sabiñánigo facilita la viabilidad del proyecto.

La integración del proyecto en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS) desde 2022 asegura el marco institucional y el acceso a formación continua para los profesionales.

La red de apoyo creada entre las familias es el motor para mantener vivo el proyecto.

Transferibilidad

El modelo es fácilmente replicable gracias a su estructura sencilla y el uso de recursos comunitarios existentes.

La metodología de talleres y encuentros está sistematizada, lo que facilita su implantación en cualquier entorno que cuente con profesionales de Atención Primaria y tejido asociativo local.

Los contenidos son basados en la evidencia y adaptables a diferentes contextos socioculturales.

El uso de herramientas de bajo coste permite que el proyecto sea exportable sin necesidad de grandes inversiones económicas.

Efectividad

La efectividad se refleja en la alta adherencia y la participación sostenida de las familias desde su inicio en 2019, incluso durante la pandemia mediante canales digitales.

Las encuestas de satisfacción muestran un nivel de acuerdo excelente sobre la utilidad de los contenidos y la calidad de los formadores.

El proyecto ha logrado fortalecer el apoyo social percibido por las madres y mejorar su confianza en el manejo de la lactancia y el cuidado del bebé.

Los encuentros que organizan las propias familias del grupo motor, a través de la asociación MUSA demuestran la efectividad del proyecto como herramienta real de apoyo y acompañamiento mutuo en la lactancia.

Eficiencia

El proyecto es altamente eficiente al optimizar recursos humanos y espacios públicos ya disponibles, con un impacto preventivo significativo frente a una inversión mínima. La modalidad de educación grupal permite atender a múltiples familias simultáneamente, optimizando el tiempo asistencial de los profesionales.

Al abordar precozmente dificultades en la lactancia se reduce la frecuentación de consultas individuales por dudas o complicaciones menores.

La formación de familias asegura un retorno de la inversión en forma de conocimiento estable en la comunidad y ayuda mutua entre iguales.

Participación multidisciplinar

El equipo está integrado por matrona, enfermeras pediatra, trabajadora social y personal administrativo.

Esta diversidad permite un abordaje integral de la salud del niño y la madre.

Además, colaboran psicólogas externas (Asociación AFDA), fisioterapeuta, logopeda y estudiantes de nutrición, aportando visiones especializadas en talleres concretos.

El equipo realiza reuniones de coordinación junto al grupo motor de crianza de la asociación MUSA para planificar y evaluar las intervenciones.

Colaboración intersectorial

El programa es un ejemplo de colaboración entre el sector sanitario y el tejido asociativo (MUSA). Colaboran también activamente el Ayuntamiento de Sabiñánigo y la Comarca Alto Gállego (apoyo de educadores y servicios sociales). Participan también otras entidades como Vía Lactea, Asociación AFDA...

Esta red permite un mapeo constante de activos y una difusión efectiva, estableciendo continuamente nuevas redes.

Evaluación

Se realiza una evaluación continua mediante cuestionarios de satisfacción tras cada taller, donde se valoran contenidos, metodología y profesorado.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Se utilizan indicadores de proceso (asistencia, cumplimiento del cronograma) y de resultado (mejoras percibidas en bienestar y habilidades de crianza, incremento de tasas de lactancia materna).

El equipo revisa mensualmente los resultados y las sugerencias de las participantes para adaptar la planificación.

Las encuestas cualitativas permiten detectar nuevas necesidades de salud en el colectivo, asegurando que el proyecto evolucione según las demandas reales de las familias.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AST4-1: Prevención del consumo de alcohol en la edad pediátrica desde Atención Primaria: cribado e intervención breve

Miguel Ángel Prieto García (1), José Antonio González Fernández (1), Bárbara Vega Mallo (1), Graciela Fernández Pérez (1), Inmaculada García Fernández (1), María Fernández López (1), Mónica Antuña Díaz (1), Nadia García Alas (1), Purificación Saavedra Pose (1), Verónica Gómez González (1)

(1) Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental, Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Prevención, alcohol, adolescencia, atención primaria, cribado, intervención breve, salud pública.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El consumo de alcohol en edades tempranas y su normalización social y familiar es un determinante clave de salud pública. La evidencia muestra que el inicio precoz se asocia a mayor riesgo de problemas de salud mental, accidentes, bajo rendimiento académico y consumo de otras sustancias en la adolescencia y adultez. Asimismo, el consumo parental y la permisividad social actúan como factores de riesgo.

En Asturias, el sistema sanitario dispone de una red de Pediatría en Atención Primaria, con alta accesibilidad y confianza por parte de las familias, lugar privilegiado para intervenir con estrategias de promoción y prevención.

El consejo breve es una intervención estructurada, de baja carga temporal, basada en la comunicación clínica motivacional y en el cribado oportunista, que ha demostrado eficacia para reducir consumo y riesgos asociados. Su aplicación desde pediatría en visitas regulares (controles del niño sano, vacunación, seguimiento de desarrollo y consultas por patología aguda) permite integrar mensajes preventivos consistentes, adaptados a la edad y al contexto familiar. La actuación se alinea con la prioridad estratégica del Ministerio de Salud de impulsar intervenciones costo-efectivas, basadas en la evidencia, orientadas a disminuir la exposición a factores de riesgo y a promover hábitos saludables desde etapas tempranas.

Además, la intervención es coherente con el objetivo general de la [Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024](#), compartido por el [Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24](#), “Retrasar la edad de inicio a las adicciones”. Así, se ajusta a la propuesta recogida en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24, dentro de la META 1 – HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SALUDABLE E INFORMADA, cuya acción 5. “Programa de detección precoz e intervención breve sobre alcohol en el ámbito sanitario”, incorpora como objetivo “*Generalizar los programas de detección precoz e intervención breve en personas con consumo de riesgo en las CCAA y ampliar su implantación a otros recursos*”, para lo cual propone: 5.2. [Pilotar programas de detección precoz e intervención breve en menores \(...\)](#)

La magnitud y urgencia del tema quedan subrayadas por los datos nacionales de inicio en consumo de alcohol en la adolescencia (14 años) y la alta prevalencia de consumo en el entorno

adulto, así como por el impacto del alcohol en morbilidad, mortalidad y desigualdades sociales en salud. La intervención incorpora perspectiva de equidad, abordando familias en situación de vulnerabilidad, y añade valor respecto a lo existente al sistematizar y normalizar el consejo breve en el circuito asistencial pediátrico, con herramientas de cribado adaptadas, materiales específicos para familias, formación práctica y un plan de evaluación con indicadores clínicos y de proceso. Además, vincula promoción de salud mental con prevención de consumo de alcohol, articulando mensajes que refuerzan apego, regulación emocional y habilidades parentales, y establece canales de colaboración con salud pública, educación y servicios sociales para mejorar impacto y sostenibilidad.

Esta buena práctica aporta un valor añadido: integra el protocolo en la historia clínica electrónica, usa herramientas sencillas de alto rendimiento (dos preguntas por edad), incorpora seguimiento y recursos comunitarios, y alinea clínica, salud pública y legislación autonómica para dificultar la accesibilidad.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La práctica se basa en la implementación sistemática del consejo breve sobre alcohol en las consultas pediátricas del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), apoyada en la evidencia recogida en la “Guía de Prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesional sanitario”. Dirigido a niños, niñas y adolescentes de 10–13 años y sus familias/cuidadores. Incluye:

- Cribado oportunista mediante dos preguntas estructuradas sobre consumo propio y del grupo de iguales (puerta de entrada).
- Estimación del riesgo (bajo, moderado, alto) mediante matriz edad-días de consumo.
- Consejo breve (1–5 min) con técnicas de entrevista motivacional, reforzando conductas saludables y abordando riesgos, con participación familiar según confidencialidad y riesgo.
- Materiales educativos adaptados por edad y fichas para cuidadores.
- Registro en historia clínica electrónica con plantillas estandarizadas e indicadores.
- Derivación a recursos especializados (salud mental, trabajo social, adicciones) o recursos comunitarios según nivel de riesgo.
- Evaluación continua y sesiones de retroalimentación. Seguimiento y apoyo (revisión de objetivos, evaluación psicosocial).

Elementos diferenciales/innovadores

- Integración del entorno familiar en el consejo pediátrico.
- Uso de mensajes breves de alta fidelidad y plantillas en historia clínica electrónica.

- Enfoque combinado: salud mental y habilidades parentales.
- Materiales multicanal y coordinación con salud pública y educación.
- Plan de evaluación con indicadores de proceso y resultado.

Población diana / ámbito de aplicación

- Niños, niñas y adolescentes de 10–13 años en consultas pediátricas del Servicio de Salud del Principado de Asturias (medicina y enfermería: revisiones y a demanda).
- Orientación de continuación a etapas superiores (14-18 años) para continuidad desde Atención Primaria.
- Familias/ personas cuidadoras, con especial atención a vulnerabilidad socioeconómica y riesgo psicosocial, migración reciente y zonas rurales.

Metodología

La dirección General de Salud Pública crea en abril de 2016 un grupo de trabajo multidisciplinar para elaborar una guía para prevenir el consumo de alcohol desde Atención primaria. El trabajo se estructuró en 5 fases: Diseño, Elaboración, Revisión, Implementación y Evaluación.

En las 2 primeras fases se acometieron las tareas de recopilación de buenas prácticas, análisis, redacción y elaboración de materiales complementarios.

Tras la revisión externa en enero de 2017, se inicia la implementación, que implicó la edición de materiales, su difusión entre los y las profesionales de atención pediátrica, la incorporación en el Programa del Niño Sano de los materiales (Guía completa, formato reducido y de bolsillo, y material informativo para jóvenes y familias), y la formación a los y las profesionales de pediatría.

La evaluación continua permite conocer el grado de cumplimentación de cara al perfeccionamiento del modelo de intervención empleado y a identificar las lecciones aprendidas.

Objetivos

- a. General: Reducir exposición al alcohol y retrasar/eliminar inicio de consumo en menores en edad pediátrica.
- b. Específicos:
 1. Integrar consejo breve en $\geq 70\%$ de contactos relevantes en un año.
 2. Aumentar registro en historia clínica electrónica al $\geq 70\%$ en áreas piloto en un año.
 3. Disminuir intención de consumo en adolescentes.

4. Incrementar familias con reglas claras “cero alcohol en menores”.
5. Mejorar competencias profesionales en entrevista motivacional ($\geq 85\%$ evaluación positiva).

Actuaciones realizadas

- Elaboración de Guías para profesionales (completa, reducida y bolsillo).
- Maquetación de materiales educativos (folletos/infografías, contenidos digitales).
- Formación a pediatría y enfermería pediátrica.
- Adaptación y registro de Historia Clínica Electrónica (plantillas, indicadores correlativos).
- Despliegue en consulta: entrega de materiales e implantación del cribado.
- Coordinación con Salud Pública, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Educación y Trabajo Social para derivaciones y refuerzo comunitario.
- Monitorización y feedback.

Indicadores

- Proceso:
 - Porcentaje consultas objetivo con cribado registrado en historia clínica electrónica;
 - número materiales entregados;
 - número profesionales formados;
 - número derivaciones.
- Resultado intermedio:
 - porcentaje familias con reglas sobre consumo de alcohol claras;
 - cambio en intención de consumo y percepción del riesgo;
 - satisfacción de familias y profesionales.
- Resultado final (12–24 meses): Reducción de auto-reporte de consumo.

Recursos

- Humanos:
 - Pediatras y enfermería pediátrica como actores principales.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Enfermería y medicina familiar y comunitaria para seguimiento.
- Trabajo social sanitario para casos vulnerables.
- Apoyo de salud pública en diseño y evaluación.
- Coordinación con educación para refuerzo en entornos escolares.
- Salud mental infanto-juvenil si procede la derivación.
- Materiales: Guías de diferentes formatos, folletos e infografías adaptados por edad; plantillas estandarizadas en historia clínica electrónica para registro.
- Formación: Talleres y cursos de formación institucional continua. Cursos complementarios: específicos de consejo breve, entrevista motivacional...
- Tecnológicos: Módulos en historia clínica electrónica para registro y seguimiento; panel de indicadores; repositorio digital de materiales.
- Financiación: Financiada desde la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud. Coste incremental mínimo (formación, diseño e impresión de materiales, ajustes historia clínica electrónica); intervención coste-efectiva por integración en actividad ordinaria.

Basada en la evidencia

- Sustentada en la eficacia del consejo breve y la entrevista motivacional para reducir consumo y riesgos.
- Prevención universal y selectiva en Atención Primaria muestra impacto cuando se integra en circuitos rutinarios con mensajes consistentes y seguimiento.
- El enfoque familiar mejora resultados en adolescentes, reforzando normas claras y habilidades parentales.
- Plan de evaluación con indicadores estandarizados garantiza fidelidad y mejora continua.
- Seguimiento del algoritmo de cribado NIAAA (Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo) con alta capacidad predictiva por días de consumo anual.
- Con base en los principios de prevención NIDA (National Institute on Drug Abuse) con enfoque en factores protectores y riesgos específicos por edad. (Bibliografía detallada en la Guía).

Equidad

- Intervención universal en Atención Primaria que reduce brechas de información.
- Aborda determinantes sociales (accesibilidad percibida, normas comunitarias) con recursos gratuitos y coordinación social.

- Adaptación de mensajes a la diversidad cultural, lectura fácil y formatos visuales.
- Refuerzo en las citas para vacunaciones para captar población.
- Prevención de estigmatización: enfoque respetuoso, centrado en salud familiar y derechos de la infancia.
- Incorporación de perspectiva de género.

Sostenibilidad

- Integración en actividad ordinaria de Pediatría con baja carga adicional.
- Formación institucional inicial y refuerzos periódicos.
- Materiales estandarizados reutilizables y digitales: facilita continuidad, actualización y escalabilidad.
- Registro en historia clínica electrónica y panel de indicadores para mantener calidad.
- Alineación con estrategias y normativas autonómicas y nacionales de promoción de salud y salud mental, facilitando financiación estable y continuidad.

Transferibilidad

- Protocolo, materiales y plantillas estandarizados permiten réplica en otras áreas y comunidades.
- Metodología modular adaptable a distintos recursos y contextos.
- Manual de implementación y paquete formativo listos para escalar.
- Indicadores comparables facilitan evaluación interterritorial.

Efectividad

- Reducción esperada del inicio y experimentación de alcohol en 12–17 años.
- Mayor establecimiento de normas familiares y mejora de competencias parentales.
- Incremento de detección precoz de riesgo y derivación.
- Evaluación trimestral y anual mostrará mejoras en indicadores de proceso y resultados, con análisis por área y grupos de equidad.

Eficiencia

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Intervención de bajo coste, integrada en consultas habituales, tiempo de aplicación reducido.
- Alta relación coste-beneficio al reducir eventos evitables y necesidades de atención posterior.
- Uso de materiales digitales y formación compartida optimiza recursos.
- Registro estandarizado minimiza duplicidades y mejora gestión clínica.
- La legislación que reduce accesibilidad actúa como medida poblacional eficiente complementaria.

Participación multidisciplinar

- Pediatría y Enfermería Pediátrica lideran la intervención.
- Trabajo Social apoya en casos de vulnerabilidad.
- Salud Mental infanto-juvenil y Adicciones para derivación específica.
- Salud Pública (Dirección General) coordina marco de promoción y evaluación y colaboración de sociedades científicas.

Colaboración intersectorial

- Alianzas con Consejería de Educación, Ayuntamientos y recursos comunitarios.
- Difusión en escuelas, programas municipales y asociaciones familiares.
- Coordinación con planes autonómicos de salud mental y adicciones.
- Participación de sociedades científicas pediátricas para validación y difusión.

Evaluación

- Diseño: monitorización continua.
 - Fuentes: plantillas y materiales en historia clínica electrónica, encuestas breves a familias y profesionales, registros de derivación.
- Análisis:
 - De proceso (registro de cribado en historia clínica electrónica, clasificación de riesgo, citas en las que se aplica el consejo breve y derivaciones).
 - De resultados (edad de inicio del consumo, prevalencia del consumo en 30 días, episodios de atracón, percepción de riesgo, eventos adversos, rendimiento escolar).

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Retroalimentación: informes a equipos, sesiones de mejora, actualización y ajuste de materiales/mensajes. Integración de datos y encuestas regionales para monitorizar impacto.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAN4-1: Promoción y Protección de la Lactancia Materna en el Área de Salud de Fuerteventura a través del proceso de Acreditación IHAN y la implantación de la Guía BPSO

Inmaculada Fernández Barandiarán (1), Ana Isabel García Morago (1), Clara Catarina Malde García (1), Miriam Morales Benito (1)

(1) Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura, Servicio Canario de la Salud (Centro de Salud Morro Jable, Centro de Salud Gran Tarajal, Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Lactancia materna, promoción de la salud, atención primaria, continuidad asistencial, IHAN, calidad asistencial, salud pública.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La lactancia materna constituye un determinante fundamental de la salud materno infantil, con beneficios ampliamente demostrados tanto para el lactante como para la madre. Entre ellos se incluyen la reducción de infecciones respiratorias y gastrointestinales en el bebé, la prevención de enfermedades crónicas a largo plazo, así como el fortalecimiento del vínculo afectivo y la salud emocional de la madre. Además, la disminución de la morbilidad materno infantil producida por la lactancia materna contribuye a optimizar recursos sanitarios, lo que implica un impacto positivo sobre la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

A pesar de todas sus ventajas, las tasas de lactancia exclusiva y continuada durante los primeros seis meses de vida continúan por debajo de los objetivos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, evidenciando la necesidad de intervenciones estructuradas y sostenibles para apoyar a madres y familias.

El Área de Salud de Fuerteventura —que integra el Hospital General de Fuerteventura y las Zonas Básicas de Salud de Península de Jandía, Tuineje-Pájara, Puerto del Rosario y La Oliva— obtuvo en mayo de 2025 la acreditación IHAN, consolidando un modelo de atención centrado en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna como pilares fundamentales de la salud materno-infantil.

De manera paralela, el Área de Salud se encuentra en proceso de implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Lactancia Materna (RNAO) mediante el programa BPSO®, lo que permite integrar un enfoque sistemático, evaluable y sostenible en el apoyo y promoción de la lactancia. Esta doble estrategia —IHAN y BPSO— fortalece:

- La estandarización de cuidados, asegurando prácticas seguras y basadas en la evidencia científica para madres y familias.
- La continuidad asistencial real entre Atención Hospitalaria y Primaria, ofreciendo un seguimiento integral y personalizado del binomio madre-lactante.

- La protección frente a prácticas comerciales inadecuadas, cumpliendo con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
- La obtención y análisis de indicadores, que facilitan la mejora continua y la comparabilidad de resultados.

La presente buena práctica integra ambos proyectos con el fin de garantizar la promoción, protección y apoyo óptimo a la lactancia materna, manteniendo los estándares de excelencia de la acreditación IHAN y asegurando su sostenibilidad en el tiempo a través del modelo de implantación, monitorización y mejora continua propio de BPSO.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Población diana / ámbito de aplicación

El Área de Salud de Fuerteventura abarca una población de aproximadamente 128.744 habitantes, con una media de 820 partos anuales, en una isla caracterizada por un notable crecimiento demográfico ligado al turismo, que ha duplicado su población en las últimas dos décadas. Este aumento se acompaña de una gran diversidad cultural, con un porcentaje significativo de población extranjera y procedente de otras regiones de España.

Fuerteventura es la isla de mayor longitud y la segunda en extensión del archipiélago, lo que genera una importante dispersión poblacional y supone desafíos en la accesibilidad y organización de la asistencia sanitaria.

La Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura, de estructura única, coordina de manera integrada la atención primaria y especializada. La buena práctica se dirige a:

- Gestantes atendidas en el Área de Salud.
- Diadas atendidas en el Hospital General.
- Puérperas en seguimiento en Atención Primaria.
- Lactantes atendidos en Atención Primaria.

Metodología

La metodología combina el modelo de acreditación IHAN, ya alcanzado por el Hospital General de Fuerteventura y los Centros de Salud del Área, con el proceso de implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Lactancia Materna (RNAO) mediante el programa BPSO®. Se adopta un enfoque participativo, interdisciplinar y basado en la evidencia, articulado en tres ejes: formación de los profesionales, estandarización de los cuidados y monitorización continua.

Se establece un plan formativo obligatorio para todo el personal del Área de Salud, garantizando que, en los primeros seis meses tras su incorporación, reciban formación específica en lactancia materna para asegurar una atención de calidad.

La metodología incluye intervenciones educativas dirigidas a las familias, con talleres semanales de educación maternal y lactancia en todos los centros, acompañamiento individualizado en consulta y hospitalización, además de circuitos coordinados entre los dos niveles asistenciales.

La recogida de indicadores IHAN se realiza íntegramente a través de la historia clínica electrónica (Drago-AE y Drago-AP) mediante Oracle Business Intelligence. Para el seguimiento de la implantación BPSO®, los indicadores se obtienen a través de la plataforma CarEvID.

Objetivos

Objetivo general:

Fomentar la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el Área de Salud de Fuerteventura mediante la integración de los estándares IHAN y la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Lactancia Materna del programa BPSO®, garantizando cuidados basados en la evidencia y una continuidad asistencial efectiva entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

Objetivos específicos:

1. Incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva al alta y lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en todas las Zonas Básicas de Salud.
2. Estandarizar los cuidados en todos los puntos de contacto asistencial, asegurando prácticas basadas en la evidencia y respetuosas con el binomio madre-lactante.
3. Garantizar la formación sistemática de todo el personal del Área de Salud en lactancia materna.
4. Fortalecer los circuitos de coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria para asegurar una atención continua y homogénea.
5. Monitorizar indicadores clave extraídos Drago-AE/AP y CarEvID, evaluando de forma continua el impacto de la intervención.
6. Mejorar la satisfacción de las familias atendidas en el Área.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones desarrolladas integran la acreditación IHAN y la implantación del programa BPSO®, garantizando un modelo homogéneo y sostenible en toda la isla.

Se ha implantado una Política de Alimentación Infantil (PAI), común y de obligado cumplimiento para los profesionales, junto con un programa formativo estructurado en cursos de 2, 4 y 20 horas, adaptado al grado de responsabilidad en la atención al binomio madre-lactante y a la categoría profesional.

La actividad comunitaria se refuerza mediante una red insular de talleres de lactancia, de modo que cada día de la semana existe un taller activo en alguno de los centros del Área, además de talleres de educación maternal y acompañamiento individualizado.

Se han desarrollado, actualizado y difundido protocolos clínicos (mastitis, administración de suplementos, información a gestantes, Código de Comercialización de Sucedáneos, atención al parto, etc.). La evaluación incluye cuestionarios de satisfacción a las gestantes, a la atención al parto, madres que amamantan, etc.

Todas las actuaciones garantizan apoyo respetuoso tanto a madres que amamantan como a las que no, y una atención al parto centrada en los deseos de cada mujer.

Indicadores

La evaluación de la buena práctica se realiza mediante indicadores homogéneos, extraídos de la historia clínica electrónica (Drago-AP, Drago-AE y CarEvID), que permiten monitorizar resultados y garantizar la mejora continua. A 31 de julio de 2025, los principales indicadores de lactancia materna muestran:

- Indicadores de lactancia materna:
 - Lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento hasta el alta en recién nacidos a término sanos: 70%.
 - Lactancia materna exclusiva y lactancia materna suplementada con indicación aceptable desde nacimiento hasta el alta: 80%
 - Lactancia materna exclusiva antes de los 15 días: 65%.
 - Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: 45%.
 - Lactancia materna continuada al año: 42%.
 - Lactancia materna continuada a los dos años: 22%.
- Indicadores de satisfacción:
 - 100% de gestantes se sintieron escuchadas en sus deseos y preferencias.
 - 63% muy satisfechas y 33% satisfechas con la asistencia durante el embarazo.
 - 82% muy satisfechas y 18% satisfechas con la atención al parto.
 - Entre las madres que amamantan, 90% muy satisfechas y 10% moderadamente satisfechas con la atención recibida.

Recursos

La implantación integrada de la acreditación IHAN y del programa BPSO® en el Área de Salud de Fuerteventura requiere recursos estructurales, humanos y tecnológicos ya consolidados en la organización, que cuenta con el apoyo de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

El equipo incluye a todo el personal del Área de Salud de Fuerteventura, con especial implicación de los profesionales vinculados con la atención materno infantil. Se dispone de un plan formativo

estructurado y actualizado para todo el personal, adaptado a la responsabilidad asistencial. Los recursos materiales incluyen en los Centros de Salud y el Hospital General, espacios para salas de lactancia, talleres y consultas individuales, así como herramientas tecnológicas como la historia clínica electrónica Drago-AP/AE y la plataforma CarEvID para la monitorización de indicadores BPSO®.

La coordinación y supervisión se realiza a través de las Comisiones de Lactancia Hospitalaria, de Atención Primaria, y del Área, junto con los impulsores de la BPSO, asegurando el cumplimiento de la Política de Alimentación Infantil, el desarrollo de protocolos y material educativo (cartelería, trípticos propios), y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales.

Basada en la evidencia

La buena práctica se fundamenta en la evidencia científica disponible sobre lactancia materna y cuidados materno-infantiles. Integra los estándares de la acreditación IHAN, basándose en la aplicación de la Guía de Aplicación que incluye los Diez / Sieta Pasos para una Lactancia Natural, el respeto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y la implementación de las prácticas de excelencia en la Atención al Parto Normal y al Recién Nacido. Asimismo, la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Lactancia Materna (RNAO) mediante BPSO® asegura un modelo basado en prácticas recomendadas y evaluables.

Se emplean protocolos clínicos estandarizados respaldados por guías nacionales e internacionales. Los indicadores de lactancia materna exclusiva, continuada y de satisfacción de las madres permiten evaluar resultados de manera objetiva, reforzando la monitorización continua y la mejora progresiva, tanto de resultados de estructura, como de proceso y resultados.

El enfoque integral asegura que todas las intervenciones están respaldadas por evidencia científica, garantizando seguridad, calidad y efectividad en la atención a la madre y al lactante.

Equidad

Se asegura un acceso equitativo a la protección y apoyo a la lactancia materna para todas las gestantes, puérperas y lactantes del Área de Salud de Fuerteventura, independientemente de su ubicación geográfica, nivel socioeconómico o procedencia cultural. Se considera especialmente la diversidad de la población insular, así como la dispersión poblacional entre las distintas zonas básicas de salud, que plantean retos específicos en la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Las intervenciones se diseñan para garantizar igualdad de oportunidades, con talleres y consultas accesibles en todos los centros de salud, formación obligatoria para todo el personal y protocolos estandarizados que eliminan variabilidad asistencial.

Además, se ofrece apoyo tanto a madres que amamantan como a las que no, respetando los deseos individuales y promoviendo la autonomía en la toma de decisiones sobre alimentación infantil y cuidados perinatales.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de la buena práctica se asegura gracias a su integración estructural en los procesos asistenciales del Área de Salud de Fuerteventura. La acreditación IHAN, obtenida en mayo de 2025, establece estándares de calidad que se mantienen mediante revisiones

periódicas, auditorías internas y actualización continua de protocolos. Paralelamente, el programa BPSO® incorpora un modelo permanente de implementación basado en ciclos de mejora continua y en la medición sistemática de indicadores.

La existencia de una Política de Alimentación Infantil común y de obligado cumplimiento, y la coordinación mediante comisiones estables, garantizan la continuidad del modelo sin necesidad de recursos extraordinarios.

Asimismo, la recogida automatizada de indicadores en Drago-AP/AE y CarEviD de manera trimestral facilita un sistema de evaluación continuo, permitiendo ajustes ágiles, seguimiento a largo plazo y la consolidación progresiva de una atención coherente, efectiva y sostenible en toda la isla.

Transferibilidad

La buena práctica presenta una alta transferibilidad a otros territorios gracias a su diseño estructurado, su fundamentación en estándares internacionales y su alineación con herramientas ya implantadas en el Sistema Nacional de Salud. La combinación de los modelos IHAN y BPSO® ofrece un marco metodológico robusto, replicable y adaptable a diferentes realidades organizativas.

La existencia de una Política de Alimentación Infantil unificada, un Plan Formativo común y unos protocolos clínicos estandarizados facilita la adopción en otras áreas sanitarias, independientemente de su tamaño o complejidad.

El uso de plataformas registrales extendidas (Drago-AP/AE, CarEviD) permite reproducir el sistema de monitorización y evaluación, generando indicadores comparables y favoreciendo análisis entre territorios. Todo ello convierte esta buena práctica en un modelo fácilmente adaptable y sostenible en otros contextos sanitarios.

Efectividad

La efectividad de la buena práctica se refleja en la mejora sostenida de los indicadores de lactancia materna exclusiva y continuada en el Área de Salud de Fuerteventura, desde la implantación de la estrategia IHAN en 2018 y el compromiso adquirido como Centro Comprometido con Excelencia en Cuidados (CCEC®), como institución implicada en la aplicación, evaluación y mantenimiento de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO desde enero de 2023.

La implantación de una Política de Alimentación Infantil común, la estandarización de protocolos y la formación sistemática del personal han incrementado las tasas de lactancia exclusiva al alta, antes de los quince días y a los seis meses.

Los elevados niveles de satisfacción recogidos en las gestantes, en la atención al parto y en las madres que amamantan evidencian la calidad y el acompañamiento profesional percibido.

La continuidad asistencial entre niveles y la homogeneidad en las intervenciones han reducido la variabilidad del apoyo recibido, y mejorado la experiencia de la madre y el lactante.

Eficiencia

La práctica demuestra una alta eficiencia al apoyarse en los recursos ya existentes del Área de Salud, sin requerir inversiones adicionales. La formación estructurada, incorporada en los planes docentes habituales, permite capacitar al personal sin incrementar costes, mientras que la estandarización de protocolos reduce la variabilidad clínica y evita intervenciones innecesarias.

El uso de sistemas de registro ya implantados (Drago-AP/AE y CarEviD) facilita la monitorización continua sin necesidad de nuevos desarrollos tecnológicos. La coordinación interprofesional y la existencia de una Política de Alimentación Infantil común optimizan el trabajo en red y minimizan duplicidades.

A medio y largo plazo, el incremento de las tasas de lactancia materna exclusiva y continuada se traduce en una reducción demostrada de morbilidad infantil y materna, lo que genera un ahorro significativo y sostenido para el sistema sanitario, y confirma la alta eficiencia del modelo aplicado.

Participación multidisciplinar

La buena práctica se desarrolla de manera integral gracias a la participación activa de profesionales de diferentes disciplinas. Matronas, enfermeras de atención primaria y hospitalaria, pediatras, obstetras, TCAES, trabajadoras sociales, personal de urgencias, de administración y la gerencia colaboran estrechamente para garantizar la continuidad asistencial y la calidad de la atención al binomio madre lactante.

Las Comisiones de Lactancia, presentes en Atención Primaria, Atención Hospitalaria y en el Área de Salud, integran esta diversidad profesional y actúan como órganos de supervisión y cohesión, velando por la correcta aplicación de protocolos, la planificación formativa y la monitorización de indicadores. El enfoque BPSO® fomenta el liderazgo clínico y la implicación transversal de los profesionales en la implementación y evaluación de prácticas basadas en evidencia.

Esta participación multidisciplinar permite una atención homogénea, segura y efectiva, que responde de manera integral a las necesidades de gestantes, madres y lactantes.

Colaboración intersectorial

La práctica incorpora una colaboración amplia y coordinada con ayuntamientos, servicios sociales, asociaciones de crianza, entidades comunitarias, centros educativos, instituciones universitarias y diversas ONGs presentes en la isla. Esta red intersectorial permite ampliar el alcance de las intervenciones, mejorar la accesibilidad y promover entornos favorables para la lactancia materna y la crianza respetuosa.

Esta coordinación con los recursos comunitarios se lleva a cabo desde la Red de Promoción de la Salud de Atención Primaria del Área de Salud de Fuerteventura (REDPSAP), facilitando la visibilización de la lactancia materna en la comunidad y en los entornos educativos de la isla, cuyas intervenciones se enmarcan en las acciones del Plan de Prevención de la Obesidad Infantil en Canarias (POICAN) y el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027, y tienen como objetivo promover la lactancia materna como una estrategia esencial para la salud pública, la equidad social y la sostenibilidad ambiental.

Del mismo modo, la colaboración con centros educativos, entidades universitarias y organizaciones no sanitarias impulsa actividades de sensibilización, divulgación y educación para

la salud, consolidando una cultura social que reconoce la lactancia como un derecho y un determinante clave en salud.

Evaluación

La monitorización cuantitativa y cualitativa se realiza de forma continua a través de los sistemas Drago-AP/AE y CarEVID, desde los que se analizan de forma sistemática los indicadores de lactancia materna exclusiva y continuada, suplementación, cumplimiento de protocolos, participación en talleres y otros resultados clave.

Se aplican cuestionarios de satisfacción a gestantes, mujeres tras el parto y madres lactantes, lo que permite incorporar la experiencia de las usuarias como indicador de calidad. Además, se llevan a cabo auditorías internas periódicas para verificar la adherencia a la Política de Alimentación Infantil (autoevaluación anual), a los estándares IHAN (mensuales en el Atención Hospitalaria y trimestral en Atención Primaria) y a las recomendaciones BPSO®.

Las Comisiones de Lactancia de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y del Área revisan los datos, identifican áreas de mejora y proponen acciones correctoras basadas en evidencia, garantizando un proceso de evaluación robusto, transparente y orientado a la excelencia asistencial.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CLM4-1: De la evidencia a la práctica: implantación de Buenas Prácticas para la promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Montserrat Hernández Luengo (1), María Eugenia Félix Ramos (1), M.ª Victoria Ruiz García (1), Ana Isabel Alcañiz Mesas (1), Margarita Delgado Muñoz (1), César Fernández Buey (1), M.ª Pilar Córcoles Jiménez (2), Gloria Lorente Granados (3)

(1) Dirección General de Cuidados y Calidad, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), (2) Gerencia de Atención Integrada de Albacete, SESCAM, (3) Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan, SESCAM.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Lactancia materna, práctica basada en la evidencia, implantación de guías, BPSO, calidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La lactancia materna (LM) es una prioridad de salud pública reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad, por su impacto en la reducción de morbilidad infantil y materna y en la prevención de enfermedades crónicas. A nivel mundial, la proporción de menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna (LME) alcanzó el 49% en 2019, lejos del objetivo fijado por la OMS de lograr cifras del 70% para el 2030. En España, la LME a los 6 meses se ha triplicado desde 1995, llegando al 47% en el 2023. A pesar de este progreso, las cifras de LM en España siguen siendo inferiores a las recomendaciones internacionales, lo que evidencia la necesidad de reforzar estrategias efectivas para su promoción, protección y mantenimiento. Esta buena práctica se enmarca en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), contribuyendo a mejorar la salud materno-infantil y la equidad en cuidados.

En 2021, la Dirección General de Cuidados y Calidad (DGCC) del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), creó el Centro Coordinador Autonómico del Programa Best Practice Spotlight Organization® (CCEC®/BPSO®), (BPSO®-Host CLM), iniciativa pionera Castilla-La Mancha (CLM). El objetivo del BPSO®-Host CLM, liderado por profesionales de enfermería, es impulsar la implantación de buenas prácticas (BBPP) en cuidados basadas en la evidencia científica más actual mediante la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) desarrolladas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), optimizando procesos asistenciales y mejorando resultados en salud. En relación con la LM, el objetivo es difundir, implantar y evaluar la GBP "Lactancia materna: fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuidad de la LM para recién nacidos, lactantes y niños pequeños" en centros sanitarios públicos de CLM.

La variabilidad clínica indeseada, derivada de decisiones no basadas en evidencia, puede comprometer la calidad y seguridad de los cuidados, la eficiencia del sistema y la salud de los

usuarios. Para reducirla, la implantación sistemática de GBPs constituye una estrategia eficaz, alineando la práctica con la investigación y ofreciendo recomendaciones claras sustentadas en niveles de evidencia. El Programa CCEC®/BPSO® aporta una metodología estructurada para la adopción y sostenibilidad del cambio, fundamentada en la herramienta “Leading Change” y en marcos conceptuales que garantizan la mejora continua.

El valor añadido de esta propuesta radica en la implantación sistemática de GBP basadas en la evidencia mediante el Programa CCEC®/BPSO®, una metodología innovadora que garantiza la sostenibilidad del cambio y la mejora continua. Esta iniciativa, pionera en CLM, integra en la práctica clínica la evidencia más actual, reduce la variabilidad indeseada y promueve cuidados seguros y centrados en la persona, generando un impacto positivo en la calidad asistencial y en los resultados en salud. Además, promueve la creación de una red de CCEC®/BPSO® a nivel regional, nacional e internacional, que comparten experiencias y resultados de implantación.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La creación del BPSO®-Host CLM constituye una iniciativa innovadora para expandir el modelo CCEC®/BPSO® a nivel autonómico. Su finalidad es coordinar y facilitar la implantación, evaluación y sostenibilidad de GBPs basadas en evidencia, desarrolladas por RNAO, en cualquier entorno de práctica enfermera. Entre ellas, la GBP sobre LM.

La propuesta se dirige a profesionales sanitarios de todas las gerencias del SESCOG (direcciones, equipos clínicos, áreas de calidad, investigación y docencia) y, a las personas usuarias, en este caso a madres y familias. El nivel territorial abarca toda la comunidad autónoma, incluyendo todos los ámbitos asistenciales.

Organización general:

- Convocatoria competitiva trienal para seleccionar centros sanitarios públicos interesados en implantar GBP en base a sus necesidades. A las instituciones que no consiguen entrar a través de la convocatoria o no han presentado convocatoria, se les da soporte y asesoramiento en las BBPP y se facilita su aplicación fuera del Programa. Se les brinda la oportunidad de formar parte de grupos regionales que trabajan en la toma de decisiones sobre cambios regionales en los registros en la HC, necesarios para el registro de las BBPP.
- Formación inicial en metodología de implantación y análisis de barreras/facilitadores.
- Plan de acción: formación en cascada, creación de equipos multidisciplinares adaptación de protocolos y registros en la HC, evaluación con indicadores, retroalimentación y difusión de resultados.
- Evaluación y sostenibilidad: auditorías, análisis de datos regionales mediante Cuadro de Mandos y plataforma online del Programa CCEC®/BPSO® anonimizada.

- Trabajo en red: sesiones de intercambio de conocimientos y experiencias entre instituciones, coordinación con el Centro Coordinador Nacional ubicado en el Instituto de Salud Carlos III (BPSO®-Host España) y el resto de BPSO®-Host Regionales españoles para la coordinación de la implantación de las GBP de manera consensuada a nivel nacional. También a nivel internacional con RNAO y todos los centros BPSO® hispanohablantes (Consortio Iberoamericano).
- Investigación: estudios individuales y multicéntricos, con participación de asociaciones de madres.

Durante los tres primeros años, cada centro debe implantar y evaluar las GBP en todas las unidades de atención hospitalaria (AH) y centros de salud de atención primaria (AP) en las que sea aplicable y presentar un plan de sostenibilidad cada dos años, comprometiéndose a mantener las GBP implantadas y a expandir a nuevas unidades o centros o implantar una nueva GBP.

Elementos diferenciales e innovadores:

- Metodología estructurada basada en la herramienta “Leading Change” de RNAO, que garantiza la adopción y mantenimiento del cambio.
- Integración de la práctica clínica con la evidencia más actual, reduciendo la variabilidad indeseada y promoviendo cuidados seguros y centrados en la persona.
- Creación de una red regional, nacional e internacional que favorece la transferencia de conocimiento y la mejora continua.
- Impacto directo en la promoción, protección y mantenimiento de la LM, contribuyendo a aumentar las cifras de lactancia y mejorar la salud materno-infantil.

Estas BBPP aporta valor añadido frente a iniciativas previas al ofrecer un modelo replicable, sostenible y basado en evidencia, que transforma la cultura organizativa y mejora los resultados en salud.

Población diana / ámbito de aplicación

Siguiendo los criterios del programa BPSO® la población diana: madres, recién nacidos y niños de edad igual o inferior a 2 años, nacidos sanos (sin síndromes clínicos), de parto único, de 34 semanas o más de gestación.

Criterios de exclusión: diadas de lactantes que acuden a AP con motivo de consultas de urgencias y procedimientos administrativos (pedir citas, solicitar informes médicos, administración de vacunas fuera del contexto de revisiones incluidas en el protocolo de salud infantil u otros procedimientos puntuales que no afecten a la LM).

Desde el BPSO®-Host CLM fomentamos la aplicación de las recomendaciones de BBPP a todas las diadas lactantes (madre-bebé) y monitorizamos resultados a nivel regional.

Ámbito de Aplicación: AH y AP.

Metodología

La implantación de la GBP se realiza siguiendo la metodología estructurada del Programa CCEC®/BPSO® que comprende seis fases: identificación del problema y formación de líderes en cada gerencia; adaptación al contexto local; análisis de barreras y facilitadores; implantación de intervenciones; monitorización y evaluación; y diseño de estrategias de sostenibilidad.

Este proceso incorpora elementos clave basados en evidencia: liderazgo enfermero con enfoque multiprofesional (matronas, enfermeras, médicos de familia, pediatras, técnicos auxiliares), planificación participativa, uso de estrategias combinadas, evaluación continua y retroalimentación.

Las acciones incluyen formación inicial, creación de equipos multidisciplinarios para la selección y operativización de las recomendaciones de la GBP, adaptación de protocolos y registros en la HC, difusión mediante materiales educativos y recursos digitales, evaluación con indicadores estandarizados y participación de asociaciones de madres.

Objetivos

General:

Implantar la GBP de RNAO sobre LM en el SESCO, garantizando cuidados basados en evidencia para la promoción, protección y mantenimiento de la LM.

Específicos:

- Incrementar las cifras de LME durante los primeros 6 meses.
- Mejorar el conocimiento y competencias de los profesionales sanitarios en la atención a madres lactantes.
- Asegurar la aplicación de recomendaciones de BBPP basadas en evidencia en todos los puntos de atención (AH y AP).
- Favorecer la participación activa de las madres en la toma de decisiones sobre la alimentación infantil.
- Evaluar el impacto de la implantación mediante indicadores de proceso y resultado.

Actuaciones realizadas

1. Formación inicial sobre metodología de implantación y metodología de evaluación a profesionales líderes del Programa de las gerencias adscritas.
2. Creación de grupos multidisciplinares de trabajo en las gerencias para iniciar la implantación, formación en cascada sobre implantación y sobre evaluación; revisión/adaptación de protocolos y registros consensuados entre todas las instituciones de SESCOAM.
3. Sesiones y jornadas de intercambio de información de BBPP. Difusión interna y externa de los resultados y logros conseguidos.
4. Desarrollo de trabajos de investigación sobre LM.
5. Trabajo en red con BPSO®-Host España y Host Regionales españoles, RNAO y el Consorcio Iberoamericano BPSO®. También con instituciones del SESCOAM.
6. Auditorías de asesoramiento a los centros BPSO® para seguimiento y calidad del proceso.
7. Análisis de indicadores regional a través del Cuadro de Mandos del SESCOAM y plataforma del Instituto de Salud Carlos III, asegurado evaluación continua y mejora.

Indicadores

Los indicadores que se evalúan son: Valoración y educación prenatal sobre LM; Intención de amamantar; Valoración de las tomas de lactancia con escala (LATCH) en las etapas 1, 2 y 3 de la lactogénesis; Educación postnatal sobre LM en AH y AP; Realización del CPP; momento de inicio y duración del CPP; Enseñanza de extracción manual de la leche materna; Inicio de LM en la primera hora de vida; LME en las primeras 24h de vida; Tipo de lactancia al alta hospitalaria; Tipo de lactancia desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria; Duración de la LM a los 6 meses, a los 12 meses y a los 2 años de vida (días); Duración total de la LME; Motivos de no inicio o abandono de la LM.

Además, estos indicadores están alineados con los propuestos por Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).

Recursos

Recursos humanos:

- Equipos de implantación de GBPs y equipos de evaluación en cada gerencia.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Profesionales de la Dirección General de Salud Digital del SESCOAM, responsables de la adaptación de los sistemas de historia clínica (HC) y del Cuadro de Mandos para el registro y análisis de indicadores.
- Equipo de formación de los Servicios Centrales del SESCOAM, encargado de diseñar y ejecutar la docencia sobre metodología BPSO® y recomendaciones de la GBP.

Recursos materiales:

- Materiales específicos como material educativo (folletos, cartelería, vídeos).

Recursos tecnológicos y organizativos:

- Plataformas digitales para formación y comunicación interna.
- Sistemas de HC informatizada adaptados (Mambrino XXI®, Turriano®).
- Herramientas de análisis de datos (Cuadro de Mandos del SESCOAM y plataforma del Instituto de Salud Carlos III).

Basada en la evidencia

El Programa CCEC®/BPSO® se basa en las GBP desarrolladas por RNAO, reconocidas internacionalmente por su rigor metodológico. Estas guías se elaboran mediante revisiones sistemáticas de la literatura y aplican estándares internacionales para la evaluación de la evidencia (GRADE). Antes de su publicación, se someten a consulta con partes interesadas, garantizando su relevancia y aplicabilidad.

Para facilitar la implantación y sostenibilidad, RNAO ofrece el “Leading Change Toolkit”, sustentado en dos marcos conceptuales basados en la evidencia. Además, proporciona recursos para el seguimiento y evaluación mediante indicadores específicos, permitiendo la monitorización de la aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica. La Integración de la formación de los profesionales sobre prácticas basadas en la evidencia sobre lactancia materna y la monitorización continua de indicadores de proceso y resultados en salud, nos permiten detectar áreas de mejora y actuar sobre ellas para mejorar la atención clínica y los resultados en lactancia.

Equidad

Las GBP promueven la equidad al aplicar recomendaciones basadas en la evidencia para todos los usuarios sin distinción. La reestructuración de la HC en todo el SESCOAM, con formularios e intervenciones normalizadas vinculadas a la implantación de las GBP, contribuye a reducir la variabilidad indeseada y garantiza un cuidado homogéneo y seguro en cualquier centro sanitario.

La implantación de BBPP en LM se desarrolla bajo un enfoque de equidad, asegurando acceso universal a información y apoyo, adaptando recursos a diferentes idiomas y contextos culturales, e incorporando acciones específicas para colectivos vulnerables (madres adolescentes, migrantes, con discapacidad o en riesgo social). Se promueve la igualdad de oportunidades en todos los centros, con indicadores que permiten identificar y corregir desigualdades. Este enfoque garantiza que la promoción, protección y mantenimiento de la LM sea un derecho efectivo para todas las madres y bebés, independientemente de su condición social, cultural o geográfica.

Sostenibilidad

La sostenibilidad es un pilar fundamental del Programa CCEC®/BPSO®. Desde la solicitud de participación, los centros deben definir cómo garantizarán la continuidad del programa en el tiempo. Tras la incorporación, los centros permanecen como candidatos durante los tres primeros años. Superada esta fase, se acreditan como centros CCEC®/BPSO® y cada dos años presentan un plan actualizado de sostenibilidad; si no cumplen los objetivos marcados, pierden el estatus BPSO®. Este requisito asegura el compromiso institucional y los recursos permanentes.

En el SESCOAM, la sostenibilidad se refuerza mediante la integración de las BBPP en la HC, protocolos asistenciales y formación continua. Se cuenta con líderes clínicos y equipos BPSO® que impulsan la práctica, junto con indicadores y auditorías periódicas para evaluar resultados, identificar barreras y aplicar mejoras. Este enfoque garantiza que la promoción y mantenimiento de la LM se consolide como un estándar de calidad.

Transferibilidad

La transferibilidad de la implantación es evidente gracias al modelo BPSO®. Las GBP de RNAO especifican los contextos en los que se ha buscado la evidencia, facilitando adaptar las recomendaciones a diferentes entornos asistenciales. Este enfoque permite aplicar la práctica tanto en AH como en AP, en áreas urbanas y rurales. Además, no se limita al centro que selecciona la guía: las modificaciones en la HC derivadas de cada GBP se implementan a nivel regional, de modo que todos los profesionales pueden registrar intervenciones basadas en la evidencia, estén o no en el Programa. La metodología estandarizada, el uso de herramientas como el Leading Change Toolkit y la red BPSO® favorecen la replicación en otros centros del SNS.

Efectividad

La implantación ha demostrado efectividad mediante la mejora de resultados organizativos y clínicos. Se ha impulsado la estandarización de protocolos, creación de Comisiones y Unidades de LM, bancos de leche y grupos de apoyo donde antes no existían. Para monitorizar la práctica, se utilizan indicadores de RNAO y propios del SESCOAM. Las auditorías confirman reducción de la variabilidad en intervenciones y aumento de satisfacción de los usuarios. Datos clave que

evidencian el impacto: el CPP aumentó del 4.55% en 2016 al 100% en 2025, representando un incremento porcentual del 2097.8%. La LME al alta aumentó del 63.64% al 78.95%, con un incremento del 24.06%. La educación postnatal antes del alta pasó del 5.88% al 57.14%, con un aumento del 871.76%. La formación continua de profesionales y el trabajo de apoyo y asesoramiento por el BPSO®-Host CLM está siendo efectivo y clave para consolidar la promoción y mantenimiento de la LM como estándar de calidad en los centros.

Eficiencia

La implantación de BBPP en LM se desarrolla bajo criterios de eficiencia, optimizando recursos y procesos. La integración de intervenciones normalizadas en la HC evita duplicidades y mejora la calidad del registro, reduciendo tiempos en la atención. Además, la práctica contribuye a disminuir consultas y hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con la lactancia, generando ahorro económico y mejorando la experiencia de las usuarias. La formación continua se organiza de forma estructurada y en cascada, minimizando costes y asegurando cobertura a todos los profesionales. Los equipos se configuran en forma piramidal: un líder y colíder del programa, líder y colíder de guía y un grupo de impulsores voluntarios que adaptan las recomendaciones al contexto y transmiten la formación a otros profesionales durante su jornada laboral, evitando costes adicionales y garantizando la eficacia del proceso.

Participación multidisciplinar

La implantación de BBPP en LM se sustenta en la participación multidisciplinar, garantizando un abordaje integral y coordinado. El equipo incluye profesionales de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, enfermeras especialistas en comunitaria, pediatría y obstetricia, facultativos de pediatría, obstetricia y medicina de familia, de AP y AH (paritorio/unidades toco-ginecológicas/cuidados-intensivos neonatales/pediátricos, pediatría), así como personal de gestión y tecnologías de la información. Aunque el liderazgo del programa recae en enfermería, hay impulsores de todas las categorías profesionales, ya que la multidisciplinariedad es fundamental para adaptarlo al contexto y consensuar los cambios en la práctica. Cada disciplina aporta su visión para asegurar la aplicabilidad y calidad de las intervenciones. La colaboración se articula mediante reuniones, comités y formación conjunta, promoviendo la integración de la práctica en todos los ámbitos asistenciales. Esta participación permite identificar barreras, proponer soluciones y garantizar que la promoción, protección y mantenimiento de la LM se realice con calidad, equidad y sostenibilidad.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial es esencial para la implantación de BBPP en LM, asegurando un impacto amplio y sostenible. Desde el BPSO®-Host CLM, se lidera la coordinación entre instituciones, creando equipos regionales para actualizar registros y conectando gerencias para compartir información y generar red. Se establecen alianzas estratégicas con Dirección General de Salud Digital para cambios en HC; con el Gabinete de Comunicación para difusión del

programa; y con el Servicio de Coordinación de Gestión de la Calidad y Mejora; el Servicio de información y Atención a Personas; Seguridad del Paciente; Dirección General de Asistencia Sanitaria; Dirección General de Recursos Humanos y Transformación, para organizar la formación continuada. Además, se colabora con la Consejería de Sanidad, el Instituto de Investigación Sanitaria, universidades y el Centro Español para Cuidados Basados en la Evidencia. También se impulsan acciones con asociaciones y ayuntamientos para campañas comunitarias y espacios de lactancia.

Evaluación

La evaluación es un componente esencial para garantizar la efectividad y sostenibilidad de la implantación. Se utilizan indicadores RNAO y propios del SESCOAM para monitorizar indicadores de proceso y resultados. La evaluación es participativa: profesionales clínicos de los centros que implantan la GBP son formados y entrenados para la recogida de datos y participan en la retroalimentación de los resultados dirigida a Direcciones de Enfermería, mandos intermedios, profesionales clínicos, Comisiones de Cuidados y de lactancia. El Programa exige subir datos anonimizados a dos plataformas, una nacional y otra internacional, para el seguimiento de la implantación. Estos datos son utilizados por los centros para reportes de retroalimentación y para hacer difusión científica. Desde el BPSO®-Host CLM la evaluación incluye auditorías periódicas y análisis de datos para comprobar avances y detectar áreas de mejora. Además, se dispone de un Cuadro de Mandos para evaluar las BBPP en cada gerencia

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CLM4-2: Impulsando el Cambio: Evidencia que Marca la Diferencia contra el Tabaco en Atención Primaria

Beatriz Cervera Monteagudo (1), M^a Teresa Huélamo Ruiz (1), Juliana Pardo Lahiguera (1), Consuelo Alfaro Orozco (1), M^a Isabel Solera Abad (1), Antonio Gálvez López (1), M^a Ángeles López Elche (1), Begoña Fernández Valverde (1), José Antonio Ballesteros Caverio (1), M^a Coral Olmo Martínez (1), Paula Celada Rubio (1)

(1) Gerencia de Atención Integrada de Cuenca, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Tabaquismo, atención primaria, cesación tabáquica, intervención breve, promoción de la salud, práctica basada en la evidencia, guía de práctica clínica.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad evitable. Además de ser causa directa de múltiples enfermedades, alrededor de la mitad de las personas que fuman morirán por causas atribuibles al tabaco.

En el Área de Salud de Cuenca en el año 2022 no disponíamos de datos fiables de prevalencia de consumo de tabaco, asumimos la prevalencia de Castilla la Mancha del estudio EDADES1 según la cual, en 2020, el 32,5% de las personas consumían tabaco a diario.

A pesar de la alta prevalencia del consumo de tabaco y su impacto en morbimortalidad, persiste una brecha entre las recomendaciones basadas en evidencia y su aplicación en Atención Primaria (AP); las barreras incluyen la percepción profesional sobre el problema, sus conocimientos para abordarlo y la facilidad para registrarlo en la historia clínica.

En la evaluación realizada en diciembre de 2021 antes de la puesta en marcha del proyecto se constató que un porcentaje muy bajo de profesionales preguntaban a los pacientes sobre el consumo de tabaco y realizaban intervenciones breves para el abandono del mismo en nuestra área de salud.

Tradicionalmente, la cesación tabáquica se ha gestionado en unidades especializadas hospitalarias o creadas ad hoc en AP, pero los estudios demuestran que equipos de atención primaria (EAP) bien formados están en posición privilegiada para intervenir de forma sistemática, sin crear estructuras adicionales que consumen recursos limitados y no garantizan equidad en el acceso.

Por otro lado, el abordaje desde Atención Primaria permite integrar el abandono del tabaco dentro de la prevención primaria y secundaria del manejo global del cáncer y las enfermedades crónicas.

Algunos autores calculan que alrededor del 70% de las personas fumadoras pasan por las consultas de AP al menos una vez al año. Este abordaje del tabaquismo basado en aspectos comunitarios y seguimiento longitudinal de las personas en AP le proporciona gran relevancia en el marco de esta convocatoria.

Otros centros del Sistema Nacional de Salud han utilizado una metodología similar para el problema del tabaquismo, sin embargo, mayoritariamente, se ha tratado de iniciativas que han abarcado sólo algunos centros de salud (CS) y basadas principalmente en unidades especializadas.

El valor añadido que aporta esta propuesta por tanto reside en que pone el foco en los profesionales de salud, extiende las buenas prácticas a todos los profesionales de todos los CS del Área de Salud de Cuenca sin necesidad de incrementar recursos humanos ni materiales, acercando la evidencia a los profesionales, generando equidad en el acceso a las buenas prácticas en tabaco para las personas. Crea “impulsores de buenas prácticas” en cada centro para integrar la evidencia en la práctica diaria y referentes “expertos” en diversos centros de salud para garantizar la asesoría a los profesionales. Además, fomenta el uso compartido de recursos y el trabajo en red para compartir experiencias, alineándose con planes nacionales como el PIT 2024-2027.

En resumen, demuestra que es posible integrar las intervenciones relacionadas con el tabaco en la práctica diaria de los profesionales en Atención Primaria mejorando los procesos y resultados en las personas.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca ha sido acreditada recientemente por el programa Internacional Best Practice Spotlight Organizations (BPSO©) de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), como BPSO© o Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC©) según la nomenclatura española.

En el año 2020 se crea en Castilla la Mancha el Host Regional de Castilla la Mancha de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados al amparo del programa nacional y lanza su primera convocatoria competitiva en 2021 en la que la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca fue seleccionada en como candidato a CCEC©.

Ser un BPSO© implica ser reconocido como una organización líder en la implementación de guías de práctica clínica (GPC) de RNAO. Los requisitos de candidatura incluyen implementar al menos 3 guías de práctica clínica RNAO.

Dado el gran componente de AP en nuestra provincia, decidimos implementar una se pudiese aplicar en la mayoría de sus recomendaciones en AP. En ese sentido, la GPC “Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de Tabaco en la Práctica Diaria”⁵ encajaba perfectamente con nuestro contexto por lo que decidimos seleccionarla para llevarla a nuestros 32 centros de salud.

La intervención principal ha consistido en la creación y formación de una red de impulsores de buenas prácticas en las intervenciones relacionadas con el tabaco. Los impulsores de buenas prácticas son profesionales sanitarios convencidos de la necesidad de la práctica basada en la

evidencia y dispuestos a mejorar los cuidados en su institución. Están dispuestos para innovar movilizándolo y apoyando a sus compañeros para la implantación de GPC.

El ámbito de aplicación de este proyecto han sido todos los centros de salud de la GAI de Cuenca, concretamente las acciones han ido dirigidas a que los profesionales implementasen las siguientes recomendaciones del a GPC.

- Recomendaciones para la práctica:
 - 1.1 Utilizar intervenciones breves para detectar en todas las personas cualquier consumo de tabaco e iniciar la intervención según sea apropiado (Nivel de evidencia Ia).
 - 3.1 Proporcionar a los pacientes intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico o derivarlos, si consumen tabaco y expresan su interés en reducir o abandonar su consumo (Nivel de evidencia Ia).
- Recomendaciones para la formación:
 - 5.1 Incorporar contenidos basados en la evidencia sobre las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en los programas de formación de los profesionales (Nivel de evidencia Ib)

Los elementos innovadores de esta propuesta tienen que ver con la metodología de implantación que reúne a todos los niveles de gestión en la institución al crear diferentes equipos trabajando de manera interrelacionada para conseguir los objetivos de implantación, desde el equipo coordinador de la implantación en la GAI en el que participan las direcciones, hasta equipos locales de implantación formados por impulsores de buenas prácticas y líderes de la GPC creando redes y compartiendo recursos. Además, la instauración de la evaluación mensual por parte de profesionales de AP permite la mejora continua del proyecto de implantación y promueve la accesibilidad de toda la población a prácticas basadas en evidencia al integrarlas en todos los centros de salud.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de esta buena práctica son los profesionales sanitarios que ejercen su trabajo en la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca y los residentes de la especialidad familiar y comunitaria, así como alumnos de la facultad de enfermería que se incorporan a la realización de prácticas curriculares en la GAI de Cuenca.

El ámbito de aplicación de la buena práctica son todos los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca

Metodología

La metodología empleada sigue las líneas del proyecto (CCEC®/BPSO®) que promueve la creación de una red de “impulsores de buenas prácticas” formados en metodología de implantación.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Las actividades desarrolladas han seguido las indicadas en el modelo del “Marco del Conocimiento a la Acción”:

1. Identificación de la evidencia a implantar
2. Análisis de brechas entre la evidencia y la práctica de los profesionales
3. Selección de líderes, co-líderes e impulsores para el equipo de implantación (EI) en la GAI de Cuenca
4. Formación en metodología de implantación del EI
5. Identificación de barreras y facilitadores y de partes interesadas en la implantación
6. Definición de estrategias de implantación
7. Revisión, selección, operativización y adaptación al contexto local de las recomendaciones a implantar en los CS
8. Pilotaje de implantación en 3 centros de salud
9. Evaluación de la práctica y feedback al centro

Objetivos

El objetivo principal del proyecto es integrar las actividades relacionadas con el tabaco en la práctica diaria de los profesionales de Atención Primaria del Área de Salud de Cuenca.

Objetivos específicos:

1. Crear de una red de impulsores de buenas prácticas relacionadas con el tabaco en AP
2. Mejorar de un 15% global en porcentaje de detección y registro en la historia clínica
3. electrónica del hábito tabáquico en AP
4. Sensibilizar y formar a los profesionales en la evidencia sobre el abordaje del tabaquismo desde Atención Primaria
1. Formar a residentes de atención familiar y comunitaria y alumnos de enfermería sobre las recomendaciones del a GPC
2. Evaluar la implantación de las recomendaciones
3. Realizar feedback a los centros y recoger propuestas de mejora
4. Coordinar con la Dirección del Área de Salud y proponer a las Direcciones Regionales la realización de las acciones de mejora necesarias.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones realizadas para conseguir los objetivos han sido:

- Creación de un equipo de implantación y de redes sociales (RRSS) para difundir el proyecto
- Difusión a los CS a través del correo electrónico, RRSS y en sesiones generales
- Identificación y formación en metodología de implantación de al menos un impulsor de buenas prácticas en tabaco en cada CS
- Formación a profesionales y residentes de atención familiar y comunitaria en las recomendaciones de la GPC
- Formación de formadores para la cesación tabáquica
- Realización de Seminarios en la Facultad de Enfermería de Cuenca sobre las recomendaciones de la GPC
- Creación y formación de un equipo de evaluadores de la implantación.
- Implantación de recomendaciones en los CS.
- Creación y difusión de protocolo y materiales para la cesación tabáquica.
- Sesiones de feedback a los CS.
- Difusión de los resultados de la implantación en foros científicos y a la población general a través de RRSS.

Indicadores

Los indicadores de evaluación propuestos tienen relación con los objetivos especificados más arriba:

Indicadores de proceso:

- Porcentaje de personas cribadas sobre el consumo de tabaco del total de atendidas en el centro de salud.
- Porcentaje de personas con consumo positivo a los que se realiza intervención breve.
- Porcentaje de personas con cribado positivo y quieren dejar de fumar a las que se realiza intervención intensiva/asesoramiento farmacológico.
- Número de cursos incluidos en el plan de formación de los profesionales con contenidos basados en la evidencia en intervenciones relacionadas con el tabaco.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Número de impulsores de buenas prácticas en el Área de Salud.
- Número de centros de salud con al menos un impulsor de buenas prácticas.
- Número de seguidores en las RRSS.

Recursos

Recursos humanos:

- Equipos de implantación de GPCs y equipos de evaluación en la GAI de Cuenca que dedican alrededor de 1 horas semanal al proyecto.
- Dirección de la GAI que dedica alrededor de 1-2 trimestrales a las reuniones de coordinación de la implantación.
- Líder del proyecto global en la GAI de Cuenca dedica alrededor de 7 horas semanales a la gestión de la implantación y evaluación de la GPC “Integrar las intervenciones relacionadas con el tabaco en práctica diaria de los profesionales”.
- 4-5 profesionales que realizan la formación de impulsores que dedican alrededor de 10 horas presenciales semestralmente

Recursos materiales, ninguno de ellos creado específicamente para el proyecto:

- Materiales específicos como material educativo (folletos, cartelería...).
- Recursos tecnológicos y organizativos.
- Plataformas digitales para formación y comunicación interna ya disponibles en la GAI.
- Sistemas de historia clínica informatizada Turriano®.
- Herramientas de análisis de datos (Cuadro de Mandos del SESCO).

Basada en la evidencia

El Programa CCEC®/BPSO® se basa en la implantación de GPCs desarrolladas por RNAO. Estas guías se elaboran mediante revisiones sistemáticas de la literatura y aplican estándares internacionales para la evaluación de la evidencia (GRADE). Antes de su publicación, se someten a consulta con partes interesadas, garantizando su relevancia y aplicabilidad.

Para facilitar la implantación además RNAO ofrece el “Leading Change Toolkit”³, sustentado en dos marcos conceptuales basados en la evidencia. Además, proporciona recursos para el seguimiento y evaluación mediante indicadores específicos, permitiendo la monitorización de la aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica.

Los profesionales son formados para que tengan conocimientos generales sobre práctica basada en la evidencia (PBE) además de sobre la evidencia específica relacionada con el abordaje del tabaquismo en AP y su evaluación, lo que crea cultura de PBE y de evaluación de la actividad asistencial respecto a las buenas prácticas.

Equidad

Implantar las recomendaciones de la guía RNAO sobre tabaco en toda un área de atención primaria promueve equidad al estandarizar la práctica basada en la evidencia respecto al tabaco para todos los pacientes, independientemente de su contexto socioeconómico o vulnerabilidad. Esto reduce desigualdades en el acceso a cesación tabáquica, promueve la integración de las actividades relacionadas con el tabaco tanto en la atención individual a las personas como en el siguiente nivel que promueve la perspectiva ecológica en promoción de la salud, que es el comunitario. La metodología RNAO asegura accesibilidad universal en primaria, alineada con políticas sin humo.

Uniformiza cuidados en centros de salud y consultorios, facilita apoyo farmacológico y motivacional en entornos accesibles, mejorando resultados en poblaciones desfavorecidas.

Además de integrar evaluación institucional para superar obstáculos, como falta de recursos, promoviendo estrategias interprofesionales que ayudan a superar barreras inclusivas.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantiza, en primer lugar, al poner el foco en los profesionales, facilitándoles el contexto organizativo y estructural que les permita la adherencia a las recomendaciones de la guía y su registro en la HCE. La GAI de Cuenca es referente a nivel regional en el abordaje del tabaquismo basado en evidencia y las recomendaciones para mejorar los registros son trasladadas a los Servicios Centrales de Servicio de Salud de Castilla la Mancha, que los implementa en toda la región.

Por otro lado, la creación de equipos de implantación y referentes en buenas prácticas en tabaco en diferentes CS del área facilita la sostenibilidad. También la inclusión en los planes de formación de los profesionales de la evidencia. Además, el proyecto se realiza con los profesionales de las plantillas e integrado con los recursos disponibles en el área de salud por lo que no depende de presupuestos económico.

Transferibilidad

El programa Best Practice Spotlight Organizations (BPSO©) de RNAO demuestra alta transferibilidad al expandirse globalmente desde Ontario a más de 30 países, mediante modelos adaptables a contextos locales. Su estructura con BPSO© Hosts facilita la replicación al delegar supervisión regional, permitiendo ajustes culturales y regulatorios mientras mantiene marcos estandarizados como "Knowledge-to-Action".

Este marco promueve la adaptación de las recomendaciones al contexto local identificando barreras y facilitadores in situ que facilitan la transferencia a cualquier entorno de atención primaria.

Efectividad

La efectividad desde el año 2022 que comenzamos el proyecto se demuestra con los incrementos en la realización global de los cribados de consumo de tabaco que han pasado del 4'8% (N=1345)

en la evolución basal en 2021 a 20% en 2024 (N=6134), $p=0.000$, con CS llegando al 60% de cribado.

32 de 32 centros de salud sensibilizados y con impulsores formados en todos los centros. Creación de una red de impulsores de 88 profesionales sanitarios en atención primaria. 3 cursos anuales de formación en evidencia sobre el abordaje del tabaquismo, jornadas y actividades comunitarias de sensibilización alrededor la celebración de día mundial sin humo.

Más de 400 seguidores en nuestras redes sociales.

Todos los alumnos de enfermería que se incorporan a las prácticas sensibilizados y formados para el cribado de tabaco y la realización de la intervención breve para la cesación.

Satisfacción de los profesionales y visibilidad social.

Eficiencia

El proyecto de abordaje del tabaquismo siguiendo la metodología del programa BPSO© se ha mostrado eficiente porque no ha necesitado la dedicación de recursos extraordinarios al mismo.

Los resultados en procesos y pacientes se han conseguido integrando liderazgo de los profesionales de primera línea de atención como impulsores de buenas prácticas y de los responsables de la implantación de GPC y de líder y colider del proyecto global en la institución con estructuras organizativas que implican todos los niveles de gestión apoyando las estrategias de implantación. La organización de las actividades se ha integrado bien en la práctica de los profesionales si requerir gran volumen de horas dedicadas al proyecto.

Se ha buscado maximizar el uso de recursos materiales y tecnológicos ya disponibles de manera que no ha supuesto un incremento en recursos necesarios.

La adaptación al contexto local ha permitido gestionar el proyecto y lograr resultados con los recursos disponibles en la GAI de Cuenca.

Participación multidisciplinar

La implantación de las recomendaciones de la GPC se sustenta en la participación multidisciplinar. Las acciones para la implantación implican a todos los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria que en el caso de nuestra GAI son mayoritariamente enfermeras y médicos y en algunos casos odontólogos, pediatras, fisioterapeutas y trabajadores sociales que se involucran según las capacidades competenciales de cada profesional en la puesta en marcha de las recomendaciones de la GPC. La colaboración se garantiza en primer lugar en los centros de salud donde la formación se ha dirigido y la han realizado tanto médicos como enfermeras. La red de impulsores de buenas prácticas en tabaco incluye profesionales de ambas categorías y los protocolos de implantación necesitan y definen el trabajo colaborativo de los equipos.

Respecto a la gestión, el proyecto se integra con otros profesionales como los de informática, comunicación o gestión en el área de salud.

Colaboración intersectorial

El proyecto ha sido validado y apoyado por las Sociedad de Patología Respiratoria de Castilla la Mancha (SOCAMPAR). Precisamente la evaluación de resultados del proyecto recibió el premio a la mejor comunicación en el 17 Congreso de SOCAMPAR en 2024.

Trabajamos en colaboración con la Universidad de Castilla la Mancha a través de la Facultad de Enfermería de Cuenca formando en estas buenas prácticas a los futuros profesionales de enfermería.

Realizamos acciones comunitarias en instituciones educativas y asociaciones. Colaboramos con la universidad en proyectos de investigación sobre tabaco.

Colaboramos con otros centros BPSO© de España para la mejora de la evaluación de las prácticas.

Colaboramos con prensa local en la difusión de temas de interés sobre tabaquismo.

Colaboramos con la Dirección General de Cuidados y Calidad y la Dirección General de Salud Pública de Castilla la Mancha en la mejora de registros y estrategias de implantación de buenas prácticas.

Evaluación

La puesta en marcha de este proyecto implica la evaluación mensual en los primeros años de implantación de los indicadores que reflejan el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC por parte de los profesionales, una vez conseguida la acreditación BPSO© si los resultados se mantienen se puede optar por evaluación trimestral de indicadores.

La evaluación se realiza mediante muestreo aleatorio sistemático de los al menos 30 pacientes de cada centro de salud vistos en la semana y días indicados por el proyecto en los calendarios facilitados al centro BPSO© para los indicadores de proceso y resultado de los pacientes.

Profesionales de los centros de salud formados en evaluación de indicadores realizan evaluación mensual de los datos anonimizados de los formularios de la HCE sobre tabaquismo.

Los datos se recogen, analizan por la líder del proyecto en la institución y se devuelven a los centros para la mejora continua.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CNT4-1: Consulta presencial de lactancia 365 días al año con disponibilidad telefónica 12 horas al día

Ana Jordá Lope (1), Beatriz Vega Santa-Cruz (1), Elena Gil Camarero (1), Pablo Sacristán (1),
Cristina Hoyos Leyva (1), Margarita Lavín (1), María Corrales (1), Ana Campos (1)

(1) Hospital de Laredo, Servicio Cántabro de Salud (Cantabria).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Lactancia materna, atención hospitalaria, promoción de la salud, continuidad asistencial, educación sanitaria, atención materno-infantil.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La leche materna constituye el alimento más adecuado y fundamental para el recién nacido humano durante su periodo de lactancia.

La pérdida de cultura de amamantamiento y la expansión de la lactancia artificial en nuestra sociedad, hace necesario ofrecer apoyo profesional estructurado a las madres lactantes durante el inicio de la lactancia materna tras el parto, durante su estancia en maternidad y al alta hospitalaria.

El abordaje multidisciplinar de madres y lactantes permite mejorar las tasas de lactancia materna así como prevenir y manejar las dificultades típicas de las primeras fases.

El hecho de que esta consulta se sitúe en la propia planta de maternidad de nuestro centro y sea realizada por el equipo habitual de enfermería de maternidad y de pediatras, facilita el conocimiento y manejo homogéneo de estos pacientes colaborando, además, con atención primaria y los grupos no profesionales de apoyo a la lactancia materna presentes en nuestro entorno.

Esta práctica se alinea con el paso 10 de la Iniciativa para la Humanización a la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), a la que nuestro centro está adherida, garantizando continuidad asistencial y educación estructurada de la madre y la familia.

Esta prestación, si bien se centra en los primeros días, permite asesorar a nuestros pacientes (binomino madre-hijo) durante la duración completa del periodo de lactancia materna, participando también en otros momentos evolutivos como el destete o la introducción de la alimentación complementaria, aportando un valor añadido respecto a intervenciones puntuales o menos coordinadas existentes previamente.

La magnitud del problema se refleja en las tasas de lactancia materna exclusiva al alta y en los primeros meses, donde persiste un abandono precoz por dificultades técnicas o falta de apoyo. La consulta hospitalaria ofrece una respuesta estructurada, basada en evidencia, con seguimiento sistemático y registro de resultados, contribuyendo a mejorar la salud materno-infantil y la experiencia de las familias.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

La consecución y el mantenimiento de la lactancia materna como alimento principal de los lactantes, hasta al menos los 6 meses de edad (según la propia OMS recomienda), debe ser un objetivo prioritario en los sistemas locales de salud, las instituciones y los propios profesionales, por todos los beneficios nutricionales, evolutivos, inmunológicos, emocionales e incluso ecológicos que supone para el niño, la madre, la familia y la propia sociedad.

La correcta formación de los profesionales, así como su intervención en los momentos adecuados (al inicio, durante los primeros días y en los meses siguientes) mejora la instauración correcta de la lactancia materna y su mantenimiento, aumentando las tasas de la misma en nuestro medio.

Desde la acreditación IHAN, varios profesionales de nuestro hospital respondían consultas telefónicas sobre lactancia materna todo el año. Ocasionalmente³ esas llamadas generaban consultas presenciales. El mantenimiento de este sistema de consulta junto con la creación de agendas específicas tanto para los facultativos (pediatras) como para el personal de enfermería de la planta de maternidad, han permitido organizar la atención presencial diaria a madres lactantes y sus hijos, continuando los cuidados iniciados durante la estancia puerperal en unos e instaurándose en otros de nuevo en partos fuera de nuestro centro.

La consulta de lactancia es una prestación multidisciplinar en la que personal facultativo y de enfermería cualificado evalúan estado físico de las mamás y del lactante, realizan observación de las tomas y proporciona educación estructurada a las familias. Esta valoración integral permite mejorar la técnica de lactancia materna, disminuir el dolor, aumentar el conocimiento del comportamiento del propio lactante y favorecer la adherencia a la lactancia materna.

Ubicada en la propia planta de maternidad, la consulta asegura seguimiento cercano de los binomios madre-hijo y facilita la coordinación con atención primaria y grupos comunitarios de apoyo.

Las gestantes reciben información sobre esta prestación (disponibilidad de teléfono de consulta y valoración presencial) durante el control del embarazo por sus matronas (centro de salud) y obstetras de nuestro centro. Pueden ser derivadas directamente al alta de maternidad, desde los centros de salud (matronas y/o pediatras), por los grupos de apoyo a la lactancia materna o acudir por sus propios medios por recomendación de otras madres. Se trata por tanto de una prestación de libre acceso, cuyo único requisito administrativo es que el recién nacido tenga historia clínica en nuestro servicio de salud, situación que, de no suceder, se subsana a través del Servicio de Admisión del Hospital.

Como elementos diferenciales, ofrece atención diaria presencial organizada, intervención precoz y sistemática, educación estructurada y seguimiento continuado, garantizando la continuidad asistencial y cumpliendo los Diez Pasos de la Iniciativa IHAN, especialmente el Paso 10. Esta práctica mejora la experiencia de las familias, favorece la instauración y mantenimiento de la lactancia materna, y constituye un modelo transferible y sostenible dentro del sistema sanitario.

Población diana / ámbito de aplicación

Nuestro centro es el hospital de referencia de una de las Áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma. En él se atiende a una población aproximada de 100.000 habitantes, con unos 280 partos al año.

La consulta está abierta para cualquier madre que esté lactando así como cualquier lactante, independientemente de su edad, lugar de residencia o lugar de nacimiento.

La atención puede realizarse de forma presencial en nuestra consulta o mediante consulta telefónica, disponible también para otros profesionales sanitarios que necesiten orientación. Se prioriza la atención a madres y lactantes con situaciones de mayor vulnerabilidad o necesidades especiales, garantizando cobertura equitativa y accesible.

Metodología

La colaboración con el Servicio de Admisión y el uso del sistema de citación del centro, permite una mejor gestión de los tiempos de consulta, así como registro informático de la misma e introducción de la información generada en la historia clínica electrónica del paciente.

Conocidos los tiempos aproximados de cada consulta (valoración del lactante, de las mamas y observación completa de una toma), se planificaron los huecos adecuados en número y duración, teniendo en cuenta que esta actividad, además, la realiza el personal encargado de atender a los niños hospitalizados (recién nacidos y otros) en nuestro centro.

Existen dos tipos de agendas: de facultativos (nuevas o sucesivas visitas) y de enfermería (por procedimientos), facilitando seguimiento y diagnóstico.

Tras valoración los profesionales registran informáticamente las actividades realizadas, constantes (peso y si es preciso bilirrubina transcutánea), las medidas tomadas y recomendaciones, así como futuras citas, presenciales o telefónicas según cada situación.

Objetivos

Objetivo principal:

Favorecer el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en madres y lactantes atendidos en la consulta hospitalaria mediante la observación sistemática y guiada de las tomas, logrando al menos un 75 % de lactancia materna exclusiva al alta de maternidad.

Objetivos específicos (SMART)

1. Posición y técnica de lactancia: Instruir al 100 % de las madres atendidas en la consulta sobre posiciones de amamantamiento priorizando la posición biológica como la más indicada.
2. Problemas mamarios: Identificar y manejar tempranamente complicaciones mamarias (grietas, ingurgitación, mastitis, obstrucción de conductos) en al menos el 90 % de los casos detectados.
3. Problemas del lactante: Detectar y resolver dificultades de alimentación y otros problemas.

del lactante en el 90 % de los casos atendidos, documentando las intervenciones en la historia clínica.

4. Uso de fármacos: Optimizar el uso de antibióticos y otros fármacos en problemas mamarios, aplicando guías clínicas en el 100 % de los casos que lo requieran.
5. Educación continua: Brindar educación y seguimiento estructurado a madres y familias para mejorar adherencia y satisfacción.

Actuaciones realizadas

- Atención individualizada diaria a binomios madre-lactante durante hospitalización, incluyendo evaluación de agarre, observación de tomas (empleo de escalas validadas y valoración de mamas y lactante).
- Enseñanza de técnicas de amamantamiento (enfaticando posición biológica) y manejo de lactancia a todas las madres.
- Identificación temprana y manejo de problemas mamarios (grietas, ingurgitación, mastitis, obstrucción de conductos, perlas, galactoceles) aplicando protocolos clínicos basados en evidencia.
- Detección y resolución de dificultades de alimentación y problemas del lactante, registrando intervenciones y seguimiento en historia clínica electrónica.
- Educación continua.
- Soporte telefónico diario (12 horas al día, 7 días a la semana) con asesor de lactancia.
- Coordinación multidisciplinar con obstetricia, atención primaria y grupos comunitarios de apoyo, asegurando continuidad asistencial y registro de todas las actuaciones.

Indicadores

Estructura y proceso:

- Número total y mensual de consultas atendidas y relación con los partos.
- Distribución de motivos de consulta mediante registro de enfermería.
- Proporción de consultas registradas correctamente en historia clínica electrónica.

Resultado y efectividad:

- Tasa de lactancia materna exclusiva al alta (≥ 75 %).
- Porcentaje de problemas mamarios y dificultades del lactante resueltos.
- Número de intervenciones farmacológicas adecuadas según guías clínicas.

- Seguimiento tras el alta realizado según protocolo.
- Satisfacción de usuarias (incorporación de encuestas y análisis de las mismas).

Recursos

La consulta de lactancia es atendida todos los días del año en la planta de maternidad de nuestro hospital, por el personal de enfermería encargado de los recién nacidos sanos y los niños ingresados, así como por el pediatra de planta (de forma general, de la plantilla propia del centro).

De ser necesario, puede solicitarse la valoración del ginecólogo de planta.

Se ubica en la sala de exploración de los recién nacidos, situada en propia planta, que dispone de camilla, peso, bilirrubinómetro transcutáneo, sillón específico reclinable para lactancia materna. Cuenta con material específico para ayuda a la lactancia (sacaleches, colectores, apósitos).

El registro se realiza en historia clínica electrónica, garantizando seguimiento, trazabilidad y soporte para evaluación continua.

Basada en la evidencia

La organización de esta consulta, así como la atención telefónica concomitante, se enmarcan dentro de los objetivos de la Iniciativa a la Humanización al Nacimiento y a la Lactancia, que en su paso 10 indica que es preciso hacer un apoyo al alta a las madres que amamantan.

La valoración y manejo de problemas de lactancia, de las mamas o del propio lactante, por parte de profesionales formados, es un paso añadido a la participación de las familias en los grupos de apoyo a la lactancia.

Los protocolos se sustentan en guías internacionales (OMS, UNICEF, IHAN) y literatura científica, asegurando seguridad, eficacia y homogeneidad en la atención.

Equidad

En nuestra consulta se atienden los lactantes y madres que estén lactando que precisan valoración con independencia de edad, lugar de nacimiento y domicilio, garantizando atención equitativa.

Del mismo modo, el acceso a nuestro teléfono de consulta es libre (dado que se trata de un móvil) tanto para pacientes como para los profesionales que lo requieran.

Se prioriza la inclusión de situaciones de vulnerabilidad y el registro sistemático permite detectar y corregir posibles inequidades, asegurando cobertura integral y seguimiento continuo.

Sostenibilidad

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Los recursos humanos y materiales son los existentes en la propia planta de maternidad para el cuidado y valoración de los recién nacidos, lactantes y puérperas de nuestro centro, permitiendo atención diaria durante todo el año sin incremento significativo de plantilla.

El equipamiento disponible y el registro informatizado aseguran continuidad, calidad y trazabilidad.

La integración en la rutina de la planta garantiza eficiencia y sostenibilidad a largo plazo.

Transferibilidad

El sistema de citación y registro informatizado facilita gestión eficiente, documentación completa y seguimiento en historia clínica electrónica.

Los protocolos estandarizados y equipamiento disponible facilitan atención integral y continuidad asistencial en distintos contextos.

Todo ello permite que este modelo pueda replicarse en otros centros con servicios de maternidad y pediatría.

Efectividad

Se mide mediante indicadores de proceso (número de consultas, registro completo), resultado (lactancia materna exclusiva, resolución de problemas). Se están elaborando encuestas que permitan conocer el grado de satisfacción de usuarias.

El seguimiento continuo permite ajustar protocolos y mejorar resultados, asegurando cumplimiento de objetivos y calidad asistencial.

Eficiencia

La organización con recursos existentes y agendas específicas optimiza tiempos, evita duplicidad y disminuye inversión en profesionales y materiales.

La coordinación multidisciplinar y con atención primaria maximiza resultados con recursos disponibles, reduciendo reconsultas y complicaciones.

Participación multidisciplinar

La valoración de madres y lactante es iniciada con la acogida por parte del personal de enfermería, que de ser necesario realiza además procedimientos concretos (peso, medida de bilirrubina transcutánea), para completarse posteriormente con la valoración del pediatra responsable de planta.

En algunas ocasiones (problemas mamarios concretos o derivados de la vía del parto), se realiza consulta inmediata con el ginecólogo para completar la valoración integral del binomio madre-hijo.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Esta coordinación permite identificar, prevenir y tratar problemas tempranos, optimizando la lactancia y bienestar del binomio.

Colaboración intersectorial

Se coordina con atención primaria y grupos comunitarios de apoyo a la lactancia para garantizar continuidad y seguimiento.

El registro electrónico facilita flujo seguro de información entre distintos niveles asistenciales.

Además, se cumplimenta la cartilla de seguimiento infantil para registro de constantes y acceso rápido a las mismas entre los profesionales.

Esta colaboración asegura atención coherente, continua y accesible, mejorando la adherencia a la lactancia materna y los resultados de salud materno-infantil.

Evaluación

Se realiza mediante indicadores estructurados, alineados con objetivos SMART: consultas atendidas, registros completos, motivos de consulta, lactancia materna exclusiva, resolución de problemas y satisfacción de usuarias (en proceso).

El seguimiento continuo permite identificar áreas de mejora, ajustar protocolos y garantizar coherencia asistencial.

Los datos se utilizan para retroalimentación interna, planificación de recursos y formación, asegurando sostenibilidad, efectividad y calidad de la práctica.

La evaluación es periódica y sistemática, con revisión anual y propuestas de mejora continua.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CNT4-2: Creación de una Red de Centros Sanitarios Sin Humo

M.^a Antonia Rueda Gutiérrez (1), Mónica del Amo Santiago (2), Blanca María Benito Fernández (3), Emma del Castillo Sedano (3), Ana Paula Medina Millán (4), Alejandra Ugarte Santos (4),
María Paz Zúñiga Lenzi (4)

(1) Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud del Gobierno de Cantabria, (2) Gerencia de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud (SCS), (3) Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social, Consejería de Salud del Gobierno de Cantabria, (4) Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL), Cantabria.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Tabaquismo, salud pública, prevención, espacios sin humo, atención primaria, promoción de la salud, red sanitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El tabaco es la causa aislada de mortalidad más prevenible en el mundo. El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad.

En España fallece cada año como consecuencia del consumo de tabaco un número de personas que representa el 16 por ciento de todas las muertes ocurridas en población mayor de treinta y cinco años. En Cantabria, en el año 2006 alcanzó el 16,8%, 6% del total de las muertes de mujeres y 21% de las de hombres. Es de resaltar que de las muertes causadas por el consumo de tabaco en Cantabria, el 33,42% en hombres y el 40% en mujeres se producen entre los 35 y los 65 años, lo que implica un importante número de años potenciales de vida perdidos.

Asimismo, hay evidencia de que la exposición al humo ambiental de tabaco es causa de mortalidad, enfermedad y discapacidad. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer de la OMS ha determinado que la exposición al aire contaminado por humo de tabaco es carcinogénica en los seres humanos.

Garantizar espacios libres de humo a la ciudadanía es un hecho, gracias a la Ley 28/2005 y su modificación, la Ley 42/2010. En los centros sanitarios de Cantabria, se realizó un estudio de presencia de nicotina antes y después de la entrada en vigor de la Ley (en 2005, 2006 y 2007) con una significativa reducción de la presencia de nicotina y de la cantidad media de nicotina en los centros de salud y un descenso del 40% del número de muestras con presencia de nicotina en hospitales, aunque las concentraciones medias seguían siendo elevadas.

La promoción de los espacios sin humo alcanza su máxima prioridad en los centros sanitarios que representan un importante escaparate para gran parte de la población.

La importancia como colectivo modélico de los profesionales sanitarios, hace necesario realizar un esfuerzo para ofrecer apoyo a la cesación tabáquica a los profesionales en horario laboral.

El Servicio Cántabro de Salud incluyó en su cartera de servicios en 2005 la atención a las personas fumadoras, tanto en su vertiente preventiva como en la de tratamiento, pero se hace necesario seguir reforzándola mediante la formación de los profesionales y la facilitación de material de sensibilización y de apoyo.

La creación de una red supone tener una imagen corporativa común, facilitar el intercambio de experiencias, el apoyo entre los centros y poder comparar los resultados mediante la utilización de los mismos instrumentos de evaluación.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

En 2015, se crea la Red Cántabra de Centros Sanitarios Sin Humo con el espíritu de conseguir unos centros sanitarios 100% libres de humo, que cumplan con la legislación, que garanticen una atención integral a las personas fumadoras y en los que los profesionales dispongan de los medios adecuados para realizar esta atención.

Va dirigida, sobre todo, a desarrollar una estrategia común y coordinada entre los servicios sanitarios trabajando en la promoción de la salud, la prevención, el control y el tratamiento del tabaquismo, para así luchar contra el grave problema de salud pública que supone el consumo de tabaco.

La Red entró a formar parte como miembro corporativo de la European Network for Tobacco-Free Healthcare Services, adoptando sus estándares.

A lo largo de los 10 años de existencia, han pasado a ser miembros de la red todos los centros sanitarios públicos de la comunidad, aunque está abierta a los centros privados interesados.

La coordinación de la red depende de la Dirección general de Salud Pública. El coordinador/ra es un profesional del Servicio Cántabro de Salud con formación y experiencia en tabaquismo y el Comité técnico lo forman profesionales de la Dirección General de Salud Pública especialistas en tabaquismo. Sus funciones son:

- Promover, desarrollar y coordinar la red autonómica.
- Investigar y recoger información sobre la situación del control y abordaje del consumo de tabaco a nivel de la comunidad y nacional.
- Identificar buenas prácticas, compartirlas con los miembros de la Red y difundirlas a los centros sanitarios interesados y a otras redes.
- Desarrollar un procedimiento de certificación dirigido a obtener distintos niveles de calidad: bronce, plata y oro, al amparo de las directrices de la Global Network for Tobacco Free Health Care Services.
- Realizar las actuaciones como miembro corporativo de coordinación con la Global Network for Tobacco Free Health Care Services (GNTH).

A lo largo de los años, la red se ha convertido en un referente para los profesionales en el abordaje del consumo de tabaco y de los nuevos productos, teniendo siempre informados a los profesionales de las novedades que se producen en relación al tratamiento y en la prevención.

Apoya a los centros en sus actuaciones con la comunidad, proporcionando la información o materiales que necesiten.

Que el peso de la organización recaiga en los profesionales de la Dirección General de Salud Pública permite dedicar más tiempo a la planificación de la formación, la creación de materiales y la actualización de la información. De este modo, se proporciona a los profesionales sanitarios

información actualizada y se resuelven sus dificultades, para que el abordaje del tabaquismo se convierta en una prioridad en su práctica clínica, minimizando al máximo las limitaciones derivadas del escaso tiempo disponible.

Se ha creado un cuestionario online para que los centros vayan evaluando sus progresos y todos los años se realiza un reconocimiento de sus logros en jornadas que permiten que expongan sus actuaciones más relevantes.

Población diana / ámbito de aplicación:

La red está abierta a todos los centros sanitarios de la comunidad autónoma de Cantabria, tanto públicos como privados.

Sus actividades están dirigidas a proteger la salud:

- de toda la población mediante la prevención,
- de mejorar la salud de las personas fumadoras mediante los programas de apoyo a la cesación tabáquica y
- de los profesionales de los centros sanitarios ofertándoles programas de cesación tabáquica en su horario laboral.

Metodología:

Creación de un Comité Técnico formado por técnicos del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, (Dirección General de Salud Pública) y del Servicio Cántabro de Salud.

Los centros sanitarios interesados en formar parte de la red, deben cumplir una serie de requisitos:

- Implicar al equipo directivo (director, coordinador, responsable...) en la toma de decisiones.
- Sensibilizar a los trabajadores y usuarios del centro sanitario.
- Crear un comité promotor multidisciplinar para el desarrollo de las actuaciones.
- Designar a la persona responsable del programa en el centro sanitario.
- Elaborar un plan de acción y cronograma.
- Facilitar el acceso de los trabajadores y usuarios fumadores a programas de deshabituación tabáquica.
- Establecer un programa de evaluación.
- Facilitar la realización de encuestas tanto a profesionales como a población general.

Se mantiene contacto continuo a través de un correo electrónico y de whatsapp y mediante jornadas técnicas a las que se invita a todos los responsables.

Objetivos:

- Informar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre el impacto en la salud del consumo de tabaco y nicotina y concienciarles de su función modélica y papel en la prevención y el control del tabaquismo.
- Disminuir la prevalencia de fumadores entre los trabajadores de centros sanitarios y facilitar la deshabituación a los que deseen dejar de fumar.
- Ayudar a los pacientes a dejar de fumar proporcionando formación a los profesionales sanitarios para que puedan realizar un adecuado abordaje.
- Proteger la salud de los trabajadores y usuarios evitando su exposición al humo ambiental de tabaco y facilitando el cumplimiento de la normativa vigente de no fumar mediante unos cambios estables en el tiempo a través de un proceso de consenso y siendo respetuoso con las personas.
- Potenciar la participación de los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales en las actividades de prevención y control del consumo de tabaco.

Actuaciones realizadas:

- Actualización del protocolo de cesación de tabaco y nicotina en la aplicación informática de atención primaria.
- Diseño de materiales para pacientes de apoyo a la cesación de folletos informativos y de señalización para los centros.
- Organización de actividades de prevención del consumo de tabaco y nuevos productos (vapeadores) para realizar en centros educativos.
- Sesiones clínicas de actualización del tratamiento para la cesación tabáquica y sobre nuevas formas de consumo.
- Cursos online sobre tabaquismo.
- Talleres de cesación del consumo de tabaco y nicotina en formato grupal.
- Grupos de cesación tabáquica dirigidos a trabajadores del Servicio Cántabro de Salud, organizados por la Dirección General de Salud Pública.
- Organización de jornadas y reuniones técnicas anuales.
- Realización de encuestas: prevalencia de consumo de tabaco de los trabajadores; abordaje del tabaquismo que realizan los profesionales; exposición al humo ambiental de tabaco, consumo de tabaco y nuevos productos y percepción del riesgo de la población general.

Indicadores

- Número de centros sanitarios adheridos a la red
- Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores de centros sanitarios
- Número de pacientes que inician tratamiento para dejar de fumar

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Número de cursos y talleres sobre tabaco y nuevas formas de consumo
- Número de profesionales que realizan formación sobre tabaquismo y nuevos productos de tabaco y nicotina
- Número de centros que realizan actividades comunitarias

Recursos

La Dirección general de Salud Pública (DGSP) promueve y financia la Red.

La red cuenta con el apoyo de una serie de medidas y actuaciones:

- Formación en abordaje del consumo de tabaco y nicotina dirigida a profesionales sanitarios organizada por la DGSP.
- La elaboración, edición y distribución entre todos los profesionales sanitarios de manuales y guías de abordaje del tabaquismo.
- Materiales de sensibilización editados por la DGSP.
- Señalización de la prohibición de fumar y vapear de acuerdo a la normativa vigente a nivel nacional y autonómico tanto para el interior como para el exterior de los centros.
- Materiales de apoyo en la cesación para los pacientes y dotación de un cooxímetro para cada centro de salud para realizar mediciones de monóxido de carbono en aire expirado, así como mantenimiento de los mismos.
- Apoyo a los miembros de las técnicas del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.

Basada en la evidencia

La evidencia es concluyente de la eficacia de las distintas intervenciones para dejar de fumar, teniendo una relación dosis respuesta con la duración de la intervención y aumentando las tasas de abstinencia el tratamiento aplicado por diversos tipos de profesionales sanitarios y la aplicación de múltiples formatos.

La creación de la red fomenta el establecimiento de relaciones eficaces entre los profesionales con aumento de la participación activa, ofreciendo un espacio donde sean escuchados; mejora el intercambio de experiencias; refuerza la motivación para realizar el abordaje y su papel modélico; proporciona actualización continua de los conocimientos y aumenta la sensibilización sobre la exposición al humo ambiental de tabaco para proteger la salud en toda la población.

Equidad

La existencia de la red permite que centros de salud más aislados geográficamente, con población más vulnerable, más pequeños, se benefician de la experiencia de centros más grandes, con más personal y situados más cercanos unos a otros. Ello se refleja en proporcionar a los pacientes más vulnerables (con menor apoyo social, que residen en áreas más desfavorecidas, etc) distintos formatos de tratamiento y aumenta la sensibilidad de la población sobre el humo de segunda y de tercera mano, lo que protege especialmente a menores, ancianos y personas dependientes.

Sostenibilidad

- Compromiso institucional para la implementación de los estándares de la red Global de Centros sin humo
- Integración de políticas libres de humo en los centros
- Capacidad de adaptación ante nuevos productos de nicotina (vapeadores, tabaco calentado)
- Recursos humanos y financieros estables para formación y seguimiento.
- Se cuenta con un procedimiento de recogida de datos para monitorizar la implementación.
- Los datos son evaluados para mejorar la implementación y el plan de acción anual.

Transferibilidad

La red utiliza estándares globales comunes, que permiten que cualquier centro sanitario (hospital, centro de salud, atención primaria) pueda implementar la política libre de humo.

Guías paso a paso de ENSH / Global Network facilitan la adaptación al tamaño del centro, recursos disponibles y contexto local.

La certificación o acreditación de la red funciona como modelo replicable para otros centros.

Efectividad

- Reducción del consumo de tabaco entre profesionales sanitarios.
- Está demostrado: los centros que implementan programas libres de humo logran mayor descenso que los centros sin red.
- Mayor cumplimiento de espacios sin humo dando lugar a menos exposición al humo ambiental.
- Incremento en la oferta de intervenciones de cesación (formación, consejo breve, protocolos).
- Mejor cultura organizacional libre de tabaco, con normas claras y mecanismos de seguimiento.
- Mayor derivación a programas de deshabituación.

Eficiencia

Uso de herramientas y materiales comunes como la formación, maximizando el impacto sanitario con recursos limitados. La eficiencia se potencia al integrar procesos de cesación, educación y control de espacios libres de humo en la rutina diaria de los centros.

Participación multidisciplinar

La red está formada por distintos perfiles profesionales, fomentando la participación de todos los estamentos, de medicina y enfermería a psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, auxiliares de clínica, administrativos, celadores, técnicos, personal de seguridad, etc, adecuando su actuación en la prevención y control del tabaquismo a sus funciones laborales.

Colaboración intersectorial

En relación a la colaboración intersectorial, la red mantiene relaciones estrechas con la Dirección General de Salud Pública, Ayuntamientos y Centros Escolares.

Evaluación

- El 100% de los centros sanitarios del Servicio Cántabro de Salud, (Atención Primaria y hospitales) forman parte de la red.
- Cada centro sanitario tiene una persona o equipo responsable de tabaco y dispone de un cooxímetro como apoyo a la cesación.
- La prevalencia de consumo de tabaco ha disminuido en profesionales sanitarios de AP, desde el 2004 al 2024, del 25,0% al 9,0% (22,1% al 6,9% en médicos; del 28,6% al 11,2% en enfermería). La proporción de no fumadores aumentó del 40,9% al 59,6% en médicos y del 33,3% al 48,3% en enfermería.
- El número de pacientes que iniciaron anualmente cesación aumentó de 732 en 2015 a 3873 en 2024.
- Señalización en todos los centros, interior y exterior, recordando la prohibición de fumar y vapear, y folletos informativos.
- Se realizan acciones comunitarias y colaboraciones con centros educativos.
- Todos los centros tienen sesiones clínicas sobre consumo de tabaco y nuevos productos de consumo.
- Se realizan cursos online acreditados anualmente sobre tabaquismo y talleres para dejar de fumar en formato grupal.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL4-1: Programas multidisciplinares desde Fisioterapia Comunitaria con enfoque salutogénico: “Activa a túa saúde” (“Activa tu salud”)

Tirso Docampo Ferreira (1), Margarita Prego Sobral (1), María Jesús Martínez Martínez (1), Noa Siñuela González (1), David Rodríguez Lorenzo (1), Raúl José González González (1), Rosa María Morais Rodríguez (1)

(1) Área Sanitaria de Vigo, Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Fisioterapia comunitaria, actividad física, dolor crónico, autocuidado, educación para la salud, atención primaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El Programa “Activa a túa saúde” (Activa tu salud), desarrollado en el Área Sanitaria de Vigo, constituye una intervención innovadora de Fisioterapia comunitaria basada en un sólido enfoque salutogénico, orientado a dar respuesta a la elevada prevalencia de las enfermedades musculoesqueléticas y a la creciente cronicidad asociada a ellas. Este programa se enmarca en un cambio de paradigma asistencial, pasando de un modelo patogénico centrado en la enfermedad y el síntoma, a un modelo que prioriza la identificación y el fortalecimiento de los activos para la salud, promoviendo la autonomía y el autocuidado de la población.

Su relevancia es especialmente significativa en el contexto de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, concretamente en el área dedicada a la promoción de la actividad física y la movilidad activa, y mantiene una alineación directa con la Estrategia Gallega de Salud 2030. En Galicia, el 90 % de las personas con enfermedades reumatológicas padecen dolor, y el dolor crónico afecta al 26,7 % de la población, convirtiéndose en un importante problema de salud pública. En el área industrial de Vigo, además, el dolor crónico es responsable de más del 20 % de las bajas laborales de larga duración, con un impacto directo en la calidad de vida, la productividad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas representan la principal causa de años vividos con discapacidad a nivel global y constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y en las Unidades de Fisioterapia. Su evolución se ve agravada por factores como el sedentarismo, el sobrepeso, la baja alfabetización en salud, la kinesiofobia y el catastrofismo, muy presentes en una población envejecida y territorialmente dispersa, como la del Área Sanitaria de Vigo, donde coexisten entornos urbanos densos y zonas rurales.

La evidencia científica demuestra que la combinación de educación para la salud y ejercicio terapéutico es la intervención más eficaz para el abordaje del dolor crónico y la mejora funcional; sin embargo, su implementación comunitaria sigue siendo limitada. En este contexto, “Activa a túa saúde” (Activa tu salud), surge como una respuesta eficiente y equitativa, ofreciendo un abordaje biopsicosocial centrado en la persona, que fomenta hábitos activos, seguridad en el movimiento y continuidad del cuidado.

El programa se vincula de manera estratégica con el Plan Obesidade Zero 2022-2030 de la Xunta de Galicia, posicionando a la Fisioterapia como un agente clave en la lucha contra el sedentarismo, la obesidad, la fragilidad y la dependencia. Su formato grupal reduce la demanda asistencial, favorece la humanización de la atención, mejora la adherencia y lo convierte en una intervención replicable, sostenible y con un alto impacto en la salud comunitaria.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan)

Desde Fisioterapia comunitaria se han desarrollado diversos programas de intervención, entre los que destaca “Activa a túa saúde” (“Activa tu salud”), por ser el más ampliamente implementado. Se trata de un programa grupal de fisioterapia comunitaria dirigido a personas adultas con patologías musculoesqueléticas crónicas, diseñado como respuesta a las necesidades actuales de la Atención Primaria.

En la práctica clínica, el programa proporciona a las personas participantes herramientas cognitivas y físicas que favorecen la recuperación del control sobre su vida. Mediante la Educación en Neurociencia del Dolor y el Ejercicio Terapéutico, se persigue la reducción del catastrofismo y la kinesiofobia, alejándose del modelo tradicional basado en tratamientos pasivos en camilla. De este modo, las salas de Fisioterapia de Atención Primaria y los espacios comunitarios se transforman en entornos de aprendizaje, capacitación y empoderamiento, promoviendo la autonomía del paciente.

El programa adopta un enfoque biopsicosocial, integrando la identificación y potenciación de los activos para la salud, como las zonas verdes para la práctica de actividad física, los grupos sociales de los centros culturales o el propio conocimiento corporal del paciente. Esta estrategia contribuye a mejorar la resiliencia individual y colectiva y a garantizar la sostenibilidad de los cambios adquiridos. La evidencia científica respalda que la combinación de Educación para la Salud (EpS) y Ejercicio Terapéutico (ET) constituye una de las estrategias más eficaces para mejorar la funcionalidad y reducir la dependencia del sistema sanitario en personas con dolor persistente.

“Activa tu salud” se estructura como un itinerario secuencial y planificado, evitando intervenciones aisladas. Tiene una duración de seis semanas, con dos sesiones semanales de 90 minutos, y se basa en la integración coordinada de la EpS y el ET, unidos por un enfoque humanizado. La EpS aborda la reconceptualización del dolor y la adquisición de hábitos saludables —como neurociencia del dolor, higiene del sueño, nutrición, salud mental, salud cardiovascular y suelo pélvico— fomentando la participación activa, la resolución de dudas y el empoderamiento del paciente. Por su parte, el ET traslada estos conocimientos al movimiento, adaptándose a las capacidades individuales y trabajando fuerza, movilidad, equilibrio, control motor, resistencia y respiración consciente, con progresiones seguras orientadas a mejorar la funcionalidad y reducir la kinesiofobia.

La principal innovación del programa reside en su formato grupal, que optimiza los recursos disponibles y favorece el apoyo social y la creación de redes comunitarias, elementos clave para el mantenimiento del cambio de comportamiento. El programa se desarrolla en centros de salud y espacios comunitarios, integrando recursos locales y favoreciendo la continuidad mediante actividades y grupos autogestionados. Destaca por su sostenibilidad sin necesidad de nuevos recursos, su eficiencia organizativa y su alta transferibilidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, se apoya en un sistema de gestión estandarizado, lo que ha permitido adaptar y escalar el modelo a otras poblaciones clínicas mediante programas similares como “Agilidad”, “Suelo pélvico”, “Salud mental”, “Espalda sana en adolescentes”, “EPOC” y “Activa tu salud laboral”, dirigido a personas en situación de incapacidad temporal relacionada con su actividad laboral.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana se define como adultos con patología musculoesquelética crónica (> 3 meses de evolución), fragilidad incipiente o con factores de riesgo (sedentarismo, sobrepeso, envejecimiento). Incluye procesos de algias vertebrales crónicas, procesos recidivantes de algias músculo-esqueléticas crónicas, procesos de dolor crónico generalizado, y personas que no alcanzan niveles de actividad física recomendados por la OMS (3 a 5 horas semanales ejercicio aeróbico y 2 días/semana ejercicio de fuerza).

La inclusión es equitativa independientemente del nivel socioeconómico, edad, género o situación funcional, abarcando desde entornos urbanos de alta densidad hasta núcleos rurales dispersos, donde el acceso a recursos de Fisioterapia es más limitado.

La identificación del ámbito territorial es el Área Sanitaria de Vigo y en concreto los Centros de Salud de cabecera y los espacios comunitarios donde siempre que es posible se externaliza la práctica, demostrando una ocupación efectiva del territorio.

Metodología

Nuestra propuesta emplea un enfoque biopsicosocial, participativo y humanizado basado en una "Arquitectura Pedagógica", que se centra en tres palancas de cambio para promover una vida activa: Capacidad (conocimiento técnico del dolor), Oportunidad (acceso a espacios municipales) y Motivación (apoyo grupal y metas personales).

La intervención secuencial se fundamenta en:

- *Abordaje de la fisioterapia de Atención Primaria basada en el valor*, priorizando la ganancia funcional sobre número de sesiones.
- *Itinerario secuencial y estructurado*: un programa grupal de 6 semanas (2 sesiones semanales de 90 min) con valoraciones iniciales y finales mediante escalas validadas. (Anexo I)
- *Gestión del Proceso*: Para garantizar la trazabilidad y calidad, la evaluación se mide en resultados mediante dimensiones estructuradas basadas en PROMs y PREMs.
- *Integración innovadora de EpS* (Educación para la Salud y reconceptualización del dolor) con ET, permitiendo que el paciente aplique conceptos de neurociencia y hábitos saludables a través del movimiento.

Objetivos

El programa tiene como objetivo estratégico, mejorar el bienestar de la ciudadanía mediante un enfoque biopsicosocial, estableciendo una buena práctica que garantice la calidad, accesibilidad

al recurso asistencial y la eficiencia. Este enfoque facilita el uso racional de recursos asistenciales al disminuir la frecuentación de los pacientes con patología músculo-esquelética.

Busca reforzar el papel de las personas en las decisiones sobre su salud y promover estilos de vida saludables en todas las etapas de la vida. Impulsa una atención integral, preventiva y proactiva, con la Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema.

Además, fomenta alianzas para un uso cooperativo de los recursos, potencia la orientación comunitaria, el autocuidado y el envejecimiento activo. Incorpora la perspectiva de género y promueve un modelo de salud humanizado, seguro e innovador, fortaleciendo también la motivación y el cuidado de los profesionales.

Actuaciones realizadas

Se centraron en:

- Constituir un Equipo Gestor, compuesto por Fisioterapeutas Comunitarios/as y Gestores Asistenciales, que coordinan y gestionan el diseño, implantación y evaluación del Programa.
- Se identificaron y consensuaron los programas - itinerarios asistenciales, centrados en la humanización de la atención, optimizando circuitos de gestión, fomentando la escucha activa y fortaleciendo la seguridad, calidad asistencial. (Anexo III).
- Se impulsó la coordinación entre profesionales y recursos locales para crear alianzas que permitieran una intervención más eficaz y complementaria, transformando recursos en activos comunitarios.

Inicio Piloto: 9 UFAPs (Rurales: Puenteares, La Cañiza, Redondela, Tui y A Guarda), (Urbano: Taboada Leal, Nicolás Peña, Navia y Lavadores), con 5 Fisioterapeutas.

Actualmente se ha ampliado a toda el Área Sanitaria, con un enfoque multidisciplinar participando los demás profesionales sanitarios de los equipos de AP: médico de familia, enfermera, nutricionista... aumentando la oferta con los fisioterapeutas pertenecientes a dichas UFAPs.

Indicadores

El sistema de indicadores refleja el enfoque integral de la propuesta, desde un punto de vista biopsicosocial y de gestión asistencial. Con distintas herramientas, controlamos y evaluamos dichas dimensiones:

Categoría Indicador	Indicador Específico	Herramienta Medición
Proceso	Adherencia al programa	Registro asistencia
Resultado Clínico	Capacidad Funcional	Test Sit-to-Stand
Resultado Salud	Nivel de Actividad Física	Cuestionario IPAQ-SF.
Resultado Psicosocial	Kinesiofobia / Catastrofismo	Escala de Tampa / PCS.
Calidad de Vida	Estado de salud percibido	Cuestionario SF-12
Satisfacción	Experiencia del paciente	Entrevista PREMs

Adherencia: registro en base de datos ad hoc, y sistema de gestión de agendas corporativo.

Capacidad Funcional: Test al inicio y final del Programa. Registro individual en Historia Clínica Electrónica y base de datos ad hoc.

Actividad física: semanal al inicio y final del programa.

Kinesiofobia/catastrofismo: mejora en escalas objetivas.

Salud percibida: cuestionario al inicio y final del programa.

Experiencia del paciente: entrevista con tres preguntas sobre el programa.

Recursos

No requiere inversiones en tecnología costosa ni contrataciones adicionales masivas, ya que contempla al personal de fisioterapia integrado actualmente en los Equipos de Atención Primaria. El material empleado (bandas elásticas, pesas ligeras, esterillas) es de bajo coste y alta durabilidad, en salas del centro de salud y espacios comunitarios. No requiere recursos adicionales ni inversión específica.

La eficiencia se demuestra matemáticamente: mientras que un fisioterapeuta atiende a un paciente individual cada 30-40 minutos, el formato grupal permite atender a 15 pacientes simultáneamente en 90 minutos, multiplicando la capacidad resolutoria del sistema por un factor superior a cinco, sin comprometer la calidad de la atención.

Basada en la evidencia

La propuesta se sustenta en las directrices de las sociedades científicas internacionales más prestigiosas. Las guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) y EULAR (Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología) establecen de manera inequívoca que la educación y el ejercicio son los tratamientos de primera línea para el dolor lumbar y las enfermedades reumáticas. Además, se integra la evidencia sobre neurociencia del dolor, que demuestra que explicar al paciente la fisiología de su síntoma reduce la sensibilización del sistema nervioso central. Se han referenciado estudios nacionales que avalan la efectividad de la fisioterapia grupal en el sistema de salud español, lo que garantiza la solidez teórica del proyecto.

La Organización Mundial de la Salud destaca la promoción del ejercicio regular para prevenir discapacidad y fragilidad. El programa se ajusta a estas recomendaciones y las implementa en un entorno comunitario.

Equidad

Acceso universal sin requisitos económicos, aplicable en áreas rurales y urbanas. *Enfoque inclusivo* con adaptaciones para diversidad funcional. *Perspectiva de género* en educación para la salud y ejercicio. Eliminación de barreras lingüísticas y culturales. Sesiones accesibles y horarios compatibles.

El programa “Activa a túa saúde” (“Activa tu salud”) aborda la *brecha de género*, reconociendo que las mujeres presentan una mayor prevalencia de dolor crónico y fibromialgia, y a menudo enfrentan mayores barreras de acceso por sus roles de cuidado. El diseño de horarios compatibles y la ubicación en centros de proximidad mitigan estas barreras. Asimismo, se

considera el nivel socioeconómico y la ruralidad, asegurando que los/las pacientes de áreas desfavorecidas reciban el mismo nivel de capacitación y recursos que los/las de áreas urbanas. La *adaptación lingüística y cultural* es otro punto fuerte en una comunidad con lengua propia como Galicia.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del proyecto radica en su integración plena con las estrategias sanitarias del Ministerio (Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria) y respectivos planes de acción, así como las gallegas (Estrategia Gallega de Salud 2030), garantizando coherencia institucional. Al incorporarse en la Cartera de Servicios del SERGAS y apoyarse en personal estatutario, el programa asegura su continuidad indefinida sin depender de financiación externa volátil.

El respaldo de la Dirección de Enfermería del Área Sanitaria de Vigo es clave, pues garantiza la prioridad organizativa y la protección de agendas. Además, la creación de alianzas locales y el uso cooperativo de recursos optimizan costes y reducen duplicidades.

Finalmente, su enfoque preventivo basado en el envejecimiento activo, la perspectiva de género y el autocuidado disminuye la demanda asistencial futura. Esta alineación con políticas de innovación y seguridad permite que el modelo evolucione y se adapte eficientemente a largo plazo.

Transferibilidad

El programa cuenta con una estructura de gestión, coordinación e implantación simple, estandarizable y replicable. Además, cuenta con un manual de intervención estandarizado que incluye los contenidos de las charlas, los protocolos de ejercicio, las fichas de evaluación y procedimiento de derivación. Esto permite que cualquier área sanitaria del SNS pueda implementar el programa con una formación mínima del personal. La sistematización de los datos en la historia clínica electrónica del SERGAS facilita además el seguimiento y la comparación de resultados entre diferentes centros.

Como demostración de esta transferibilidad, en el año 2025 el Programa Activa tu Salud obtuvo el segundo premio de innovación sanitaria ACIS (Agencia de Conocimiento y Salud), por sus resultados en salud y su facilidad de transferencia a la práctica clínica, lo que pone en valor su capacidad para ser replicado y escalado.

Efectividad

La efectividad operativa del programa se manifiesta en tres aspectos clave:

- Hay una necesidad detectada de procesos musculoesqueléticos crónicos que pueden ser abordados con este nuevo modelo de atención en formato programa grupal que combina educación y ejercicio terapéutico.
- Se genera un trabajo en equipo multidisciplinar de los profesionales sanitarios de Primaria, con una misma visión de salud biopsicosocial, donde cada disciplina aporta desde su mapa de competencias.

- Se favorece la intersectorialidad con la transferencia del programa en la Comunidad a través de los recursos comunitarios transformados en activos de salud.

Eficiencia

El impacto en la eficiencia de la intervención es máxima ya que al centrarse en el desvío de pacientes de tratamientos individuales pasivos e ineficaces hacia intervenciones grupales activas que promueven el autocuidado y se focalizan una estrategia integral de intervención, reducen la demanda de consultas médicas, consumo de medicación y pruebas complementarias a corto y medio plazo. Consecuentemente, si ponemos el foco en los resultados y en su evaluación cuantitativa, la intervención se ha posicionado como una necesidad real de promoción y escalado en la actividad asistencial comunitaria y modelo de gestión.

Participación multidisciplinar

No es un proyecto de fisioterapeutas aislados, sino un esfuerzo de equipo. La colaboración multidisciplinar incluye a Médicos de Familia, Enfermeras comunitarias, Nutricionistas y profesionales de Salud Mental, quienes participan en las sesiones de educación para la salud aportando una visión integral de la salud.

Diversos perfiles profesionales han participado y participan actualmente en dichos programas realizando educación para la salud, trabajando de este modo de una forma interdisciplinar que enriquece el proyecto.

Colaboración intersectorial

El programa se desarrolla mediante una coordinación intersectorial con ayuntamientos, centros culturales, asociaciones de pacientes y otros recursos comunitarios. Las profesionales de Fisioterapia Comunitaria participan en mesas intersectoriales de salud ya existentes, como la del Ayuntamiento de Pontearreas, y colaboran con las áreas municipales de Servicios Sociales y Medioambiente para la adecuación y uso de espacios naturales y municipales, promoviendo estilos de vida saludables.

Asimismo, estas profesionales se integran en los planes locales de salud, incorporando un modelo de atención comunitario basado en programas dirigidos a diferentes poblaciones clínicas. Este enfoque facilita la continuidad de las intervenciones a través de grupos autogestionados por los propios usuarios, integrados en su comunidad. La utilización de infraestructuras municipales y la coordinación con los servicios deportivos locales ejemplifican el enfoque de "Salud en todas las políticas".

Evaluación

El número de participantes en los programas durante 2 años de implantación es de 4.811, con un porcentaje de adherencia medio del 86,3% (finalizaron el programa 4.154 pacientes).

Centrándonos en las 3 dimensiones: la bio (mejora de capacidades funcionales), psico (psicológica de conocimiento y percepción de salud) y social (participación comunitaria/interacción social), los resultados obtenidos son:

Bio:

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Mejoras de media de 6.8 repeticiones / minuto en la capacidad funcional medida con el Sit to Stand.
- Aumento de una media de 487 METS/semana y disminución de 1h de sedentarismo/día, medido con el IPAQ-SF.

Psico: Mejoras en apartados físico y mental en más del 90%, recogidas con el SF-12.

Social:

- Experiencia percibida de los participantes muy positiva, recogida a través de reportes realizados por los/las pacientes.
- Gran adherencia con asistencia a la totalidad del programa en un porcentaje mayor del 80%.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL4-2: Adestra a túa saúde

Carolina Muñoz Ibáñez (1), Iván Clavel San Emeterio (2), Alicia Busto Miramontes (1), Miguel Rodríguez del Corral (2)

(1) Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, (2) Fundación Deporte Gallego, Xunta de Galicia.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Actividad física, atención primaria, promoción de la salud, ejercicio prescrito, envejecimiento activo, salud comunitaria, prevención.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La inactividad física constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y uno de los factores de riesgo modificables con mayor impacto sobre la morbilidad y el gasto sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una pandemia global y la sitúa como el cuarto factor de riesgo de mortalidad.

Se estima que la inactividad física es responsable de aproximadamente el 7–8 % de las muertes a nivel mundial, más de 5 millones de muertes prematuras anuales, y del 4 % de la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad, generando además un elevado coste económico para los sistemas sanitarios.

En Europa, la inactividad física contribuye al 10 % de las muertes, al 10 % de los casos de cáncer de mama y de colon, al 10 % de las enfermedades cardiovasculares y al 7 % de los casos de diabetes tipo 2, suponiendo entre el 7 y el 10 % del gasto sanitario de la región. En España, los Eurobarómetros muestran un aumento progresivo del sedentarismo, alcanzando el 47 % de la población que no realiza nunca ejercicio físico ni deporte, lo que se asocia a una elevada carga de enfermedad crónica y a un mayor consumo de recursos sanitarios. Las personas activas presentan además una reducción aproximada del 24 % en el consumo de medicamentos frente a la población sedentaria.

En Galicia, el problema se ve agravado por un envejecimiento poblacional marcado y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia. Gran parte de la población mayor de 60 años presenta niveles insuficientes de actividad física incluso sin limitaciones funcionales graves, aumentando el riesgo de fragilidad, caídas y pérdida de autonomía. Aplicando estimaciones de la OMS, la inactividad física en Galicia podría suponer un coste sanitario de 315 millones de euros anuales, equivalente al 7 % del gasto sanitario total.

La evidencia científica demuestra que la actividad física regular y el ejercicio estructurado y adaptado constituyen intervenciones preventivas y terapéuticas eficaces, seguras y coste-efectivas. Cumplir las recomendaciones de la OMS se asocia a una reducción del riesgo relativo de mortalidad del 27 % en personas con patologías crónicas previas y del 46 % en población sin enfermedad instaurada. En personas mayores, mejora la capacidad funcional, reduce el riesgo de caídas, retrasa la dependencia y mejora la calidad de vida.

A pesar de ello, una proporción significativa de la población no alcanza las recomendaciones mínimas de actividad física, principalmente por la falta de prescripción estructurada desde el ámbito sanitario y de acompañamiento comunitario que facilite la adherencia.

El programa “Adestra a túa Saúde” da resposta a este problema mediante un modelo de coordinación sociosanitaria que integra la identificación de personas sedentarias y la prescripción personalizada de ejercicio desde Atención Primaria con su seguimiento en el ámbito comunitario por profesionales cualificados, cerrando la brecha entre la recomendación clínica y la práctica real de actividad física.

Además, el programa se alinea con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud, la Estrategia Gallega de Salud Comunitaria 2023–2027, la Estrategia para la Atención a la Cronicidad y el Plan Obesidade Zero, al fomentar estilos de vida activos y reducir factores de riesgo asociados. También se integra en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Componente 26 “Fomento del Sector Deporte”), promoviendo la colaboración intersectorial, el uso eficiente de recursos y la cohesión social y territorial. Su implementación permite generar resultados medibles en salud, como la mejora de la capacidad funcional, la reducción de caídas y la disminución de factores de riesgo cardiovascular y metabólico, y es replicable en otras comunidades autónomas aprovechando estructuras sanitarias y comunitarias ya existentes.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

“Adestra a túa Saúde” es un programa de promoción de la actividad física dirigido a personas inactivas, principalmente mayores de 60 años, usuarias del Sistema Sanitario Público de Galicia. Tiene como objetivo integrar la prescripción de ejercicio físico en la práctica clínica habitual con un seguimiento continuado de la ejecución, adaptado a las necesidades individuales de cada persona.

El programa se basa en una colaboración estructurada entre la Consellería de Sanidade, el Servicio Gallego de Salud, la Fundación Deporte Gallego, la Secretaría Xeral para o Deporte y las entidades locales, establecida mediante convenio marco. Esta alianza permite la implementación homogénea de la intervención en Galicia y su adaptación al contexto local de cada ayuntamiento participante.

Un componente central es la Plataforma Digital “Adestra a túa Saúde”, herramienta tecnológica que facilita la gestión de la prescripción, el seguimiento de participantes, la recogida de datos clínicos y funcionales, y la generación de informes de evolución y evaluación. Esta plataforma contribuye a la coordinación entre el ámbito sanitario y comunitario, garantizando trazabilidad, análisis continuo de indicadores y evaluación de resultados a nivel agregado.

Entre los elementos diferenciales de la práctica destacan:

- Integración real del ejercicio físico como recurso terapéutico y preventivo dentro del sistema sanitario, con protocolos estandarizados y criterios claros de derivación y seguimiento.
- Participación de profesionales titulados/as en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte para supervisar y adaptar los programas de ejercicio al perfil funcional de cada persona.

- Uso de herramientas digitales comunes que mejoran la accesibilidad, la coordinación y la evaluación de la intervención. 2 Orientación comunitaria y preventiva, con atención centrada en mantener la autonomía, prevenir la dependencia y promover estilos de vida saludables.
- Adaptación territorial, aprovechando recursos públicos municipales y garantizando accesibilidad geográfica para personas de zonas urbanas y rurales.

El programa se organiza para una permanencia máxima de nueve meses por persona usuaria, periodo en el que se realizan evaluaciones periódicas de condición física, prescripción individualizada y seguimiento continuado en coordinación con profesionales sanitarios y promotores/as municipales de ejercicio físico.

Esta metodología ha sido validada previamente en experiencias piloto desarrolladas en 2022 en los municipios de Arteixo y Abegondo, que aportaron datos operativos y aprendizajes clave para la definición del modelo actual.

La estructura del programa combina rigor clínico, adaptación comunitaria y herramientas tecnológicas, lo que facilita una intervención sostenible, escalable y transferible a otros territorios del Sistema Nacional de Salud, así como una evaluación sistemática de impacto en salud, funcionalidad y adherencia a la práctica de actividad física a largo plazo.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de “Adestra a túa Saúde” son personas inactivas mayores de 60 años usuarias del Sistema Sanitario Público de Galicia, tanto sanas como con factores de riesgo cardiovascular o patologías crónicas susceptibles de mejora mediante actividad física (por ejemplo, diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad o sobrepeso), siempre que no presenten contraindicación absoluta para la práctica de ejercicio.

El programa se desarrolla en toda Galicia con implementación local en los concellos que se adhieren formalmente al convenio marco entre la Consellería de Sanidade, el Servicio Gallego e Salud, la Fundación Deporte Gallego y las entidades locales.

Se coordina con los centros de salud y los recursos comunitarios municipales para garantizar accesibilidad territorial, adaptación a contextos urbanos y rurales, y continuidad del seguimiento clínico y comunitario de los participantes.

Metodología

Cada centro de salud nombra un coordinador del programa y un equipo multidisciplinar prescriptor (medicina, enfermería y fisioterapia). Se implementa un protocolo estructurado en Atención Primaria para el cribado, evaluación y prescripción de ejercicio físico en personas mayores de 60 años. La identificación de inactividad física se realiza mediante el cuestionario validado HUNT-1, integrado en la historia clínica digital. Se considera persona activa si realiza actividad vigorosa (intensidad 2–3) con puntuación $\geq 1,9$ o actividad suave (intensidad 1) con puntuación $\geq 3,75$.

La condición cardiorrespiratoria se estima mediante una fórmula de consumo de oxígeno (VO_2) que incluye sexo, edad, perímetro abdominal, frecuencia cardíaca y resultado del HUNT-1, estableciéndose valores mínimos no limitantes de ≥ 28 ml/kg/min en hombres y ≥ 21 ml/kg/min en mujeres. Se registran parámetros clínicos y analíticos relevantes (tensión arterial, IMC, glucemia, HbA1c y perfil lipídico).

En función de los resultados se determina la seguridad para la práctica de ejercicio y la actuación correspondiente: recomendación general, prescripción individualizada o derivación a la Unidad de Apoyo al Ejercicio Físico. El seguimiento se realiza a los 4 y 9 meses mediante la historia clínica y la plataforma “Adestra a túa Saúde”. La participación es voluntaria, con consentimiento informado y garantía de confidencialidad conforme a la normativa vigente.

Objetivos

Objetivo principal

Mejorar la calidad de vida y la autonomía funcional de las personas mayores sedentarias, con o sin patologías crónicas, mediante el incremento sostenido de la práctica de ejercicio físico adaptado, favoreciendo la prevención de la enfermedad, la reducción del sedentarismo y la mejora de parámetros de salud asociados al envejecimiento activo.

Objetivos específicos

1. Incrementar los niveles de actividad física regular en personas mayores sedentarias mediante programas de ejercicio adaptados y seguros.
2. Mejorar parámetros de salud clínicos y funcionales relacionados con el envejecimiento (capacidad cardiorrespiratoria, control metabólico y factores de riesgo cardiovascular).
3. Favorecer la adherencia a la práctica de ejercicio físico a través de un acompañamiento continuado durante nueve meses, con seguimiento sanitario y comunitario.
4. Integrar el ejercicio físico como un recurso habitual de promoción de la salud en Atención Primaria y en el ámbito comunitario.
5. Consolidar un modelo de coordinación sociosanitaria a nivel local, reforzando la colaboración entre atención primaria, servicios comunitarios y entidades locales en la prescripción y seguimiento de la actividad física.

Actuaciones realizadas

- Con carácter previo a su extensión, el programa se desarrolló mediante una experiencia piloto en los ayuntamientos de Arteixo y Abegondo (2022–2023) para validar el modelo de intervención y la coordinación sociosanitaria.
- Convocatoria y convenios: implantación de las Unidades de Apoyo al Ejercicio Físico (UAEF) mediante la firma de convenios de colaboración entre la Consellería de Sanidad, el Servicio Gallego de Salud, la Fundación Deporte Gallego y los ayuntamientos preseleccionados, con recursos económicos y materiales financiados por la UE – NextGenerationEU.

- Requisito de personal cualificado: los ayuntamientos debían contar con al menos un licenciado/a o graduado/a en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, propio de empresas colaboradoras; se daba preferencia a los ayuntamientos con Plan Local de Salud aprobado.
- Formación de profesionales sanitarios a través de la Agencia del Conocimiento en Salud (ACIS), mediante el curso “Consejo breve de Actividad Física y Prescripción de Ejercicio Físico desde el ámbito sanitario”.
- Cursos Promotor de Ejercicio (curso promovidos por la Fundación Deporte Gallego en colaboración con la EGAP) para los/las promotores/as de las Unidades de Apoyo al Ejercicio Físico (UAFE) de los ayuntamientos participantes.
- Desarrollo e implantación de la plataforma digital “Adestra a túa Saúde” para prescripción, seguimiento y evaluación de la actividad física.
- Dotación de equipamiento técnico.

Indicadores

Los indicadores seleccionados permiten medir tanto la implantación del programa como sus resultados en salud y en práctica clínica y comunitaria. Entre ellos se incluyen:

- Indicadores de implementación y estructura: número de entidades locales y ayuntamientos adheridos; número de Unidades Activas de Ejercicio Físico puestas en marcha; número de personas promotoras de actividad física formadas; número de profesionales sanitarios implicados; número de áreas sanitarias con el programa desplegado.
- Indicadores de proceso y cobertura: número de derivaciones realizadas; número de personas atendidas en las Unidades de Apoyo al Ejercicio Físico; número de valoraciones de condición física realizadas.
- Indicadores de resultados en salud y adherencia: adherencia al programa a los 4 y 9 meses; mejora de parámetros funcionales (capacidad cardiorrespiratoria, fuerza, equilibrio); variables clínicas (IMC, tensión arterial, glucemia, perfil lipídico) y satisfacción de los participantes.

Además de los indicadores formales, la plataforma recoge datos continuos de actividad física (por ejemplo, pasos totales, distancia recorrida, calorías consumidas) gracias a dispositivos inteligentes conectados, permitiendo contextualizar la actividad real de los/as participantes a lo largo del programa (p. ej., miles de pasos diarios o metros caminados acumulados).

Recursos

La correcta implantación del programa requiere recursos humanos, tecnológicos y materiales específicos:

- Recursos humanos: cada concello debe contar con al menos un/una promotor/a de ejercicio físico contratado/a, que actúa como enlace local para las actividades y la coordinación con los participantes. Los e las profesionales sanitarios/as del centro de salud realizan el cribado, la valoración clínica, el análisis de resultados, la prescripción de ejercicio y el seguimiento periódico, registrando toda la información en la historia clínica electrónica IANUS.
- Recursos tecnológicos: la plataforma Adestra a túa Saúde permite la gestión de agendas de las Unidades de Apoyo al Ejercicio Físico, seguimiento de participantes, evaluación de indicadores y comunicación entre profesionales. Paralelamente se precisa una plataforma de registro de historia clínica electrónica (IANUS5) que permita hacer el seguimiento de indicadores de tipo analítico, y programar citas consecutivas en los centros de salud.
- Recursos materiales: el programa cuenta con la cesión temporal y gratuita de material por parte de la Fundación Deporte Gallego, que incluye: computador portátil, tarjeta para firma digital, relojes para participantes, bicicleta estática, cinta métrica, tallímetro, báscula digital, dinamómetro manual digital, plataforma Chronojump, padiola metálica plegable para test de Sorensen, cinchas con velcro, regla metálica, mancuernas, cronómetro digital multifunción, conos de plástico, esterilla o colchón, banda de frecuencia cardíaca Polar H10 y baúl contenedor de material.

Este equipamiento garantiza la correcta ejecución del programa en las Unidades de Apoyo al Ejercicio Físico y la monitorización segura de los participantes.

Basada en la evidencia

El programa “Adestra a túa Saúde” se sustenta en evidencia científica sólida sobre la actividad física como herramienta preventiva y terapéutica. La OMS (2020; Plan de acción 2018-2030) demuestra que la inactividad física aumenta el riesgo cardiovascular, metabólico, osteomuscular y de mortalidad, y recomienda intervenciones estructuradas, destacando la relación dosis-respuesta de ejercicio con la salud. Schoenborn & Stommel (2011) evidencian que cumplir las recomendaciones de actividad física reduce un 46 % el riesgo de mortalidad en personas sanas y un 27 % en quienes presentan patologías crónicas.

Pedersen & Saltin (2006, 2015) muestran que el ejercicio mejora fuerza, movilidad, función cognitiva y calidad de vida, con mínimos efectos adversos. Revisiones nacionales (Córdoba et al., 2018; Orrow et al., 2012; Sánchez et al., 2014) confirman que la prescripción individualizada aumenta la adherencia y efectividad, especialmente en mayores sedentarios.

La prevalencia de inactividad en España es elevada: Eurobarómetros 2013-2022 indican que entre 44-47 % nunca practica ejercicio, reforzando la necesidad de intervenciones específicas para mayores de 60 años. La coordinación sociosanitaria y el seguimiento comunitario del programa aseguran un enfoque integral, seguro y basado en evidencia.

El informe conjunto *Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe*, elaborado por la OCDE y la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2023, muestra que si la población europea alcanzara los niveles recomendados de actividad física (150 min semanales), se podrían evitar más de 10.000 muertes prematuras cada año y prevenir 11,5 millones de nuevos casos de enfermedades no transmisibles (incluidas 3,8 millones de enfermedades cardiovasculares, 3,5 millones de depresión, casi 1 millón de diabetes tipo 2 y más de 400.000

casos de cáncer) de aquí a 2050, además de aumentar la esperanza de vida y reducir el gasto sanitario de los Estados de la UE.

Equidad

“Adestra a túa Saúde” incorpora la equidad como principio transversal, asegurando acceso a la promoción de la actividad física y a la prescripción de ejercicio físico sin discriminación por situación socioeconómica, género, edad, origen cultural o lugar de residencia. La evidencia internacional muestra que los niveles de actividad física son más bajos en personas mayores, mujeres y grupos socioeconómicamente desfavorecidos, lo que contribuye a desigualdades en salud y en la carga de enfermedades no transmisibles.

El programa prioriza a colectivos con mayores barreras de acceso mediante acciones de proximidad, acompañamiento comunitario y adaptaciones según capacidades funcionales y culturales. La coordinación sociosanitaria facilita la inclusión de personas con múltiples factores de vulnerabilidad, reforzando el enfoque preventivo y comunitario y reduciendo brechas de oportunidad en salud, bienestar y autonomía personal.

Sostenibilidad

El programa “Adestra a túa Saúde” garantiza su continuidad a medio y largo plazo mediante su integración en planes estratégicos autonómicos, como el Plan Galicia Saludable —que promueve la actividad física como factor clave para prevenir enfermedades crónicas y conservar la autonomía personal— y el Plan Obesidade Zero 2022–2030, que impulsa factores protectores como la actividad física regular. Esta alineación estratégica sitúa a la intervención en el núcleo de las políticas sanitarias y comunitarias de Galicia.

La corresponsabilidad entre Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Saúde Pública y Fundación Deporte Gallego promueve la prescripción desde el ámbito sanitario y el seguimiento comunitario, consolidando redes locales y evitando dependencias externas.

Contar con al menos un/a promotor/a de ejercicio físico en cada concello, la formación continua de promotores/as y profesionales sanitarios, y el uso de la plataforma digital “Adestra a túa Saúde” aseguran el seguimiento de indicadores, la adaptación a necesidades locales y la calidad de la intervención. La priorización de centros con Plan Local de Salud refuerza la integración con estrategias municipales, fortaleciendo la viabilidad, permanencia y replicabilidad del modelo.

Transferibilidad

El programa “Adestra a túa Saúde” es altamente transferible a otros municipios, mancomunidades y centros de salud gracias a su estructura metodológica clara, flexible y adaptable a entornos urbanos, semiurbanos y rurales. Su modelo combina prescripción clínica, acompañamiento comunitario, herramientas digitales y formación estandarizada de profesionales, lo que facilita su replicación sin pérdida de calidad ni del enfoque comunitario.

Desde 2025 se ha implantado con éxito en 25 municipios gallegos, demostrando su viabilidad real y capacidad de escalabilidad territorial. El modelo cuenta con protocolos, materiales, formación de promotores/as y herramientas digitales comunes, permitiendo replicar la intervención y generar resultados medibles y comparables.

Los indicadores acumulados del programa confirman su impacto y utilidad práctica, incluyendo 343 derivaciones, 56 usuarios activos, 84 usuarios interesados, 134 actividades ofertadas, 4.898.671 pasos, 3.978.671 m de distancia recorrida, 58.688 puntos cardio y 2.124.337 kcal consumidas, lo que evidencia la actividad real y el compromiso de los participantes.

Efectividad

La práctica “Adestra a túa saúde” demuestra efectividad basada en indicadores de implementación y seguimiento, reflejando su capacidad para organizar y sostener la prescripción de ejercicio físico desde atención primaria con apoyo comunitario.

El programa destaca por:

- Alta participación y cobertura mediante derivaciones sistemáticas y seguimiento por promotores/as de ejercicio físico.
- Adherencia sostenida, con incorporación continua a actividades dirigidas y compromiso de los y las participantes.
- Atención a perfiles diversos, incluyendo distintos rangos de edad, patologías frecuentes y casos complejos.
- Resultados que inciden en la mejora de la condición física relacionada con la salud, la funcionalidad, el control de factores de riesgo cardiovascular y metabólico, así como en la calidad de vida y la autonomía personal.
- Integración estructurada con atención primaria y coordinación con el entorno comunitario.
- Enfoque holístico que combina ejercicio físico con recomendaciones personalizadas de hábitos saludables, fomentando la conexión social y la participación en la comunidad.

Estos elementos evidencian que el programa no solo se implementa de manera sólida, sino que genera un entorno de acompañamiento y motivación que refuerza la implicación de los participantes y profesionales.

Este enfoque facilita una intervención holística sobre los determinantes de la salud, con impacto positivo en la reducción de la soledad no deseada y el fortalecimiento de las redes comunitarias.

Eficiencia

El programa “Adestra a túa Saúde” presenta un alto grado de eficiencia gracias a la coordinación entre Atención Primaria, promotores/as de ejercicio físico y equipos de gestión municipal, permitiendo una implementación ágil y adaptada a la demanda real. El modelo optimiza recursos sanitarios y comunitarios ya existentes, evita duplicidades y aprovecha infraestructuras locales sin necesidad de inversiones proporcionales adicionales. La formación de 43 promotores/as y la emisión de 577 certificados ha facilitado su expansión a 25 municipios gallegos, demostrando escalabilidad sin incremento proporcional de recursos.

Evidencia internacional (OCDE/OMS) indica que por cada euro invertido en políticas de actividad física se generan aproximadamente 1,7€ de beneficios económicos, debido a la reducción de costes asociados a enfermedades crónicas y mejora del bienestar poblacional.

La estructura metodológica clara, los protocolos estandarizados y la recopilación de indicadores permiten orientar futuras acciones hacia los recursos de mayor demanda, aumentando la eficiencia global y asegurando un retorno social y sanitario con inversión contenida.

Participación multidisciplinar

La práctica “Adestra a túa Saúde” se basa en un enfoque multidisciplinar que integra profesionales de distintos ámbitos y niveles.

En los centros de salud, un/una coordinador/a lidera un equipo que puede incluir medicina, enfermería, fisioterapia y otros profesionales que el centro considere necesarios. Este equipo se encarga del cribado, valoración clínica, prescripción de ejercicio y seguimiento de los pacientes derivados, con evaluación de resultados y posible renovación de la prescripción al finalizar el programa.

El personal técnico de las administraciones públicas implicadas, participa en la gestión y coordinación global del proyecto, asegurando la conexión entre los equipos de los concellos y los centros de salud, y facilitando el desarrollo y supervisión del programa.

Los promotores/as de ejercicio físico (PAFE), titulados/as en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, reciben a los usuarios derivados, planifican actividades, supervisan la práctica y mantienen comunicación constante con el personal sanitario.

Este enfoque permite un abordaje integral del individuo y proyecta los beneficios al ámbito comunitario.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial es un pilar estratégico de “Adestra a túa Saúde”, integrando de forma estable y organizada a los sectores sanitario, deportivo y comunitario para trabajar juntos en objetivos comunes de salud, bienestar y prevención de la dependencia. El programa se desarrolla gracias a canales de comunicación permanentes y adaptados a cada contexto, que facilitan el intercambio continuo entre profesionales sanitarios, promotores/as de ejercicio físico municipales, equipos de gestión y responsables locales, permitiendo adaptar la intervención a las necesidades reales de los agentes implicados.

Su diseño se apoya en políticas públicas consolidadas a varios niveles, como el Plan Galicia Saludable, que articula la promoción de estilos de vida activos en toda la comunidad, y el Plan Obesidade Zero 2022–2030 para reducir sobrepeso y obesidad desde una perspectiva de salud pública. Esta coordinación interdepartamental y multinivel —entre sanidad, deporte, ayuntamientos y entidades comunitarias— genera sinergias de recursos, difusión y evaluación, reforzando la implantación sostenible del programa y su impacto poblacional.

Evaluación

La evaluación de “Adestra a túa Saúde” se sustenta en indicadores de proceso y resultado que permiten medir la implementación, participación y efectos iniciales del programa. En los pilotos de Abegondo y Arteixo (nov. 2021–jun. 2022) se evaluaron 12 indicadores: fechas de inicio y de primera/última derivación; personas derivadas (23 en Abegondo y 37 en Arteixo); personas atendidas por promotores/as (22 y 32); distribución por sexo (Abegondo: 4 hombres, 19 mujeres; Arteixo: 13 hombres, 19 mujeres); valoraciones de condición física realizadas (22 y 24);

incorporación a actividades dirigidas (7 y 19); patologías prevalentes (hipertensión, trastornos musculoesqueléticos); patologías complejas detectadas (cáncer en Abegondo, hemiplejía en Arteixo); rango de edad (60–96 años, media 72 en Abegondo; 62–81 en Arteixo); y tipologías de actividades (gimnasio dirigido, mejora de condición física, gimnasia de mantenimiento, programas para tercera edad, escuela de espalda). Además, se han formado 43 promotores/as de actividad física y emitido 577 certificados que respaldan la capacidad técnica del programa.

Este conjunto de indicadores proporciona una base cuantitativa y cualitativa sólida para evaluar la eficacia operativa y orientar la mejora continua del modelo en fases posteriores de implementación.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR4-1: Atención a la fragilidad

María del Mar Fernández Soria (1), Adrián Torres Giner (1), María Gregoria Albarracín Pérez (1), Juana María González Quiñonero (1), Juliana Soto Sáez (2), José María Martínez Porlán (1), María Teresa López Soler (1), Luisa María Barrios Sánchez (1), Rosa Hernández García (1), María Dolores Castellar García (1), Ana Campoy (3), Silvia G. Moraga (4)

(1) Centro de Salud Águilas Norte, Servicio Murciano de Salud, (2) Centro de Salud Águilas Sur, Servicio Murciano de Salud, (3) Tunstall Televida, (4) Asociación Alzheimer Águila, Región de Murcia.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Fragilidad, personas mayores, atención primaria, prevención de caídas, ejercicio multicomponente, envejecimiento activo, salud comunitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La fragilidad es un problema de primer orden en nuestra población, que afecta a todas las esferas funcionales del individuo. Las intervenciones aisladas o puntuales en cada una de esas esferas no serán capaces de dar una respuesta a las necesidades originadas por el síndrome. La atención primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, es el nivel óptimo para detectar y manejar la fragilidad. Mediante este proyecto se persigue beneficiar a nuestra población mayor o igual de 70 años, dándoles herramientas que potencien la autonomía funcional e independencia durante su proceso de envejecimiento. Se busca favorecer la permanencia de éstos en su entorno el mayor tiempo posible. Consideramos que es una práctica muy relevante en la actualidad pues la fragilidad asociada al envejecimiento poblacional y a los cambios epidemiológicos, conllevan la aparición de deterioro funcional, como principal manifestación clínica. Es un síndrome de elevada prevalencia y de consecuencias potencialmente relevantes, no solo en términos de calidad de vida individual, sino de utilización de recursos sanitarios y sociales. El envejecimiento poblacional y el aumento de la longevidad constituyen uno de los mayores retos para la transformación de los sistemas sanitarios ante los nuevos requerimientos de la población y con nuestra actividad queremos aportar soluciones a este reto asociado al envejecimiento

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Se realizan 12 sesiones en total: Distribuidas 1 día a la semana, cada viernes en horario de mañana en la unidad de fisioterapia/Sala polivalente del CS Águilas Norte. Va dirigida a personas mayores de 70 años, independientes para las actividades de la vida diaria, pero con riesgo de caídas. Los grupos son de entre 12 a 15 personas máximo, según aforo de la sala, todas adscritas a las ZBS de Águilas. Se programa como actividad comunitaria para que los profesionales que la imparten sean liberados de realizar asistencia. Durante las sesiones se impartirá una pequeña charla de educación para la salud de 15 a 20 minutos, realizada por distintos profesionales del centro. Además, se publicará en redes sociales píldoras educativas con puntos clave del tema de la semana. Tras la charla, se empieza con la sesión de ejercicio multicomponente durante

aproximadamente 1 hora 30 minutos, consistente en: calentamiento, ejercicios de equilibrio y marcha, ejercicio cardiovascular, ejercicios de coordinación y dual task, ejercicios de fuerza y potencia y ejercicios de flexibilidad,

Las sesiones impartidas son:

1. *Importancia ejercicio físico*, impartida por un fisioterapeuta
2. *Signos de alarma prevención de caídas* en el hogar impartida por fisioterapeuta
3. *Polimedicación* impartida por médico de familia
4. *Cuidados de la piel y del sueño* impartida por enfermera
5. *Servicio de teleasistencia* impartida por trabajadora social
6. *Nutrición y suplementación alimentaria* impartida por nutricionista, enfermera o médico de familia
7. *Vacunas* impartida por enfermera
8. *Manejo del portal del paciente* impartida por administrativa sanitaria
9. *Manejo del Dolor crónico* impartida por fisioterapeuta
10. *Talleres de memoria* impartida por trabajadora social o psicóloga
11. *Prevención de factores cardiovasculares* impartida por médico de familia
12. *Recursos sociosanitarios y ayudas socioeconómicas* impartida por trabajadora social

Lo innovador de nuestro proyecto es asociar sesiones formativas de promoción de la salud sobre envejecimiento activo, a ejercicio multicomponente junto a profesionales sanitarios el tiempo suficiente según la evidencia científica para fomentar hábitos de movilidad activa.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas mayores de 70 años de las ZBS de Aguilas con riesgo de caídas.

Metodología

A toda persona mayor de 70 que acude a AP con riesgo de caídas se le hace test de Barthel, si es menor de 90 se excluye de nuestro programa, se hacen otro tipo de intervenciones. Si el Barthel es igual o mayor de 90 se valora el riesgo de caídas. Si el test SPPB (Short Physical Performance Battery) es menor de 0.8 M/S, y/o el test TUG (Timed up and go- levántate y anda-) es mayor de 12 segundos y/o Escala FRAIL es mayor o igual a 1, se incluye en el programa de “atención a la fragilidad”.

Objetivos

Objetivos generales:

1. Mejorar la calidad de vida y prevenir o retrasar la dependencia en las personas mayores de 70 años de nuestra ZBS.

2. Detectar precozmente la fragilidad en la población de 70 o más años en el ámbito de nuestra ZBS.

Objetivos específicos:

1. Mejorar el estado físico en general (resistencia, coordinación, fuerza y flexibilidad).
2. Ofrecer pautas básicas de prevención de las caídas en el propio domicilio.
3. Dar recomendaciones dietéticas adaptadas a cada caso.
4. Consejo integral sobre estilo de vida saludable.
5. Integración social: ofrecer recursos socioeconómicos para paliar deficiencias detectadas en la valoración multidisciplinar.
6. Revisar la polifarmacia y medicamentos potencialmente inapropiados.

Actuaciones realizadas

12 sesiones formativas de promoción de salud de 15-20 minutos sobre:

1. Importancia ejercicio físico
2. Signos de alarma prevención de caídas en el hogar
3. Polimedicación
4. Cuidados de la piel y del sueño
5. Servicio de teleasistencia
6. Nutrición y suplementación alimentaria
7. Vacunas
8. Manejo del portal del paciente
9. Manejo del dolor crónico
10. Talleres de memoria
11. Prevención de factores cardiovasculares
12. Recursos sociosanitario y ayudas socioeconómicas por trabajadora social

Seguidas todas las sesiones de ejercicio físico multicomponente , consistente en calentamiento, ejercicios de equilibrio y marcha, ejercicio cardiovascular, ejercicios de coordinación y dual task, ejercicios de fuerza y potencia y ejercicios de flexibilidad, durante 1 hora y 20 min.

Indicadores

La actividad se puede medir mediante indicadores de proceso, de resultados y de impacto.

Nosotros medimos como indicadores de proceso, asistencia y satisfacción.

Como indicadores de resultados medimos:

1. Fuerza: Curl de Biceps (ARM CURL TEST).
2. Flexibilidad:
 - a. Juntar manos atrás de espalda (BACK SCRATCH TEST).
 - b. Flexión de tronco sentado en silla (CHAIR SIT AND REACH).
3. Equilibrio: Test de apoyo monopodal (UNIPODAL STANCE TEST).
4. Resistencia aeróbica: 2 min. Marcha estática (2 MINUTE STEP TEST).

Los medimos al inicio de la intervención a las 12 semanas y los 6 meses de terminar la actividad.

Al finalizar la intervención pasamos un cuestionario de satisfacción (CSQ- 8).

Recursos

- Personal del Servicio Murciano de Salud de los centros de Salud Águilas Norte y Águilas Sur
- Material de fisioterapia (Bandas elásticas, picas, pelotas, pesas)
- Ordenador y material audiovisual
- Personas ajenas al Servicio murciano de salud (comercial del servicio de Teleasistencia y psicóloga) que quieren colaborar con nosotros
- Salón multiusos del centro de salud Águilas Norte

Basada en la evidencia

1. Documento de consenso del Ministerio de Sanidad sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022).
2. Guía de buena práctica clínica en geriatría: fragilidad y nutrición en el anciano. Sociedad española de geriatría y gerontología.
3. Proyecto VIVIFRAIL.
4. Guía de buenas prácticas de OTAGO.
5. Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la comunidad de Madrid 2022 2025.
6. Libro blanco “Fisioterapia y Fragilidad” Consejo general de Colegios de Fisioterapia 202.

Equidad

El único criterio de inclusión que tiene la actividad es tener riesgo de caídas y ser mayor de 70 años.

No hacemos distinción en la inclusión por ningún otro motivo, ni por género, ni por raza, ni nivel socioeconómico, u otros determinantes, estando el programa abierto a toda la población que cumpla esos dos criterios.

Sostenibilidad

No contamos con financiación económica para este proyecto, pero si con la disposición y disponibilidad de los profesionales del SMS de los centros de salud de Águilas, la aprobación del equipo directivo del centro de salud, y de la dirección y gerencia del Área III.

En cuanto al mantenimiento en el tiempo, por la aportación de usuarios a la actividad, pensamos que será cada vez mayor, ante la previsión de un envejecimiento progresivo de la población. El impacto medioambiental es mínimo.

Transferibilidad

La actividad está sistematizada y documentada para poder replicarse o ampliarse en otros contextos sin ningún problema.

Efectividad

- La actividad es muy efectiva. En la evaluación de proceso los usuarios no faltan a la actividad salvo causa mayor (enfermedad).
- En cuanto a la evaluación de los indicadores propuestos se reporta de media un cambio a mejor superior a un punto en el Test SPPB, lo cual es estadísticamente significativo.
- Además, en el resto de pruebas (Fuerza, Flexibilidad, Equilibrio y Resistencia aeróbica) también mejoraron los resultados en comparación con las medidas iniciales.
- El grado de satisfacción de los usuarios medidos es alto.
- La valoración subjetiva de los profesionales que los atienden es muy favorable.

Eficiencia

La actividad es muy eficiente pues el costo salvo el profesional es 0 y los resultados muy buenos acorde con el gasto.

Participación multidisciplinar

Participan en el proyecto como personal:

- 2 fisioterapeutas,
- 2 médicos,
- 3 enfermeras,

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- 1 administrativo,
- 2 trabajadoras sociales
- Según las ediciones, Proyecto Helpen, comercial del servicio de Teleasistencia y 1 psicóloga.

Colaboración intersectorial

En cuanto a las entidades que participan:

- CS Aguilas Norte.
- CS Aguilas Sur.
- Servicio de Teleasistencia de Aguilas del IMAS concertado con la empresa Tunstall Televida para ofrecerlo a las personas que tienen reconocido un grado de dependencia o privado contratado por el usuario.
- Asociación Alzheimer de Águilas
- Centro de la Tercera Edad Águilas
- Proyecto Helpen: programa de telecuidado telefónico a mayores que viven en la comunidad y que están en situación de aislamiento social (en anteriores ediciones).

Evaluación

Inclusión en programa con Test de Barthel, SPPB, TUG y FRAIL

Evaluación inicial con las siguientes escalas:

1. Fuerza: Curl de Biceps (ARM CURL TEST).
2. Flexibilidad:
 - a. Juntar manos atrás de espalda (BACK SCRATCH TEST).
 - b. Flexión de tronco sentado en silla (CHAIR SIT AND REACH).
3. Equilibrio: Test de apoyo monopodal (UNIPODAL STANCE TEST).
4. Resistencia aeróbica: 2 min. Marcha estática (2 MINUTE STEP TEST).

Evaluación de resultados:

Las mismas escalas de la evaluación de inicio se pasan al finalizar la actividad a las 12 semanas, y 6 meses después de esta última evaluación.

Cuestionario de Satisfacción de la actividad CSQ- 8.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

NAV4-1: Incorporación de la prevención y atención a la fragilidad en personas mayores en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en Navarra

María Prado Santamaría (1), Nuria Goñi Ruiz (1), Jaione Aramburu Gonzalo (1), M^a Ángeles Martín Sánchez (1), Cristina Pérez de Albéniz Gómez (1), Sara Furtado Eraso (1)

1) Gerencia de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: fragilidad, atención primaria, envejecimiento activo, ejercicio multicomponente, coordinación sociosanitaria, salud comunitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

En 2013 el Consejo Interterritorial del SNS aprobó la estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Una de las actividades priorizadas fue prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor. Para ello, se elaboró el documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor en 2014, con posterior actualización en 2022 que establece un marco estratégico para la promoción del envejecimiento saludable y la prevención de la discapacidad alineado con las recomendaciones de la OMS y de la Join Advantage Action Europea.

La propuesta que se presenta es la adaptación que la AP de Navarra (SNS-O) ha realizado de las recomendaciones del Ministerio, así como todo el conjunto de acciones complementarias que se han llevado a cabo para promocionar el envejecimiento saludable y prevenir y retrasar la dependencia en personas mayores en Navarra.

Las recomendaciones mundiales y nacionales establecen como buenas prácticas orientadas para la promoción de envejecimiento saludable en personas mayores la detección precoz y la atención a la fragilidad a través de cuatro intervenciones: ejercicio físico multicomponente, promoción de buen estado nutricional, adecuación de tratamientos y promoción de la participación social. Estas medidas han demostrado ser eficaces para mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

Posteriormente, Navarra adaptó ese documento para poder implementarlo en sus sistemas sanitarios.

El documento consenso nacional enfatiza además el efecto de una detección proactiva de fragilidad mediante herramientas simples y validadas —como la escala FRAIL, el SPPB, la prueba de velocidad de la marcha o la valoración de fuerza muscular— ya que permite anticiparse al deterioro funcional y planificar intervenciones preventivas eficaces. Entre estas, el documento

destaca de forma prioritaria el ejercicio físico multicomponente (fuerza, equilibrio, resistencia y flexibilidad), considerado la intervención más efectiva para revertir la fragilidad, reducir el riesgo de caídas y mantener la autonomía. La evidencia respaldada por el Ministerio señala que los programas de ejercicio, especialmente cuando se realizan en el entorno comunitario, mejoran la capacidad funcional y disminuyen la dependencia futura.

Además de los factores físicos, estos documentos subrayan la importancia de abordar dimensiones psicosociales, entre ellas la soledad no deseada, la participación comunitaria y el bienestar emocional.

El Ministerio señala también el papel central de Atención Primaria como nivel asistencial vertebrador del abordaje de la fragilidad. Su capacidad para detectar precozmente la fragilidad, realizar valoración multidimensional, educar en autocuidados, monitorizar la evolución y coordinarse con servicios sociales y recursos comunitarios la convierte en el entorno idóneo para desplegar intervenciones integrales:

La buena práctica propuesta incorpora de manera sólida la capacitación de los profesionales en la atención a la fragilidad en personas mayores, la incorporación de la detección de la fragilidad y las intervenciones con evidencia demostrada en el ámbito de la AP, haciendo especial énfasis en la promoción de la actividad física y la participación social. Además, la propuesta incorpora la evaluación de resultados con una mirada investigadora.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Tras la publicación del documento de recomendaciones del Ministerio se crea un grupo de trabajo de coordinación para el abordaje de la fragilidad para adaptarlo a Navarra. Como novedoso, en Navarra se incorpora la detección proactiva de fragilidad y el riesgo social como cribado de fragilidad. Se elabora un documento para el abordaje de la fragilidad social y unos protocolos basados en recomendaciones del Ministerio. El cronograma inicial de incorporación de ZBS por etapas se vio interrumpido por la pandemia COVID-1. Como el COVID fue en sí mismo fragilizante, se desarrollaron unos recursos audiovisuales y webinars sobre fragilidad, ejercicio físico y nutrición. Se realizó una formación masiva buscando provocar un cambio en los EAP creando conciencia sobre la importancia de la fragilidad.

Por un lado, se incorporó la mirada investigadora como motor en el desarrollo de las recomendaciones del Ministerio poniendo en marcha el estudio 'ENFRAPNA'* que tiene como objetivo ver si a través de talleres de ejercicio físico y nutrición mejora la situación de personas mayores frágiles. Lo importante del estudio fue que participaron 10 centros de salud cuyos talleres entraron a formar parte de su cartera de servicios.

Por otro lado, la incorporación de las Enfermeras Referentes de Cronicidad en algunos EAP fue clave en la detección proactiva de la fragilidad y cribado oportunista. Esto permitió establecer nuevos flujogramas de trabajo.

En este contexto investigador, el estudio PREDISC se llevó a cabo con el fin de mejorar el envejecimiento saludable en zonas rurales atendiendo al concepto de fragilidad a nivel comunitario.

*ENFRAPNA: Estudio de intervención multicéntrico en ejercicio y nutrición en mayores frágiles en Atención Primaria.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas con edad mayor o igual a 70 años de cada una de las Zonas Básicas De Salud (ZBS). La captación puede hacerse de manera oportunista cuando acudan a consulta de Atención Primaria (AP), se puede hacer detección proactiva en población $\geq$ a 70 o en aquellas personas que ya estén integradas en determinados programas ya establecidos.

Metodología

Para llevar a cabo la implantación de esta Buena Práctica, se han tenido en cuenta las recomendaciones del documento de consenso del Ministerio y el modelo ICOPE (Integrated Care for Older PEople) de la OMS (6).

La elaboración de los protocolos para Atención Primaria se fundamenta en los dos primeros pasos del modelo ICOPE.

Se han habilitado dos protocolos con un mismo esquema: Básico/Consejos; Valoración funcional/Caídas; Nutricional/Eliminación; Cognitivo/Perceptivo; Rol relaciones/Riesgo social.

Los protocolos se han denominado: Actividades preventivas mayores de 70 años y Valoración geriátrica integral/Fragilidad.

El primer protocolo 'Actividades preventivas mayores de 70 años' está fundamentado en el primer STEP de ICOPE que tiene que ver con un cribado de fragilidad; y el segundo protocolo 'Valoración geriátrica integral/Fragilidad' se ajusta al segundo STEP con una valoración centrada en la persona más en profundidad.

Objetivos

Detección precoz de la fragilidad y abordaje de la misma en el ámbito de AP. Facilitar la coordinación con otros niveles asistenciales y recursos comunitarios implicados en la atención de la persona mayor.

Actuaciones realizadas

- Videos de pruebas funcionales y de entrenamiento a tiempo real.
- CS de Huarte (qué hacer para no perder la funcionalidad)
- La primera formación fue masiva orientada a todo el equipo que buscaba provocar un cambio en los Equipos de Atención Primaria (EAP) para de manera reflexiva se preguntaran cómo incorporar estas recomendaciones. Esta formación fue grupal con condición imprescindible de que participaran medicina, enfermería y trabajo social por parte de cada EAP.
- La segunda formación fue una formación individual de inscripción libre.

Indicadores

- Barthel: RESBART.
- Pruebas funcionales: SPPB: SPPBPTO; TUG: TUGNUM; VM: MARCHVEL.
- Aumento de la codificación de pacientes mayores frágiles con el CIAP: A2301
- Aumento de clasificación de persona mayor: ANCIANOC.
- Aumento de la clasificación del riesgo de caídas y consejo del riesgo de caídas: CAIDRIES.
- Número de talleres de caídas o de envejecimiento saludable.
- Mayor derivación de receta deportiva.
- Valoración indirecta de la prescripción de ejercicio físico multicomponente VVIFRAIL, en función de la solicitud de pasaportes en Salud Pública.
- Paciente con CIAP A2301 y MNA realizado.

Recursos

- Recursos humanos de los EAPs de AP de la Comunidad Foral de Navarra, entre los que destaca la ERC (Enfermera Referente de Cronicidad).
- Recursos materiales: Herramientas validadas, tales como la Escala FRail, test de fragilidad de Fried, protocolos de Atenea, pruebas funcionales (Test SPPB, prueba velocidad de la marcha VM, Test Up and Go TUG; escala EAT 10 y el MNA).
- Recursos audiovisuales: vídeos de entrenamiento a tiempo real (creados en colaboración con la Universidad Pública de Navarra_UPNA) y las webinars de fragilidad, ejercicio físico y nutrición.

Basada en la evidencia

Esta Buena Práctica se basa en el modelo ICOPE de la OMS que recalca la importancia de mantener y mejorar la capacidad intrínseca de las personas mayores mediante una atención integrada centrada en la persona y coordinada a lo largo del tiempo.

Este modelo ICOPE consta de cinco fases:

- STEP 1: Cribado de la capacidad intrínseca
- STEP 2: Evaluación centrada en la persona
- STEP 3: Elaboración del plan de atención individualizado
- STEP 4: Implementación y seguimiento

- STEP 5: Participación comunitaria y apoyo a cuidadores

Además, esta Buena Práctica también se basa en el documento de consenso de Ministerio llamado 'Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad de la persona mayor.

Equidad

Esta buena práctica aborda el envejecimiento poblacional y la fragilidad como retos claves del sistema sanitario. Desde la equidad esto implica garantizar que todas las personas mayores independientemente de sus condiciones sociales, económicas o territoriales tengan acceso equitativo a una atención centrada en la persona, preventiva y de calidad. Un enfoque biopsicosocial no sólo es más completo sino más justo, equitativo y coherente con las necesidades de la población.

Sostenibilidad

Con esta práctica se plantea un modelo de atención a la fragilidad basado en la detección precoz, la prevención de caídas y la coordinación entre niveles asistenciales, elementos clave para la sostenibilidad del sistema sanitario y social. Su enfoque preventivo reduce futuras hospitalizaciones, discapacidad y dependencia, lo que disminuye significativamente los costes económicos y la sobrecarga de los servicios sanitarios.

La Atención Primaria como eje principal favorece la eficiencia en el uso de recursos, mientras que la coordinación con servicios sociales, residencias y entorno comunitario evita duplicidades y mejora la continuidad asistencial.

En términos sociales, esta práctica promueve un envejecimiento activo y saludable, contribuyendo a mantener la autonomía, mejorar la calidad de vida de las personas mayores y reducir la carga sobre familias y cuidadores.

Se objetiva un enfoque sostenible que optimiza recursos, mejora resultados en salud y favorece una atención centrada en la persona mayor, adaptada al reto del envejecimiento poblacional.

Transferibilidad

Esta buena práctica es transferible a otros contextos de la práctica asistencial en AP porque está alineada con el documento de Consenso del Ministerio de Sanidad para el abordaje de fragilidad, el modelo ICOPE de la OMS y la evidencia aportada por el estudio de investigación PREDISC. Su diseño basado en cribado precoz, valoración integral breve y planes de intervención centrados en capacidades intrínsecas permite su adaptación progresiva a distintos contextos organizativo. Además, el uso de herramientas sencillas validadas y aplicable por profesionales de AP junto con su integración con la práctica clínica habitual favorece su sostenibilidad.

A pesar de que los contextos pueden diferir, el modelo puede adaptarse a los distintos entornos y peculiaridades de la población.

Existen documentos para poder replicarse o adaptarse a otros contextos: Recursos materiales: protocolos, material formativo, guía de práctica clínica, recursos en Auzolan y recursos audiovisuales...

Efectividad

La efectividad de un protocolo de abordaje de fragilidad aumenta significativamente cuando se integra la valoración del riesgo social, y este punto principal es el eje novedoso de esta Buena Práctica que se presenta.

Eficiencia

Esta Buena Práctica es eficiente porque reduce costos, optimiza recursos, evita intervenciones complejas, mejora la organización del sistema y mantiene la autonomía de las personas mayores. Al priorizar la prevención y detección temprana logra resultados con un uso racional y adecuado de los recursos. El empleo de herramientas de cribado sencillas y la realización de valoraciones breves permiten integrar el abordaje de la fragilidad en la actividad asistencial habitual.

Participación multidisciplinar

La práctica se fundamenta en un enfoque multidisciplinar que refuerza la coordinación entre los distintos profesionales implicados en la atención a las personas mayores desde atención primaria. La participación multidisciplinar se lleva a cabo mediante circuitos asistenciales consensuados y herramientas compartidas, lo que facilita la comunicación entre profesionales y la toma de decisiones coordinada.

Colaboración intersectorial

La práctica promueve una coordinación intersectorial orientada a dar una respuesta integral a la fragilidad más allá del ámbito sanitario. El modelo promueve la coordinación efectiva entre Atención Primaria y los recursos sociales, así como recursos comunitarios locales (por ejemplo: programas ejercicio físico).

Esta colaboración se articula mediante circuitos de derivación claros y mecanismos de comunicación establecidos, facilitando la comunicación de recursos adecuados según las necesidades detectadas en la valoración integral.

Evaluación

No se ha seguido una evaluación de manera estructurada. Pero desde la Gerencia de Atención Primaria se realizó una monitorización con Tableaus de fragilidad teniendo en cuenta los test funcionales realizados por EAP.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL4-1: Viure sense fum (Vivir sin humo)

Belén Abad Verdú (1), Begoña Juliá Sanchis (1), Ángela Sempere Juan (1), Ignacio Calvo Carbonell (1), Begoña Seguí Llinares (1)

(1) Departamento de Salud de Alcoy, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Tabaquismo, prevención, promoción de la salud, ámbito escolar, educación para la salud, adolescencia, salud comunitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El consumo de tabaco y de nuevas formas de administración de nicotina continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública prevenibles. La evidencia científica muestra que la iniciación al consumo se produce mayoritariamente durante la infancia y la adolescencia temprana, condicionando la aparición de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas en la edad adulta. En los últimos años, la aparición de cigarrillos electrónicos, vapors, dispositivos de tabaco calentado y shishas ha incrementado esta problemática, especialmente entre menores, al difundirse una percepción errónea de menor riesgo. Esta situación genera una clara necesidad de intervenciones preventivas precoces, estructuradas y basadas en la evidencia, que actúen antes del inicio del consumo.

En este contexto surge en 2016 el programa Viure sense fum, como una iniciativa de promoción de la salud y prevención primaria dirigida a escolares de 11 y 12 años. La elección de esta franja de edad responde a la evidencia disponible, que identifica el final de la Educación Primaria como una etapa clave para la adquisición de actitudes y creencias relacionadas con el consumo de tabaco. El programa se alinea plenamente con los objetivos de las convocatorias de buenas prácticas en salud, al tratarse de una intervención comunitaria, preventiva, equitativa, sostenible y avalada por instituciones científicas y colegios profesionales.

La magnitud del problema se refleja en el alcance poblacional del programa, que se implementa anualmente en todos los centros educativos del Departamento de Salud de Alcoy, abarcando las poblaciones de Alcoy, Ibi, Castalla, Onil, Banyeres de Mariola, Benilloba, Muro de Alcoy y Cocentaina. De este modo, se garantiza que la totalidad de los niños y niñas de 11 años del departamento reciban una intervención homogénea y coordinada. La urgencia del tema se ve reforzada por el aumento del uso de vapors y dispositivos similares en edades cada vez más tempranas, así como por la normalización social de estos productos en entornos familiares y digitales.

El valor añadido de Viure sense fum respecto a otras intervenciones radica en su metodología innovadora y altamente visual, que combina una presentación interactiva con un taller práctico de construcción de un cigarrillo de cartón y/o vapor, al que el alumnado incorpora manualmente las sustancias tóxicas reales presentes en su interior. Esta estrategia facilita un aprendizaje significativo y duradero, favoreciendo la comprensión real del daño asociado al consumo. Además, el programa ha evolucionado para incorporar de forma sistemática las nuevas formas de consumo, adaptándose a la realidad actual y manteniendo su vigencia.

Tras casi diez años de trayectoria, Viure sense fum se ha consolidado como una buena práctica en salud comunitaria, con continuidad en el tiempo, alta aceptación por parte de la comunidad educativa y un impacto positivo en el conocimiento y la percepción de riesgo del alumnado, aportando un modelo preventivo eficaz, eficiente y transferible a otros territorios.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Viure sense fum es un programa de promoción de la salud y prevención primaria del consumo de tabaco y de nuevas formas de inhalación de nicotina, dirigido a población infantil del Departamento de Salud de Alcoy. Se trata de una práctica educativa estructurada, basada en la evidencia científica y desarrollada en el entorno escolar, que busca actuar de forma precoz antes del inicio del consumo.

El programa se dirige actualmente a todo el alumnado que cursa 6º de Educación Primaria (11-12 años) en los centros educativos del departamento, incluyendo colegios públicos, privados y concertados, así como los centros rurales agrupados existentes en el territorio. De este modo, se garantiza una cobertura universal y equitativa. En sus primeras ediciones, la intervención se realizaba en 1º de Educación Secundaria Obligatoria; sin embargo, en el curso 2024-2025 se decidió adelantarla a 6º de Primaria, tras evidenciarse, según estudios científicos, un descenso en la edad de inicio del consumo, especialmente de vapores y otros dispositivos. Durante este curso de transición, el programa se impartió en ambos niveles educativos para no dejar a ningún niño o niña sin la intervención.

La práctica combina una intervención teórica y un taller práctico. La parte teórica se desarrolla mediante una presentación audiovisual interactiva, actualizada en el presente curso a partir de la evaluación realizada en la campaña escolar anterior. Dicha evaluación evidenció la necesidad de adaptar los contenidos al nuevo grupo de edad, mejorar el lenguaje visual e incorporar de forma más clara las nuevas modalidades de consumo tabáquico. La nueva presentación incluye una historia narrativa que compara la evolución de dos niños: uno que decide fumar y otro que decide no hacerlo. A través de esta historia se muestran, de manera comprensible y cercana, las diferencias en su salud, bienestar, rendimiento físico y social, favoreciendo la identificación del alumnado y la reflexión crítica.

Asimismo, la presentación dedica un espacio específico a trabajar la importancia de saber decir “no”. Se abordan situaciones reales de presión del grupo y se proporcionan herramientas prácticas y sencillas para que los menores aprendan a rechazar el consumo de forma asertiva, reforzando la autoestima, la toma de decisiones informadas y la autonomía personal.

La intervención se completa con un taller práctico altamente visual, en el que el alumnado construye un cigarrillo y/o vapor de cartón al que va incorporando manualmente las sustancias tóxicas ficticias presentes en su interior. Esta actividad permite visualizar el daño asociado al consumo y refuerza el aprendizaje significativo.

En conjunto, Viure sense fum ofrece una visión integral y adaptada a la realidad actual, combinando información, reflexión y desarrollo de habilidades personales como base de una prevención eficaz y temprana.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana del programa Viure sense fum es el alumnado de 6º de Educación Primaria, con edades comprendidas entre los 11 y 12 años, escolarizado en los centros educativos del Departamento de Salud de Alcoy. La intervención se dirige a la totalidad de este grupo poblacional, incluyendo colegios públicos, privados y concertados, así como los centros rurales agrupados existentes en el territorio, garantizando una cobertura universal y equitativa.

El ámbito de aplicación comprende las poblaciones de Alcoy, Ibi, Castalla, Onil, Banyeres de Mariola, Benilloba, Muro de Alcoy y Cocentaina. Esta franja de edad ha sido seleccionada de forma intencionada, atendiendo a la evidencia científica que indica un adelanto en la edad de inicio del consumo de tabaco y de nuevos dispositivos de nicotina. El programa actúa así de manera preventiva, antes del inicio del consumo, reduciendo desigualdades en salud y asegurando que ningún menor quede excluido de la intervención.

Metodología

El programa Viure sense fum se desarrolla mediante una metodología participativa, preventiva y adaptada al nivel madurativo del alumnado de sexto de Educación Primaria. La intervención se realiza en el entorno escolar y combina una sesión teórica interactiva con un taller práctico altamente visual. La sesión teórica se apoya en una presentación audiovisual dinámica, actualizada tras la evaluación del curso anterior, que incorpora contenidos sobre tabaco convencional y nuevas formas de consumo. Incluye una historia narrativa que compara la evolución de un menor que fuma con otro que decide no hacerlo, favoreciendo la identificación y la reflexión crítica. La metodología integra diálogo guiado, resolución de dudas y entrenamiento en habilidades personales, proporcionando estrategias para resistir la presión del grupo y aprender a decir no de forma asertiva. El taller práctico consiste en la construcción manual de un cigarrillo de cartón y/o vaper, incorporando que simulan sustancias tóxicas para reforzar el aprendizaje significativo y visual.

La duración de esta intervención es de 45-50 minutos adaptándonos al horario cedido de los centros docentes.

Objetivos

Objetivo general:

- Prevenir el inicio del consumo de tabaco y de nuevas formas de inhalación de nicotina en la población infantil del Departamento de Salud de Alcoy, mediante una intervención educativa precoz, estructurada y basada en la evidencia científica.

Objetivos específicos:

- Incrementar el conocimiento del alumnado sobre los riesgos reales del tabaco convencional y de los nuevos dispositivos (vapers, shishas y calentadores).
- Reducir la percepción errónea de inocuidad asociada a estas nuevas formas de consumo.
- Favorecer actitudes críticas frente a la presión del grupo y la normalización social del consumo.
- Desarrollar habilidades personales que permitan a los menores decir “no” de forma asertiva.
- Garantizar una intervención preventiva equitativa y homogénea en todos los centros educativos del departamento.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones se desarrollan anualmente en los centros educativos del Departamento de Salud de Alcoy. Incluyen la planificación conjunta con los centros escolares, la coordinación del calendario de sesiones y la asignación de profesionales sanitarios formados. En cada centro se realiza una intervención educativa presencial dirigida al alumnado de 6º de Educación Primaria. La actuación consta de una sesión teórica interactiva apoyada en una presentación audiovisual adaptada a la edad, seguida de un taller práctico. Se abordan el tabaco convencional, las nuevas formas de consumo y las habilidades para resistir la presión social. En el curso de transición 2024-2025, la intervención se amplió también a 1º de ESO para no dejar a ningún alumnado sin la actividad. Tras cada campaña escolar se recogen evaluaciones y se actualizan contenidos y materiales según los resultados obtenidos.

Indicadores curso escolar 2024-2025

Indicadores

- Cobertura: 74 sesiones en 37 centros educativos en cursos de 6ª de Primaria y 1º ESO, en total más de 1700 alumnos.
- Participación profesional: 150 profesionales sanitarios de distintas categorías.
- Satisfacción: valoración de la actividad por parte de los centros docentes participantes mediante encuestas de satisfacción.
- Calidad de la intervención: valoración realizada por los profesionales sanitarios que imparten los talleres mediante encuestas de satisfacción.
- Continuidad: mantenimiento anual del programa y actualización periódica de contenidos.

Recursos

Los principales recursos del programa son los recursos humanos. Participan profesionales de atención primaria, incluyendo enfermería comunitaria, médicos de familia, pediatras y trabajadores sociales. En algunos centros colaboran profesionales del servicio de neumología (un neumólogo y una enfermera hospitalaria), así como profesionales de la Unidad de Conductas Adictivas, con la participación de un médico y una trabajadora social. Además, una administrativa del hospital es la responsable de la elaboración y actualización de las presentaciones.

La iniciativa está supervisada y organizada por un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participan la Dirección de Enfermería de Atención Primaria, la UCA, la Unidad de Prevención de Conductas Adictivas de los ayuntamientos de Alcoy e Ibi, la Dirección de Salud Pública del departamento y un neumólogo responsable de docencia.

Los recursos materiales incluyen la presentación audiovisual, cajas con productos que simulan los compuestos del tabaco y un cigarrillo y/o vapor elaborado en goma EVA.

Basada en la evidencia

El programa se fundamenta en la evidencia científica que identifica la infancia tardía como una etapa clave para la prevención del consumo de tabaco y nicotina. Numerosos estudios señalan que el adelanto en la edad de inicio del consumo aumenta el riesgo de dependencia y de patología asociada en la edad adulta. Asimismo, la evidencia respalda el uso de metodologías participativas, visuales y experienciales como las más eficaces en población infantil. El contenido del programa se alinea con las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales de salud pública y sociedades científicas, incorporando información actualizada sobre nuevas formas de consumo. La evaluación continua permite adaptar la intervención a la evolución del contexto social y epidemiológico, manteniendo su rigor científico y su efectividad preventiva.

Equidad

El programa garantiza un enfoque equitativo al dirigirse a la totalidad del alumnado de 6º de Educación Primaria del Departamento de Salud de Alcoy, independientemente del tipo de centro educativo, entorno urbano o rural, o situación socioeconómica. La intervención se realiza dentro del horario lectivo, evitando barreras de acceso y asegurando igualdad de oportunidades. Los contenidos se adaptan al nivel madurativo del alumnado y se utilizan metodologías inclusivas que facilitan la comprensión a estudiantes con diferentes capacidades y estilos de aprendizaje. Además, el enfoque evita la estigmatización, especialmente en menores expuestos al consumo en su entorno familiar, reforzando mensajes de autonomía, capacidad de decisión y protección de la salud.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del programa se basa en su bajo coste económico, el uso de materiales reutilizables y la implicación de profesionales sanitarios del propio departamento. La integración de la actividad en la planificación anual de promoción de la salud permite su continuidad sin necesidad de recursos extraordinarios. La existencia de un grupo de trabajo estable garantiza la coordinación, supervisión y actualización de contenidos. Tras casi una década de implementación, el programa ha demostrado estabilidad, aceptación institucional y capacidad de adaptación, lo que asegura su mantenimiento a largo plazo como una práctica consolidada de prevención comunitaria.

Transferibilidad

El diseño estructurado del programa, la estandarización de los materiales y la claridad metodológica permiten su fácil transferibilidad a otros departamentos de salud o territorios. No requiere recursos tecnológicos complejos ni infraestructuras específicas, y puede adaptarse a distintos contextos educativos y socioculturales. La experiencia acumulada, junto con la documentación del proceso y los resultados de la evaluación, facilita su replicación manteniendo la fidelidad del modelo. Su carácter preventivo, equitativo y basado en la evidencia lo convierte en una práctica exportable a otros ámbitos de atención primaria.

Efectividad

La efectividad del programa se sustenta en su intervención temprana, su continuidad en el tiempo y su metodología participativa. La combinación de información científica, narrativa comparativa y taller práctico favorece un alto impacto en el conocimiento y en la percepción de riesgo del alumnado. La elevada aceptación por parte de los centros educativos y la valoración positiva de los profesionales sanitarios refuerzan su utilidad. La adaptación continua del

contenido, especialmente ante la aparición de nuevas formas de consumo, permite mantener su eficacia y relevancia preventiva en un contexto cambiante.

Eficiencia

El programa presenta una alta eficiencia al lograr un amplio impacto poblacional con un uso optimizado de recursos. La utilización de profesionales del propio sistema sanitario, la reutilización de materiales y la integración en la actividad escolar ordinaria reducen costes y duplicidades. La experiencia acumulada permite una organización ágil de las sesiones, maximizando resultados con una inversión mínima. Esta eficiencia facilita su sostenibilidad y ampliación sin comprometer la calidad de la intervención.

Participación multidisciplinar

Viure sense fum se apoya en una amplia participación multidisciplinar que enriquece la intervención. Enfermería, medicina de familia, pediatría, trabajo social, neumología y profesionales de conductas adictivas aportan una visión integral del problema. Esta diversidad profesional permite abordar el tabaquismo desde perspectivas clínicas, preventivas, educativas y psicosociales, reforzando el mensaje y aumentando su credibilidad ante el alumnado.

Colaboración intersectorial

El programa se desarrolla gracias a la colaboración entre el ámbito sanitario, educativo y municipal. Los centros docentes, los servicios de atención primaria y hospitalaria, las unidades de prevención municipales y la salud pública trabajan de forma coordinada. Esta colaboración intersectorial garantiza una intervención coherente, homogénea y alineada con las estrategias locales de promoción de la salud.

Evaluación

La evaluación del programa es sistemática y continua. Se realizan encuestas estructuradas tanto a los centros docentes participantes como a los profesionales sanitarios que imparten los talleres. Estas evaluaciones permiten valorar la adecuación de los contenidos, la metodología, la organización y el impacto percibido. Los resultados se utilizan para introducir mejoras, actualizar la presentación y adaptar el programa a nuevas necesidades, asegurando su calidad y evolución constante.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL4-2: Taller de promoción de lactancia materna

María Coll Esteve (1), Sara Segura Barrachina (1), Ángela Huerta Cuenca (1)

1) Zona Básica de Salud de Mislata, Departamento de Salud de Manises, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Lactancia materna, atención primaria, promoción de la salud, educación para la salud, apoyo comunitario, atención materno-infantil, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El periodo de lactancia materna constituye una etapa de especial vulnerabilidad para la madre, el recién nacido y la familia. En este contexto, un acompañamiento adecuado puede resultar determinante para el éxito de la lactancia y para evitar su abandono precoz. La evidencia científica respalda que la promoción y el apoyo activo a la lactancia materna son intervenciones de alto impacto en salud pública, con beneficios directos sobre la salud de madre e hijo, y repercusiones positivas a nivel social y económico.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación junto a otros alimentos hasta los dos años o más proporciona protección frente a infecciones respiratorias, digestivas y otitis media, reduce el riesgo de hospitalizaciones y mejora el desarrollo inmunitario, cognitivo y emocional del lactante. A largo plazo, se asocia con menor prevalencia de obesidad infantil, diabetes tipo 1 y 2, y enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida.

Para las madres, amamantar se relaciona con una disminución del riesgo de cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2, hipertensión y depresión postparto, además de favorecer el vínculo afectivo con el bebé y la satisfacción personal. En el ámbito social, una mayor tasa de lactancia materna implica menor gasto sanitario, menos ausentismo laboral de los progenitores, y una reducción de la presión asistencial en los servicios de salud.

A pesar de esta evidencia, en el centro de salud de Mislata se detectó una necesidad clara de apoyo continuado y accesible para las madres lactantes. Muchas expresaban dudas, inseguridades o dificultades técnicas que, sin acompañamiento cercano, podían llevar al abandono de la lactancia. De esta observación nació la iniciativa de crear un taller comunitario de lactancia materna, estable y permanente, desarrollado todos los viernes del año con una duración de 90 minutos. Está abierto a todas las madres que amamantan, desde el primer día del bebé y sin límite de edad, y permite también la asistencia de familiares (padres, abuelos, acompañantes).

El taller está coordinado por la pediatra y la enfermera de Pediatría del centro, fomentando un enfoque interdisciplinar y comunitario. Además, en ocasiones ha contado con la participación y colaboración de las matronas del equipo, reforzando la continuidad asistencial y la coherencia del mensaje en la atención perinatal.

Esta práctica aporta un valor añadido dentro de la Atención Primaria: continuidad semanal, apertura a la comunidad, enfoque familiar, trabajo conjunto entre profesionales y creación de redes de apoyo mutuo entre madres. Se trata de una intervención preventiva y educativa con sólidos fundamentos científicos, alineada con los objetivos del Ministerio de Sanidad y la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), contribuyendo a la promoción de la salud, la equidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La buena práctica presentada consiste en la implantación y desarrollo continuado de un taller comunitario de apoyo a la lactancia materna dentro de un centro de salud de Atención Primaria. Su finalidad es ofrecer un espacio accesible, cercano y de acompañamiento profesional y grupal a todas las madres lactantes, así como a sus familias, con el objetivo de favorecer la lactancia materna, mejorar su duración y calidad, y fortalecer el vínculo afectivo madre-bebé en un entorno de apoyo y confianza.

El taller tiene lugar todos los viernes del año, con una duración de 90 minutos, en un espacio habilitado dentro del propio centro de salud. La asistencia es libre y abierta, sin necesidad de cita previa ni límite de edad del lactante. Pueden participar madres con recién nacidos, lactancias prolongadas o múltiples, y se fomenta también la asistencia de padres, abuelos u otros familiares, reconociendo la importancia del entorno en el éxito de la lactancia.

La actividad está coordinada por una pediatra y una enfermera del equipo de Pediatría del centro, lo que garantiza una atención interdisciplinar y una respuesta profesional a las necesidades médicas, emocionales y educativas de las familias. En varias sesiones se cuenta con la colaboración de las matronas del centro, reforzando la continuidad asistencial desde el embarazo hasta la infancia y promoviendo la coherencia de los mensajes sanitarios en torno a la lactancia materna.

Durante las sesiones se abordan temas como el agarre y la postura, el manejo de grietas o mastitis, la lactancia diferida, la extracción y conservación de leche, la conciliación y la vuelta al trabajo, la lactancia en tándem, el destete respetuoso y los aspectos emocionales del proceso. Se emplea una metodología participativa y flexible, basada en la escucha activa, el intercambio de experiencias y la resolución práctica de dudas. Además, el taller actúa como punto de encuentro comunitario que facilita redes de apoyo entre madres, un elemento clave en el mantenimiento de la lactancia.

Aporta un modelo de continuidad, accesibilidad y comunidad poco habitual en la práctica asistencial actual. Frente a la oferta tradicional de sesiones puntuales o limitadas a grupos de reciente posparto, esta iniciativa ofrece un acompañamiento estable, sin límite temporal, que acoge a madres en cualquier etapa de la lactancia. La apertura semanal y la ausencia de barreras de acceso, como la necesidad de inscripción o derivación, favorecen la equidad y la participación.

Otro elemento diferenciador es su carácter interdisciplinar y colaborativo, integrando a profesionales de distintas áreas (pediatría, enfermería y matronas) y reforzando la atención integral a la salud materno-infantil. El enfoque grupal, comunitario y educativo se alinea con los principios de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud

y con las recomendaciones de la Iniciativa IHAN, contribuyendo a la humanización de la asistencia y a la promoción activa de la lactancia materna en el ámbito de Atención Primaria.

Población diana

La actividad se dirige principalmente a madres lactantes con hijos atendidos en los distintos cupos de pediatría del centro de salud. También participan, de manera abierta y voluntaria, madres procedentes de otros centros de salud e incluso de otras áreas, que acuden por recomendación de familiares o amigas que han asistido previamente al taller. En algunas ocasiones, las madres acuden acompañadas por sus parejas u otros familiares, lo que refuerza el apoyo emocional y social durante el proceso de lactancia. La participación es libre, sin requisitos previos, y el taller se concibe como un espacio inclusivo, cercano y comunitario de acompañamiento a las madres lactantes.

Metodología

La metodología del taller se basa en las directrices de la IHAN para actividades de apoyo a la lactancia: se desarrolla en un espacio adecuado del centro de salud, con horario fijo y periodicidad semanal, favoreciendo la accesibilidad y el acompañamiento continuado. El formato es abierto, participativo y flexible: las madres acuden cuando lo desean sin necesidad de inscripción ni seguimiento obligatorio, lo que facilita su integración sin presión. Las sesiones se organizan en círculo o disposición facilitadora de la interacción, potenciando el intercambio de experiencias y la dinámica de grupo. Un profesional del equipo de pediatría o enfermería actúa como dinamizador, supervisando la coherencia de la información científica, fomentando la escucha activa, la resolución de dudas y la vinculación entre madres.

Objetivos

El objetivo general de este taller es favorecer la continuidad y calidad de la lactancia materna en el ámbito de Atención Primaria, apoyando a las madres durante todo el periodo de lactancia.

Los objetivos específicos son:

1. Informar a las madres lactantes sobre los beneficios, técnicas y retos de la lactancia materna, facilitando una elección digna, libre e informada.
2. Acompañar a las madres en el inicio de la lactancia y en su mantenimiento, promoviendo la lactancia exclusiva los primeros meses y continuada tanto tiempo como madre y bebé lo deseen.
3. Crear un entorno acogedor y de apoyo grupal dentro del centro de salud que refuerce el vínculo madre-bebé, fomente redes de apoyo entre madres y facilite la actuación precoz ante dificultades.
4. Integrar a profesionales de pediatría, enfermería y matronas en un enfoque coordinado para asegurar una atención global de la salud materno-infantil.

Actuaciones realizadas

Para la puesta en marcha del taller, el equipo de pediatría mantuvo una reunión con la coordinación médica y de enfermería del centro de salud, informando también a las matronas, con el fin de organizar la actividad conforme al programa de talleres de lactancia materna de la IHAN.

Se seleccionó la sala de juntas del segundo piso, un espacio amplio, luminoso y disponible los viernes, que reúne las condiciones idóneas para el desarrollo de la actividad.

Durante el mes de junio se elaboraron y distribuyeron carteles informativos en las zonas comunes del centro, comunicando al personal la puesta en marcha del taller y anunciando su inicio el 19 de septiembre de 2025. Todo el personal fue informado para poder orientar y derivar a las madres interesadas. La actividad se registró en Abucasis como programa comunitario, y cada semana se registra la sesión realizada y el número de participantes.

Indicadores

Para la evaluación del taller se establecen indicadores de proceso y de resultado que permiten valorar su desarrollo, participación e impacto en la promoción de la lactancia materna. Entre los indicadores de proceso se incluyen: número total de sesiones realizadas al año, número medio de madres asistentes por sesión, participación de diferentes profesionales del equipo (pediatría, enfermería, matronas) y registro de cada actividad en Abucasis.

Como indicadores de resultado se valoran: porcentaje de madres que mantienen lactancia materna exclusiva a los seis meses y prolongada más allá del año, grado de satisfacción de las participantes, nivel de confianza adquirido en el manejo de la lactancia y reducción de consultas relacionadas con problemas o abandono precoz.

A medio plazo, se considerará el incremento global de las tasas de lactancia en el centro de salud y la consolidación del taller como actividad comunitaria estable en la atención pediátrica.

Recursos

La actividad se desarrolla utilizando los recursos habituales del centro de salud, sin necesidad de dotación económica adicional. En cuanto a recursos humanos, participan una pediatra y una enfermera del equipo de pediatría, encargadas de la coordinación y dinamización del taller, con la colaboración puntual de matronas y el apoyo del personal administrativo para la información y derivación de madres interesadas. La coordinación médica y de enfermería del centro supervisa la actividad dentro del marco comunitario.

La pediatra responsable del taller cuenta con una amplia formación y experiencia en lactancia materna: es docente en cursos acreditados de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), ha presentado comunicaciones en congresos y publicado artículos sobre el tema, y posee un Diploma de Experto Universitario en Lactancia Materna. Como recurso material, se utiliza la sala de juntas del segundo piso, un espacio amplio, luminoso y disponible los viernes, con el mobiliario existente del centro.

Basada en la evidencia

El taller de lactancia materna se fundamenta en la evidencia científica disponible y en las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales. Está alineado con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud, y las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF sobre lactancia materna y apoyo comunitario.

Numerosos estudios han demostrado que las intervenciones grupales en Atención Primaria mejoran las tasas de inicio y mantenimiento de la lactancia, aumentan la confianza materna y reducen los problemas frecuentes durante el amamantamiento. La metodología aplicada en el taller —basada en la escucha activa, la participación grupal y la educación sanitaria— se apoya en los principios de la IHAN. Además, la formación acreditada en lactancia materna de la pediatra responsable garantiza la actualización continua y el rigor científico de la información ofrecida.

Equidad

El taller de lactancia materna se concibe como una actividad abierta, inclusiva y accesible para todas las madres lactantes, sin necesidad de inscripción previa, sin límite de edad del lactante y sin requisitos administrativos. Su realización en el propio centro de salud, en un espacio amplio, cómodo y de fácil acceso, garantiza la participación de cualquier madre que lo desee, independientemente de su situación socioeconómica, nivel educativo u origen cultural.

El horario fijo y la periodicidad semanal facilitan que las madres puedan acudir cuando su disponibilidad lo permite, eliminando barreras organizativas o de conciliación. Además, el enfoque grupal favorece la integración, la participación activa y el apoyo entre mujeres con experiencias diversas.

De este modo, el taller contribuye a reducir desigualdades en el acceso a la información y al acompañamiento en lactancia, promoviendo la equidad en salud y la igualdad de oportunidades en el ámbito materno-infantil.

Sostenibilidad

El taller de lactancia materna se ha consolidado como una actividad comunitaria estable dentro del centro de salud, integrada en la programación del equipo de pediatría y registrada semanalmente en Abucasis. Su continuidad está garantizada al desarrollarse con los recursos ordinarios del centro, sin necesidad de financiación adicional ni infraestructuras específicas.

Cuenta con el apoyo y reconocimiento de la coordinación médica y de enfermería, así como del conjunto del equipo de pediatría, lo que asegura su mantenimiento dentro de la actividad asistencial y comunitaria habitual. La metodología utilizada y la buena aceptación por parte de las madres participantes favorecen su permanencia en el tiempo.

La formación y experiencia en lactancia materna de la pediatra responsable, junto con la implicación del equipo de enfermería y la colaboración puntual de matronas, contribuyen a su continuidad, garantizando la calidad y sostenibilidad del proyecto a largo plazo.

Transferibilidad

El taller de lactancia materna presenta una estructura sencilla, clara y fácilmente aplicable en otros centros de salud del Sistema Nacional de Salud. Su metodología se basa en las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) y en las guías de la OMS y UNICEF, lo que permite su adaptación a diferentes contextos asistenciales.

Al desarrollarse con recursos humanos y materiales habituales del centro, sin requerir financiación adicional, constituye una actividad viable y de bajo coste. La coordinación entre pediatría, enfermería y matronas, junto con la programación y registro en Abucasis, proporciona un modelo organizativo reproducible en cualquier equipo de Atención Primaria.

Su éxito se fundamenta en la continuidad, accesibilidad y buena acogida por parte de las familias, lo que demuestra que este tipo de talleres puede implementarse con facilidad en otros centros para fomentar la lactancia materna y la salud comunitaria.

Efectividad

Desde su puesta en marcha, el taller de lactancia materna ha mostrado una buena aceptación y una asistencia constante por parte de las madres. La participación semanal refleja la utilidad percibida del recurso y la confianza generada entre las familias y el equipo profesional. Las madres refieren sentirse más seguras en el manejo de la lactancia, con menor aparición de problemas comunes y mayor duración de la lactancia materna, tanto exclusiva como prolongada.

El acompañamiento profesional y la interacción entre madres favorecen la resolución precoz de dificultades, la reducción de consultas individuales por problemas de lactancia y la continuidad de la misma más allá de los primeros meses. Asimismo, el taller ha fortalecido la coordinación entre pediatría, enfermería y matronas, consolidando una atención más integral y coherente. Estos resultados evidencian que la práctica es efectiva en la promoción de la lactancia y en la mejora de la salud materno-infantil.

Eficiencia

El taller de lactancia materna constituye una intervención de bajo coste y alto impacto en salud pública. Se desarrolla con los recursos ordinarios del centro de salud, sin necesidad de financiación adicional, utilizando espacios y profesionales ya integrados en la actividad asistencial. Su formato grupal permite atender simultáneamente a varias madres, optimizando el tiempo y el esfuerzo profesional frente a las consultas individuales.

La mejora en la duración y calidad de la lactancia materna se traduce en una reducción de consultas por problemas de lactancia, menor incidencia de infecciones en la infancia y, por tanto, menor uso de recursos sanitarios. Además, la educación y el acompañamiento proporcionados disminuyen la demanda de atención médica evitable y fortalecen la autonomía de las familias. Todo ello demuestra que el taller es una práctica eficiente, sostenible y alineada con los principios de optimización de recursos del Sistema Nacional de Salud.

Participación multidisciplinar

El taller de lactancia materna se desarrolla como una actividad colaborativa dentro del equipo de Atención Primaria. Participan activamente una pediatra y una enfermera del equipo de

pediatría, responsables de la coordinación y dirección del taller, con la colaboración puntual de las matronas. Además, el resto de compañeros del servicio de pediatría y enfermería contribuyen atendiendo a los pacientes del cupo de la pediatra y la enfermera responsables del taller durante el tiempo en que estas se encuentran realizando la actividad comunitaria, así como promoviendo la participación entre las familias de sus cupos.

La organización se realizó en consenso con la coordinación médica y de enfermería, garantizando la implicación de todo el equipo. Tras las sesiones, se comentan en reunión clínica los casos de madres con dificultades en la lactancia para unificar criterios. Esta dinámica multidisciplinar fortalece la continuidad asistencial y mejora la atención integral en lactancia materna.

Colaboración intersectorial

El taller de lactancia materna se integra dentro de las acciones comunitarias del centro de salud, en coordinación con diferentes niveles asistenciales y con otros sectores implicados en la promoción de la salud materno-infantil. Se mantiene una comunicación fluida con las matronas y con el hospital de referencia para asegurar la continuidad del apoyo a la lactancia desde el nacimiento hasta la atención en Atención Primaria.

La actividad está alineada con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud y con la Iniciativa IHAN, que promueven la cooperación entre los ámbitos sanitario, social y comunitario. Además, la difusión del taller entre las madres a través del boca a boca, redes informales y el consejo básico de salud, lo cual es un gran apoyo y refuerza la colaboración con la comunidad. Esta coordinación entre distintos agentes permite un abordaje integral y sostenible de la lactancia materna y su entorno familiar.

Evaluación

La evaluación del taller de lactancia materna se realiza de forma continua mediante el registro sistemático de cada sesión en Abucasis como actividad comunitaria, consignando fecha, número de participantes y temas tratados. Estos datos permiten analizar la participación, la constancia y la evolución de la actividad a lo largo del tiempo.

Paralelamente, se lleva a cabo una evaluación cualitativa basada en la observación directa y en los comentarios de las madres, valorando su grado de satisfacción, la utilidad percibida y la mejora en la confianza y el manejo de la lactancia.

El equipo de pediatría y enfermería revisa periódicamente el desarrollo del taller en sesiones clínicas, donde se analizan los casos con dificultades y se proponen mejoras. Esta retroalimentación continua asegura la calidad, la coherencia de los mensajes y la adaptación de los contenidos a las necesidades reales de las familias, garantizando una práctica dinámica, eficaz y en constante mejora.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL4-3: Proyecto ACTIVA. Únete al deporte saludable.

Magdalena Milla Perseguer (1), Cristina Cantos García (1), Carolina Mir Sánchez (1), Francisco Antón García (1), Paola Pastor Tiburcio (1), Pedro Antón Castellote (1), Guadalupe Villegas Pascual (1), Marina Ibáñez Caballero (1), Remedios Francisco Chico (1), Olaya Felipe Román (1), Laia Soler Reyes (1), Inma Aliaga Valero (1), Rafael Romero Ortega (1), María Sandra Aguado Moreno (1), Ángela de Andrés David (1), Beatriz Yáñez Amorós (1), María Jesús Piqueras Moreno (1), Álvaro Serrano Fernández (1), María Carmen Segura Caballero (1), Miriam Requena Marco (1)

(1) Departamento de Salud Valencia-Hospital General, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Actividad física, atención Primaria, envejecimiento activo, promoción de la salud, ejercicio en grupo, pacientes expertos, salud comunitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El proyecto ACTIVA se trata de una experiencia en educación para la salud grupal. El proyecto nace en el centro de salud de Fuensanta, del departamento de salud Valencia Hospital General, tras un estudio que se realizó con el objetivo de analizar el gasto anual farmacológico en pacientes mayores de 65 años. En una muestra de 251 pacientes se comparó el gasto anual farmacológico prescrito en Atención Primaria (AP) se obtuvieron resultados que apuntaban que con el ejercicio físico habitual descendía el consumo de analgésicos y psicofármacos.

Aunque se define administrativamente a las personas mayores de 65 años como ancianos, no todas las personas mayores se encuentran en la misma situación funcional. Están los ancianos sanos (no presentan patologías físicas o psíquicas ni problemas funcionales o sociales), los ancianos frágiles (presentan una disminución de las reservas fisiológicas que les hacen más vulnerables) y los ancianos enfermos.

En el marco de actuación de la detección de pacientes en fases iniciales de anciano frágil se deben poner en marcha medidas preventivas que retrasen lo máximo posible la situación de dependencia funcional.

Los criterios de fragilidad de Fried (10) son los que hoy en día se están utilizando en los estudios de investigación como método diagnóstico de fragilidad. El problema que tiene este método es que es un sistema poco práctico para la actividad clínica diaria y de difícil aplicación en atención primaria, ámbito clave de detección de la fragilidad por la cercanía al paciente.

En una tesis doctoral desarrollada en el centro de salud Fuensanta se encontró una prevalencia del anciano frágil, en una muestra de 273 personas mayores (70-85 años) que acudieron a la consulta, del 38,5% de pacientes frágiles la mayoría eran sedentarios.

Así pues, el ejercicio físico, adaptado a la edad y comorbilidad de los pacientes, es una de las herramientas eficaces que disponemos para retrasar la progresión del anciano al estado de fragilidad, por lo que lograr que los pacientes mayores lo realicen de forma sistemática es

esencial. Como instaurar medidas coste-efectivas como el ejercicio físico que sean preventivas y terapéuticas, disminuyan el consumo de fármacos, mejoren el bienestar psicológico y enlentezcan el deterioro cognitivo.

Este proyecto considera relevante potenciar la formación de pacientes tutores en el ámbito del ejercicio físico en los centros de salud para que promuevan medidas que incrementen el envejecimiento activo, a través de programas de ejercicio en grupo que no supongan un gasto adicional para la administración y que además fomenten las relaciones de autoayuda.

Se trata de un proyecto pionero en la Sanidad Pública Valenciana, que en la actualidad está extendido a 13 zonas básicas de salud del departamento de salud Valencia Hospital General con una participación de más de 1.000 pacientes participando.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La base del proyecto es la creación de grupos para personas mayores que realicen ejercicio físico dirigidos por pacientes tutores formados como recurso de envejecimiento activo.

Se trata de un proyecto implantado en 10 centros de salud del Departamento de Salud Valencia Hospital General que incluye en la práctica diaria del equipo de atención primaria la prescripción de ejercicio físico, facilitando la inclusión de los pacientes en los grupos de ejercicio físico creados.

El personal facultativo utiliza los diagnósticos de CIE 10:

- Z 72.3 SEDENTARISMO
- 71.89 ADMISION EJERCIO FISICO
- Hacen constar en el Plan: Prescripción de ejercicio físico

Enfermeros/as utilizan los diagnósticos de NANDA:

- D00168 Sedentarismo
- NIC 0200 Recomendación ejercicio físico
- NIC 5612 Ejercicio Prescrito
- Hacen constar en el Plan: Prescripción de ejercicio físico

El paciente tutor se encarga de impartir las actividades de ejercicio físico.

Para incorporarse al programa, el paciente es derivado a la Trabajadora Social (TS) del centro mediante cita presencial. El o la TS indicará el programa, horario, grupo y localización. Firma hoja de participación voluntaria en el programa y la autorización del tratamiento de los datos personales.

Si el o la paciente acude directamente a la clase de ACTIVA, el paciente tutor deriva al centro de salud para que le hagan la prescripción y le incluyan en el programa.

El proyecto ACTIVA es innovador y original porque además de implicar a diversos estamentos y profesionales (CS, trabajadora social, centros de mayores, pacientes tutores, concejalía municipal), el coste económico es cero para la Administración, ya que solo supone mejorar la utilización de las infraestructuras ya existentes (en los Centros de Mayores). Los pacientes tutores realizan su monitorización de forma voluntaria y gratuita.

Población diana / ámbito de aplicación

La población a la que va dirigida son los pacientes mayores de 65 años.

Metodología

1. Formación de pacientes TUTORES: CURSO “ENSEÑAR A ENSEÑAR”:
 - a. Selección de pacientes que hayan expresado su compromiso de dirigir los grupos de ejercicio físico que se formen.
 - b. El curso se compone de un total de 10 sesiones.
 - c. La finalidad es mostrar de forma clara y sencilla la correcta realización de los ejercicios, apoyándonos en las bases teóricas de la Actividad Física y la Salud.
2. FASE DE IMPLEMENTACIÓN “Proyecto ACTIVA”:
 - a. Identificación del referente del proyecto ACTIVA en los diferentes Centros de Salud. El referente es el responsable de la gestión de las prescripciones, de organizar los grupos y los horarios.
 - b. Búsqueda activa de los locales (dentro de los CS o externos) donde desarrollar las clases de gimnasia lideradas por pacientes “tutores”, mediante entrevistas donde sea necesario, con las concejalías de los distintos ayuntamientos.
 - c. Análisis de los conocimientos teórico-prácticos adquiridos por los pacientes que realizan el curso para formarse como tutores.
 - d. Grado de repercusión posterior en los distintos centros de salud participantes.

Objetivos

Capacitación de pacientes en conocimientos teórico-prácticos sobre el ejercicio y la actividad saludable y convertirlos en pacientes “tutores” en ejercicio físico mediante el Curso “Enseñar a enseñar” impartido por licenciados en actividad física y deporte para que estos pacientes tutores se encarguen de movilizar al resto de pacientes que se adhieren a los grupos ACTIVA.

Con ello se pretende promover la salud y el bienestar desde el entorno local (Línea 2 del V Plan de Salud 2022-2030).

Actuaciones realizadas

ENSEÑAR A ENSEÑAR

Para formar a los tutores se imparten 10 sesiones presenciales del curso “Enseñando a enseñar”.
Unidades didácticas

Teoría:

- Movimiento

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Anatomía y fisiología
- Estructura Clase y Ejemplos
- Juegos

Práctica:

- Clase
- Calentamiento
- Parte Principal
- Vuelta a la calma

CLASES ACTIVA

Sesiones dirigidas por pacientes tutores. Normalmente se realizan 1 o 2 días a la semana, tablas de ejercicios suaves, y 1 día de paseo. En algunos centros se complementa con una sesión semanal de Taichi, con talleres de bienestar emocional, y con varias salidas de marcha nórdica.

Además, hay tres actividades conjuntas de todos los centros de salud:

- una caminata por el cauce del río
- una visita cultural
- clausura anual del curso en el salón de actos del Hospital General de Valencia

Indicadores

Grado de satisfacción

- *Definición:* Percepción personal del individuo sobre su estado general de salud, independientemente de parámetros clínicos u objetivos biomédicos. Refleja bienestar físico, emocional y social desde la perspectiva del propio paciente.
- *Unidad:* escala de valoración de 0 a 10.
- *Método de medición:* Cuestionario.

Escalabilidad

- *Definición:* Capacidad del proyecto para replicarse en otros centros o áreas.
- *Unidad:* Número de centros que adoptan el proyecto / porcentaje sobre total.
- *Método:* Registro institucional.

Reducción de visitas a Atención Primaria (AP)

- *Definición:* Disminución de consultas a AP.
- *Unidad:* Porcentaje de disminución.
- *Método:* Análisis de datos asistenciales.

Reducción en el consumo de fármacos analgésicos y psicóticos

- *Definición:* Disminución en la prescripción y uso de estos medicamentos.

- *Unidad:* Porcentaje de reducción en dosis o número de recetas.
- *Método de medición:* Análisis de datos de prescripción farmacéutica.

Recursos

COSTE CERO.

El proyecto se desarrolla con profesionales de los centros de salud y pacientes voluntarios:

- En cada centro de salud hay personal sanitario referente que se encargan de formar a pacientes como expertos (paciente tutor).
- El paciente tutor se encarga de captar a pacientes participantes e impulsar las actividades físicas o ejercicios.

Las instalaciones donde se desarrollan las actividades están cedidas por ayuntamientos (nivel 3 de acción comunitaria: se buscan activos en el tejido asociativo).

Basada en la evidencia

Los beneficios de la actividad física están ampliamente documentados en la bibliografía tal y como se indica en el Informe del Proyecto Activa. Únete al deporte saludable. CS Fuensanta, 2017. Así, la prescripción de ejercicio se consolida como una estrategia coste-efectiva para promover envejecimiento activo y bienestar integral.

Equidad

Este programa se oferta a los pacientes mayores que atendemos en los centros de salud, pero está abierto a aquellas personas que, aun no perteneciendo a nuestro centro, solicitan incorporarse porque se han enterado a través de otras personas que ya lo están.

Consideramos que es muy importante no solo recomendar la práctica de ejercicio físico (sobre todo en grupo) sino dar opciones concretas donde poder realizarlo.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del proyecto se basa en la implicación activa de tres pilares: los impulsores, los profesionales de las zonas básicas de salud y los pacientes tutores. Este compromiso conjunto garantiza que las acciones no dependan de una sola persona, sino que se consoliden a nivel de centro, creando una estructura estable y colaborativa.

La participación de los profesionales asegura la integración en la práctica asistencial, mientras que los pacientes tutores aportan experiencia y cercanía, fortaleciendo la relación con la comunidad. Gracias a esta red de actores, el proyecto se mantiene en el tiempo, evoluciona y genera impacto real, evitando que su continuidad dependa de voluntades individuales.

Transferibilidad

En el marco de la Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana 2023-2025, la Conselleria de Sanidad ha elaborado la Guía de Educación Física. Guía de educación para la salud grupal con orientación comunitaria que es el resultado de la sistematización y documentación, entre otros, del proyecto ACTÍVATE del Departamento de Salud Valencia Hospital General. La Guía se puede consultar en:

<https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/actividad-fisica-guia-cast-alta-pdf>

El objetivo general de esta guía es mejorar la salud física y el bienestar emocional de la población de la zona básica de salud mediante la realización regular de actividad física, adaptando los tiempos e intensidades a los diferentes grupos de edad.

Efectividad

Para extender e implantar el proyecto inicial desarrollado en el centro de salud de Fuensanta se tuvieron en cuenta los resultados directos e indirectos de la primera evaluación.

Se evaluó la sensación subjetiva del estado de salud en 94 pacientes comparándolo con el previo a realizar ejercicio:

- 1.- Mejoría para realizar las actividades diarias: 97%.
- 2.- Mejoría del dolor: 90%.
- 3.- Mejoría sensación de tranquilidad y relaciones sociales: 98%.
- 4.- Mejoría calidad de vida: 95%.
- 6.- Valoración estado general de salud (0 a 10): antes del ejercicio 6,18 puntos y después 8,9 puntos (diferencia 2,72. $p = 0,000$).

Eficiencia

Con la incorporación de los pacientes tutores formados a través del curso “Enseñar a enseñar” se crearon nuevos grupos de ejercicio físico, con una media de 30 pacientes por grupo. El creciente aumento de participantes en los grupos de gimnasia avala la implicación del equipo de atención primaria en la formación y promoción del ejercicio físico para el tratamiento de nuestros pacientes.

Según los resultados obtenidos en gasto farmacológico y en mejoría del estado de salud percibida de los pacientes que hacen ejercicio podemos afirmar que este proyecto no solo no supone coste alguno para la Administración, sino que supone un ahorro.

Participación multidisciplinar

En el proyecto participan fisioterapeutas, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, licenciados en Ciencias de la actividad física y el deporte y pacientes.

Colaboración intersectorial

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

El proyecto cuenta la colaboración de Ayuntamientos, asociaciones vecinales, el consejo de salud del departamento, consejos de salud básicos de zona y mesas intersectorial municipales.

Evaluación

Evaluación (0 a 10) del curso “Enseñar a enseñar”:

- 1.- Utilidad curso
- 2.- Valoración profesorado
- 3.- Mejoría subjetiva calidad de vida
- 4.- Autoevaluación subjetiva para dinamizar un grupo de gimnasia

Comparativa pacientes sedentarios vs no sedentarios:

- Coste/paciente en fármacos prescritos.
- Coste/paciente/año en psicofármacos y analgésicos.

Principales objetivos aprendidos

- 1.- Cómo motivar para realizar ejercicio
- 2.- La risa como parte del ejercicio
- 3.- La importancia de realizar ejercicio en grupo

En la actualidad se está trabajando en la implantación del cuestionario de valoración del programa que está publicado en la Guía de Ejercicio Físico de la Conselleria de Sanidad.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND5-1: Protocolo andaluz para largos supervivientes de cáncer

David Vicente Baz(1), Carmen Escalona García (1), Ana Grueso López (1), Luna Páez Sánchez (1)

(1) Servicio Andaluz de Salud (SAS), Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer, supervivientes, atención integral, continuidad asistencial, atención primaria, coordinación asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Se presenta como buena práctica este protocolo para la atención de los largos supervivientes de cáncer.

La atención de las personas que han pasado un cáncer es un problema creciente gracias a los avances en el abordaje de esta enfermedad y es un desafío emergente para los sistemas de salud. Se estima que actualmente dos tercios de los pacientes oncológicos viven más de 5 años tras ser diagnosticados. El aumento de la incidencia del cáncer, por el envejecimiento de la población y por una mayor esperanza de vida, unido a una mejoría en los porcentajes de supervivencia de prácticamente todos los tipos tumorales hace que el incremento de los pacientes largos supervivientes sea cada vez mayor.

La atención integral es uno de los aspectos claves en el cuidado de los pacientes largos supervivientes con cáncer en España y en Europa y es necesario abordarlo desde una perspectiva institucional. Se hacen necesarias estrategias de seguimiento y apoyo para los pacientes supervivientes que enfrentan desafíos continuos relacionados con su salud y su bienestar. Estas personas presentan más problemas médicos y más limitaciones funcionales que la población general.

A menudo los sistemas sanitarios están bien preparados para la atención en la fase aguda de la enfermedad, pero faltan herramientas para una atención a largo plazo que incluyan todos los aspectos necesarios para un adecuado cuidado de alguien que ha pasado un cáncer y cuyos requerimientos son específicos e individualizados. Se debería considerar esta etapa como una fase más de la atención, contemplando el manejo de secuelas físicas y psicosociales del cáncer y/o sus tratamientos, monitorizando los efectos secundarios de aparición tardía, la detección de recidivas y el diagnóstico de segundos tumores primarios.

De especial relevancia es la atención de los largos supervivientes que padecen un cáncer en la etapa infantil o adolescente ya que tienen requerimientos específicos clínicos y no clínicos. La elaboración de este protocolo es uno de los objetivos de la Estrategia Europea, nacional y de la Comunidad Autónoma andaluza.

Este es el primer protocolo elaborado por una Comunidad Autónoma de manera multidisciplinar con la participación de pacientes y abordando aspectos clínicos, psicológicos y sociales.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Se ha elaborado un protocolo para la atención de los largos supervivientes de cáncer en Andalucía. Este documento sirve para homogeneizar la atención en toda la Comunidad Autónoma. Contempla aspectos no solo clínicos sino psicológicos y sociales. Incorpora una perspectiva longitudinal de la atención con aspectos relativos a la atención hospitalaria y a la atención primaria.

Se incluye un apartado específico para la atención de los largos supervivientes de cáncer infantil dadas sus necesidades especiales.

El protocolo presentado sirve para dar respuesta a la fragmentación en la atención de esta población, a la falta de guías específicas y a la variabilidad en los cuidados. Parece imprescindible homogeneizar la atención y garantizar una continuidad asistencial.

La disponibilidad de una historia única digital para todos los niveles de atención hace que la atención implantada de los largos supervivientes con cáncer sea bidireccional e integral tanto para los cuidados dentro del hospital como el ámbito de la atención primaria, asegurando la continuidad.

Se elabora un informe de cuidados de la atención recibida por el paciente en su paso por el hospital contemplando todos los aspectos tratados y no solo del ámbito clínico y especificando los requerimientos de seguimiento. Este informe queda reflejado en la historia de salud digital, visible tanto para los pacientes como para los profesionales que participan en su atención.

El protocolo sirve para:

1. Estandarizar el seguimiento de los largos supervivientes de cáncer en Andalucía
2. Promover la atención multidisciplinar
3. Elaborar un informe individualizado de seguimiento
4. Contemplar todas las necesidades clínicas y no clínicas de los largos supervivientes
5. Integrar recursos tecnológicos
6. Generar un registro de largos supervivientes de cáncer

Abarca todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Incorpora elementos esenciales como la visión multidisciplinar y multiniveles así como la de los pacientes en la elaboración del protocolo o la realización de un informe individualizado.

Población diana / ámbito de aplicación

Definición de largo superviviente dentro del protocolo: el término "largo superviviente" se refiere a aquella persona que a partir de los 5 años de haber sobrevivido al cáncer se encuentra libre de enfermedad y que, en términos generales, no recibe tratamiento. Existen algunos casos específicos de pacientes largos supervivientes que podrían continuar con el tratamiento durante

más de cinco años, como sería el caso del tratamiento hormonal en pacientes con antecedente de cáncer de mama, entre otros.

Dentro de esta categoría, para el contenido que nos ocupa en este documento, es importante distinguir dos subgrupos específicos:

- **Largo Superviviente de Cáncer Infantil:** Se refiere a las personas diagnosticadas con cáncer durante la niñez y adolescencia, hasta los 18 años.
- **Largo Superviviente de Cáncer en Adultos:** Incluye a las personas diagnosticadas con cáncer a partir de los 18 años.

Ámbito de aplicación: Comunidad Autónoma de Andalucía.

Metodología

Elaboración mediante una metodología colaborativa e interdisciplinar.

Participación activa de profesionales de la salud y representantes de asociaciones de pacientes.

Etapas:

1. Convocatoria del equipo interdisciplinar en una sesión para la identificación de los contenidos clave a incorporar en la guía de Largo Superviviente de Cáncer.
2. Revisión bibliográfica y análisis de evidencia científica.
3. Colaboración con asociaciones de pacientes: inclusión de la perspectiva de las asociaciones.
4. Organización de los profesionales en grupos de trabajo. Se llevaron a cabo sesiones de trabajo por grupos para consensuar las recomendaciones y estrategias más adecuadas.
5. Elaboración de un documento con perspectiva integral cuya metodología asegura la atención tanto física como psicosocial del paciente, estableciendo un plan de seguimiento personalizado, la coordinación eficiente entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria), y el uso de recursos tecnológicos para mejorar la comunicación y el acceso a servicios.
7. Validación final de los contenidos incluidos.

Objetivos

1. Establecer un protocolo de seguimiento compartido, colaborativo y coordinado, que disminuya la variabilidad en la atención de estos pacientes.
2. Poner en marcha un circuito de comunicación ágil entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) con el uso de la teleconsulta, para la mejoría en la detección de recidivas, segundos tumores, manejo de toxicidad tardía y una mejor optimización de los recursos asistenciales entre otros.

3. Elaborar un registro de largos supervivientes en Andalucía, teniendo en cuenta aspectos básicos del proceso oncológico (tipo de tumor, localización, estadiaje, edad al diagnóstico, género, etc.)
4. Crear un Informe de alta detallado (desde el punto de vista clínico, así como tener en cuenta aspectos psicosociales) con un Plan Individualizado de Seguimiento.
5. Definir los problemas específicos de largos supervivientes de tumores infantiles, cáncer de mama y colon desde una perspectiva integral.
6. Organizar la transición desde la atención pediátrica a la asistencia de adultos/as.
7. Fomentar la formación de los profesionales sanitarios en el manejo global de estos pacientes.
8. Promover la investigación sobre supervivientes al cáncer en ámbitos como el impacto laboral, educativo, psicológico o social, los efectos tardíos de los nuevos tratamientos o la efectividad de los modelos de atención al superviviente de cáncer.

Actuaciones realizadas

Se ha elaborado el protocolo, se ha publicado accesible para todas las personas, profesionales y ciudadanía, se han elaborado los gestores de informes para poder ser incluidos en la historia de Salud Digital de Andalucía, estando ya disponibles desde hace meses para todos los profesionales. Se ha procedido a la difusión del protocolo en distintos ámbitos, profesionales directivos, profesionales no directivos y asociaciones de pacientes.

Es un protocolo ya disponible para todos los profesionales y pacientes y se está llevando a cabo en todos los centros.

Indicadores

La elaboración de los informes individualizados mediante la herramienta digital “gestor de informes” nos permite establecer indicadores exportables para cada uno de los aspectos incluidos en el mismo. Nos permite establecer:

- Registro de Largos Supervivientes de Cáncer
- Supervivientes por patologías específicas
- Número de Largos Supervivientes de Cáncer Infantil
- Secuelas más importantes detectadas
- Patologías psicológicas y aspectos sociales más relevantes para los Largos Supervivientes
- Recidivas y Segundos tumores

Recursos

El protocolo ha sido elaborado por todas las personas involucradas de manera altruista. Nadie ha recibido emolumentos por su trabajo. La implantación ha sido realizada por profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

Basada en la evidencia

Todas las recomendaciones se han basado en una revisión de la evidencia científica disponible. En el apartado bibliografía se adjuntan los artículos y documentos publicados.

Equidad

El presente documento hace referencia a todos los pacientes largos supervivientes de Andalucía, independientemente del género, nivel socioeconómico u otro determinante. Es independiente del lugar de residencia y aplica a todos los Hospitales, Distritos y Centros de Salud de Andalucía.

Sostenibilidad

El protocolo ha sido elaborado por la propia institución (Servicio Andaluz de Salud) por lo que cuenta con todo el respaldo institucional y se han dado los pasos de financiación requeridos para su elaboración y puesta en marcha. El cumplimiento del mismo se ha incorporado en el Contrato Programa de los Centros.

Transferibilidad

El documento está disponible para todos los profesionales y ciudadanos, es sistemático y puede ser aplicado en otros ámbitos. Se ha solicitado por otras Comunidades Autónomas para su implementación.

Efectividad

El resultado esencial es una mejora en la atención de los largos supervivientes de cáncer, estandarizando y homogeneizando sus cuidados e incorporando su perspectiva además de una visión multidisciplinar.

Eficiencia

No ha sido necesario el uso de más recursos que los propios ni para la elaboración del protocolo ni para su implementación.

Participación multidisciplinar

La visión multidisciplinar está incorporada en los autores que elaboraron el protocolo.

Autores:

- Amalia Lara Carvajal. Médica de familia. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- Ana Casas Fernández de Tejerina. Oncóloga Médica. Fundación Actitud Frente al Cáncer.
- Ana Grueso López. SAS. Oncóloga Médica adscrita al Sº de Planes Integrales de Salud de la Subdirección de Programas y Desarrollo. Plan Integral de Oncología de Andalucía.
- Ana Laura Ortega Granados. Oncóloga Médica. Sociedad Andaluza de Oncología Médica (SAOM).
- Carmen Escalona García. Médica de familia adscrita al Sº de Planes Integrales de Salud de la Subdirección de Programas y Desarrollo. Plan Integral de Oncología de Andalucía.
- Catalina Marquez. Oncóloga Pediátrica. Sociedad Española de Oncohematología Pediátrica (SEHOP).
- David Vicente Baz. SAS. Oncólogo Médico. Director de la Estrategia del cáncer en Andalucía.
- Elena Montero Perea. Oncóloga Radioterápica. Sociedad Andaluza de Cancerología (SAC).
- Gloria Álvarez Benito. Neuropsicóloga. Asociación Española para los Efectos del Tratamiento del Cáncer (AEetc).
- Jesús Corral Jaime. Oncólogo médico. Sociedad Andaluza de Oncología Médica (SAOM).
- Laila Abdelkader. Farmacéutica Hospitalaria. Sociedad Andaluza de farmacéuticos hospitalarios.
- Leticia Barrera Aguilar. Psicóloga. Asociación Española Contra el Cáncer. (AECC)
- Luna Páez Sánchez. SAS. Médica de familia adscrita al Sº de Planes Integrales de Salud de la Subdirección de Programas y Desarrollo. Plan Integral de Oncología de Andalucía.
- Mª Angeles Vazquez López. Oncóloga Pediátrica. Sociedad Española de Oncohematología Pediátrica (SEHOP).
- Manuel Blanco Villar. Oncólogo Radioterápico. Sociedad Andaluza de Cancerología (SAC)
- María del Mar Romero González. Hematóloga. Asociación Andaluza de Hematología y Hemoterapia (AAHH)
- María Díaz Serrano. Servicio Andaluz de Salud. Médica de familia adscrita al Sº de Planificación Operativa de la Subdirección de Gestión Sanitaria
- Marta del Nozal Nalda. Servicio Andaluz de Salud. Microbióloga clínica adscrita al Sº de Planes Integrales de Salud.
- Montse Álvarez Colorado. Enfermera de prácticas avanzadas (EPA).
- Rafael Jiménez Alés. Pediatra. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria.
- Roberto Bernal Bernal. Medicina familiar y comunitaria. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Sandra Ibarra. Presidenta Fundación Sandra Ibarra.
- Sheila Jiménez Jiménez. Médico de familia. Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía).
- Víctor Manuel Ortega Jiménez. Médico de familia. Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Coordinación de Sistemas de Información.
- Yolanda Vielba. Directora Fundación Sandra Ibarra Andalucía

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA1: Mejora en la atención al paciente oncológico con la colaboración entre los servicios de laboratorio y radiodiagnóstico

Eva Vilar Bonacasa (1), María Luiza Fatahi Bandpey (1), M^a Dolores Yago Escusa (1), Ana María Alcaine Aranda (1), Ana Margot Jara Díaz (1), M^a Luisa Ibáñez Mateo (1), Celia Perales Modesto (1), Lourdes Hernández Sánchez (2), Francisco J. Alegre Sancho (1)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel, Servicio Aragonés de Salud, (2) Hospital Obispo Polanco, Teruel, Servicio Aragonés de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer, coordinación asistencial, atención hospitalaria, continuidad asistencial, radiodiagnóstico, seguridad del paciente.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El acceso venoso es una necesidad frecuente en el cuidado y manejo del paciente oncológico, un paciente con empeoramiento progresivo del acceso vascular. A lo largo de todo el proceso oncológico, en las revisiones periódicas, los oncólogos solicitan analíticas de control, así como estudios por tomografía computarizada (TC) que precisan la punción venosa y/o canalización de una vía venosa periférica. En muchas ocasiones se limita la posibilidad de punción a una sola extremidad con lo que se van sumando factores que dificultan progresivamente la punción, con la consecuente incomodidad para el paciente y aumenta el número de visitas al hospital si se realiza cada acto en un día diferente.

El número de pacientes oncológicos a los que se le realiza estudios de TC con contraste en el Hospital Obispo Polanco ha aumentado exponencialmente en los últimos años, por necesidad de estudios diagnósticos y controles estrechos debido a la aparición de nuevos fármacos que por un lado prolongan la vida de los pacientes y por otro debido a su alto coste, se precisa valorar su eficiencia.

Previo a las revisiones oncológicas, los pacientes debían acudir en dos momentos distintos para poder completar las pruebas necesarias; uno para la extracción de sangre y otra para la realización de estudio por TC, precisando en cada acto una punción venosa suponiendo una doble molestia para el paciente por precisar doble punción y doble desplazamiento al hospital y una pérdida de tiempo efectivo de trabajo para el profesional que debe de realizar dos punciones para la misma revisión.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Se propone coordinar las pruebas de los servicios de laboratorio y de radiología reduciendo las visitas de los pacientes al hospital y el número de punciones a una para ambos procesos, el de

extracción de sangre y la inyección de contraste previa al estudio con TC de pacientes oncológicos.

Al mismo tiempo se propone unificar la técnica de punción inter-servicios centrales.

Se pretende a su vez mejorar la satisfacción del paciente y de los familiares que acompañan en todo el proceso al paciente.

Para lograr estos objetivos se analiza la situación y se busca establecer el o los circuitos estandarizados, sencillos y fáciles para pacientes y familiares. Estos circuitos se implementarán en el hospital dando difusión y formación a todos los profesionales implicados, tanto de los servicios de oncología, laboratorio y radiodiagnóstico.

Se establece un procedimiento para canalización de vía venosa del paciente oncológico en función del tipo de análisis o estudio por TC que tenga que realizar.

Posteriormente se evaluará el funcionamiento para establecer acciones de mejora si fuera necesario.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana puede considerarse la totalidad de pacientes oncológicos que precisan control de laboratorio y de radiología, en concreto estudios de TC que precisen administración de contraste, para una revisión en la consulta de oncología.

Los pacientes oncológicos suponen más del 50% de las exploraciones que se realizan diariamente en los servicios de radiología y de las extracciones en el servicio de laboratorio. Con la aplicación de este proyecto se reducirá la canalización de vías a la mitad en estos pacientes.

Metodología

La metodología seguida en este proyecto fue:

1. Análisis de la situación. Pacientes oncológicos sometidos a canalización de vías para análisis y estudios de TC para la misma revisión.
2. Elaboración de un circuito para pacientes oncológicos que evite doble desplazamiento y doble canalización de vía para una misma visita de control oncológico.
3. Difusión del procedimiento entre los servicios implicado y pacientes afectados.
4. Aplicación del procedimiento.
5. Evaluación de la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales de enfermería.

Objetivos

Mejorar la asistencia al paciente oncológico que requiere servicios conjuntos de laboratorio y radiodiagnóstico (realización de un estudio de TC con contraste y analítica de control).

Reducir el número de punciones en pacientes oncológicos que suelen mostrar mal acceso vascular post tratamientos.

Simplificar las visitas a los servicios, realizando circuitos más sencillos para los pacientes y familiares.

Unificar la técnica de punción inter-servicios centrales.

Actuaciones realizadas

Como parte del equipo de mejora se creó un grupo de trabajo formado por personal de enfermería del Servicio de Laboratorio y radiodiagnóstico. Se estableció un calendario de reuniones, el responsable del proyecto hizo de moderador y se utilizaron dinámicas sencillas de gestión para generar ideas. Se llevaron a cabo 8 reuniones de las que se levantó acta, se definieron los acuerdos alcanzados y resultados obtenidos.

Se creó un diagrama de flujo en el que se detallaban los pasos que seguiría el paciente en el nuevo proceso.

Se consensuaron las necesidades de acceso venoso periférico para una adecuada prueba con contraste en el servicio de rayos y los cuidados de enfermería oportunos para su adecuado mantenimiento. Este se basó en las evidencias científicas disponibles y se revisó con la supervisora de UCI experta en la formación sobre colocación y mantenimiento de vías venosas en el hospital.

Se estableció un horario fijo para poder ser atendido en el servicio de laboratorio que se fijó de 8 a 10:30h, mientras que las pruebas en el servicio de rayos se realizan mediante citación de 8 a 15 horas y posteriormente se ha ampliado a horario de tarde (15-22h).

Se difundió la información entre el personal de los servicios y a los pacientes implicados.

Se crearon unas hojas de registro de datos en formato Excel que dispondría el servicio de radiodiagnóstico como método de recogida de los pacientes que se habían sido incluidos en el proceso con los siguientes datos:

- Especialidad, donde se había realizado la analítica, si se siguió el procedimiento de canalización de vía venosa, si hubo alguna complicación y la satisfacción del paciente mediante encuesta de satisfacción.

Indicadores

Los indicadores utilizados en el proyecto son

- Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas (analítica y estudio por TC): Si/No
- Elaboración del procedimiento de canalización de vía venosa: Si/NO
- Implementación en el hospital.

- Número pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológicos a los que se le realizan pruebas *100.
- Reducción del número de pacientes oncológicos que se realizan la analítica o TC de forma independiente respecto al año anterior.
- Satisfacción de paciente en relación con la unificación de pruebas: puntuación buena o muy buena.

Recursos

1. Tiempo:
 - a. Dedicado a reuniones multiprofesionales y multidisciplinares.
 - Reuniones del personal de enfermería implicado en el proyecto.
 - Reuniones informativas con personal de oncología.
 - b. Dedicado a la difusión del proyecto y circuitos.
 - c. Dedicado al aprendizaje del proceso de canalización de vías
2. Material fungible para la canalización de vías.

Basada en la evidencia

Se consensuaron las necesidades de acceso venoso periférico para una adecuada prueba con contraste en el servicio de radiodiagnóstico y los cuidados de enfermería oportunos para su adecuado mantenimiento. Este se basó en las evidencias científicas disponibles, revisándose con la supervisora de la UCI, experta en la formación sobre colocación y mantenimiento de vías venosas en el hospital.

Equidad

El proyecto se fundamenta en criterios de equidad clínica, ya que la selección de los pacientes se realizó exclusivamente en base a su estatus de paciente oncológico, independientemente de otros factores demográficos o sociales.

La equidad se refuerza mediante la aplicación sistemática del proceso a todos los pacientes vulnerables, sin discriminación, y que la atención se adapte a las necesidades clínicas individuales.

Sostenibilidad

Creemos que el proyecto puede ser sostenible en el tiempo, gracias a la implicación multiprofesional y multidisciplinar, así como el fomento del trabajo en equipo; la capacitación, formación continuada y motivación del personal implicado.

La gran satisfacción por parte del paciente y familiares por evitar el doble de desplazamientos y sufrir la mitad de canalizaciones, sin duda ayudará al mantenimiento de este proyecto en el futuro.

La definición de indicadores específicos para monitorizar el proceso y los resultados facilitará su evaluación continuada.

Transferibilidad

El proyecto es altamente transferible a otros centros sanitarios, siempre que se adapten los recursos disponibles y se garantice la implicación multidisciplinar. La existencia de un circuito detallado para el paciente oncológico, la colaboración interdisciplinar e interprofesional, la existencia de indicadores de seguimiento, estrategias de formación y comunicación, la disponibilidad en cualquier centro de los recursos materiales, son factores que favorecen su implementación en diferentes contextos. Para una transferencia exitosa, sería recomendable:

- Realizar una evaluación previa de los recursos y necesidades locales.
- Adaptar el protocolo a las particularidades del centro receptor.
- Formar adecuadamente al personal implicado.

Efectividad

Resultados cuantitativos

- Reducción de punciones y visitas: El proyecto logró en 6 meses que un 25% de los pacientes oncológicos redujeran el número de visitas al hospital y el número de punciones venosas. Actualmente afecta al 100% de los pacientes oncológicos, lo que representa una mejora significativa en la experiencia del paciente.
- Se ha evitado la duplicidad de pruebas en todos los pacientes oncológicos lo que supone unas 700 pruebas anuales.

Satisfacción del paciente. El 100% de los pacientes encuestados consideró que el nuevo procedimiento era mejor que el anterior. La puntuación media en la escala Likert fue de 9,8 sobre 10, lo que indica una percepción muy positiva.

Reducción del gasto sanitario: aunque el ahorro directo fue modesto en la primera evaluación, se espera que el impacto aumente al extender el proyecto a más especialidades.

El proyecto benefició a una cuarta parte de los pacientes oncológicos existiendo margen para ampliar la cobertura a más especialidades y pacientes.

Eficiencia

El proyecto permitió una disminución de aproximadamente 20 punciones venosas mensuales. Se evidenció una homogeneización de la carga de trabajo entre los servicios implicados con un reparto de punciones equilibrado, lo que indica una gestión eficiente de los recursos.

Aunque el ahorro directo en material fue modesto, la eficiencia se refleja en la reducción de procedimientos innecesarios y en el potencial de ampliar el impacto al incluir más especialidades.

En cuanto a la mejora en la atención y satisfacción del paciente, al reducir el número de visitas y punciones, se disminuye el riesgo para el paciente y el impacto negativo en su vida laboral y personal. El 100% de los pacientes encuestados consideró el nuevo procedimiento mejor que el anterior, con una puntuación media de 9,8 sobre 10.

La eficiencia del proyecto se refleja en la optimización de recursos, la reducción de procedimientos innecesarios y la mejora de la satisfacción del paciente.

Participación multidisciplinar

La puesta en funcionamiento del proyecto ha supuesto una colaboración interprofesional e interdisciplinar que afecta al personal hospitalario, en todo nuestro sector, buscando el beneficio del paciente, que ha pasado a formar parte de la práctica asistencial de forma natural, por lo que se mantendrá de forma indefinida en el tiempo.

Hemos modificado la atención de los pacientes obteniendo un claro beneficio del paciente y al mismo tiempo se han optimizado los recursos.

Colaboración intersectorial

En este proyecto no hemos precisado la colaboración intersectorial, pero sería aplicable fácilmente en el caso de que fuera necesario. El siguiente paso será aplicarlo en el otro sector de nuestra área de salud y dar difusión para su adaptación a otros sectores con el fin de beneficiar a los pacientes diana.

Evaluación

- Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas: Si/No. Se ha establecido un diagrama de flujo con los pasos a seguir. Se han elaborado diversos documentos en papel con las recomendaciones que deben seguir los pacientes que se realizan pruebas diagnósticas de oncología.
- Para la implementación en el hospital se consideró más operativo una sesión por servicio para explicar el proceso de atención al paciente, con lo que se realizaron 2 (consultas y radiodiagnóstico).
- Número de pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológico a los que se le realizan las pruebas *100.
- En la primera evaluación tras la puesta en marcha del proyecto, en el último semestre de 2019 el número de pacientes visitados en la consulta de oncología fue de 1456 pacientes; a 346 se les realizó estudio de TC con contraste.

Incluyendo 111 pacientes. De estos, estaban codificados como procedentes de oncología 84 pacientes, es decir el 24.27% y el resto pertenecían a otras especialidades. Actualmente la

totalidad de los pacientes oncológicos están incluidos en el nuevo procedimiento. En el año 2023, 444 pacientes, en 2024 412pacientes, realizándose en nuestro servicio alrededor del 80% de las extracciones.

- Reducción del número de pacientes a los que se les realizan las pruebas por separado. En la primera evaluación se evidenció una disminución en 111 pacientes siendo actualmente del. 100%.
- El reparto de la carga asistencial entre los servicios implicados fue de casi el 50% para cada servicio.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA5-2: Quiérete, ¡cuídate!, un proyecto desde la comunidad

Yolanda Lanao Fierro (1), Nuria Pérez Sanz (1), Nadia Hamam Alcober (1), Cristina Revenga Pociello (1), Beatriz Viñuales Chueca (1), María Rosa Fraile Escriche (2), Sara Barrado Lavilla (1), Olga Guallarte Herrero (1), Marta López Delpon (1)

(1) Centro de Salud Monzón Urbano, Servicio Aragonés de Salud, Aragón, (2) Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Aragón.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer, salud comunitaria, promoción de la salud, atención integral, apoyo emocional, autocuidado, participación comunitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Salud Comunitaria (SC) y la Acción Comunitaria (AC) ocupan un lugar prioritario en el Plan de Acción en Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad, que refuerza la necesidad de impulsar proyectos que surjan desde la propia comunidad y promuevan la participación activa de la ciudadanía. En Aragón, la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón (EACA) consolida desde 2016 este enfoque, basándose en tres vías de actuación: la creación de agendas comunitarias, la recomendación formal de activos de salud y el desarrollo de proyectos comunitarios que respondan a necesidades reales del territorio. Este marco normativo respalda la pertinencia de iniciativas como “Quiérete, ¡cuídate!”, orientadas a fomentar la salud desde una mirada integral, colaborativa y centrada en las personas. La población en proceso oncológico presenta necesidades específicas que van más allá del tratamiento biomédico: afrontamiento emocional, cambios físicos y funcionales, impacto social, dificultades laborales y un aumento de la carga para sus cuidadores. El cáncer afecta de manera transversal a la vida de las personas, generando vulnerabilidad y exigiendo un abordaje interdisciplinar que contemple todas las dimensiones del bienestar. Asimismo, las familias y cuidadores, a menudo olvidados, requieren apoyo, formación y acompañamiento para afrontar su rol sin comprometer su propia salud. La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), entidad con amplia trayectoria y presencia en todo el territorio, desarrolla una labor esencial en el acompañamiento de pacientes y familias, así como en la promoción de hábitos saludables y la prevención del cáncer. Su colaboración histórica con el Centro de Salud de Monzón Urbano —a través de campañas de sensibilización, rutas saludables, programas de deshabituación tabáquica y actividades comunitarias— ha evidenciado que el trabajo intersectorial mejora el impacto de las intervenciones. La unión de recursos de ambas entidades permite maximizar fortalezas, facilitar el acceso a la información y adaptarse mejor a las necesidades detectadas en el territorio. El proyecto “Quiérete, ¡cuídate!” surge directamente de la escucha activa a pacientes, familiares, voluntariado y profesionales. La identificación participativa de necesidades, el diálogo abierto y la corresponsabilidad en el diseño del programa permiten alcanzar niveles avanzados de participación comunitaria, donde las personas no son receptoras pasivas, sino protagonistas del proceso. Esta metodología contribuye a aumentar la pertinencia de los contenidos, mejorar la adherencia y fortalecer el sentimiento de pertenencia. La relevancia del proyecto también radica en su alineación con los principios de la convocatoria: responde a una necesidad de salud claramente identificada, aborda un problema de alta magnitud y urgencia —por la carga física, emocional y social del

cáncer—, promueve la equidad mediante formatos accesibles y aporta un valor añadido al presentar un enfoque integral, humano y comunitario que amplía la atención habitual recibida en el sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Quiérete, ¡cúdate!” es un proyecto comunitario dirigido principalmente a personas en procesos oncológicos y a sus familias, aunque algunas actividades se abren a la población general para favorecer la equidad y ampliar el impacto. Su finalidad es ofrecer formación, acompañamiento y herramientas de autocuidado mediante actividades diseñadas a partir de las necesidades reales manifestadas por la comunidad.

El proceso comenzó con la elaboración de una encuesta participativa que recogía preferencias sobre contenidos, formatos (presencial, online o mixto), metodología (talleres prácticos, charlas, sesiones compartidas), lugar de realización, perfil del profesional y horarios. Esta encuesta no debía partir solo del equipo de profesionales que participan en el proyecto si no que, la encuesta en sí, debía recoger las inquietudes de la población. Por todo esto se realizó un pilotaje inicial con voluntarios de la AECC después del cual, se incorporaron mejoras sugeridas en un grupo focal.

La encuesta definitiva fue distribuida por toda la localidad a través de carteles, grupos de difusión y mediante captación activa en las consultas de enfermería del CS. Finalmente se obtuvieron un total de 44 respuestas que, junto al grupo focal previo, permitieron crear una fotografía fiel de las prioridades de los usuarios.

A partir del análisis de las encuestas, se identificaron los temas más demandados: alimentación saludable, ejercicio físico, autocuidados, higiene del sueño, gestión emocional, cuidados del cuidador, efectos secundarios de los tratamientos y recursos sociosanitarios. Con esta información, el equipo organizó un programa de talleres para el primer año, que incluyó sesiones sobre ejercicio físico y cáncer, efectos secundarios de la quimioterapia, gestión emocional, higiene del sueño y recursos sociosanitarios. Todas las sesiones se ofrecieron tanto en formato presencial como online, facilitando así la participación de personas con movilidad reducida, inmunodeprimidos, problemas de conciliación o residencia en otras localidades o comunidades autónomas.

Los talleres fueron impartidos por profesionales sanitarios del Centro de Salud, trabajadoras y voluntariado de la AECC, configurando un equipo multidisciplinar que aportó una mirada amplia, integrada, complementaria y con gran rigor científico. Al finalizar cada actividad, se recogieron cuestionarios de satisfacción que permitieron mejorar la segunda edición del programa.

En el segundo año, y tras analizar los resultados de satisfacción y nuevas necesidades detectadas, se organizaron los talleres “Etiquetado de alimentos: mastica la etiqueta”, “Efectos secundarios de quimioterapia y radioterapia”, “Ejercicio físico” y “Voluntades anticipadas”. Un cambio relevante fue la incorporación transversal del componente psicoemocional en todas las sesiones, en lugar de ofrecer una charla específica sobre el tema se optó por incluirlo en cada una de las sesiones, ya que la salud mental y la carga emocional debe cuidarse en todas las materias. Además, se mantuvo el formato híbrido y se reforzó la participación de residentes de enfermería y otros profesionales, ampliando el alcance formativo del proyecto.

El proyecto se desarrolla en la comarca del Cinca Medio, pero gracias al formato online ha alcanzado a participantes de otros territorios. Sus elementos diferenciales incluyen la participación comunitaria real, el enfoque biopsicosocial, la flexibilidad metodológica, la colaboración intersectorial consolidada y la humanización de la atención mediante la creación de espacios de apoyo y aprendizaje compartido.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas en procesos oncológicos y sus familias.

Metodología

Población y muestra

El proyecto estuvo dirigido a personas mayores de 18 años, de cualquier género, centrado sobre todo en pacientes oncológicos y sus familiares de la comarca del Cinca Medio. Se dió la posibilidad de que la población general acudiera a las charlas, dando también la oportunidad de que usuarios de la AECC de otras Comunidades Autónomas se conectaran a las sesiones online.

Objetivos

El objetivo general del proyecto “Quiérete, ¡cuidate!” es promover el bienestar integral de las personas en procesos oncológicos y de sus familias mediante acciones formativas, de acompañamiento y de fortalecimiento comunitario.

Como objetivos específicos se plantean:

- Fomentar el autocuidado a través del conocimiento y la toma de decisiones informadas.
- Mejorar la gestión emocional de pacientes y cuidadores integrando herramientas prácticas y accesibles.
- Facilitar el acceso a recursos sociosanitarios, promoviendo la autonomía en el proceso de enfermedad.
- Crear espacios seguros de aprendizaje compartido entre profesionales, voluntariado y ciudadanía.
- Reducir desigualdades en el acceso a información de calidad mediante sesiones híbridas y adaptadas.
- Favorecer la continuidad asistencial a través del trabajo coordinado entre el Centro de Salud y la AECC.

Actuaciones realizadas

Durante los dos primeros años del proyecto se llevaron a cabo diversas actuaciones: diseño participativo del programa mediante encuesta a pacientes, familiares y voluntarios; análisis y priorización de necesidades detectadas; planificación anual de talleres y sesiones formativas;

impartición de actividades presenciales y online sobre ejercicio físico, efectos secundarios, nutrición, sueño, gestión emocional, recursos sociosanitarios, cuidados del cuidador y voluntades anticipadas.

Se aplicó una metodología participativa, incluyendo espacios de diálogo al final de cada sesión. También se utilizaron cuestionarios de satisfacción y se realizaron ajustes para el segundo año. Además, se incorporó la dimensión psicoemocional de forma transversal y se abrió el acceso a población general en algunos talleres. La participación de múltiples perfiles profesionales enriqueció el contenido y permitió un abordaje integral.

Indicadores

Los principales indicadores utilizados para evaluar el proyecto incluyen:

- Número total de talleres impartidos por año.
- Número de asistentes presenciales y online por sesión.
- Participación media por actividad.
- Diversidad profesional implicada (enfermería, psicología, fisioterapia, voluntariado, residentes).
- Nivel de satisfacción obtenido a través de encuestas (valoración general, utilidad percibida, aplicabilidad práctica).
- Incremento de participación respecto al año anterior.
- Temas demandados por los usuarios frente a los finalmente ofrecidos.
- Número de usuarios de otras comarcas o CCAA conectados online.

Estos indicadores permiten valorar la pertinencia del contenido, la accesibilidad del proyecto y el impacto formativo real en la comunidad.

Recursos

El proyecto ha contado con recursos humanos y materiales propios del Centro de Salud de Monzón Urbano y de la AECC Cinca Medio. Entre los recursos humanos destacan profesionales sanitarios (enfermeras, fisioterapeuta, psicóloga), residentes de E.FyC y voluntarios de la AECC. A nivel material se utilizaron aulas del CS, la sede de la AECC, material audiovisual para las sesiones online, mobiliario básico, conexión a internet y materiales impresos o digitales de apoyo educativo.

La AECC aportó recursos complementarios como su plataforma de difusión, voluntariado de apoyo y herramientas de comunicación. El uso eficiente de los recursos existentes permitió desarrollar el proyecto sin necesidad de inversión extraordinaria, favoreciendo su sostenibilidad.

Basada en la evidencia

El proyecto se fundamenta en las recomendaciones del Plan de Acción en Atención Primaria y Comunitaria, la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón y en la evidencia científica que respalda los beneficios del autocuidado, la educación para la salud, el ejercicio físico y el apoyo emocional en pacientes oncológicos. Diversos estudios señalan que la intervención multidisciplinar y la participación activa del paciente mejoran la adherencia, reducen la ansiedad y favorecen una mejor adaptación al proceso de enfermedad.

Asimismo, se sustenta en modelos de participación comunitaria, promoción de la salud y activos de salud, que destacan la necesidad de involucrar a usuarios, profesionales y asociaciones en el diseño de proyectos. La combinación de sesiones educativas, metodologías participativas y accesibilidad híbrida respalda la efectividad de la propuesta.

Equidad

El proyecto incorpora la equidad como principio fundamental, garantizando el acceso a la información y al acompañamiento independientemente de la situación personal, social o geográfica de los participantes. Para ello se ofrecen formatos híbridos que permiten la participación a personas con movilidad reducida, cargas familiares o dificultades de desplazamiento.

Además, la temática se adapta a las necesidades reales detectadas, evitando que determinados grupos queden excluidos de contenidos relevantes. Se promueve un lenguaje claro y accesible, y se abren algunas sesiones a la población general para reducir desigualdades informativas. La coordinación entre CS y AECC facilita la llegada a colectivos vulnerables.

Sostenibilidad

La continuidad del proyecto está garantizada gracias a su integración en la Agenda Comunitaria del Centro de Salud y en los Acuerdos de Gestión Clínica. El uso de recursos existentes y la colaboración con la AECC minimizan costes y permiten mantener las actividades sin necesidad de financiación adicional.

La metodología basada en encuestas y retroalimentación continua asegura que las actividades se ajusten a las necesidades cambiantes de la comunidad, manteniendo su relevancia. La participación estable de profesionales y voluntarios consolida el proyecto como parte habitual de la oferta comunitaria del territorio. Además, el formato híbrido permite mantener la actividad con alta flexibilidad.

Transferibilidad

El diseño del proyecto, basado en la participación comunitaria, el trabajo intersectorial y la metodología híbrida, permite su transferencia a otros Centros de Salud o asociaciones de pacientes. La estructura modular de los talleres facilita su adaptación a diferentes contextos, recursos disponibles y necesidades específicas de cada población.

La colaboración con entidades como la AECC, presente en todo el territorio nacional, refuerza su potencial de replicabilidad. Asimismo, las herramientas utilizadas (encuestas, sesiones formativas, cuestionarios de satisfacción) son sencillas de implementar en otros entornos. Su enfoque integral y centrado en la persona resulta aplicable a diversos grupos de pacientes crónicos.

Efectividad

La efectividad del proyecto se ha evidenciado mediante una participación sostenida en las sesiones, las valoraciones positivas recogidas en las encuestas de satisfacción y la ampliación de la población alcanzada en el segundo año. Los asistentes manifiestan haber adquirido conocimientos útiles, sentirse más acompañados y haber mejorado su capacidad de autocuidado.

También se observa un incremento en la demanda de sesiones específicas, lo que indica un mayor interés y apropiación del proyecto por parte de la comunidad. La integración de la dimensión emocional en todas las sesiones ha tenido un impacto especialmente valorado. La continuidad del programa y la estabilidad de participantes evidencian su utilidad real.

Eficiencia

El proyecto hace un uso óptimo de los recursos ya disponibles en el territorio, sin generar duplicidades y maximizando la colaboración entre entidades. La utilización de plataformas online permite ampliar el alcance sin aumentar costes, y el uso de aulas y materiales propios evita inversiones adicionales.

La coordinación entre profesionales y voluntarios optimiza el tiempo y el contenido de las sesiones. La metodología participativa reduce el riesgo de actividades poco útiles, asegurando que el esfuerzo invertido se traduce en impacto directo. La relación coste-beneficio es altamente favorable debido al carácter comunitario y colaborativo del proyecto.

Participación multidisciplinar

El proyecto destaca por su enfoque multidisciplinar, integrando a profesionales de enfermería, psicología, fisioterapia, trabajo social, residentes y voluntarios formados. Cada perfil aporta una visión complementaria que permite abordar las diferentes necesidades de pacientes y cuidadores.

La coordinación entre disciplinas favorece la continuidad asistencial, garantiza la coherencia del contenido y enriquece las sesiones con diferentes perspectivas profesionales. La participación de residentes fomenta además la formación en atención comunitaria. Esta diversidad profesional ha sido un elemento clave en el éxito del proyecto.

Colaboración intersectorial

El proyecto se basa en la colaboración estrecha entre el Centro de Salud de Monzón Urbano y la AECC Cinca Medio, entidades que trabajan de manera conjunta desde hace años. Esta cooperación permite unir recursos sanitarios, sociales y comunitarios, fortaleciendo el tejido local.

La AECC aporta su red de voluntariado, capacidad de difusión, espacios y experiencia en acompañamiento emocional. El CS aporta conocimiento clínico, profesionales sanitarios y acceso a población en situación de vulnerabilidad. La unión de ambos sectores genera un modelo de intervención más eficaz, accesible y humano.

Evaluación

La evaluación del proyecto se realiza de manera continua y sistemática. Tras cada sesión, los asistentes cumplimentan un cuestionario de satisfacción que recoge la valoración del contenido, claridad, aplicabilidad y dinámica de la actividad. Estos datos son analizados por el equipo motor y utilizados para ajustar los contenidos del siguiente ciclo formativo.

Además, se revisan indicadores cuantitativos (asistencia, participación online, repetición de asistentes, demanda de nuevos temas) y cualitativos (comentarios abiertos, propuestas, necesidades emergentes). Esta evaluación continua ha permitido introducir mejoras significativas, como la inclusión transversal del componente emocional, la adaptación de horarios y la ampliación de temáticas.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AST5-1: Implementación de una consulta colaborativa ante sospecha de cáncer de mama entre atención primaria y especializada, vinculada a una consulta de alta resolución de cáncer de mama

Altea Arango Bravo (1), Valentina Sosa Rodríguez (1), Christian Nuño Iglesias (1), M^a Desirée Díaz González (1), Carmen Peláez Buján (1), Astrid López Secades (1), Cristina González Huerta (1), Marta Ornia Rodríguez (1), José Carlos Fernández Fernández (1), Amalia Franco (2), Marisol Guerra (2)

(1) Unidad de Mama, Hospital Universitario de Cabueñes, Área Sanitaria V, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), (2) Atención Primaria, Área Sanitaria V, SESPA.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer de mama, diagnóstico rápido, consulta de alta resolución, circuito rápido, atención Primaria, interconsulta virtual, coordinación asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres en España. En los últimos años la mortalidad por esta enfermedad ha ido disminuyendo, pasando en nuestro país a ser la 3º causa de muerte por cáncer en las mujeres, esto se debe a la implantación de los programas de detección precoz, a los avances en las pruebas diagnósticas y a la mejora en los tratamientos. Pero, pese a todo ello, aún continuamos diagnosticando a mujeres en estadios avanzados de la enfermedad, constatando en ocasiones retrasos en el diagnóstico debidos a demoras en las consultas o en las derivaciones desde atención primaria a especializada, con el consiguiente impacto tanto a nivel físico como psicológico que ello supone.

Teniendo en cuenta lo anterior, en nuestro centro planteamos, tras varias reuniones con los coordinadores de atención primaria de nuestra área, poner en marcha una consulta virtual colaborativa, para que los médicos de cabecera pudiesen, cuando las pacientes consultasen por una lesión en la mama sospecha de patología maligna, solicitar una interconsulta a la unidad de patología mamaria de nuestro hospital y agilizar los trámites para poder valorar a las pacientes a la mayor brevedad posible.

Revisadas esas interconsultas se citan en la consulta de patología mamaria general o en una consulta específica de alta resolución en la que se les realiza una anamnesis general y una exploración y se remiten al servicio de radiología para realizar de forma inmediata la mamografía y el resto de pruebas que se consideren necesarias. Lo que acorta de forma significativa todos los plazos, permitiendo iniciar de forma más rápida los tratamientos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Desde atención primaria se planteaba la preocupación de que existiese un retraso desde que se valoraba a una paciente con una lesión en la mama sospechosa de patología maligna, hasta que se valoraba en la consulta de la unidad de mama, ya que en ocasiones las citas para una primera consulta se retrasaban por el elevado número de personas que se derivan a esas consultas, con diferentes patologías mamarias no sospechosas de neoplasia.

Se planteó establecer un circuito diferente al que derivar esos casos. Se estableció una nueva agenda para incluir a esas pacientes. De forma semanal se revisan todos los casos incluidos y se citan de forma preferente bien en consulta de patología mamaria general si no resultan muy sospechosos; o bien la consulta de alta resolución de mama, que comenzó a funcionar de forma casi paralela para agilizar al máximo la realización de los estudios.

La población a la que se dirige es toda la que pertenece a nuestra área asistencial.

Abarca el distrito 2 del área sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Como elementos innovadores podemos destacar la colaboración estructurada entre Atención Primaria y Hospitalaria, centrando el proceso en el paciente de una forma coordinada y eficiente. Y la puesta en marcha de una consulta de alta resolución de mama, integrando en un mismo acto asistencial la valoración clínica y las pruebas de imagen evitando múltiples citas y tiempos de espera. Todo ello desde un abordaje multidisciplinar situando a la paciente en el centro de la atención, disminuyendo los tiempos de incertidumbre.

Población diana / ámbito de aplicación

Se incluye a toda la población adulta del distrito II del área sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Los centros de salud con acceso a cita en la consulta Virtual colaborativa son los centros de salud correspondientes al distrito del Hospital Universitario de Cabueñes:

- Puerta de la Villa
- Perchera
- Severo Ochoa
- Contrueces
- El Coto
- Zarracina
- Parque-Somío
- Laviada
- Rocés-Montevíl
- Centro de salud de Villaviciosa.

La evaluación hospitalaria se realiza en la la consulta de la Unidad de Mama del Hospital Universitario de Cabueñes y en la unidad de mama del Servicio de radiología del Hospital Universitario de Cabueñes.

Metodología

Se establece una consulta virtual semanal donde, desde Atención Primaria, se citan los casos con sospecha de patología maligna. Un facultativo de la Unidad de Mama revisa telemáticamente las interconsultas. Los casos de sospecha elevada se derivan a la Consulta de Alta Resolución, donde en un único acto se realiza anamnesis, exploración y pruebas de imagen, incluyendo biopsia si está indicada.

El circuito se monitoriza periódicamente mediante revisión de tiempos, adecuación de derivaciones y resultados diagnósticos.

Objetivos

- Reducir el tiempo entre la consulta inicial en Atención Primaria y la valoración clínica y radiológica en la Unidad de Mama.
- Disminuir el intervalo entre la sospecha y el diagnóstico, favoreciendo un inicio más temprano del tratamiento.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y estandarizar el circuito de derivación por sospecha oncológica.

Actuaciones realizadas

- Implementación de una consulta virtual específica semanal con 10 huecos para interconsultas.
- Creación de una Consulta de Alta Resolución de Mama, con 6 huecos semanales, que integra consulta médica, mamografía, ecografía y biopsia si es necesaria.
- Establecimiento de un protocolo consensuado entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria para la priorización de pacientes.
- Comunicación directa y continua entre AP y la Unidad de Mama para seguimiento y resolución de dudas.

Indicadores

- Tiempo medio entre consulta en AP e interconsulta virtual.
- Tiempo medio desde interconsulta virtual a evaluación en Alta Resolución.
- Tiempo medio desde alta resolución al diagnóstico definitivo.
- Porcentaje de pacientes diagnosticadas en un solo acto asistencial.
- Número de citas evitadas por paciente.
- Grado de satisfacción de pacientes y profesionales.

Recursos

Recursos existentes del hospital y centros de salud: Plataforma de interconsulta virtual, agenda específica, facultativos de la Unidad de Mama, personal de Radiología para la realización de pruebas, equipamiento radiológico (mamógrafo, ecógrafo y material de biopsia), y personal administrativo de citación. No requiere inversión estructural adicional, solo reorganización de agendas y tiempos de dedicación profesional.

Basada en la evidencia

La literatura científica demuestra que los circuitos rápidos de mama y las consultas de alta resolución reducen tiempos diagnósticos, mejoran la calidad percibida y disminuyen la ansiedad de las pacientes. Las guías europeas (EUSOMA) y nacionales recomiendan coordinación estrecha entre niveles asistenciales y tiempos máximos entre sospecha y diagnóstico. Esta práctica se alinea con dichas recomendaciones, integrando la evidencia en un modelo local eficiente y reproducible.

Equidad

El circuito está disponible para toda la población del Área V perteneciente al distrito del Hospital Universitario de Cabueñes, independientemente del centro de salud de procedencia, condición socioeconómica o características personales. Garantiza igualdad de acceso a diagnóstico rápido mediante un sistema de derivación homogéneo y basado en criterios clínicos, reduciendo inequidades en tiempos de atención ante sospecha de cáncer.

Sostenibilidad

El modelo utiliza recursos ya existentes y optimiza el uso de agendas y pruebas diagnósticas, lo que garantiza su sostenibilidad a largo plazo. Al reducir citas sucesivas, se libera capacidad asistencial y disminuye la presión sobre la atención especializada. No requiere inversiones adicionales significativas y su mantenimiento se basa en coordinación y planificación estable.

Transferibilidad

La estructura de la experiencia —consulta virtual colaborativa y consulta de alta resolución— es fácilmente replicable en otras áreas sanitarias que dispongan de una Unidad de Mama. Los procedimientos son sencillos, protocolizables y adaptables a diferentes contextos organizativos, lo que facilita su implantación en otros territorios.

Efectividad

Las pacientes son valoradas en la Consulta de Alta Resolución en un plazo máximo de 7 días desde la interconsulta virtual. Esto reduce de forma significativa la incertidumbre y la ansiedad. El diagnóstico en un solo acto permite decisiones terapéuticas más rápidas y mejora la coordinación entre Radiólogos y Cirujanos. Además, el circuito aumenta el conocimiento de AP respecto a los flujos asistenciales, mejorando la derivación y disminuyendo consultas innecesarias.

Eficiencia

En una sola visita, la paciente recibe valoración clínica, pruebas de imagen y biopsia si procede, evitando entre 3 y 4 citas en el recorrido convencional. Esto supone ahorro de tiempo para pacientes y profesionales, optimiza el uso de recursos y reduce duplicidades. También mejora la capacidad diagnóstica global de la Unidad de Mama.

Participación multidisciplinar

El proyecto involucra a Atención Primaria, Cirugía General y Radiología. La coordinación entre estos equipos permite una respuesta integrada, rápida y eficiente, con participación activa en la priorización, diagnóstico y planificación terapéutica.

Colaboración intersectorial

El proyecto fomenta la colaboración entre diferentes niveles asistenciales, apoyándose en herramientas digitales compartidas y protocolos consensuados. Se articula con los servicios de citación, con soporte administrativo y con la dirección del área sanitaria para garantizar continuidad asistencial.

Evaluación

La evaluación del proyecto se realiza mediante análisis trimestral de indicadores de actividad, tiempos y resultados diagnósticos, junto con encuestas de satisfacción a pacientes y profesionales. Se revisan también la adecuación de derivaciones y el grado de resolución en un solo acto. La información se utiliza para ajustar agendas, mejorar circuitos y garantizar la calidad del proceso.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL5-1: Proceso de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón

Silvia Fernández Calderón (1), Tomás Ruiz Albi (1), Graciela López Muñiz (1), Gloria Martínez González (1), M.^a Josefa Villar Muñoz (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, diagnóstico rápido, circuito rápido, atención primaria, consulta monográfica, coordinación asistencial, comité multidisciplinar.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

1. Problema o necesidad de salud que aborda

El cáncer de pulmón constituye una de las principales causas de morbilidad oncológica, caracterizándose por un diagnóstico frecuentemente tardío debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales y a la complejidad de los circuitos asistenciales. Los retrasos en el proceso diagnóstico condicionan que una proporción significativa de pacientes sea diagnosticada en estadios avanzados, limitando las opciones terapéuticas y empeorando el pronóstico. A ello se suma el impacto emocional que supone la sospecha de una enfermedad grave, que en muchas ocasiones no es abordado de forma estructurada durante las fases iniciales del proceso asistencial. Existe, por tanto, una necesidad clara de optimizar el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón mediante modelos asistenciales más ágiles, coordinados y centrados en el paciente.

2. Relevancia en el marco de la convocatoria

El desarrollo de un proceso clínico orientado al diagnóstico rápido del cáncer de pulmón responde a las estrategias internacionales, nacionales y autonómicas de lucha contra el cáncer, que priorizan la detección precoz, la reducción de desigualdades en el acceso al diagnóstico y la mejora de la calidad asistencial. Asimismo, refuerza la coordinación entre niveles asistenciales y promueve la atención integral y personalizada, elementos clave en los modelos sanitarios actuales.

3. Magnitud o urgencia del tema

El cáncer de pulmón presenta una elevada incidencia y continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer, lo que confiere al problema una magnitud sanitaria y social de primer orden. La supervivencia global sigue siendo baja en comparación con otros tumores, principalmente por el diagnóstico en fases avanzadas. La urgencia de intervenir radica en que la reducción de los tiempos diagnósticos se ha asociado de forma consistente a un mayor diagnóstico en estadios iniciales, mejores resultados clínicos y una mayor eficiencia del sistema sanitario. Además, la fase diagnóstica es un periodo de especial vulnerabilidad emocional para los pacientes, lo que refuerza la necesidad de ofrecer respuestas rápidas, claras y coordinadas.

4. Valor añadido respecto a lo ya existente

El valor diferencial de esta propuesta reside en la gestión del cáncer de pulmón como un proceso clínico estructurado, basado en dos pilares fundamentales: una consulta de diagnóstico rápido y un comité multidisciplinar específico de cáncer de pulmón. Este modelo permite centralizar la evaluación inicial, agilizar el acceso a pruebas diagnósticas y garantizar la toma de decisiones consensuada entre especialistas, evitando duplicidades y demoras innecesarias. Además, incorpora una visión integral del paciente, prestando atención no solo al diagnóstico clínico, sino también al acompañamiento y a la comunicación en un momento de alto impacto emocional. Frente a modelos fragmentados, este enfoque aporta coordinación, eficiencia, humanización de la atención y una clara orientación a resultados en salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El proceso de carcinoma broncogénico del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) consiste en un proceso clínico orientado al diagnóstico rápido del cáncer de pulmón, estructurado en torno a una consulta específica de diagnóstico rápido y al comité multidisciplinar de cáncer de pulmón, como ejes fundamentales para la optimización del circuito asistencial desde la sospecha inicial hasta la confirmación diagnóstica y la toma de decisiones terapéuticas.

La práctica se dirige a pacientes con sospecha de cáncer de pulmón, ya sea por clínica sugestiva o por hallazgos radiológicos incidentales, y se desarrolla en el ámbito territorial del Área de Salud Valladolid Oeste, constituyendo un modelo organizativo aplicable a cualquier área sanitaria.

El acceso al proceso se realiza a través de una consulta monográfica de diagnóstico rápido, accesible desde Atención Primaria, los servicios de urgencias hospitalarias y otras especialidades médicas. La derivación puede efectuarse mediante los canales habituales del servicio de citaciones o a través de contacto telefónico directo, lo que permite una incorporación ágil del paciente al circuito diagnóstico y evita demoras innecesarias.

La organización del proceso se basa en un modelo de atención personalizada, sustentado en el binomio médico-enfermera como elemento clave. Desde el primer contacto, el paciente recibe una atención continuada tanto presencial como telefónica, facilitando la información, la resolución de dudas y el acompañamiento durante todo el proceso diagnóstico. La enfermera gestora desempeña un papel central en la coordinación del proceso: gestiona la solicitud de pruebas diagnósticas, revisa los resultados, organiza las citas sucesivas y actúa como referente accesible para el paciente y su entorno. Este enfoque permite no solo agilizar el diagnóstico, sino también atender de manera estructurada el impacto emocional asociado a la sospecha de una enfermedad grave.

El proceso se apoya de forma esencial en el comité multidisciplinar de cáncer de pulmón, que interviene especialmente en los casos complejos o que requieren una valoración conjunta. Este comité facilita la toma de decisiones consensuada entre los distintos especialistas implicados, garantizando una visión integral del paciente y una planificación diagnóstica y terapéutica coherente.

Asimismo, se ha establecido una relación directa y coordinada con los servicios implicados en el diagnóstico del cáncer de pulmón, incluyendo Radiología, la Unidad de Endoscopia Respiratoria, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Oncología radioterápica, Oncología Médica, Cirugía torácica y cuidados paliativos. En este contexto, se han definido plazos máximos de respuesta para la atención o realización e informe de las pruebas diagnósticas, lo que constituye uno de los elementos clave para la reducción del tiempo global hasta el diagnóstico.

Como elementos diferenciales, esta práctica integra la gestión por procesos, la coordinación multidisciplinar, la enfermería gestora y la humanización de la atención en una fase especialmente sensible, aportando un modelo eficiente, reproducible y centrado en el paciente para la optimización del diagnóstico del cáncer de pulmón.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de esta práctica corresponde a los habitantes del Área de Salud Valladolid Oeste, que atiende a una población aproximada de 260.000 personas. Aunque una parte relevante de la población reside en el entorno urbano de la ciudad de Valladolid, el área presenta características demográficas similares a las del conjunto de Castilla y León, con una población envejecida y una dispersión territorial significativa, si bien menor que en otras áreas de la comunidad.

Estas características condicionan una mayor prevalencia de patología oncológica y un riesgo incrementado de retrasos diagnósticos, especialmente en procesos como el cáncer de pulmón, cuyos síntomas iniciales pueden ser inespecíficos.

Metodología

La metodología se basa en la gestión por procesos aplicada al diagnóstico del cáncer de pulmón, con un circuito asistencial estructurado, accesible y coordinado. El proceso se inicia ante la sospecha clínica o radiológica, con derivación directa a una consulta específica de diagnóstico rápido, accesible desde Atención Primaria, urgencias y otras especialidades.

La atención se organiza en torno al binomio médico-enfermera, que garantiza la valoración clínica, la solicitud secuencial y priorizada de pruebas diagnósticas y el seguimiento continuo del paciente. La enfermera gestora de casos coordina las citas, revisa resultados y actúa como referente asistencial.

El proceso se apoya en la coordinación directa con los servicios diagnósticos y en el comité multidisciplinar de cáncer de pulmón, que interviene en los casos complejos.

Se establecen plazos máximos para pruebas e informes, con el objetivo de reducir el tiempo total hasta el diagnóstico.

Objetivos

El objetivo principal de la consulta monográfica es reducir el tiempo desde la sospecha clínica o radiológica hasta el diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón, favoreciendo un diagnóstico precoz y una toma de decisiones ágil y coordinada. De forma complementaria, se persigue ofrecer un acompañamiento personalizado, continuo y humanizado durante todo el proceso diagnóstico, especialmente relevante en una fase de elevada carga emocional para el paciente.

Como objetivos específicos, se plantea optimizar el uso de las pruebas diagnósticas, realizando únicamente aquellas necesarias para alcanzar el diagnóstico con el menor número posible de procedimientos invasivos, minimizando riesgos y evitando costes innecesarios. Asimismo, se pretende mantener estable y adecuado el número de pacientes remitidos que finalmente no

presentan cáncer, garantizando que la consulta de diagnóstico rápido se dirija a pacientes con una sospecha justificada.

En este contexto, la formación continua y el feedback con los servicios derivadores constituyen un objetivo clave para mejorar la calidad de las derivaciones y la eficiencia del proceso.

Actuaciones realizadas

El proceso clínico de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón fue desarrollado inicialmente en 2008, en colaboración con el Servicio de Calidad del hospital, y ha sido actualizado de forma periódica conforme al avance de la evidencia científica y a la evaluación continua de resultados.

En este marco, se ha constituido el comité multidisciplinar de cáncer de pulmón, integrado por los servicios implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico, con especial relevancia en la toma de decisiones en casos complejos.

Se ha creado una agenda específica de consulta de proceso broncogénico dentro del servicio de citaciones, con asignación definida de médicos y enfermeras, consolidando la continuidad asistencial. Paralelamente, el proceso ha sido difundido mediante sesiones informativas dirigidas de forma continuada a los servicios de urgencias, en la sesión general del hospital y en los centros de salud del área, favoreciendo el conocimiento del circuito, la calidad de las derivaciones y la coordinación entre niveles asistenciales.

Indicadores

La evaluación de la práctica se realiza mediante indicadores de proceso, resultado y calidad asistencial. Como indicador principal, se mide el tiempo desde la sospecha clínica o radiológica hasta el diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón, estableciéndose como objetivo que al menos el 90% de los pacientes sean diagnosticados en un plazo ≤ 28 días.

Se evalúa la proporción de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón sobre el total de pacientes atendidos en la consulta de diagnóstico rápido, con un objetivo de mantenerla en torno al 50%, garantizando una adecuada selección de pacientes y evitando un uso ineficiente del recurso.

Otros indicadores incluyen el número medio de pruebas invasivas por paciente, con el objetivo de minimizar procedimientos innecesarios, y el cumplimiento de los plazos máximos para la realización e informe de pruebas diagnósticas. Como indicadores de calidad, se valorará la satisfacción del paciente, especialmente en relación con la información recibida y el acompañamiento durante el proceso diagnóstico.

Recursos

El proceso dispone de recursos humanos específicamente asignados, integrados en la actividad asistencial habitual. Participan dos médicos con dedicación parcial, responsables de la atención clínica en la consulta de diagnóstico rápido y miembros activos del comité multidisciplinar de cáncer de pulmón. Asimismo, dos enfermeras adscritas a la consulta de Neumología, con dedicación parcial al proceso, desarrollan una atención personalizada y continuada,

encargándose de la coordinación de pruebas, revisión de resultados, gestión de citas y acompañamiento del paciente.

El proceso cuenta además con el apoyo del personal administrativo del servicio y del servicio de citaciones, fundamentales para garantizar la agilidad del circuito. Como recurso colectivo, el comité multidisciplinar de cáncer de pulmón integra a profesionales de las distintas especialidades implicadas.

En cuanto a recursos físicos, se dispone de una consulta diaria de media mañana para la revisión de casos en seguimiento, tres consultas semanales programadas y una línea telefónica específica facilitada a pacientes y profesionales de Atención Primaria y urgencias.

Basada en la evidencia

El proceso de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón se fundamenta en los principios de la medicina basada en la evidencia, apoyándose en las recomendaciones más actuales de las principales sociedades científicas en el ámbito respiratorio y oncológico. La organización del circuito diagnóstico, los criterios de derivación, la secuencia de pruebas y la toma de decisiones clínicas se basan en las guías y documentos de consenso para el manejo del paciente con sospecha de cáncer de pulmón, especialmente los elaborados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la European Respiratory Society (ERS), así como en recomendaciones europeas conjuntas.

El proceso se somete a una revisión y actualización anual, incorporando los avances científicos, tecnológicos y organizativos relevantes. Esta actualización continua garantiza la adecuación del modelo a la evidencia disponible, la seguridad del paciente y la eficiencia del proceso diagnóstico, reforzando su calidad y su carácter de buena práctica clínica.

Equidad

El proceso de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón contribuye de forma directa a la equidad en el acceso al diagnóstico oncológico, adaptándose a las características demográficas y territoriales del Área de Salud Valladolid Oeste. Se dirige a una población envejecida, en la que la comorbilidad y la mayor vulnerabilidad pueden dificultar circuitos asistenciales complejos, ofreciendo un modelo coordinado y accesible que reduce desplazamientos y demoras innecesarias.

Asimismo, el proceso tiene en cuenta la dispersión geográfica del área, facilitando un acceso homogéneo desde Atención Primaria, urgencias y otras especialidades, independientemente del lugar de residencia del paciente. La coordinación del proceso y el seguimiento telefónico contribuyen a disminuir desigualdades territoriales.

Desde la perspectiva de género, el modelo garantiza una atención equitativa y personalizada, basada en criterios clínicos objetivos, favoreciendo una comunicación adaptada y una toma de decisiones compartida, sin sesgos por sexo o edad, y centrada en las necesidades individuales de cada paciente.

Sostenibilidad

Esta iniciativa presenta un alto grado de sostenibilidad a medio y largo plazo, al basarse fundamentalmente en la organización y optimización de recursos ya existentes, sin necesidad de inversiones estructurales adicionales. La integración del proceso en la actividad asistencial habitual, con profesionales específicamente asignados y circuitos claramente definidos, garantiza su continuidad en el tiempo.

La reducción de demoras diagnósticas, la adecuada selección de pacientes y la optimización del uso de pruebas diagnósticas, especialmente las invasivas, contribuyen a una mayor eficiencia del sistema sanitario, evitando costes innecesarios derivados de duplicidades o retrasos. Asimismo, el acompañamiento coordinado del paciente y la disminución de circuitos fragmentados mejoran la utilización de recursos y la satisfacción de profesionales y pacientes.

La revisión periódica de indicadores, con el apoyo del Servicio de Calidad, permite la mejora continua del proceso, reforzando su adaptabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

Transferibilidad

El proceso de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón presenta un alto grado de transferibilidad a otras áreas de salud, al tratarse de un modelo organizativo basado en la gestión por procesos, la coordinación multidisciplinar y la optimización de recursos existentes. No requiere tecnología específica ni inversiones estructurales complejas, lo que facilita su adaptación a distintos contextos asistenciales.

Los elementos clave del proceso, consulta monográfica de acceso rápido, binomio médico-enfermera, enfermería gestora de casos, coordinación con servicios diagnósticos y comité multidisciplinar, son reproducibles en cualquier área sanitaria, independientemente de su tamaño o grado de dispersión territorial. Asimismo, la definición de circuitos claros, plazos máximos y criterios de derivación favorece su implantación progresiva y adaptable. La experiencia acumulada y la disponibilidad de protocolos y herramientas organizativas permiten su difusión y escalado, contribuyendo a mejorar la equidad y la calidad del diagnóstico oncológico en otros entornos del sistema sanitario.

Efectividad

La efectividad de la práctica se expresa principalmente en la reducción del tiempo desde la sospecha clínica o radiológica hasta el diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón, gracias a la existencia de un circuito asistencial específico, coordinado y con plazos definidos. Este abordaje favorece un diagnóstico más precoz y una toma de decisiones clínica más ágil y adecuada. Asimismo, el proceso garantiza una atención personalizada y continuada durante la fase diagnóstica, mediante el binomio médico-enfermera y el seguimiento presencial y telefónico, mejorando la información, la accesibilidad y el acompañamiento emocional del paciente en un momento de especial vulnerabilidad. La coordinación multidisciplinar contribuye además a decisiones diagnósticas consensuadas y seguras, incrementando la calidad global de la atención y la satisfacción de pacientes y profesionales.

Eficiencia

La eficiencia del proceso se basa en la optimización del uso de los recursos disponibles, evitando circuitos fragmentados, duplicidades y demoras innecesarias. La adecuada selección de

pacientes y la gestión secuencial del diagnóstico permiten reducir el número de pruebas innecesarias, especialmente procedimientos invasivos, disminuyendo riesgos y costes asociados. La centralización del proceso en una consulta específica y la coordinación directa con los servicios diagnósticos facilitan un uso más racional del tiempo profesional y de los recursos tecnológicos. La reducción de tiempos diagnósticos contribuye asimismo a disminuir costes indirectos derivados de consultas repetidas, pruebas redundantes y hospitalizaciones evitables. En conjunto, el modelo mejora la relación coste-efectividad del proceso diagnóstico del cáncer de pulmón, manteniendo altos estándares de calidad asistencial.

Participación multidisciplinar

La participación multidisciplinar constituye uno de los pilares fundamentales de esta práctica. El proceso de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón se apoya en el binomio enfermera-médico de la consulta y en un comité multidisciplinar específico, integrado por profesionales de Neumología, Radiología, Endoscopia Respiratoria, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica y otras especialidades implicadas, lo que garantiza una visión integral del paciente. Este abordaje permite una toma de decisiones consensuada, especialmente en los casos complejos, optimizando la secuencia diagnóstica y reduciendo demoras innecesarias.

La interacción continua entre los distintos servicios favorece la adecuación de las pruebas solicitadas y mejora la calidad y seguridad del proceso diagnóstico. Además, la participación multidisciplinar se extiende al trabajo coordinado entre niveles asistenciales, facilitando la comunicación con Atención Primaria y Urgencias. Este modelo colaborativo refuerza la calidad asistencial, la eficiencia del proceso y la satisfacción de profesionales y pacientes, consolidándose como un elemento diferencial de la práctica.

Colaboración intersectorial

La práctica se sustenta en una colaboración intersectorial dentro del sistema sanitario, integrando distintos niveles asistenciales, servicios clínicos y estructuras organizativas. El proceso establece una coordinación directa entre atención primaria, urgencias hospitalarias y atención especializada, facilitando un acceso homogéneo y ágil al circuito diagnóstico desde diferentes ámbitos asistenciales.

Asimismo, la colaboración con el Servicio de Calidad del hospital ha sido clave en el diseño, implantación y evaluación del proceso, garantizando su alineación con los objetivos institucionales y la mejora continua. La participación de servicios centrales y transversales, como el servicio de citaciones y el personal administrativo de apoyo, contribuye a la eficiencia y sostenibilidad del modelo.

Evaluación

La evaluación del proceso se realiza de forma sistemática y periódica, con el objetivo de valorar su impacto, detectar áreas de mejora y garantizar la calidad del proceso. Se llevará a cabo mediante el seguimiento de los indicadores definidos, incluyendo tiempos diagnósticos, adecuación de las derivaciones, uso de pruebas diagnósticas y satisfacción del paciente.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La revisión de resultados se realiza de forma anual, en el marco del Servicio de Calidad del hospital y del comité multidisciplinar de cáncer de pulmón, permitiendo el análisis conjunto de los datos y la adopción de medidas correctoras cuando sea necesario.

Asimismo, se fomentará el “feedback” con los servicios derivadores, especialmente Atención Primaria y urgencias, para mejorar de forma continua la calidad del proceso. Este enfoque de evaluación continua permite consolidar el modelo, asegurar su sostenibilidad y adaptarlo a nuevas evidencias o necesidades asistenciales, reforzando su carácter de buena práctica.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL5-1: Protocolo asistencial para el acceso al diagnóstico molecular avanzado en casos clínicos complejos de pacientes con cáncer que han agotado opciones terapéuticas disponibles. PRECISGAL-REAL

Luis Ángel León Mateos (1), María Rosario García Campelo (1), Ana Vega Gliemmo (2), Jorge Pombo Otero (1), Beatriz Bernárdez Ferrán (1), Begoña Graña Suárez (1), Carmen Penín Corderi (1), Celsa Quinteiro García (2), Ignacio Fernández Sobrado (1), Ihab Abdulkader Nallib (1), Laura Juaneda (1), José Ángel Díaz Arias (1), José Gómez Rial (1), José Javier Cid Fernández (1), María Concepción Fiaño Valverde (1), María Elena Gallardo Martín (1), María Francisca Vázquez Rivera (1), María Soledad Noya Pereira (1), Martina Lema Oreiro (1), Teresa Calleja Chuclá (1), Paula M. López Vázquez (3), María Soledad Otero Piñeiro (2), Alicia Piñeiro Redondo (3)

(1) Comité Molecular de Tumores de Galicia (CMT-G), Servizo Galego de Saúde (SERGAS), (2) Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, Galicia, (3) Estrategia de Oncología de Precisión de Galicia, SERGAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer avanzado, medicina de precisión, diagnóstico molecular, secuenciación masiva (NGS), panel pancáncer, biomarcadores, terapias dirigidas, comité molecular de tumores.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El progreso de la investigación biomédica en oncología ha permitido identificar alteraciones moleculares o genéticas que son específicas de diferentes tumores y que pueden ser dianas terapéuticas que sirven para desarrollar medicamentos efectivos en los pacientes que las presentan. En este contexto, en Galicia nace la Estrategia de Oncología de Precisión, que incluye un total de 17 líneas y cuyos objetivos son reducir el impacto de la enfermedad, facilitar el acceso temprano e igualitario a la mejor opción de diagnóstico molecular y terapia dirigida, implantar soluciones integrales y sostenibles y facilitar el acceso a terapias y conocimientos en la frontera de la ciencia.

En septiembre de 2024, fue publicado el Decreto 181/2024, de 9 de septiembre, por el que se crea y regula el Comité de Tumores Moleculares del Servicio Gallego de Salud (CMT-G), y que sentó las bases para el lanzamiento de la estrategia (Línea 1). Este comité se constituyó formalmente en enero de 2025.

En junio de 2025, partiendo del Catálogo Común de Pruebas Genéticas y Genómicas del Sistema Nacional de Salud y tras el trabajo realizado tanto por el comité como por los grupos de trabajo asociados, el CMT-G recomendó establecer cinco indicaciones clínicas en las que, por razones clínicas, técnicas o de eficiencia, es recomendable realizar un panel de biomarcadores mediante secuenciación de nueva generación (NGS) en lugar de emplear otras técnicas (como PCR, Sanger...): cáncer de pulmón, cáncer de ovario, sarcomas, tiroides (anaplásicos y medulares), vía biliar, cáncer del SNC, y próstata.

Además, fue identificada como necesidad cubrir otro grupo de pacientes en los que, por haber agotado las opciones terapéuticas disponibles, podría ser de interés asistencial, el acceso a un panel pancáncer que cubra un número mayor de biomarcadores accionables para la búsqueda

de terapias dirigidas que puedan ser potencialmente efectivas (terapias autorizadas y terapias en fase de desarrollo clínico). Por este motivo, adicionalmente se propuso llevar a cabo un protocolo asistencial piloto para facilitar el acceso a un amplio panel (de más de 300 genes) a pacientes con cáncer avanzado que hayan agotado las opciones terapéuticas o a pacientes con tumores de origen desconocido (protocolo PRECISGAL-REAL). PRECISGAL-REAL pivota en torno al CMTG, estableciéndose un procedimiento centralizado y de acceso equitativo para todas las áreas sanitarias del Servicio Galego de Saúde, que permite que cualquier facultativo responsable de un paciente oncológico con cáncer avanzado que ha agotado las opciones terapéuticas disponibles y financiadas, pueda acceder a la realización de un diagnóstico avanzado empleando un panel tipo pancancer. Los casos incluidos son debatidos por el CMT-G, emitiéndose un informe de cada uno de ellos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Población diana / ámbito de aplicación (máximo 150 palabras)

Pacientes en seguimiento por su proceso oncológico en cualquier centro del Servicio Galego de Saúde y que cumplan los siguientes criterios:

1. Paciente con diagnóstico de cáncer avanzado (se incluyen tumores de origen desconocido).
2. Agotamiento de líneas terapéuticas de demostrada eficacia.
3. (ECOG) Performance Status 0-2.
4. Imposibilidad de participación en Ensayo Clínico dentro de la C.A de Galicia.
5. Expectativa de vida superior a 12 semanas.
6. Adecuada reserva hematológica, funciones renal y hepática.
7. Disponibilidad de tejido tumoral. Excepcionalmente se contemplará la posibilidad de realizar técnicas moleculares en sangre.
8. Capacidad para entender el procedimiento y sus implicaciones y aceptación de la realización del diagnóstico molecular avanzado.

Metodología

El facultativo/a responsable de un paciente que considere de interés proponer entrar en PRECISGAL-REAL, remitirá el caso al CMT-G.

El caso será revisado por dos miembros del CMT-G que evaluarán si cumplen los criterios de inclusión. Para los casos aceptados se remitirá la aceptación al facultativo/a responsable y al Servicio de Anatomía Patología del área sanitaria que integra la Red de Análisis Molecular para la verificación de la muestra a analizar. Se utilizará como muestra tumoral preferiblemente tejido.

En aquellos casos en los que el acceso al tejido no esté disponible, la obtención de mismo sea dificultosa o entrañe riesgos para el paciente, se podrá contemplar el uso de plasma.

A todos los casos incluidos se les realizará el mismo panel, que incluirá la determinación de al menos 300 genes, validado para detectar la mayoría de los biomarcadores accionables en cáncer, e incluirá aquellos relacionados con la respuesta a inmunoterapia.

Objetivos

Evaluar la viabilidad de incluir como cartera adicional de servicios dentro del Servicio Gallego de Salud, el diagnóstico molecular avanzado a través de un panel tipo pan cáncer en pacientes con cáncer avanzado que han agotado opciones terapéuticas disponibles.

Actuaciones realizadas

- Elaboración del Protocolo.
- Presentación del protocolo (junio y julio de 2025) a los servicios implicados en la atención a pacientes oncológicos en las siete áreas sanitarias del Servizo Galego de Saúde, (publicación en la sección correspondiente de la web: [Estratexia de Oncoloxía de precisión de Galicia - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde](#))
- Desde julio hasta diciembre 2025 se han solicitado 16 casos.
- Tras la evaluación de seis meses y ante un ritmo de envío de casos más lento de lo esperado, se ha propuesto prorrogar el protocolo seis meses para poder completar la evaluación de todos los indicadores propuestos.
- Se ha propuesto aumentar las actividades de difusión incluyendo la elaboración de un video que se incluirá dentro del aula virtual de formación del Servicio Galego de Saúde y se dirigirá a los profesionales sanitarios de los servicios implicados en atención al cáncer.

Indicadores

Indicadores clínicos:

Dado el número de casos, y al no haber detectado ninguna alteración accionable, no se han podido evaluar en esta primera fase).

Indicadores de gestión:

- Porcentaje de alteraciones moleculares detectadas:100% de los casos.
- Porcentaje de alteraciones moleculares accionables ESCAT 1-2: 0%
- Porcentaje de informes NGS con recomendación terapéutica*: 0%
- Grado de adherencia a recomendaciones: 100%

- Alineación con iniciativas europeas para ampliar el acceso a tratamientos y recopilar datos de vida real con nuevas estrategias terapéuticas: 100%
- Porcentaje de pacientes con alteración molecular detectada incluidos en ensayos:
 - Porcentaje de pacientes cuyas muestras no son válidas: 0%
 - Porcentajes de pacientes cuyas muestras son rechazadas: 0%

* No se ha detectado alteraciones moleculares accionables, por lo que no se han realizado recomendaciones terapéuticas para el paciente, pero en un caso se detectó una potencial alteración de base germinal y se recomendó nuevo estudio por las potenciales implicaciones para familiares.

Recursos

Financiación

Plan 5P, Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del SNS: consolidación de la medicina personalizada de precisión en el SNS.

Basada en la evidencia

Esta iniciativa es acción sinérgica con la Acción Conjunta de Medicina Personalizada en Cáncer (en la que el Servizo Galego de Saúde es entidade beneficiaria) - EU4H-2024-JAIBA- 05 - Direct grants to Member States' authorities: Personalised Cancer Medicine (CR-g- 24-41) liderada por Scienciano.

Además, es el primer paso, para avanzar en la puesta en marcha de un ensayo clínico pragmático multicéntrico con componentes descentralizados para pacientes con cáncer avanzado tras fallo a terapias estándar, con la realización previa del test pancáncer, que será revisado por CMT-G e a recomendación de terapia dirigida comercialmente disponible. Este futuro ensayo clínico seguirá los esquemas ya iniciados en el contexto de otras acciones europeas como PRIMEROSE o el DRUP Trial en EE.UU.

Equidad

Las acciones a desarrollar se enmarcan en el Plan Estratégico de Galicia, Eje 1 Reto Demográfico, Prioridad de Acción 1.4. Fortalecer la atención sanitaria accesible y de calidad, y el Objetivo Específico.

Las acciones a desarrollar no se estaban llevando a cabo y supondrán una mejora en la atención a los pacientes con cáncer, de la que se beneficiarán los gallegos, avanzando hacia la consolidación de la medicina de precisión en el Servicio Gallego de Salud y situando a Galicia entre los países con mayor progreso en este ámbito, en línea con las políticas europeas y, en concreto, con los objetivos del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer de la UE (https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancerplan_en_0.pdf)

Sostenibilidad

Inicialmente se ha planteado como proyecto piloto y para su financiación se han empleado los fondos el Plan 5P. Simultáneamente se han buscado fuentes adicionales para continuar con la consolidación de la medicina personalizada en cáncer. Así y en línea con lo indicado, el Servizo Galego de Saúde ha presentado su candidatura a dos propuestas:

- En la Acción Conjunta de Medicina Personalizada en Cáncer - EU4H-2024-JA-IBA-05, participando en los WP 1, WP 8, WP 9 y WP13.
- En la Sexta convocatoria del Programa de Cooperación Interreg VI A España – Portugal (POCTEP) 2021-2027 con el proyecto EQUIO, Equidad Oncológica Transfronteiriza | Hacia la creación de una comprehensive cancer care network (CCCN) en colaboración con el Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO). Uno de los WP (2) se centra en la medicina personalizada optimizando decisiones clínicas en casos complejos de manera conjunta entre ambas instituciones.

Transferibilidad

Se ha elaborado un protocolo con detalle de los indicadores y flujograma de trabajo para poder garantizar que pueda replicarse o ampliarse en otros contextos. Este protocolo es objeto de revisión por parte del CMT-G y se plantea que pueda ser mejorado en caso de ser preciso.

La documentación es pública y se ha incluido en la página web del Servizo Galego de Saúde, así como ha sido presentado en jornadas y foros científicos lo que redunda en la potencial transferibilidad del mismo a otras instituciones que lo consideren de interés.

Efectividad

Se plantea la evaluación de su efectividad a través de los indicadores clínicos que se han detallado y para los que sistemáticamente se están recogiendo los datos precisos en una base de datos específicamente diseñada para tal fin.

La evaluación de la efectividad está en proceso.

Eficiencia

Se plantea la evaluación de su efectividad a través de los indicadores de gestión que se han detallado y para los que sistemáticamente se están recogiendo en la base de datos previamente indicada.

La evaluación de la eficiencia está en proceso.

Participación multidisciplinar

El protocolo ha sido trabajado por los miembros del CMT-G, que tal como se ha detallado previamente, está conformado por profesionales de distintas áreas, médicos/as de distintos servicios clínicos implicados en la asistencia al cáncer, farmacéuticas/os, biólogos/as, genetistas

... Así como profesionales relacionados con la implantación de la Estrategia de Oncología de precisión en Galicia.

Colaboración intersectorial

No aplica (involucra a sectores más allá de la salud para reforzar el impacto y la continuidad).

Evaluación

Durante el propio proceso de debate y redacción de PRECISGAL-REAL, se ha contado con la revisión externa de otros profesionales (gestores y clínicos) de los centros sanitarios y servicios centrales del Servicio Galego de Saúde para que aportaran sus consideraciones y alegaciones al respecto. Además, el propio protocolo contempla su revisión y evaluación por el CMT-G (primer informe de resultados tras seis meses, y siguientes previstos).

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR5-1: Vía Rápida de Tumores Torácicos: Circuito Integral de Diagnóstico Precoz Coordinado desde Neumología Intervencionista

Javier Pérez Pallarés (1), Carmen Santiago García (1), Antonio Santacruz Siminiani (1), Jorge García Aragón (1), Alexander Ali Jiménez (1)

(1) Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, diagnóstico rápido, circuito rápido, neumología intervencionista, CRYO-EBUS, atención primaria, comité multidisciplinar

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El cáncer de pulmón representa una de las principales causas de morbi-mortalidad en España, donde el retraso diagnóstico impacta negativamente en la supervivencia. Esta propuesta surge de la necesidad de establecer un circuito ágil, coordinado e innovador que optimice el diagnóstico desde la sospecha clínica inicial, especialmente cuando esta proviene de Atención Primaria. El modelo implementado permite canalizar de forma rápida y eficiente a pacientes con sospecha de neoplasia torácica hacia un diagnóstico preciso en un entorno hospitalario multidisciplinar sin necesidad de ingreso hospitalario. Su valor añadido reside en la integración de herramientas de diagnóstico avanzado como la criobiopsia mediastínica guiada por ecobroncoscopia (CRYO-EBUS), la coordinación entre múltiples servicios —incluyendo especialidades ubicadas en diferentes hospitales—, y una vía de comunicación digital directa con Atención Primaria, garantizando la equidad, eficiencia y seguridad clínica del proceso.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La Vía Rápida de Tumores Torácicos combina la tecnología, la innovación clínica y la gestión integrada de procesos para asegurar un diagnóstico precoz del cáncer torácico. El circuito se inicia en Atención Primaria, mediante consulta no presencial prioritaria con Neumología, que en menos de siete días solicita pruebas de imagen preferentes (TAC y PET-TAC) coordinadas con los servicios de Radiología y Medicina Nuclear.

Posteriormente, se cita al paciente con Neumología Intervencionista para indicación de prueba diagnóstica invasiva (biopsia por TAC, ecobroncoscopia o CRYO-EBUS). Las muestras son validadas in situ por Anatomía Patológica, asegurando su calidad. En un plazo máximo de 15 días desde la sospecha inicial, el paciente es evaluado en el Comité de Tumores Torácicos, con participación de Cirugía Torácica (desde hospital de referencia), Oncología Médica y

Radioterápica. Este circuito garantiza diagnóstico y estadiaje completo con alta precisión y sin demoras injustificadas.

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes con sospecha de neoplasia torácica (pulmonar, pleural o mediastínica), derivados desde Atención Primaria o servicios hospitalarios del Área de Salud II. Aplica en el entorno del Hospital Santa Lucía y centros de salud adscritos, y coordina derivaciones interhospitalarias.

Metodología

Circuito estructurado con protocolo formal. Consulta telemática prioritaria, gestión de pruebas diagnósticas por vía preferente, consulta específica con neumólogo intervencionista, técnicas diagnósticas personalizadas y discusión de casos en comité multidisciplinar.

Objetivos

Optimizar el diagnóstico precoz del cáncer torácico. Reducir los tiempos desde la sospecha hasta la propuesta terapéutica. Fomentar la integración clínica interhospitalaria y la innovación en técnicas intervencionistas.

Actuaciones realizadas

Diseño e implementación del protocolo. Creación de agendas diagnósticas preferentes. Introducción de CRYO-EBUS en la cartera de servicios. Coordinación efectiva intrahospitalaria con A. patológica, Medicina Nuclear, Radiología, Oncología médica, Oncología radioterápica y cirugía torácica interhospitalaria. Reunión sistemática de comité multidisciplinar.

Indicadores

- Tiempo medio desde consulta primaria hasta respuesta neumológica.
- Tiempo medio desde sospecha hasta diagnóstico.
- Tiempo desde diagnóstico hasta comité de tumores.
- Número de pacientes derivados vía circuito.
- Procedimientos intervencionistas realizados.

Recursos

Equipos clínicos multidisciplinarios. Apoyo administrativo. Infraestructura diagnóstica avanzada. Software de coordinación interhospitalaria.

Basada en la evidencia

La práctica está alineada con las guías clínicas internacionales de la European Respiratory Society (ERS), American Thoracic Society (ATS), National Comprehensive Cancer Network (NCCN), así como con las guías de práctica clínica de SEPAR. Las estrategias de diagnóstico rápido y el uso de CRYO-EBUS están científicamente validadas en cuanto a eficacia, seguridad y rendimiento diagnóstico. Además, la Unidad de Neumología Intervencionista del Hospital Santa Lucía está acreditada como Unidad de Alta Complejidad por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), lo que refuerza su posicionamiento como referente en procedimientos diagnósticos avanzados.

Equidad

Acceso universal a través de Atención Primaria. Inclusión de zonas rurales o sin hospital cercano mediante herramientas telemáticas. Eliminación de sesgos por edad, sexo o comorbilidades.

Sostenibilidad

Reducción de pruebas innecesarias. Evita duplicidades y hospitalizaciones prolongadas. Modelo replicable con inversión inicial mínima al aprovechar recursos existentes

Transferibilidad

Aplicable en hospitales con servicios de neumología intervencionista, con posibilidad de adaptar a nivel autonómico. Incluye protocolo operativo y plan de implementación.

Efectividad

La implementación de este circuito ha permitido una reducción drástica de los tiempos diagnósticos, con un mayor porcentaje de diagnósticos realizados en fases precoces de la enfermedad. Este diagnóstico temprano conlleva un impacto directo en la supervivencia de los pacientes, al posibilitar el inicio más rápido de tratamientos con intención curativa. Además, el uso de crio-EBUS ha demostrado en múltiples publicaciones científicas una mayor rentabilidad diagnóstica, así como una superioridad en la obtención de muestras adecuadas para estudios inmunohistoquímicos y moleculares. Esto facilita la caracterización precisa del tumor y la selección de terapias dirigidas o inmunoterapias personalizadas, mejorando así los resultados clínicos y contribuyendo al aumento de la supervivencia global en cáncer torácico.

Eficiencia

Maximiza el uso racional de pruebas diagnósticas. Mejora la asignación de recursos hospitalarios. Minimiza ingresos evitables y reduce consultas innecesarias.

Participación multidisciplinar

(Neumología, Radiología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cirugía Torácica, Enfermería especializada, Gestión clínica y Atención Primaria.

Colaboración intersectorial

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Atención Primaria digitalmente integrada. Coordinación con otros hospitales del área.
Participación de gestores clínicos y comité hospitalario.

Evaluación

Auditoría trimestral del circuito. Revisión de indicadores clave. Encuestas de satisfacción.
Reuniones de seguimiento con los servicios implicados

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL5-1: Proyecto piloto autonómico de implantación de un pasaporte de seguimiento a largo plazo de supervivientes en cáncer infantil

Julia Balaguer Guill (1), María Tasso Cereceda (2), José Jaime Verdú Amorós (3), Andrea Cano Rodríguez (2), Adela Cañete Nieto (1), María Teresa Tormo Alcañiz (1), Mireia Ariño Torregrosa (4), Laura Linares Carsí (3), Cristina Nova Lozano (3), Sonia Pache González (5), Laura Navarro Maruenda (5), Irene Cervera Morales (5)

(1) Unidad de Oncohematología Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, València, (2) Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, (3) Hospital Clínico Universitario de Valencia, (4) Centro de Salud Integrado de Paiporta, Valencia, (5) Asociación ASPANION (Asociación de Madres y Padres de Niñas y Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: cáncer infantil, supervivientes de cáncer, seguimiento a largo plazo, pasaporte del superviviente, atención primaria, continuidad asistencial, transición al adulto, calidad de vida.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La mejora de la supervivencia en cáncer pediátrico ha dado lugar a un número creciente de adolescentes y adultos jóvenes con riesgo elevado de presentar efectos tardíos relacionados con los tratamientos recibidos. Sin embargo, en la Comunidad Valenciana no existían, hasta la puesta en marcha de este proyecto, estrategias estructuradas y homogéneas de seguimiento a largo plazo para este colectivo.

Este proyecto piloto, desarrollado en coordinación por la tres Unidades de Referencia (UR) para el cáncer en niños y adolescentes de la Comunidad Valenciana (UR del H. General Universitario Dr. Balmis de Alicante; UR del Hospital Universitario y Politécnico la Fe; UR del Hospital Clínico Universitario de Valencia) aplica de forma sistemática las Long-Term Follow-Up Guidelines del Children's Oncology Group (COG) y las Pancare FollowUp Guidelines e implanta un Pasaporte del superviviente que integra la información esencial del tratamiento recibido y los riesgos específicos asociados, junto al seguimiento recomendado para cada paciente.

El proyecto piloto inicial en el que se valoró la factibilidad, se financió inicialmente a través de la Asociación de Madres y Padres de Niñas y Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana (ASPANION) con fondos procedentes de los presupuestos participativos de la Generalitat Valenciana (2021), y se canalizó a través de los Institutos de Investigación, lo que refuerza su carácter de iniciativa surgida directamente de las prioridades manifestadas por la ciudadanía y las familias.

Como resultado, se ha desarrollado un Protocolo de Transición estructurada con Atención Primaria, favoreciendo el paso ordenado a la medicina del adulto y la corresponsabilidad entre niveles asistenciales. Este protocolo contempla criterios de derivación urgente o programada, circuitos de comunicación y recomendaciones específicas según riesgo estratificado.

Actualmente, este proyecto piloto se está utilizando como modelo de referencia para definir la estrategia de seguimiento a largo plazo de supervivientes de cáncer infantil y adolescente en la Comunidad Valenciana incluido en la Estrategia del Cáncer de 2026, dentro del ámbito asistencial público. Su valor añadido reside en que combina: evidencia científica sólida, participación activa de pacientes y familias, integración real entre hospital y Atención Primaria, y un enfoque de equidad y sostenibilidad.

La propuesta que se presenta a esta convocatoria busca reconocer, consolidar y reforzar este modelo, favoreciendo su extensión a otros centros o comunidades autónomas, la mejora continua de los circuitos de transición y la integración definitiva del seguimiento a largo plazo como parte esencial de la atención oncohematológica pediátrica.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El presente proyecto consiste en el desarrollo e implantación de un modelo estructurado, estandarizado e integral de seguimiento a largo plazo para supervivientes de cáncer pediátrico, aplicando las Long-Term Follow-Up Guidelines del Children's Oncology Group (COG) y las PAnCare FollowUp Guidelines, integrándolo en un Pasaporte del Superviviente que recoge de manera clara y accesible la información esencial sobre el tratamiento recibido, los riesgos específicos y las recomendaciones de seguimiento personalizadas en función de los riesgos.

Esta práctica está dirigida a adolescentes y adultos jóvenes que fueron tratados de cáncer en la infancia, un colectivo creciente y vulnerable que presenta un riesgo significativamente mayor de desarrollar secuelas físicas, psicológicas, neurocognitivas y sociales derivadas de los tratamientos oncológicos recibidos o de la propia enfermedad.

El programa se organiza a través de un circuito asistencial multidisciplinar, estructurado en:

- Identificación de la cohorte de supervivientes.
- Contacto, información y obtención del consentimiento informado.
- Visitas médicas y psicológicas, que incluyen:
 - Valoración clínica completa.
 - Solicitud de pruebas complementarias según riesgo.
 - Entrevista Psicosocial, evaluación psicológica y calidad de vida.
 - Clasificación de secuelas según CTCAE v5.0.
 - Elaboración y entrega del Pasaporte del Superviviente.
 - Diseño del plan de seguimiento individualizado.
- Implementación de un Protocolo de transición con Atención Primaria, que establece la continuidad asistencial en la edad adulta.

Geográficamente, el proyecto se desarrolla en la Comunidad Valenciana, aprovechando las redes asistenciales establecidas para el cáncer infantil y adolescente desde 2019, con la UR correspondiente como centro de intervención principal.

Entre sus elementos innovadores destacan:

- La implantación sistemática y adaptada al contexto autonómico de las guías COG/Pancare, consideradas el estándar internacional en seguimiento de supervivientes de cáncer infantil.
- La creación del Pasaporte del Superviviente, herramienta que mejora la comunicación entre niveles asistenciales y empodera al paciente al facilitarle información clara y accesible sobre sus necesidades en temas de salud.
- La integración efectiva entre Hospital y Atención Primaria, mediante un protocolo formal que garantiza la continuidad asistencial y evita pérdidas de seguimiento por falta de adherencia o desmotivación en la transición a la vida adulta.
- Su carácter de iniciativa ciudadana financiada mediante los presupuestos participativos de la Generalitat Valenciana (2021) a través de ASPANION, lo que subraya su relevancia social.
- Su capacidad demostrada de transferencia y escalabilidad, al convertirse en referencia para la planificación autonómica.

En conjunto, la práctica ofrece una respuesta innovadora, basada en evidencia y articulada en colaboración con pacientes, familias, Atención Primaria y la administración sanitaria, destinada a mejorar de forma sostenible la salud y calidad de vida de los supervivientes de cáncer pediátrico.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana son supervivientes de cáncer pediátrico (0-18 años al diagnóstico) diagnosticados y tratados en las UR de Oncohematología Pediátrica de la Comunidad Valenciana con al menos 5 años de seguimiento tras el fin del tratamiento.

El ámbito de aplicación es asistencial y regional: el proyecto se desarrolla principalmente en la práctica clínica del hospital, en la denominada Consulta de Seguimiento de Largo Plazo dependiente de las UR y en las consultas de diversos especialistas (en función del caso), y se coordina con Atención Primaria, favoreciendo la continuidad y la transición a la medicina del adulto. Este proyecto atiende a la totalidad la población de supervivientes de la CV, sin exclusiones por hospital de origen, nivel socioeconómico o lugar de residencia.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo, de cohortes, implantado y evaluado. Se identifican supervivientes en las bases de datos de las UR, se ofrece el proyecto en la consulta o se contacta telefónicamente con los supervivientes si habían perdido el seguimiento, y se obtiene el consentimiento informado para participar en el proyecto.

Se realizan al menos dos visitas médicas y psicológicas, con anamnesis estructurada, exploración clínica, aplicación de las guías COG/Pancare, solicitud de las pruebas complementarias según riesgo, encuestas de salud (CCSS), cuestionarios de calidad de vida y test Neurocognitivos.

Los hallazgos se recogen en el Pasaporte del Superviviente y se clasifican según CTCAE v5.0. Los datos se vuelcan en una base anonimizada para análisis estadístico descriptivo y multivariante. Paralelamente, se ha desarrollado un Protocolo de Transición con Atención Primaria, que incorpora criterios de seguimiento y derivación, integrando a los médicos de familia y pediatras de zona en el cuidado continuado de estos supervivientes.

Objetivos

Objetivo principal

- Conocer la situación de salud y calidad de vida de los supervivientes de cáncer infantil y adolescente mediante la aplicación estructurada de las guías del COG/Pancare.

Objetivos secundarios

- Implantar y evaluar el Pasaporte del Superviviente como herramienta de información y continuidad asistencial, accesible a todos los profesionales de la red pública en la CV.
- Desarrollar y poner en marcha un Protocolo de Transición con Atención Primaria, facilitando el paso a la medicina del adulto.
- Identificar la prevalencia y gravedad de efectos tardíos en la cohorte de 130 supervivientes.
- Utilizar este proyecto piloto como modelo de equidad y transición para la estrategia autonómica de seguimiento a largo plazo de supervivientes de cáncer infantil/adolescente en la Comunidad Valenciana.

Actuaciones realizadas

Realizadas:

- Traducción autorizada y adaptación de las guías COG/Pancare.
- Diseño del Pasaporte del Superviviente y del circuito asistencial de seguimiento.
- Inclusión y evaluación del estado de salud de 325 supervivientes en la CV.
- Realización de visitas médicas y psicológicas, solicitudes de pruebas según riesgo y registro de datos.
- Desarrollo y puesta en marcha de un Protocolo de Transición con Atención Primaria.
- Presentación del modelo en foros científicos y a la Consellería de Sanidad como referencia autonómica.
- Formación continuada a profesionales sanitarios, pacientes y familias.

- Jornadas divulgativas sobre la necesidad del seguimiento a largo plazo.

Propuestas:

- Consolidar y ampliar el número de supervivientes incluidos mediante la Consulta de Seguimiento de Largo Plazo.
- Profundizar en la Coordinación con Atención Primaria (formación, vías rápidas, comunicación bidireccional).
- Publicar los resultados y generar recomendaciones prácticas para su adopción en el ámbito nacional.

Indicadores

Indicadores de proceso

- Número total de supervivientes identificados / contactados.
- Número de pacientes incluidos
- Número de Pasaportes del Superviviente emitidos y actualizados.
- Número de visitas médicas y psicológicas realizadas.
- Número de cursos de formación continuada
- Número de Jornadas divulgativas autonómicas

Recursos

El proyecto cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por oncohematólogos pediátricos de la Conselleria de Sanidad, oncólogos pediátricos contratados a través de los institutos de investigación (ISABIAL, IISLAFE, INCLIVA), psicólogos generales sanitarios de ASPANION y personal de enfermería especializada. Se utilizan recursos asistenciales ya existentes, consultas, laboratorio, imagen e interconsultas, sin necesidad de una estructura adicional, lo que facilita su escalabilidad. El Pasaporte del Superviviente, integrado en la historia clínica electrónica, es accesible para cualquier profesional desde los sistemas corporativos.

La fase piloto fue financiada por ASPANION mediante fondos de los presupuestos participativos de la Comunidad Valenciana (2021). Posteriormente, ASPANION ha contribuido a la contratación de personal sanitario a través de los institutos de investigación para sostener la actividad. Se emplean herramientas informáticas de gestión clínica, bases de datos específicas y materiales informativos basados en las guías COG/Pancare, garantizando un coste de mantenimiento reducido.

Basada en la evidencia

El proyecto se fundamenta en una amplia evidencia internacional (CCSS, SIOP Europe Standards, PanCareSurPass), que demuestra:

- La alta prevalencia de efectos tardíos en supervivientes de cáncer infantil (>70%), siendo 1/3 de ellos graves.
- El impacto positivo de programas de seguimiento sistemático en la detección precoz de complicaciones y en la mejora de la calidad de vida.
- Las Long-Term Follow-Up Guidelines del COG y las Pancare FollowUp Guidelines son el estándar internacional más aceptado, elaboradas a partir de grandes cohortes (CCSS, St Jude, Princes Maxima, etc.). Las herramientas utilizadas (encuestas CCSS, cuestionarios de calidad de vida, test neurocognitivos, CTCAE v5.0) están validadas y ampliamente empleadas en la literatura para los diferentes grupos de edad.

La decisión de usar este proyecto como modelo autonómico de estrategia de seguimiento de largo plazo refuerza su alineación con la evidencia y las recomendaciones europeas (SIOP, Pancare, COG, estándares internacionales de cuidado).

Equidad

El proyecto contribuye a la equidad al ofrecer un marco homogéneo de seguimiento a todos los supervivientes tratados en la Comunidad Valenciana, independientemente de su situación socioeconómica, educativa o lugar de residencia.

El Pasaporte del Superviviente facilita que cualquier profesional, también en Atención Primaria, disponga de la información esencial para una atención adecuada. La transición estructurada ayuda especialmente a los pacientes con mayor vulnerabilidad social o sanitaria, evitando perderse en el sistema.

Además, al ser reconocido como modelo para la Comunidad Valenciana, se favorece la reducción de inequidades territoriales entre pacientes de distintas áreas sanitarias, sentando las bases para que todos los supervivientes tengan acceso a un seguimiento basado en el riesgo y no en la disponibilidad local de recursos.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se apoya en tres ejes:

- Integración en la práctica asistencial habitual, de forma que las actividades de seguimiento se incorporan a los circuitos ya existentes, sin generar un dispositivo paralelo.
- Uso eficiente de recursos, al basar las pruebas y revisiones en el riesgo individual según las guías COG/Pancare, evitando exploraciones innecesarias y priorizando las de mayor impacto.
- Implicación de Atención Primaria, lo que permite que el seguimiento a largo plazo no recaiga exclusivamente en el hospital, sino que se comparta entre niveles, haciendo el modelo más viable a medio y largo plazo.

El apoyo inicial de los presupuestos participativos, continuada por ASPANION, y la progresiva asunción por parte de la estructura asistencial pública refuerzan su continuidad.

Transferibilidad

El proyecto ha sido concebido como piloto reproducible. Sus componentes (guías COG/Pancare, Pasaporte del Superviviente, circuito de transición con Atención Primaria) son fácilmente adaptables y exportables a otros hospitales y comunidades, ya que se basan en herramientas estandarizadas y en procesos claramente descritos.

La experiencia acumulada y la documentación generada (protocolos, modelos de informe, materiales de formación) facilitan su implementación en otros centros sin necesidad de diseñar el sistema desde cero.

El hecho de que la Conselleria esté utilizando este piloto como base para la estrategia autonómica de seguimiento a largo plazo demuestra su alta transferibilidad y potencial de expansión a otros niveles. La existencia de un pasaporte digital estandarizado facilita la adopción en otras CCAA sin necesidad de rediseñar procesos

Efectividad

Los primeros resultados muestran que el programa permite identificar un número relevante de efectos tardíos previamente no documentados (algunos en fases todavía reversibles), mejorar el conocimiento de los supervivientes sobre su propia historia oncológica y establecer planes de seguimiento individualizados.

La emisión del Pasaporte del Superviviente y la explicación personalizada han incrementado la implicación de los pacientes en su autocuidado, mediante el empoderamiento. La puesta en marcha del Protocolo de Transición con Atención Primaria ha mejorado la coordinación y ha evitado pérdidas de seguimiento en la transición a la edad adulta.

El reconocimiento del proyecto como modelo autonómico es, en sí mismo, un indicador de efectividad percibida por las autoridades sanitarias. En conjunto, la intervención ha demostrado ser útil para mejorar la detección precoz, la continuidad asistencial y la calidad de vida de los supervivientes de cáncer infantil.

Eficiencia

El proyecto optimiza los recursos sanitarios mediante un seguimiento basado en el riesgo individual, lo que evita pruebas innecesarias y concentra los esfuerzos diagnósticos en los supervivientes con mayor probabilidad de desarrollar secuelas. La estandarización del proceso mediante las guías COG/Pancare y el uso del Pasaporte del Superviviente reduce duplicidades, mejora la coordinación entre especialistas y Atención Primaria y disminuye consultas repetidas o derivaciones innecesarias.

La existencia de un protocolo de transición y de una base de datos estructurada permite agilizar la toma de decisiones clínicas y acorta los tiempos de respuesta ante hallazgos relevantes. La inversión inicial fue mínima gracias a su financiación a través de los presupuestos participativos de la Generalitat Valenciana, y su integración en la práctica asistencial habitual garantiza un coste de mantenimiento muy bajo. En conjunto, el modelo ofrece máximo impacto clínico con una utilización eficiente de los recursos disponibles.

Participación multidisciplinar

La participación multidisciplinar es un eje central: oncohematología pediátrica, psicología general sanitaria, enfermería, trabajo social, así como especialistas de apoyo (cardiología, endocrinología, neurología, radiología, etc) participan en la valoración de los efectos tardíos y en el seguimiento planificado.

La implicación de Atención Primaria en el protocolo de transición añade la perspectiva del médico de familia y del pediatra de área, clave para el seguimiento a largo plazo.

ASPANION aporta la visión de las familias y contribuye a la motivación y adherencia de los pacientes al programa. Esta estructura multidisciplinar asegura una atención integral que aborda no sólo la dimensión médica, sino también la psicológica, social y funcional.

Colaboración intersectorial

El proyecto se sustenta en una colaboración estrecha entre el sistema sanitario público, los institutos de investigación y las asociaciones de pacientes como ASPANION, que facilitó tanto la financiación inicial (vía presupuestos participativos de la Generalitat Valenciana) y su continuidad posterior, como la difusión entre las familias.

La coordinación con Atención Primaria implica al sector de la atención comunitaria en la sostenibilidad del modelo.

Asimismo, la alineación con estrategias europeas (Pancare, estándares SIOP) y nacionales (SEHOP) sitúa el proyecto en un contexto intersectorial amplio que incluye la salud.

Evaluación

La evaluación del proyecto se ha realizado mediante indicadores asistenciales, formativos y de divulgación. En el Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante se contactó a 427 pacientes, de los cuales 88 supervivientes fueron valorados y recibieron su Pasaporte del Superviviente. En el Hospital Universitari i Politècnic La Fe se contactó a 381 pacientes, con 266 supervivientes beneficiados y 155 pasaportes emitidos. En el Hospital Clínico Universitario de Valencia se contactó a 176 pacientes, resultando 130 supervivientes valorados y 82 pasaportes entregados.

En el ámbito formativo, se han realizado tres ediciones del Curso de formación sobre seguimiento a largo plazo de supervivientes de cáncer infantil, dirigido a profesionales sanitarios. En el ámbito divulgativo, se han celebrado tres ediciones de la Jornada de seguimiento a largo plazo de supervivientes adultos de cáncer infantil, fortaleciendo la sensibilización profesional y social sobre la importancia del seguimiento estructurado.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND6-1: Implementación de Modelos Asistenciales de Atención al Paciente con Insuficiencia Cardíaca en Andalucía Proyecto MAIC

Juan José Gómez Doblas (1), Direcciones Asistenciales participantes (2)

(1) Programa Integral de Salud Cardiovascular de Andalucía (PISCA), Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Servicio Andaluz de Salud (SAS), (2) Direcciones Asistenciales participantes del SAS: Área Hospital Universitario Virgen Macarena–Distritos Sevilla y Sevilla Norte-Aljarafe; Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur; Área Hospital Universitario Virgen de la Victoria–Distrito Málaga Guadalhorce; Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga; Área de Gestión Sanitaria Jaén Norte; Área Hospital Universitario Virgen de las Nieves–Distrito Granada Metropolitano

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, continuidad asistencial, atención primaria, cardiología, transición al alta, atención multidisciplinar, reingresos hospitalarios, cronicidad, MAIC.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años a nivel nacional, representando entre el 3-5% de todos los ingresos hospitalarios. Económicamente, la IC consume el 2,5% del presupuesto sanitario total, con proyecciones de incremento del 50% en ingresos en los próximos 25 años. Se trata de un problema de magnitud creciente y urgencia sanitaria crítica.

El modelo asistencial tradicional en hospitalización por IC presenta fragmentación estructural crítica entre niveles y especialidades. La continuidad asistencial postalta es deficiente: tasas de reingreso a 30 días del 8,4%, urgencias relacionadas del 13,6%, y eventos adversos evitables. Los problemas específicos identificados incluyen: (1) ausencia de protocolos coordinados de transición al alta entre Cardiología/Medicina Interna y Atención Primaria, generando ruptura de seguimiento; (2) demoras en contacto postalta (promedio >2 semanas); (3) fragmentación multiespecialidad: pacientes sin referencia clara a quién contactar tras el alta, duplicación de valoraciones o abandono de seguimiento; (4) falta de valoración integral sistemática de comorbilidades, polifarmacia, funcionalidad y soporte social—los determinantes reales de descompensación en edad avanzada más allá de parámetros cardiológicos; (5) descoordinación entre ámbitos asistenciales pacientes pluripatológicos sin propietario claro en seguimiento ambulatorio. Esta fragmentación genera no solo ineficiencia asistencial sino reingresos prevenibles, sobrecarga de urgencias, y peor calidad de vida para pacientes con cronicidad compleja.

Valor añadido respecto a lo existente: Mientras que existen protocolos cardiológicos de manejo clínico de IC a nivel nacional, lo que diferencia a esta propuesta es su abordaje de la continuidad asistencial como problema sistémico, no limitado a optimización clínica cardiológica y adaptado a diferentes ámbitos geográficos. Frente al modelo tradicional donde cada especialidad actúa aisladamente, esta buena práctica introduce aspectos como el diagnóstico precoz, multidisciplinariedad, continuidad asistencial y evaluación de resultados. Se realiza un estudio piloto en 6 centros y sus áreas de referencia (siendo algunas de ellas áreas integradas y otras no

y de ámbito rural o no) y se evalúa este modelo de atención multidisciplinar a la insuficiencia cardíaca como

Relevancia en marco de convocatoria: La convocatoria 2025-2026 prioriza explícitamente "Estrategia de Abordaje de la Cronicidad" como eje estratégico. Reconoce que la fragmentación asistencial en cronicidad es la barrera crítica no resuelta para mejora de resultados. La IC es paradigmática de cronicidad compleja en población mayor pluripatológica. Esta propuesta responde directamente a los objetivos estratégicos nacionales de continuidad asistencial garantizada, coordinación entre niveles, y prevención de hospitalizaciones evitables en hospitales de todos los tamaños.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Visión global: La propuesta plantea un modelo integrado el Proyecto MAIC, que pretende avanzar en el desarrollo de un modelo de atención integral, eficiente y orientado a la obtención de los mejores resultados para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC). MAIC es una experiencia piloto en 6 áreas sanitarias de Andalucía de diferente índole y ámbito geográfico donde se realiza un análisis basal de la atención de la IC en AP y AH centrada en dos aspectos fundamentales : diagnóstico precoz en AP y por otro lado la continuación asistencial y transición al alta hospitalaria. Tras reuniones multidisciplinarias y con la participación directa de las direcciones gerenciales y medicas tanto del hospital como de AP se evaluaba de nuevo como se mejora tanto en la organización como en los recursos dedicados a la atención de la IC. La metodología realizada es la misma para todas las áreas permitiendo una adaptación de los objetivos y necesidades secundaria de forma personalizada en cada área en base a sus características demográficas, sociales y asistenciales.

Población diana: El programa se dirige a personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca atendidas en Andalucía. Se presentan los resultados en 6 centros de Andalucía tanto comarcales como de tercer nivel

Organización general y circuitos asistenciales: El Proyecto MAIC estructura el abordaje de la insuficiencia cardíaca desde la admisión hospitalaria, definiendo circuitos diferenciados según criterios clínicos y funcionales:

- Circuito estándar: pacientes con IC sin comorbilidad significativa, que tras valoración y optimización en planta pasan a alta con plan de seguimiento convencional coordinado por Cardiología y Atención Primaria.
- Circuito complejo: pacientes con pluripatología, fragilidad o riesgo social detectados mediante escalas específicas, derivados a un plan de transición reforzado. Incluye valoración multidimensional, revisión de medicación, preparación de alta intensiva y enlace temprano con la red de soporte comunitario.
- Ambos circuitos integran educación sanitaria desde ingreso, conciliación farmacológica y programación sistematizada de citas posalta según perfil de riesgo, con contacto formalizado hospital–Atención Primaria antes del alta a través de enfermería gestora de casos.

- Coordinación bidireccional con Atención Primaria, mediante circuitos de comunicación rápida (tele consulta, correo corporativo, acceso directo a enfermera gestora de casos) para detectar precozmente alertas y reducir eventos adversos.
- Revisión periódica de casos en sesiones multidisciplinarias, asegurando continuidad, reevaluación de necesidades y actualización del plan terapéutico.

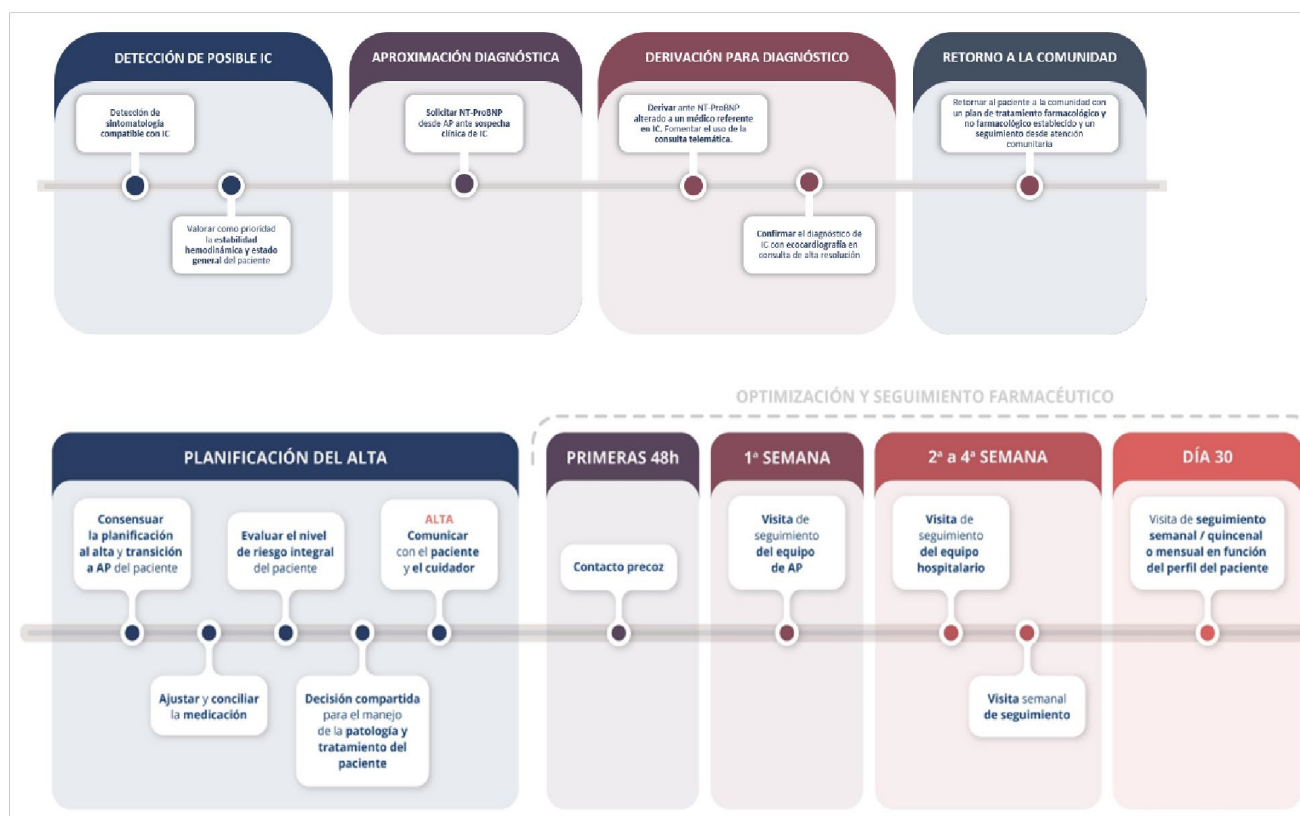


Figura 1. Principales acciones mínimas.

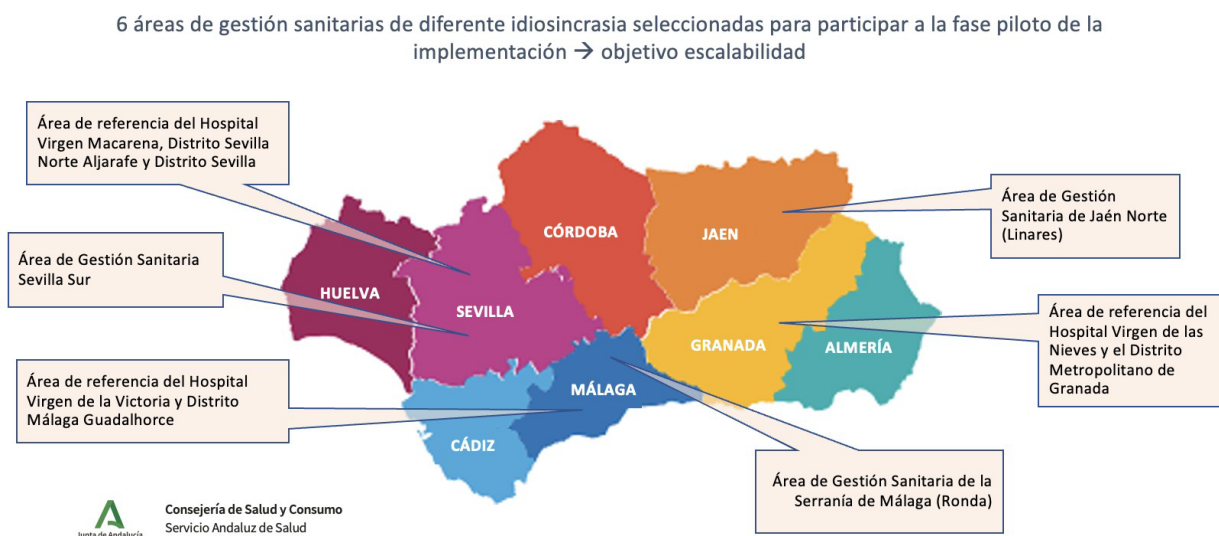


Figura 2. Nivel territorial: Intervención en 6 centros de la comunidad andaluza representativos de los diferentes centros andaluces.

Elementos diferenciales e innovadores: Destacan la protocolización integral de transiciones, la valoración multidimensional sistemática, y la coordinación formal con Atención Primaria y hospital de día.

Población diana / ámbito de aplicación

La intervención se dirige a personas adultas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca atendidas en Andalucía, abarcando el proceso completo desde el ingreso hospitalario hasta el seguimiento ambulatorio. Incluye pacientes con distintos niveles de complejidad, priorizando aquellos con comorbilidades añadidas, fragilidad física, limitaciones funcionales y situaciones de vulnerabilidad social. El ámbito de aplicación comprende todo el territorio cubierto por los 6 centros pilotos, integrando los servicios de atención hospitalaria, hospital de día y primaria, con canales formales para derivación, coordinación y transición asistencial.

Metodología

El modelo articula una metodología sistematizada que integra protocolos explícitos de actuación y coordinación. El procedimiento MAIC define rutas de actuación que incluyen valoración integral, conciliación terapéutica, educación sanitaria y calendarización estructurada del seguimiento, garantizando la continuidad entre niveles asistenciales y evitando rupturas en la transición hospitalaria-primaria. Todos los procesos están monitorizados mediante indicadores de estructura, proceso y resultado incluidos en la memoria.

Objetivos

Los objetivos de la buena práctica son: reducir la tasa de reingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca en los 12 meses siguientes a la implantación; disminuir las consultas por urgencias relacionadas; garantizar que el 100% de los pacientes completen una valoración multidimensional y reciban un plan individualizado antes del alta; lograr que el 90% de los seguimientos post-alta se realicen de forma precoz < 72 horas; y reducir la mortalidad

hospitalaria y a 30 días, alcanzando una disminución mínima del 15% respecto al periodo previo a la intervención. Todos estos objetivos son específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporalizados (SMART), centrando la evaluación en indicadores de impacto asistencial clave y alineados con las prioridades definidas para la mejora de la atención a la cronicidad.

Actuaciones realizadas

En el marco del proyecto MAIC se desarrolló en el primer trimestre de 2024 un protocolo de continuidad asistencial para pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca, alineado con las recomendaciones del informe MAIC y adaptado al área.. Tras elaborar los documentos operativos y asegurar la disponibilidad de recursos, se llevaron a cabo sesiones informativas dirigidas a los profesionales implicados (Medicina Interna, Cardiología, Urgencias, Atención Primaria y enfermería) para asegurar el conocimiento y la correcta aplicación de los nuevos circuitos. La implantación del protocolo MAIC fue supervisada por una consultora externa mediante reuniones trimestrales, en las que se revisaban indicadores y grado de cumplimiento de objetivos junto con los responsables clínicos y la dirección del área, permitiendo ajustes progresivos durante el despliegue.

Indicadores

Los datos fueron recopilados de la Base Poblacional de Salud de InfoWEB, plataforma del SSPA para la difusión de los resultados obtenidos de la explotación de los distintos Sistemas de Información. Definición de los indicadores:

- Reingresos: Hospitalización urgente dentro del mismo hospital en menos de 31 días desde el episodio índice y diagnóstico principal de IC.
- Exitus en el hospital y declarados en la base de datos de usuarios como fallecidos antes de 31 días tras el alta hospitalaria.
- Urgencias de Atención Hospitalaria (AH) con diagnóstico IC en los 30 días posteriores al alta hospitalaria en cualquier hospital del SSPA.
- Contacto AP: Cualquier tipo de consulta de Medicina o Enfermería de AP antes del tercer día (precoz), y entre el 3º-10º día tras el alta hospitalaria.
- Contacto AH: Visita de Medicina Interna o Cardiología en las dos semanas siguientes al alta hospitalaria.

Indicador	Definición	
1. Tasa de NT-proBNP negativos en Atención Primaria (AP)	Proporción de pruebas de péptidos natriuréticos solicitadas en AP que presentan un resultado negativo.	
2. Tasa de sospecha en Atención Primaria	Proporción de visitas en AP en las que se ha registrado una sospecha de IC.	
3. Frecuencia de solicitud de NT-ProBNP	Proporción de pacientes sin diagnóstico previo de IC para los que se solicita NT-proBNP en AP, en relación con los casos en los que se sospecha IC	
4. Tasa de confirmación	Proporción de casos en los que se confirma el diagnóstico de IC tras una derivación a consultas externas o ingreso hospitalario	
5. Tasa de incidencia de IC	Número de nuevos casos de IC diagnosticados en un año, por cada 1.000 habitantes.	
6. Tasa de prevalencia de IC	Número total de casos conocidos de IC en un año, por cada 1.000 habitantes.	
7. Frecuencia del contacto precoz	Porcentaje de pacientes dados de alta tras hospitalización por IC que reciben contacto (presencial o telefónico) por parte de profesionales sanitarios	
8. Frecuencia de relleno del formulario de contacto precoz	Porcentaje de casos en los que se cumplimenta el formulario específico de contacto precoz tras el alta hospitalaria.	
9. Frecuencia de la consulta con el equipo de AP	Porcentaje de pacientes que realizan una consulta con el equipo de AP (médico de familia o enfermería) durante la primera semana tras el alta.	
10. Frecuencia de la consulta con el médico referente en IC	Porcentaje de pacientes que tienen una consulta con el médico referente en IC en las dos a tres semanas siguientes al alta.	
11. Tasa de reingresos a 30 días	Porcentaje de pacientes dados de alta tras un ingreso por IC que reingresan por motivos relacionados con la IC en los 30 días siguientes.	
12. Tasa de visitas a urgencias a 30 días	Porcentaje de pacientes que acuden a urgencias por motivos relacionados con la IC en los 30 días posteriores al alta.	
13. Tasa de mortalidad a 30 días	Porcentaje de pacientes fallecidos por causas relacionadas con la IC en los 30 días posteriores al alta hospitalaria.	

Figura 3. Indicadores utilizados en el proyecto

Recursos

Los recursos disponibles para la implementación de esta práctica sanitaria incluyen los ya existentes en cada centro sin necesidad de incorporar personal añadido dado que MAIC es más un proceso de reorganización asistencial. En todos los centros se ha realizado una evaluación inicial de la situación basal identificando los problemas existentes, y entre los profesionales responsables de forma multidisciplinar y las direcciones asistenciales se han buscado soluciones en la mayoría de los casos de carácter organizativo.

Basada en la evidencia

La buena práctica se fundamenta en evidencia científica consolidada y directrices clínicas de referencia. El protocolo MAIC incorpora recomendaciones basadas en estudios clínicos que demuestran la eficacia de modelos integrados multidisciplinarios en la reducción de reingresos, mortalidad y mejora de la calidad de vida. Las escalas y herramientas de valoración empleadas tienen validez clínica contrastada para predecir riesgo y adaptar el manejo individualizado. Además, la estructuración de la continuidad asistencial respalda evidencias internacionales sobre el impacto positivo de transiciones coordinadas y seguimiento temprano postalta. La

práctica ha sido revisada y acreditada por organismos nacionales, garantizando su alineación con estándares de calidad y su adecuación al contexto sanitario regional y general.

Equidad

La práctica garantiza la equidad mediante criterios de inclusión amplios que garantizan el acceso universal sin discriminación por edad, género, nivel socioeconómico o lugar de residencia, adaptando la atención a las condiciones individuales. La valoración multidimensional sistemática (funcional, cognitiva, social) identifica vulnerabilidades para priorizar recursos a pacientes en situación de mayor riesgo, promoviendo así la justicia distributiva. El diseño del programa considera las barreras habituales de acceso en áreas rurales o con dificultades de movilidad, facilitando la comunicación y continuidad entre niveles asistenciales para asegurar un trato homogéneo y de calidad. La participación activa de asociaciones de pacientes contribuye a incorporar perspectivas diversas y mejorar la adaptación cultural y social del modelo. Además, la monitorización continua incluye indicadores desagregados por variables sociodemográficas, permitiendo detectar y corregir potenciales desigualdades en resultados y procesos, reforzando el compromiso con la equidad sanitaria en población crónica.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de la práctica se asegura dado que en la mayoría de los centros las medidas llevadas a cabo han sido a coste cero e implementando estrategias disponibles en el SSPA IC como es la teleconsulta, referentes en cada centro, universalidad acceso en AP a péptidos natriuréticos, protocolos locales, automatización de las citas al alta, etc. Por otro lado, mediante la futura integración formal en el Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad 2025-2028 y el Plan Integral de Salud Cardiovascular de Andalucía, donde la insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades priorizadas, lo que garantiza respaldo institucional y financiero. El modelo ha aprovechado recursos existentes, evitando la necesidad de nuevas contrataciones o infraestructuras, mediante una redistribución eficiente de horarios y funciones del personal. La coordinación interdisciplinar y la estandarización de procesos permiten reducir costes asociados a hospitalizaciones y urgencias, optimizando la utilización del hospital de día para tratamientos ambulatorios. Se establecen mecanismos de seguimiento para identificar desviaciones y adoptar acciones correctivas, favoreciendo la mejora continua. La combinación de respaldo organizativo, optimización de recursos y monitorización sistemática posiciona la práctica como un modelo sostenible dentro del sistema sanitario público.

Transferibilidad

MAIC se diseñó como una validación de este modelo de atención al paciente con IC en 6 centros andaluces. Tras los resultados positivos del modelo se pretende expandirlo como el modelo estándar de atención a la IC en Andalucía y para ello así queda además recogido en el PISCA (plan integral de salud cardiovascular de Andalucía) en desarrollo actualmente. La práctica presenta un modelo organizado mediante protocolos y circuitos asistenciales claramente definidos que aseguran la transferencia efectiva entre niveles y servicios sanitarios. Se han establecido canales formales de comunicación y coordinación entre hospital, atención primaria, unidades especializadas y hospital de día, garantizando la continuidad asistencial y el seguimiento integral del paciente. La sistematización del procedimiento, las guías de actuación y los mecanismos de coordinación permiten que la práctica sea fácilmente reproducible en otros contextos similares, siempre que existan estructuras básicas de atención hospitalaria y comunitaria. Además, la formación continua del personal y la documentación estandarizada facilitan su implantación en

diferentes entornos y puede adaptarse a otros hospitales comarcales, promoviendo la escalabilidad. Todo ello favorece la transferencia de la experiencia y el modelo a otras áreas, contribuyendo a la mejora general del abordaje integral de la insuficiencia cardíaca en diferentes niveles asistenciales.

Efectividad

En cada centro se realizó una evaluación inicial de los recursos procesos de atención y procedimientos disponibles antes y tras el inicio de MAIC. Se recoge a continuación el mapa de radares de uno de los centros a modo de ejemplo y la comparativa de rendimiento global en los 6 centros con identificación de los resultados y beneficios potenciales asociados a su implementación

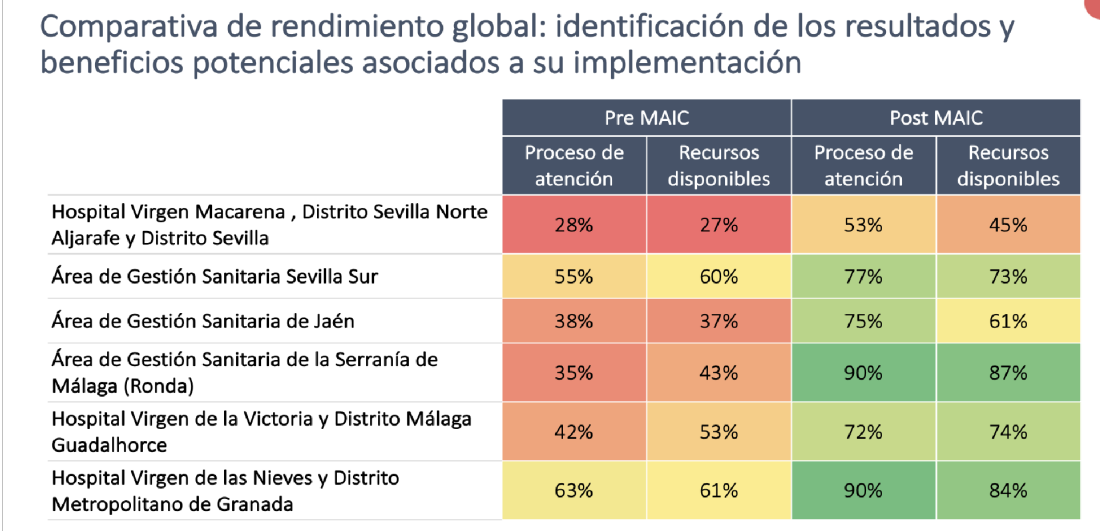


Figura 4. Comparativa de rendimiento global.



Figura 5. Mapa de radares

Eficiencia

MAIC inicio su proceso de evaluación y modificación de procedimientos en el primer semestre de 2024, sus resultados en salud no son esperables por tanto hasta al menos 2025-2026. Aun no se dispone de los datos definitivos de 2025 pero si se han creado las herramientas de evaluación en infoweb que permiten tener un cuadro de mando de la atención a la IC en toda la comunidad y de cada uno de los centros de AP o AH de Andalucía. A modo de ejemplo se presentan los datos de un centro del pilotaje y del global de los 6 centros.

Hospital Virgen Macarena, Distrito Sevilla Norte Aljarafe Y Distrito Sevilla - Indicadores			
 Ángel Rodríguez y Miguel Cabeza Reina	2023	2024	Variación
Detección y diagnóstico precoz			0
1. Tasa de NT-proBNP negativos	65%	63%	-2
2. Tasa de sospecha	n.d	n.d	n.d
3. Frecuencia de solicitud de NT-ProBNP	n.d	n.d	n.d
4. Tasa de confirmación	22%	18%	-4
5. Tasa de incidencia de IC (por 1.000 hab)	4,2	4,4	+0,2
6. Tasa de prevalencia de IC (por 1.000 hab)	28,2	28,9	+0,7
Transición al alta del paciente y seguimiento post alta			
7. Frecuencia del contacto precoz	41%	42%	+1
8. Frecuencia de relleno del formulario de contacto precoz	n.d	n.d	n.d
9. Frecuencia de la consulta con el equipo de AP (medicina y/o enfermería)	44%	44%	+0
10. Frecuencia de la consulta con el médico referente en IC	31%	32%	+1
11. Tasa de reingresos a 30 días	6%	6%	+0
12. Tasa de visitas a urgencias a 30 días	7%	10%	+3
13. Tasa de mortalidad a 30 días	18%	19%	+1

Figura 6. Datos de un centro de pilotaje.

Resultados globales: evolución de los indicadores en las 6 áreas sanitarias			
	2023	2024	Variación en puntos
Detección y diagnóstico precoz			
1. Tasa de NT-proBNP negativos	57,3%	55,4%	-2
2. Tasa de sospecha	n.d	n.d	n.d
3. Frecuencia de solicitud de NT-ProBNP	n.d	n.d	n.d
4. Tasa de confirmación	19,3	20,7	+1,4
5. Tasa de incidencia de IC (por 1.000 hab)	4,5	4,5	0
6. Tasa de prevalencia de IC (por 1.000 hab)	29,3	30	+0,7
Transición al alta del paciente y seguimiento post alta			
7. Frecuencia del contacto precoz	49,6%	51%	+1
8. Frecuencia de relleno del formulario de contacto precoz	n.d	n.d	n.d
9. Frecuencia de la consulta con el equipo de AP (medicina y/o enfermería)	47,7%	47,9%	+0,2
10. Frecuencia de la consulta con el médico referente en IC	26,9%	26,9%	+0
11. Tasa de reingresos a 30 días	6,1%	6,6%	+0,5
12. Tasa de visitas a urgencias a 30 días	8,8%	8,8%	+12
13. Tasa de mortalidad a 30 días	21.3%	17.4%	-4

Figura 7. Datos del global e los 6 centros

Estas mejoras se impulsaron sin necesidad de aumentar el personal ni incorporar nueva infraestructura, optimizando la gestión, coordinación y redistribución del personal existente. La práctica demuestra así un uso eficiente y eficaz de los recursos disponibles para maximizar

resultados de salud, cumpliendo con los objetivos planteados y contribuyendo a una atención integral y sostenible.

Participación multidisciplinar

La práctica se sostiene sobre un equipo multidisciplinar que integra a médicos especialistas en Medicina Interna, Médicos de Familia y Cardiología, enfermería especializada en IC y de AP, equipo de Cuidados Paliativos, farmacéuticos hospitalarios y de AP, y servicios de urgencias. Un aspecto clave es la implicación de las direcciones asistenciales en cada centro lo que permitió superar las barreras que limitaban su aplicación a nivel local. La coordinación se formaliza mediante protocolos establecidos que regulan la comunicación, derivación y seguimiento conjunto de los pacientes. Se realizan reuniones periódicas de casos para evaluar la evolución, ajustar planes terapéuticos y compartir responsabilidades. La participación activa de enfermería en gestión de casos facilita la continuidad y atención personalizada. Además, la colaboración con asociaciones de pacientes aporta una perspectiva centrada en el usuario, enriqueciendo el abordaje integral. Esta estructura multidisciplinar garantiza la complementariedad de conocimientos, mejora la toma de decisiones y optimiza recursos, contribuyendo a resultados clínicos y funcionales superiores en el manejo de la insuficiencia cardíaca.

Evaluación

Existen dos tipos de indicadores que se han medido: uno los relacionados con los recursos y la organización de la asistencia y otros los end point clínicos (mortalidad, reingresos, uso de ntprobnp en AP, atención precoz al alta en AP y otros indicadores específicos diseñados para MAIC y actualmente disponibles en infoweb)

El seguimiento de la implantación del proyecto MAIC se realizó mediante una auditoría externa con reuniones de seguimiento trimestral que garantizó la objetividad y rigor en la evaluación. Los resultados de dicha evaluación se recogen en los apartados previos.

Uno de los principales valores añadidos de este proyecto es que ha permitido mantener un cuadro de mando estable sobre la atención de la IC para el futuro que permitirá mejorar a cada centro. Por otro lado, algunos de estos indicadores generados en MAIC ya se han incluido en contrato programa lo que permite su mayor cumplimiento.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA6-1: SCA ZII. Continuidad de cuidados entre niveles asistenciales tras síndrome coronario agudo

María del Rosario Ortas Nadal (1), Luis Miguel Álvarez (1), Mariano Becerril (2), Clara Bergua (1), Ana I. Bosque (3), M.^a José Bujeda (3), José Luis Cañada (3), Sonia de Fez (1), Cristina de Torres (4), Laura Escanilla (1), Antonio Gómez (3), Mónica Izuel (1), José Ramón Laperal (1), Purificación Martín (1), Ana Larumbe (1), José Solá (1), Vanesa Salo (1), Paula Pastor Alcolea (1), Ana Pérez (1), Mónica Salazar (3), José Carlos Turón (2), Teresa Blasco Peiró (1), Carolina Pina (1), Manuel Rodríguez (3), Daniel Andrés (1), Francisco Marcilla (1), Carlota Canet (3), Esther Carmen (1), Cristina Collados (1), Silvia Loren (3), Eva Santamaría (1), Blanca Higuera (3)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), (2) Asociación Re-Late, Zaragoza, (3) Atención Primaria, Sector Sanitario Zaragoza II, SALUD, (4) Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, continuidad asistencial, atención primaria, cardiología, prevención secundaria, rehabilitación cardíaca, enfermería de continuidad, control lipídico.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La enfermedad cardiovascular continúa siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad en España. Las enfermedades del sistema circulatorio y la cardiopatía isquémica concentran una parte muy relevante de la carga de morbilidad, del uso de recursos y de los años de vida ajustados por discapacidad.

Según el INE, en el conjunto de España los tumores se han consolidado recientemente como la primera causa de muerte, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el segundo lugar, con proporciones muy cercanas entre ambos grupos. Sin embargo, en Aragón el patrón es diferente y refuerza la prioridad sanitaria de las enfermedades cardiovasculares: las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte, por delante de los tumores. Y la perspectiva de género resulta especialmente relevante. En conjunto, estos datos sitúan a la enfermedad cardiovascular, y dentro de ella al síndrome coronario agudo (SCA), como prioridad clínica y de salud pública en Aragón, con un impacto particularmente intenso en la población femenina.

En la práctica clínica se ha avanzado de manera notable en el manejo agudo del SCA: la revascularización precoz, las unidades coronarias y los tratamientos antitrombóticos han logrado reducir la mortalidad intrahospitalaria. No obstante, persiste una “zona ciega” en la transición al alta y en las primeras semanas posteriores, donde la evidencia muestra analizada proporcionada por el BIGAN (Big data) de Aragón:

- Una variabilidad importante en la intensidad y el tipo de seguimiento tras el alta, tanto entre áreas sanitarias como entre centros y profesionales.
- Tasas nada desdeñables de reingreso y de nuevos eventos cardiovasculares en los meses posteriores a un SCA, especialmente cuando no existe un programa estructurado de prevención secundaria y continuidad asistencial.

- Bajos porcentajes de pacientes que alcanzan los objetivos de LDL-c recomendados en prevención secundaria, pese a la disponibilidad de estatinas de alta potencia y terapias combinadas, lo que refleja brechas de implementación en la práctica real.
- Una insuficiente atención a las necesidades emocionales, sociales y de cambio de estilo de vida, que se agrava en contextos de estancias hospitalarias cada vez más cortas, sobrecarga asistencial y elevada burocratización.

En Aragón, y específicamente en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), las estancias por SCA se han acortado de forma significativa en la última década. La presión asistencial y las cargas administrativas dificultan una planificación de alta verdaderamente personalizada y una coordinación efectiva con Atención Primaria. Además, sólo alrededor del 28 % de los pacientes tras un SCA acceden a programas de rehabilitación cardiaca en nuestro entorno, de modo que la mayoría queda sin un dispositivo estructurado de seguimiento intensivo.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Para abordar esta brecha, el Grupo Multidisciplinar del Sector Sanitario Zaragoza II (con participación de Medicina de Familia, Cardiología, Enfermería hospitalaria y de Atención Primaria, Farmacia, Trabajo Social, Subdirecciones de Enfermería de ambos niveles y pacientes expertos de la asociación RELATE) ha diseñado la ruta asistencial SCA ZII, que persigue esta atención personalizada desde el ingreso hospitalario y abarca las seis primeras semanas tras el alta a su domicilio.

Esta ruta incluye:

- Educación personalizada apoyada en tabletas conectadas con contenidos adaptados al paciente.
- Protocolos de tratamiento hipolipemiente consensuados para reducir la variabilidad terapéutica.
- Paneles de solicitudes analíticas (PES) consensuados con el laboratorio de Bioquímica para asegurar la determinación de LDL-c, lipoproteína(a) y otros parámetros clave.
- Elaboración de un informe de continuidad de cuidados de enfermería, con objetivos clínicos claros (LDL, presión arterial, peso, adherencia, etc.) accesible en la historia clínica electrónica.
- Citación sistemática con Enfermería de Atención Primaria en menos de 7 días tras el alta, seguida de una valoración médica en el centro de salud y de una consulta especializada estructurada a las 6–8 semanas.

La pieza clave de esta ruta es la Enfermera de Continuidad de Cuidados (ECC), figura creada específicamente para el proyecto y que no forma parte de los puestos estructurales del hospital. La ECC:

- Realiza la atención inicial y la planificación del alta centrada en el paciente.

- Coordina y dinamiza las sesiones grupales multidisciplinares presenciales para pacientes y familiares (dos por semana), con Enfermería, Trabajo Social, psicólogo (en formato vídeo) y pacientes expertos de RELATE.
- Gestiona los PES, el informe de continuidad de cuidados y la coordinación con Enfermería y Medicina de Familia en todos los centros de salud implicados.
- Actúa como enlace real entre niveles asistenciales y como punto de referencia funcional para la monitorización de indicadores mediante BIGAN, en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Sin esta figura, la ruta asistencial se fragmenta y se pierde la garantía de continuidad y equidad en un grupo de pacientes que, en Aragón, pertenece al principal grupo de causa de muerte y, muy especialmente, a la primera causa de muerte en mujeres.

Población diana / ámbito de aplicación

Sector Sanitario Zaragoza II (SSZII) como ámbito principal de implantación, con el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) como centro hospitalario de referencia. Se incluyen todos los pacientes dados de alta por SCA en el HUMS, con independencia de su sector de residencia, ofreciéndoles al menos una consulta estructurada a las 6 semanas del alta.

Población diana: Personas adultas (≥ 18 años) ingresadas en el HUMS con diagnóstico principal de síndrome coronario agudo (SCASEST, SCACEST, angina inestable, IAMCEST, IAMSEST, MINOCA, síndrome de Takot-subo) que son dadas de alta vivas desde el Servicio de Cardiología.

Población diana secundaria:

- Familiares y cuidadores que participan en las sesiones educativas y de apoyo psicosocial.
- Profesionales de Enfermería y Medicina de Familia de los centros de salud implicados, que se benefician de la formación específica y de la claridad de la ruta asistencial.
- El propio sistema sanitario aragonés.

Metodología

Estudio de implementación de una ruta asistencial para pacientes dados de alta tras un síndrome coronario agudo en el HUMS (Sector Zaragoza II). Diseño cuasi-experimental antes-después, utilizando como fuente de datos el BIGAN-IACS y la historia clínica electrónica. Población: todos los pacientes ≥ 18 años con diagnóstico principal de SCA dados de alta vivos desde Cardiología. Periodo de análisis: 01/01/2024–31/12/2025 (resultados preliminares hasta septiembre de 2025). La Enfermera de Continuidad de Cuidados coordina la planificación del alta, educación estructurada apoyada en tabletas, gestión de PES analíticos y ECG digital, comunicación con Atención Primaria y recogida de PREMs/PROMs. El Grupo Multidisciplinar AP–AE valida la ruta, revisa indicadores trimestralmente y propone ajustes iterativos siguiendo metodología de mejora continua.

Objetivos

Integrar en una ruta asistencial única la atención al paciente con síndrome coronario agudo durante las seis primeras semanas postalta, asegurando continuidad, seguridad clínica y enfoque centrado en la persona. Objetivos específicos: homogeneizar el alta mediante informes de enfermería y PES consensuados; estandarizar el tratamiento hipolipemiente de alta intensidad y combinado; garantizar contacto precoz con Enfermería y Medicina de Familia en Atención Primaria; asegurar analítica de LDL y ECG digital en torno a las seis semanas; ofrecer una valoración especializada estructurada (consulta post-SCA o rehabilitación cardíaca); reducir reingresos y mortalidad precoz; mejorar el control de factores de riesgo; e incorporar de forma sistemática la experiencia y la autogestión del paciente mediante PREMs y PROMs específicos.

Actuaciones realizadas

Creación de la figura de Enfermera de Continuidad de Cuidados, no estructural, dedicada a la ruta SCA ZII. Diseño y aprobación por el Grupo Multidisciplinar AP–AE de protocolos de alta, PES analíticos, algoritmos de tratamiento hipolipemiente y circuitos de citación con Atención Primaria. Puesta en marcha de educación personalizada al alta mediante tabletas conectadas con materiales audiovisuales adaptados. Implementación de sesiones grupales presenciales dos veces por semana para pacientes y familiares, con participación de enfermería, trabajo social, psicología (vídeo) y pacientes expertos RELATE. Realización de cursos telemáticos de formación para Enfermería y Medicina de Familia de todos los centros de salud del sector. Integración de indicadores del proyecto en BIGAN y revisión periódica de resultados preliminares.

Indicadores

El seguimiento se basa en indicadores extraídos de BIGAN y de la historia clínica electrónica, agrupados en cuatro bloques. Indicadores de proceso: proporción de altas con informe de continuidad de cuidados de enfermería, determinación de Lp(a), uso de estatinas de alta intensidad y terapia combinada, contacto con Enfermería y Medicina de Familia en plazos definidos, realización de LDL y ECG digital a las seis semanas, y asistencia a consulta post-SCA o rehabilitación cardíaca. Indicadores de resultado: porcentajes de pacientes con LDL <55 mg/dL y <100 mg/dL a 60 días. Indicadores de impacto: reingresos y mortalidad al año. Indicadores de experiencia: escalas PREM de satisfacción con la coordinación entre niveles y PROM de autogestión y adherencia terapéutica.

Recursos

Recursos humanos: Enfermera de Continuidad de Cuidados, como figura central no estructural; médicos cardiólogos del HUMS implicados en la consulta post-SCA; enfermeras y médicos de Familia de los centros de salud del sector; participación puntual de trabajo social, farmacia hospitalaria y pacientes expertos RELATE.

Recursos tecnológicos: tabletas con conexión de datos móviles, historia clínica electrónica compartida, ECG digital y plataforma BIGAN-IACS para explotación de indicadores.

Recursos organizativos: salas para sesiones grupales, soporte de la Dirección y Subdirecciones de Enfermería de ambos niveles y del IACS.

Basada en la evidencia

El proyecto se fundamenta en las guías europeas y americanas de síndrome coronario agudo y prevención cardiovascular, que recomiendan iniciar la prevención secundaria antes del alta, garantizar la continuidad entre niveles y alcanzar objetivos estrictos de LDL-c en pacientes de muy alto riesgo. La literatura internacional respalda los programas liderados por enfermería y los modelos de transición al alta estructurados, que han demostrado mejorar la adherencia terapéutica, el control de factores de riesgo, la calidad de vida y, en algunos contextos, reducir reingresos y mortalidad. Asimismo, estudios recientes muestran que, en práctica real, sólo una minoría de pacientes con SCA alcanza LDL <55 mg/dL, lo que justifica estrategias específicas de optimización lipídica y coordinación con Atención Primaria como las que propone la ruta SCA ZII.

Equidad

La ruta SCA ZII mejora la equidad al garantizar que todos los pacientes dados de alta tras un SCA en el HUMS, con independencia de su lugar de residencia, reciban al menos una valoración estructurada a las seis semanas y un circuito claro de continuidad con Atención Primaria. La estandarización de protocolos de alta, PES analíticos y tratamiento hipolipemiente reduce variabilidad no justificada entre centros y profesionales. La figura de la Enfermera de Continuidad de Cuidados facilita el acceso de pacientes mayores, con menor alfabetización en salud o escasos recursos sociales, que se benefician de acompañamiento educativo y sesiones grupales. El enfoque es especialmente relevante para las mujeres, en quienes las enfermedades circulatorias son la primera causa de muerte en Aragón, reduciendo brechas de género en prevención secundaria.

Sostenibilidad

El proyecto es sostenible porque se apoya en estructuras ya existentes (Servicio de Cardiología del HUMS, red de Atención Primaria, historia clínica electrónica y BIGAN) y no requiere inversiones de capital significativas. La principal partida es la financiación de la Enfermera de Continuidad de Cuidados y el mantenimiento de la conectividad de las tabletas. La ruta asistencial se integra en la práctica habitual y genera sinergias con programas de rehabilitación cardíaca y de crónicos, de modo que su coste marginal disminuye con el tiempo. La mejora esperada en control de factores de riesgo y reducción de reingresos precoces contribuye a compensar el gasto inicial. La consolidación del modelo podría facilitar, a medio plazo, la estructuración de la plaza de enfermería de continuidad dentro del propio sistema.

Transferibilidad

El modelo SCA ZII es altamente transferible a otros sectores sanitarios de Aragón y a otras comunidades autónomas que dispongan de historia clínica electrónica compartida, laboratorio integrado y algún sistema de explotación de datos poblacionales similar a BIGAN. La ruta se basa en procesos estandarizados, roles profesionales claramente definidos y una figura de enfermería de enlace adaptable a distintos tamaños de hospital y organización de Atención Primaria. Los materiales educativos en tabletas, los PES analíticos y los indicadores pueden compartirse y ajustarse a otras realidades. La experiencia del Grupo Multidisciplinar AP-AE y la metodología de mejora continua facilitan la replicación del proyecto con acompañamiento entre servicios, reduciendo la curva de aprendizaje y acelerando su implantación.

Efectividad

Los resultados preliminares del periodo 2024–mitad de 2025 muestran una tendencia favorable en varios indicadores clave, aunque todavía pendientes de consolidación. Se observa un aumento en la proporción de pacientes dados de alta con estatinas de alta intensidad y con terapia hipolipemiente combinada, así como una mayor frecuencia de determinación de LDL-c y ECG digital en las primeras semanas postalta. Mejora también la tasa de contacto precoz con Enfermería y Medicina de Familia de Atención Primaria. De forma cualitativa, los pacientes refieren mayor comprensión de su enfermedad y de la medicación, y valoran positivamente la coordinación entre niveles. La evaluación longitudinal completa permitirá cuantificar el impacto en control lipídico, reingresos y mortalidad, y ajustar el modelo para maximizar su efectividad.

Eficiencia

La ruta SCA ZII mejora la eficiencia al reorganizar procesos ya existentes sin incrementar de forma significativa la estructura. La Enfermera de Continuidad de Cuidados evita duplicidades, reduce consultas no planificadas y optimiza el uso de pruebas complementarias mediante PES consensuados. La estandarización del tratamiento hipolipemiente y del seguimiento precoz disminuye reingresos evitables y descompensaciones, con impacto directo en estancias y consumo de recursos. El uso de tabletas y de la historia clínica electrónica permite aprovechar las tecnologías disponibles sin costes elevados, mientras que BIGAN facilita una monitorización poblacional automatizada. El coste por paciente atendido es bajo en relación con el potencial beneficio en eventos cardiovasculares evitados, lo que sitúa al proyecto como una intervención de alto valor para el sistema sanitario.

Participación multidisciplinar

El proyecto se sustenta en una participación multidisciplinar real y estable desde 2018. El Grupo de Trabajo del Sector Zaragoza II integra cardiólogos hospitalarios, médicos de Familia, enfermeras de hospitalización y de Atención Primaria, farmacia hospitalaria, trabajo social y representantes de las Subdirecciones de Enfermería de ambos niveles. La asociación de pacientes RELATE aporta la visión de pacientes expertos e impulsa la educación entre iguales. La Enfermera de Continuidad de Cuidados actúa como nodo funcional, pero las decisiones se toman de forma colegiada, revisando protocolos, indicadores y resultados. Esta participación equilibrada refuerza la calidad técnica del proyecto, facilita la aceptación de los cambios en la práctica clínica y asegura que la ruta asistencial responda a necesidades reales de pacientes y profesionales.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial es un pilar del proyecto. Aunque la implantación formal se centra en el Sector Zaragoza II, se incluye a todos los pacientes dados de alta por SCA en el HUMS, residan o no en el sector, coordinando la continuidad con sus centros de salud de origen. El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud participa mediante BIGAN, proporcionando datos comparativos sectoriales y autonómicos. Se colabora con la Unidad de Rehabilitación Cardíaca de Aragón y con programas de crónicos del SALUD para alinear criterios y derivaciones. La asociación RELATE, como agente comunitario, enlaza el sistema sanitario con el tercer sector. Esta red intersectorial permite que el proyecto tenga impacto más allá del hospital y que pueda servir de modelo para otras áreas de Aragón.

Evaluación

La evaluación del proyecto combina análisis cuantitativo y cualitativo. Cuantitativamente, se emplean los indicadores de proceso, resultado e impacto definidos en el protocolo BIGAN, comparando la situación basal previa a 2024 con el periodo 2024– 2025. Los datos se analizan de forma trimestral, con desagregación por sexo, edad y área de residencia cuando es posible. Cualitativamente, se recogen PREMs y PROMs en la visita de las seis semanas, así como el feedback de profesionales y pacientes expertos de RELATE. Los resultados se discuten en el Grupo Multidisciplinar y se incorporan a ciclos de mejora continua. Un informe final en 2025 sintetizará el impacto alcanzado y las recomendaciones para su extensión y consolidación.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAN6-1: Unidad de Insuficiencia Cardíaca Multidisciplinar y de Continuidad: Un modelo híbrido de Enfermería de Práctica Avanzada en el CHUIMI

Santiago Sánchez Darías (1), Nuria Perera Quintero (1), Ana María Ruiz Vega (1), José Manuel García Hernández (1), Sergio Mies Padilla (1)

(1) Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Servicio Canario de la Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, enfermería de práctica avanzada, continuidad asistencial, teleenfermería, atención multidisciplinar, reingresos hospitalarios, educación sanitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Insuficiencia Cardíaca (IC) constituye uno de los mayores retos sociosanitarios actuales, siendo la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y conllevando una elevada mortalidad y altas tasas de reingreso. Esta realidad genera una gran presión asistencial y un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes. La presente Buena Práctica se justifica por la necesidad imperiosa de optimizar el manejo de estos pacientes tras el alta hospitalaria o diagnóstico ambulatorio, momentos de máxima vulnerabilidad clínica.

A pesar de la existencia de fármacos que modifican el pronóstico de la enfermedad, la inercia terapéutica y la falta de seguimiento estrecho impiden que muchos pacientes alcancen las dosis óptimas recomendadas por las guías clínicas. Nuestra propuesta aborda este problema mediante una intervención estructurada que garantiza la continuidad asistencial y la optimización terapéutica precoz.

El valor diferencial de esta Unidad reside en la implementación real de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA). A diferencia del seguimiento convencional, este modelo rompe la inercia terapéutica mediante la titulación protocolizada por enfermería y un sistema de monitorización híbrido. No solo detectamos descompensaciones, sino que transformamos el rol del paciente, alineándonos con la Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica consiste en una unidad de IC de carácter multidisciplinar, integrada por profesionales de medicina y enfermería especializada, diseñada para ofrecer un seguimiento intensivo y estructurado a pacientes con IC (independientemente de la FEVI). El modelo organiza la atención mediante un protocolo mixto [material complementario I], que combina visitas presenciales y telemáticas para garantizar una vigilancia continua sin saturar al paciente ni al sistema.

El circuito comienza tras el alta hospitalaria o la derivación desde consultas. El paciente entra en un programa de titulación y educación que incluye:

1. Visita basal presencial: valoración integral (clínica, funcional y social), conciliación de la medicación y educación inicial.
2. Seguimiento telefónico quincenal por enfermería: Monitorización de síntomas de alarma, peso y constantes; resolución de dudas y ajuste de dosis de fármacos modificadores de la enfermedad (iSGLT2, ARNI/IECA, betabloqueantes, ARM) según protocolo médico-enfermero.
3. Accesibilidad: línea directa de atención telefónica de lunes a viernes (8:00-15:00) para resolución de incidencias agudas, actuando como "filtro" de seguridad para evitar visitas innecesarias a urgencias.
4. Visitas de control (3 y 6 meses): reevaluación presencial conjunta, analítica de control y ecocardiografía final para determinar la respuesta al tratamiento y remodelado inverso.

El elemento innovador no es solo la tecnología, sino la sistematización de la titulación farmacológica delegada en enfermería. Esto optimiza los tiempos de tratamiento y convierte al paciente en un gestor activo (empoderamiento real). La unidad funciona como un nexo integrador entre Cardiología, Atención Primaria y Cuidados Paliativos.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana comprende pacientes diagnosticados de IC procedentes de hospitalización o consultas externas, sin límite de edad, priorizando aquellos con alto riesgo de reingreso o necesidad de optimización terapéutica.

Los criterios de inclusión se basan en la situación clínica (FEVI reducida, ligeramente reducida o preservada con alta carga sintomática) y la clase funcional.

El ámbito de aplicación es el CHUIMI (Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil). Cabe destacar la capacidad de adaptación de la unidad para atender a la población flotante y turística, manejando barreras idiomáticas y coordinando traslados o informes internacionales, lo que añade una capa de complejidad y valor a la práctica.

Metodología

Basada en el modelo de gestión de casos y las Guías de la Sociedad Española de Cardiología. Se aplica un protocolo de 6 meses que intercala:

1. Consultas presenciales (basal, 3 y 6 meses): valoración clínica conjunta (cardiólogo/a-enfermera/o), ECG y analítica.
2. Tele-enfermería (quincenal): seguimiento estructurado para titulación de fármacos, adherencia y refuerzo educativo.
3. Educación sanitaria: entrega de la "Guía del Paciente con IC" (elaboración propia) y entrenamiento en reconocimiento de signos de alarma [material complementario II].

4. Coordinación multidisciplinar: Se realizan reuniones semanales del equipo para la discusión de casos complejos. Asimismo, se establece una coordinación directa con los Centros de Atención Especializada (CAE) para la gestión de las analíticas de seguimiento y la tramitación del alta del servicio. Al finalizar el programa, se lleva a cabo un ecocardiograma de control y, en función de la estabilidad clínica del paciente, se procede a su derivación a Atención Primaria o a Cardiología General.

Objetivos

Los objetivos generales son:

- Reducir la mortalidad cardiovascular y por todas las causas.
- Disminuir los reingresos hospitalarios y las visitas a urgencias por descompensación.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad funcional.

Los objetivos específicos son:

- Alcanzar la dosis máxima tolerada de fármacos pronósticos en el menor tiempo posible.
- Asegurar la competencia del paciente/cuidador en el reconocimiento de signos de alarma.
- Garantizar la adherencia terapéutica y dietética superior al 90%.
- Facilitar la continuidad asistencial mediante informes de alta de enfermería detallados al finalizar el programa.
- Optimizar la eficiencia del recurso 'consultas de cardiología', liberando la agenda médica de revisiones rutinarias para centrarla en casos de alta complejidad clínica.

Actuaciones realizadas

Las actividades realizadas en este tipo de intervenciones se resumen en:

- Empoderar: reforzar el nivel de autocuidado y la detección de signos de alarma por parte del paciente.
- Capacitar: entrenamiento intensivo en manejo de constantes, peso y dieta, datos necesarios para el control de la patología
- Entrega de guía para pacientes, elaborada por el equipo de enfermería de la unidad en la que se explica de forma clara las complicaciones, manejo de dieta, recomendaciones diarias y actividad física
- Protocolizar: gestión proactiva de citas y analíticas para evitar pérdidas de seguimiento.
- Integrar: abordaje del entorno psicosocial y del cuidador principal como agente de salud activo. Se identifica el entorno social del paciente y las posibles complicaciones, o factores protectores, que puede generar en la enfermedad. Se destaca la importancia

del cuidador principal mediante la identificación y reconocimiento de su papel de cara al paciente.

- Coordinar: Establecer puentes directos otros servicios relacionados con el manejo de la IC como Atención Primaria, Unidad de Cuidados Paliativos y Medicina Interna.

Indicadores

El cuadro de mandos previsto se estructura en tres niveles de medición:

1. Resultados en salud (outcomes): tasa de reingreso a 30 días, mortalidad y clase funcional (NYHA).
2. Indicadores de proceso y desempeño: porcentaje de pacientes con titulación óptima alcanzada a los 6 meses, adherencia a las guías clínicas y tiempo medio de optimización.
3. Experiencia del Paciente: Calidad de vida y satisfacción con la telemedicina

Actualmente, se recogen indicadores como: el registro de variables a nivel individual en la historia clínica para el manejo diario, datos analíticos, clasificación según la escala de NYHA para capacidad física, y clasificación de la IC en base a % de FEVI.

Recursos

El equipo humano consta de 3 cardiólogos especialistas en IC, 3 enfermeras de práctica avanzada, y 1 auxiliar de enfermería.

En cuanto a los recursos relacionados con la infraestructura, se cuenta con dos consultas contiguas equipadas con mobiliario clínico, equipos informáticos con acceso a historia clínica electrónica, telefonía directa, electrocardiógrafo, tensiómetros validados y báscula clínica.

Los usuarios de la consulta de IC disponen de acceso preferente a Hospital de Día para tratamientos intravenosos (hierro, diuréticos) sin necesidad de ingreso.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC 2021) sobre Insuficiencia Cardíaca, que otorgan una recomendación de Clase I, Nivel A a los programas de gestión multidisciplinar para reducir mortalidad y reingresos. La evidencia demuestra que la titulación de fármacos liderada por enfermería es tan segura y efectiva como la realizada por médicos, mejorando la adherencia y reduciendo el tiempo hasta alcanzar dosis óptimas. Asimismo, la intervención educativa y el seguimiento telefónico están validados como herramientas eficaces para el autocuidado y la detección precoz de descompensaciones.

Equidad

El acceso a la unidad es universal para todos los pacientes del área sanitaria, sin distinción de raza, sexo o religión. Se incorpora la perspectiva de género analizando si existen brechas en el tratamiento entre hombres y mujeres, asegurando que las mujeres reciban la misma intensidad terapéutica. Para pacientes con barreras idiomáticas (turismo/inmigración), se utilizan herramientas de traducción. Ante dificultades sociales o brecha digital que impidan el

seguimiento telefónico, se activa a Trabajo Social y se flexibiliza el modelo hacia visitas presenciales o coordinación con enfermería de enlace de Atención Primaria.

Sostenibilidad

La sostenibilidad está garantizada institucionalmente. La Gerencia del CHUIMI ha consolidado los puestos de enfermería como plazas estructurales, integrando la unidad en la cartera de servicios oficial, sin dependencia de financiación externa temporal o becas. El modelo es económicamente sostenible pues el coste de personal de enfermería se compensa sobradamente con el ahorro generado por la prevención de ingresos hospitalarios y la reducción de visitas a urgencias.

Transferibilidad

El modelo es altamente reproducible en cualquier hospital del SNS, ya que no requiere tecnología costosa, sino una reorganización de recursos humanos y protocolos. La experiencia ha servido de "proyecto piloto" dentro del propio hospital, facilitando la creación de nuevas consultas de enfermería especializada (seguimiento remoto de dispositivos y cardiopatía isquémica). Disponemos de protocolos escritos, guías educativas y circuitos de derivación definidos que pueden ser compartidos y adaptados por otros centros sanitarios de diferentes niveles de complejidad.

Efectividad

La efectividad del modelo se pretende avalar mediante la evidencia clínica observacional y la adherencia a estándares internacionales. El equipo ha constatado una estabilización clínica cualitativa en la cohorte de seguimiento, caracterizada por la resolución ambulatoria de descompensaciones leves (evitando urgencias) y la agilidad en la titulación farmacológica.

La efectividad del modelo no es teórica, sino que se sustenta en un histórico de actividad consolidado. Aunque el nuevo sistema de evaluación busca medir resultados en salud poblacional, las memorias de actividad de la unidad de los últimos años [material complementario III y IV] evidencian una demanda asistencial creciente y sostenida, con más de pacientes atendidos y una tendencia a la consulta no presencial [material complementario V]. Estos registros históricos avalan la capacidad operativa del equipo y sirven como línea base para el nuevo proyecto de excelencia

Actualmente, la explotación de datos masivos se encuentra en fase de validación del sistema de registro, con el objetivo de demostrar localmente las reducciones de mortalidad y reingresos que la literatura atribuye a este tipo de unidades de enfermería especializada.

Eficiencia

El seguimiento telemático y la consulta de enfermería permiten optimizar el tiempo de los especialistas médicos, reservando las consultas de cardiología para casos complejos. Al evitar reingresos por descompensación (cuyo coste medio es elevado) y administrar tratamientos endovenosos en hospital de día (hierro, diuréticos) se liberan camas de hospitalización convencional para pacientes agudos, mejorando la eficiencia global del hospital (coste-oportunidad).

Participación multidisciplinar

El núcleo de la práctica es la colaboración estrecha, consensuando las decisiones terapéuticas complejas en sesiones clínicas semanales. La enfermera dispone de autonomía protocolizada para la titulación, con supervisión cardiológica inmediata ante complicaciones, mientras que la auxiliar de enfermería gestiona la logística y el flujo de pacientes. Se mantiene una colaboración puntual con Farmacia Hospitalaria, Rehabilitación Cardíaca y Medicina Interna para garantizar una visión holística.

Asimismo, la unidad tiene una marcada vocación docente. Imparte formación en insuficiencia cardíaca a profesionales de Atención Primaria y acoge rotaciones formativas de residentes (EIR y MIR).

Colaboración intersectorial

Aunque el núcleo es sanitario, se fomenta la colaboración con el entorno del paciente. Se trabaja con las familias/cuidadores como agentes de salud activos. En casos seleccionados, se establece contacto con residencias sociosanitarias para formar a sus cuidadores en el manejo de la medicación y signos de alarma de los pacientes institucionalizados, extendiendo la "buena práctica" fuera de los muros del hospital.

Evaluación

La unidad se encuentra en una fase activa de transición hacia la Gestión Basada en Valor. Hasta la fecha la evaluación ha sido continua pero informal, basada en la revisión de casos clínicos en sesiones multidisciplinarias. El plan de mejora tendrá como objetivo sistematizar la recogida de datos para pasar de una gestión clínica individual a una gestión basada en resultados de salud poblacional. Se definirán los circuitos de registro informático para automatizar la extracción de los indicadores mencionados anteriormente, lo que permitirá realizar auditorías anuales y establecer ciclos de mejora continua.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAN6-2: Intervención interdisciplinar para el abordaje integral de la obesidad

Marta Moreno Ramos (1), María Chiquinquirá Mesa Suárez (1), Pilar Aguilar Utrilla (1), Mónica Almeida Sánchez (1), Patricia Brito Rodríguez (1), Alberto López García (1), Rebeca Rosario Sarmiento (1)

(1) Centro de Salud de Escaleritas, Servicio Canario de la Salud (SCS)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Obesidad, atención primaria, actividad física, educación nutricional, intervención interdisciplinar, hábitos saludables, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La obesidad constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, vinculada a la hipertensión, diabetes tipo 2, dislipemia y enfermedad coronaria. En España, más del 50% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad, con una tendencia ascendente. Este problema tiene un impacto directo en la salud física, la calidad de vida y la funcionalidad, se trata de una enfermedad crónica que exige abordajes integrales y sostenidos.

En el marco de la Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS, esta propuesta se alinea con el área de seguimiento, rehabilitación y continuidad asistencial, dado que la obesidad no se resuelve con intervenciones puntuales. Se requiere un modelo que garantice continuidad del cuidado, coordinación entre niveles asistenciales y participación activa de diferentes profesionales (medicina, enfermería, psicología y fisioterapia), integrando acciones educativas, ejercicio terapéutico adaptado a patologías osteoarticulares, apoyo conductual y monitorización periódica.

La magnitud del problema se evidencia en el incremento de la obesidad infantil y adulta, anticipando un aumento de la morbilidad cardiovascular en las próximas décadas. Canarias, en particular, presenta una de las mayores prevalencias nacionales: 22,6% en adultos y 13,8% en población infantil, con desigualdades de género (17,9% niños frente a 9,9% niñas).

Este proyecto se enmarca en un contexto favorable: el Servicio Canario de la Salud ha desarrollado el Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Sobrepeso y la Obesidad, que promueve un abordaje integral, equitativo y sostenible, reconociendo estas condiciones como enfermedades crónicas. El PAI contempla cuatro fases: detección y diagnóstico, valoración integral, tratamiento y seguimiento, y atención a comorbilidades y recaídas, con subprocesos que incluyen educación terapéutica, adherencia y prevención.

Nuestra propuesta aporta valor añadido al complementar estas iniciativas con un modelo asistencial interdisciplinar, centrado en la persona, que combina:

- Seguimiento estructurado mediante herramientas digitales y presenciales.
- Intervención funcional y educativa para mejorar adherencia y reducir riesgo cardiovascular.

- Coordinación entre niveles asistenciales para evitar fragmentación del cuidado.
- Perspectiva de equidad y género, adaptando las intervenciones a necesidades específicas.
- Educación terapéutica, aportando necesidades específicas con en el apoyo educativo.

Este enfoque contribuye a los objetivos estratégicos del SNS: mejorar la prevención cardiovascular, reducir la carga de enfermedad y garantizar continuidad asistencial.

Además, es un modelo replicable en otros territorios, amplificando su impacto potencial.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La obesidad constituye una problemática de salud pública, especialmente en nuestra comunidad autónoma donde existe una alta prevalencia.

Somos un centro +AP, con equipo multidisciplinar especialmente implicado en el abordaje de esta patología y sus comorbilidades. Nuestro objetivo es ofrecer a los usuarios de nuestra ZBS, una herramienta para el abordaje del sobrepeso y la obesidad a través de sesiones grupales de ejercicio físico, abordaje de alimentación, ansiedad y estrés asociado a la comida y charlas formativas. Abarcamos una población de más de 23.000 usuarios. Como elemento innovador, hemos implicado a diferentes profesionales del centro en este proyecto: enfermería, fisioterapia, psicología, medicina. Utilizamos las nuevas alternativas de redes sociales, para apoyo emocional a nuestros usuarios, así como para volcar información motivadora, acompañamiento, resolución de dudas.

Tenemos intención en un futuro, de aportar datos de consecución de objetivos y satisfacción de los usuarios con las mejoras en sus cambios de hábitos saludables.

Población diana / ámbito de aplicación

La intervención está dirigida a personas adultas con sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) u obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en el ámbito de Atención Primaria. Se excluye población pediátrica.

El programa está diseñado para aplicarse en consultas de enfermería y medicina, con apoyo de fisioterapia y psicología. Se complementa con talleres grupales, seguimiento mensual durante el primer año y soporte digital mediante chat de WhatsApp.

Metodología

Intervención asistencial interdisciplinar en Atención Primaria para personas adultas con sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$).

Captación UAF y consulta oportunista: permiso para hablar de peso, motivación/estadio de cambio, anamnesis, antropometría, TA, analítica si precisa. Valoración de actividad física con IPAQ.

Objetivos: fase intensiva 8 semanas (talleres de enfermería: plato de Harvard, lectura de etiquetas y visita a supermercado) fisioterapia semanal/quincenal; psicología quincenal; → mantenimiento 12 meses con seguimiento mensual por enfermería y soporte digital (WhatsApp), y promoción de ejercicio físico en entorno comunitario.

Pacientes con GLP-1/u otros fármacos siguen el mismo circuito, con énfasis en consolidar hábitos y prevención del rebote al suspender medicación.

Objetivos

General:

Favorecer la adopción y mantenimiento de hábitos saludables en adultos con sobrepeso/obesidad para mejorar salud cardiometabólica y calidad de vida.

Específicos:

1. Incrementar minutos/semana de AF moderada/vigorosa y 2+ días/semana de fuerza.
2. Reducir sedentarismo con interrupciones programadas.
3. Mejorar patrón alimentario (plato de Harvard, menos ultraprocesados; lectura de etiquetas).
4. Aumentar motivación y autoeficacia, y prevención de recaídas.
5. Mejorar IMC, perímetro cintura, TA, y parámetros biológicos (HbA1c si procede, ALT/GGT en EHGNA).
6. Elevar calidad de vida (EuroQuold 5 D).
7. Acompañar a pacientes con GLP-1 para integrar ejercicio y alimentación sana y evitar rebote tras retirar fármaco.
8. Garantizar continuidad asistencial (seguimiento mensual y chat de WhatsApp).

Actuaciones realizadas

En el centro ya se aplican:

- Seguimiento mensual por enfermería el primer año (refuerzo de adherencia, revisión de metas, antropometría y TA).
- Soporte digital: chat de WhatsApp con información breve basada en evidencia, hilos temáticos, experiencias de pacientes y refuerzo positivo.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Evaluación de calidad de vida con test validado (EuroQuold 5 D).
- Talleres de enfermería: alimentación saludable, plato de Harvard y visitas guiadas a supermercado para etiquetado.
- Fisioterapia: sesiones semanales/quincenales de ejercicio aeróbico y fuerza con progresión individual.
- Psicología: quincenal con MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), mindful eating y ACT (Acceptance and Commitment Therapy).
- Integración de pacientes con GLP-1 en el circuito, con refuerzo de hábitos de alimentación y actividad física específicos sobre mantenimiento y riesgo de rebote al cese.

Aportamos resultados preliminares (6 meses, casos con datos completos):

- Peso (n=11): todos los pacientes pierden peso; media de -4,6 kg (-3,8%).
- IMC (n=11): el 90,9% reduce su IMC en un 4,7%.

Indicadores

Proceso:

- Porcentaje con IPAQ .
- Asistencia a talleres de enfermería, psicología y recomendaciones de fisioterapia; participación en WhatsApp.
- Seguimiento mensual en consulta de enfermería realizado.

Resultados conductuales:

- Min/sem de AF (IPAQ), días de fuerza, interrupciones del sedentarismo/día.
- Adherencia a plan de ejercicio ($\geq 70\%$ sesiones/sem a 3 meses).

Resultados clínicos:

- Peso, IMC, perímetro abdominal y perímetro cintura (0, 3, 6, 12 meses).
- TA, HbA1c (si procede), ALT/GGT (si EHGNA).
- Cuestionario de calidad de vida (EuroQuold 5 D) a 6–12 meses.

Subgrupo con GLP-1:

- Porcentaje que mantienen pérdida ponderal tras retirada; variación de actividad física y alimentación saludable.

Satisfacción:

- Encuesta breve paciente/equipo (5 ítems).

Recursos

Humanos: Medicina (coordinación clínica), Enfermería (educación, seguimiento mensual, moderación chat), Psicología (MBSR/ACT/mindful eating), Administración (citas y registros), Fisioterapia (apoyo recomendaciones y adaptaciones ante problemas osteomusculares)

Materiales: báscula, tallímetro, cinta métrica, tensiómetro; infografías (plato Harvard, etiquetas alimentos).

Digitales: DRAGO-AP; grupo WhatsApp con consentimiento; plantillas de mensajes y micro-contenidos.

Espacios: consulta, aula/taller, supermercado colaborador.

Formación breve interna: /IPAQ/Borg, etiquetado, motivación.

Alianzas de bajo coste: rutas de paseo, parques, recursos municipales.

Aprovecha recursos existentes de AP; inversión incremental mínima (material didáctico, tiempo de equipo) y alta retornabilidad por reducción de consultas evitables y mejor control de crónicos.

Basada en la evidencia

El programa se alinea con el PAI de Sobrepeso y Obesidad del SCS (valoración integral, educación, ejercicio, seguimiento), las recomendaciones OMS sobre actividad física (150–300 min/sem moderada o 75–150 vigorosa + fuerza ≥ 2 días/sem) y los posicionamientos SEEDO/EASO sobre abordaje integral y continuidad terapéutica. Integra herramientas validadas: IPAQ (nivel de actividad), Borg-RPE (autorregulación de intensidad) y plato de Harvard (educación nutricional práctica).

Para pacientes con GLP-1 y otros fármacos antiobesidad, se sigue la guía clínica vigente, destacando la necesidad de seguimiento estructurado para prevenir el efecto rebote tras la retirada. Evidencia reciente (Lancet Diabetes Endocrinol, 2025) muestra que la falta de estrategias conductuales limita la efectividad sostenida, lo que refuerza la integración de ejercicio y alimentación. La combinación de intervención conductual + ejercicio + nutrición es el estándar con mayor evidencia para impacto duradero.

Equidad

Diseño inclusivo: horarios flexibles, grupos pequeños y opción telemática; materiales en lenguaje claro y visual; ejercicio de bajo coste (bandas, autocarga, rutas).

Se contemplan barreras socioeconómicas (menús asequibles, compra inteligente, supermercados de proximidad), barreras de tiempo (sesiones breves, micro-objetivos), y barreras funcionales (adaptaciones por dolor/limitación: acuático/baja carga).

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

El chat de WhatsApp facilita acceso y apoyo entre iguales; se preserva la privacidad (normas y consentimiento).

Se evitan sesgos y estigmas: permiso para hablar del peso, enfoque centrado en la persona, metas realistas y refuerzo positivo.

Subgrupo GLP-1: educación específica y acompañamiento para evitar rebote, cuidando expectativas y reforzando el ejercicio guiado en centros de la comunidad.

Sostenibilidad

Modelo que aprovecha recursos existentes y minimiza costes (material económico, espacios propios/municipales, mensajes digitales).

Materiales reutilizables (recetas, guías, infografías, checklist de supermercado).

Seguimiento mensual estandarizado por enfermería y micro-contenidos programados en WhatsApp aseguran continuidad con baja carga asistencial.

Escalabilidad por grupos y la figura del paciente experto como apoyo.

Para GLP-1, el mismo circuito sirve de ancla conductual, manteniendo resultados cuando la financiación o indicación varíen.

La mejora de control cardiometabólico y reducción de recaídas contribuyen a ahorros indirectos (menos consultas urgentes, mejor control crónicos).

Transferibilidad

Intervención estandarizada y adaptable a cualquier zona básica de salud:

- Manual operativo breve (captación, visita basal, guiones de talleres, mensajes tipo).
- Checklist de valoración (permiso, motivación, IPAQ/Borg, antropometría, TA, analítica).
- Calendario tipo (fase intensiva 8 semanas + mantenimiento 12 meses).
- Indicadores mínimos de proceso/resultado.

Requisitos modestos (bandas elásticas, aula y coordinación básica) permiten desplegar el modelo en centros con distintos recursos.

Adaptable al entorno (rutas locales, alianzas con supermercados/deportes municipales) y a poblaciones específicas (dolor crónico).

El módulo GLP-1: mismo flujo con mensajes y metas específicas para evitar rebote.

Efectividad

Se espera (y monitoriza) a 6–12 meses:

- –5–10% de peso (según punto de partida) y reducción de cintura.
- Mejora de TA, perfil glucémico (HbA1c si procede) y enzimas hepáticas (ALT/GGT en EHGNA).
- Aumento de min/sem de AF (IPAQ), ≥ 2 días/sem de fuerza y menos sedentarismo.
- Mejora de Calidad de vida (EuroQuold 5 D).
- En GLP-1, mantenimiento de la pérdida tras retirada mediante dosis adecuada de ejercicio y pautas dietéticas.

La combinación de refuerzo del ejercicio físico adaptado, educación nutricional práctica y soporte conductual/telemático incrementa la adherencia y reduce recaídas.

El modelo prioriza el acompañamiento al paciente en su proceso, ofreciendo seguimiento cercano, herramientas sencillas y apoyo grupal para consolidar hábitos saludables.

Eficiencia

Optimiza recursos:

- Grupal cuando es posible (fisioterapia, talleres enfermería, psicología), reduciendo tiempo profesional por paciente.
- WhatsApp y tele-refuerzo disminuyen visitas presenciales sin perder adherencia.
- Material reutilizable (infografías, plantillas).
- Roles claros evitan duplicidades (medicina ajuste terapéutico, control comorbilidades y derivación, enfermería lidera seguimiento; fisioterapia ejercicio adaptado; psicología el soporte conductual).
- En GLP-1, el seguimiento conductual prolonga beneficios y reduce costes por rebote.

Resultados clínicos mejores y recaídas menores implican menos derivaciones y menos urgencias por descompensaciones, con ahorro indirecto.

Participación multidisciplinar

- Medicina: valoración clínica, control de comorbilidades, coordinación con farmacoterapia antiobesidad y derivaciones AP–AE.
- Enfermería: educación, antropometría, seguimiento mensual, moderación del chat, coordinación logística.
- Fisioterapia: sesiones guiadas y progresiones; adaptación por dolor/limitaciones; educación en Borg-RPE.

- Psicología: MBSR, ACT, mindful eating, motivación y prevención de recaídas.
- Administración: citación, registro, apoyo en convocatorias/talleres.
- Participación activa de pacientes: objetivos, co-diseño de plan, paciente experto.

Colaboración intersectorial

Deportes municipales (rutas y espacios), supermercados (visitas guiadas para etiquetado), centros cívicos (aulas), asociaciones de pacientes (pares y apoyo), universidad/escuelas de salud (materiales y voluntariado).

Derivación ágil a Endocrinología y salud mental cuando se precise; coordinación con trabajo social para barreras socioeconómicas.

Difusión comunitaria mediante cartelería y redes locales.

La colaboración amplía el alcance, reduce costes y fortalece la continuidad de hábitos fuera del centro de salud, mejorando impacto y mantenimiento a largo plazo.

Evaluación

La evaluación se realizará con los indicadores definidos en el apartado 5 (proceso, conductuales y clínicos), con cortes en 3, 6 y 12 meses.

Se utilizarán herramientas validadas:

- IPAQ, para actividad física.
- EuroQuol 5 D para calidad de vida.
- Registros clínicos (DragoAP).

Metas:

- Reducir peso $\geq 5\%$ en el 60% de los pacientes a 6 meses y $\geq 10\%$ en el 30% a 12 meses
- Disminuir ≥ 5 cm de perímetro abdominal en el 50% a 6 meses
- Mejorar TA y parámetros bioquímicos en el 50% a 12 meses
- Alcanzar ≥ 150 min/sem de actividad física en el 70% de los pacientes a 6 meses.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAN6-3: Proyecto Educativo “Con tus manos puedes salvar vidas”

Ana Sánchez Gil (1), José Francisco Lobato González (1), Pablo Jorge Pérez (2), Víctor Ruperto Gómez Martínez (3), Marta Martín Cabeza (2), Ana Jorge Pérez (4)

(1) Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud (SCS), (2) Hospital Universitario de Canarias, SCS, (3) Servicio de Urgencias Canario (SUC), SCS, (4) Centro de Salud La Cuesta, SCS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: RCP, soporte vital básico, desfibrilador externo semiautomático (DESA), parada cardiorrespiratoria, salud escolar, primer interviniente, formación en emergencias.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Buena Práctica “Tus manos pueden salvar vidas” fue reconocida en 2017 por el Ministerio de Sanidad como una iniciativa destacada del Principado de Asturias. A partir de esta referencia, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud decidió impulsar su adaptación en la Comunidad Autónoma de Canarias, ajustándola a su realidad educativa y sanitaria. Durante 2018 se desarrolló el diseño del proyecto siguiendo el modelo original, en el que profesionales sanitarios impartían directamente la formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) al alumnado. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 obligó a posponer su implementación y generó un escenario nuevo: solo el alumnado mayor de once años estaba vacunado y la sobrecarga asistencial de enfermería dificultaba su presencia en los centros educativos, lo que exigió una reformulación metodológica.

En coherencia con la iniciativa internacional “Kids Save Lives”, se optó por capacitar a docentes de secundaria y bachillerato en técnicas básicas de RCP desde el rol de primer interviniente. Esta formación no otorga certificación sanitaria ni habilita como instructores oficiales, sino que permite que, tras superar la lista de verificación, el profesorado pueda impartir al alumnado, y colaborar con otros docentes, personal no docente y familias, los contenidos propios de los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia. En cada curso reciben una actualización anual impartida por personal sanitario; si no la completan, dejan de participar en la actividad. Este mecanismo garantiza calidad, seguridad y sostenibilidad, integrando la formación en la estructura educativa sin invadir competencias sanitarias.

La pertinencia de esta propuesta se alinea con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Europeo de Resucitación, que promueven la enseñanza universal de RCP en la escuela como estrategia clave para mejorar la supervivencia ante paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias. En España se registran miles de estos eventos cada año, con tasas de supervivencia aún insuficientes, lo que subraya la necesidad de intervenciones educativas sistemáticas, accesibles y de amplio alcance. La escuela constituye un entorno privilegiado para promover competencias preventivas y generar una cultura de salud pública basada en la participación activa de la comunidad educativa.

Formar a niños, niñas y adolescentes en RCP incrementa la probabilidad de que exista un primer interviniente eficaz en el entorno inmediato y genera un efecto multiplicador al trasladar estos

conocimientos a las familias y comunidades. La metodología adoptada permite que la formación se mantenga en el tiempo, se adapte a las características de cada centro y se integre en la dinámica escolar sin requerir estructuras adicionales. Además, refuerza el papel del profesorado como agente de salud y contribuye a consolidar una respuesta comunitaria más preparada ante emergencias vitales.

En conjunto, “Con tus manos puedes salvar vidas” aporta innovación, sostenibilidad y un impacto social significativo, integrando la capacitación en RCP en el ámbito educativo y contribuyendo de manera estructural a fortalecer la respuesta comunitaria ante situaciones de riesgo vital.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El proyecto “Con tus manos puedes salvar vidas” es una intervención educativa orientada a capacitar a la población escolar en maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) y desobstrucción de la vía aérea. Su finalidad es mejorar la capacidad de respuesta inmediata ante emergencias vitales mediante una formación temprana, sistemática y adaptada al ámbito educativo. La práctica se dirige principalmente al alumnado de educación secundaria y bachillerato, con un impacto extensivo en la comunidad educativa y en el entorno familiar.

La iniciativa comenzó en la Comunidad Autónoma de Canarias durante el curso 2021-2022, implantándose inicialmente en 16 centros de Educación Secundaria Obligatoria, Formación Profesional y Bachillerato de Tenerife y Gran Canaria. En el curso actual se ha previsto la creación de un grupo de trabajo interdisciplinar integrado por profesionales sanitarios, docentes de educación infantil y primaria, pedagogos y psicólogos infantiles, con el objetivo de diseñar materiales específicos para las etapas de Educación Infantil y Primaria. Esta ampliación permitirá extender el alcance del proyecto a edades más tempranas, garantizando la adecuación pedagógica y emocional de los contenidos.

La organización del proyecto se estructura en cuatro fases. La primera consiste en la formación inicial del profesorado, impartida por profesionales sanitarios acreditados como instructores en soporte vital básico o avanzado, seleccionados por su experiencia docente y su capacidad para transmitir contenidos de forma clara y accesible. En la segunda fase, el profesorado capacitado desarrolla sesiones teórico-prácticas con el alumnado, utilizando materiales adaptados y recursos audiovisuales de apoyo. La tercera fase corresponde a la evaluación y seguimiento del aprendizaje mediante listas de verificación y encuestas que permiten valorar la adquisición de conocimientos y habilidades. Finalmente, la cuarta fase se orienta a la difusión y sensibilización a través de medios de comunicación, redes sociales y notas de prensa emitidas por el SCS cuando se confirma que los casos corresponden a participantes del proyecto.

El ámbito territorial de aplicación corresponde a la Comunidad Autónoma de Canarias, impulsado por la Dirección General de Programas Asistenciales. Durante el curso 2024-2025 el proyecto se amplió a toda la comunidad autónoma, aunque solo participaron Fuerteventura, Lanzarote y La Palma, además de Tenerife y Gran Canaria, debido a dificultades logísticas relacionadas con el desplazamiento de instructores a El Hierro y La Gomera. Estas limitaciones han sido resueltas para el curso 2025-2026, en el que está prevista la incorporación plena de ambas islas. El diseño metodológico del proyecto facilita su replicabilidad en otras comunidades autónomas, reforzando su carácter transferible.

Entre los elementos diferenciales e innovadores destacan su integración progresiva en el ámbito educativo, el modelo de capacitación docente como eje de sostenibilidad, la adaptación a

contextos cambiantes y su impacto comunitario. El proyecto presenta una elevada aceptación por parte del profesorado y favorece la transferencia de conocimientos al entorno familiar, contribuyendo a la creación de una cultura preventiva y a la mejora estructural de la respuesta comunitaria ante emergencias vitales.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana del proyecto “Con tus manos puedes salvar vidas” está constituida por el alumnado de Educación Secundaria y Bachillerato de la Comunidad Autónoma de Canarias, con un impacto extensivo en la comunidad educativa y en el entorno familiar. El proyecto se desarrolla en los centros escolares, integrándose en la dinámica educativa habitual para facilitar la adquisición de competencias esenciales de respuesta inmediata ante emergencias tiempo-dependientes, reforzando los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia.

Asimismo, se ha previsto la ampliación progresiva hacia las etapas de Educación Infantil y Primaria mediante el diseño de materiales pedagógicos específicos, adaptados a las necesidades emocionales y cognitivas de estas edades. Esta expansión permitirá extender la cultura preventiva y la capacitación en intervenciones básicas ante parada cardiorrespiratoria y atragantamiento a toda la comunidad educativa.

Metodología

La metodología del proyecto se basa en la formación inicial del profesorado en técnicas esenciales de soporte vital básico, impartida por profesionales sanitarios acreditados como instructores en SVB o SVA. Esta capacitación se desarrolla en una sola jornada mediante una sesión teórico-práctica estructurada en una hora de contenidos teóricos y tres horas de práctica supervisada, lo que garantiza una adquisición sólida y aplicable de las competencias.

Posteriormente, el profesorado imparte sesiones teórico prácticas al alumnado mediante simulaciones de distintos escenarios: persona consciente, inconsciente, parada cardiorrespiratoria y atragantamiento. Estas prácticas incluyen la valoración de la seguridad del entorno, la activación del sistema de emergencias y la ejecución correcta de las maniobras.

La calidad del proceso se garantiza mediante listas de verificación aplicadas por personal de enfermería de los centros de salud de referencia, según protocolo establecido. Además, el profesorado realiza cursos de reciclaje periódicos que permiten actualizar conocimientos y mantener la competencia docente a lo largo del tiempo.

Objetivos

Objetivo principal

Aumentar la supervivencia ante parada cardiorrespiratoria o atragantamiento mediante la capacitación del profesorado y del alumnado de los centros educativos de Canarias en técnicas esenciales de soporte vital básico, incluyendo la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar y la intervención ante obstrucción de la vía aérea.

Objetivos específicos:

- Implicar a la comunidad escolar, instituciones sanitarias y agentes sociales en la importancia de la formación en soporte vital básico como estrategia de salud pública.

- Formar a la comunidad educativa en la actuación inicial ante emergencias tiempo dependientes —muerte súbita, inconsciencia y atragantamiento— reforzando los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia.
- Capacitar al profesorado de secundaria y bachillerato para impartir formación básica como primer interviniente dentro del marco del proyecto.
- Concienciar a la población general sobre la necesidad de saber actuar ante una muerte súbita, promoviendo la solicitud de ayuda, la activación del sistema de emergencias y el uso precoz del desfibrilador externo semiautomático (DESA).

Actuaciones realizadas

Desde el inicio del proyecto en el curso 2021-2022 hasta el curso 2023-2024, se ha formado a 274 docentes y a 34.365 estudiantes de Enseñanza Secundaria, Formación Profesional y Bachillerato. El profesorado participante ha extendido la formación a 648 docentes adicionales, 325 miembros del personal no docente y 270 madres y padres, ampliando el impacto comunitario.

Se ha desarrollado formación presencial teórico-práctica dirigida al profesorado, impartida por profesionales sanitarios acreditados como instructores, complementada con formación online específica para el personal de enfermería, centrada en la actualización de las acciones esenciales de respuesta inmediata y en el manejo de la lista de verificación. El personal de enfermería ha realizado además sesiones de supervisión y corrección al profesorado, con un máximo de cuatro intervenciones consecutivas según protocolo establecido.

Asimismo, se han organizado convocatorias abiertas para profesorado, alumnado y familias con motivo del Día Mundial de la Parada Cardiorrespiratoria. Entre las actividades innovadoras destaca el desarrollo de una aplicación móvil educativa que simula distintos modelos de DESA y ha sido reconocida con un premio nacional.

Indicadores

- Número de docentes formados en técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP), uso del DESA y maniobras de desobstrucción de la vía aérea.
- Número de centros educativos participantes en secundaria y bachillerato.
- Número de estudiantes instruidos en maniobras básicas de RCP, DESA y desobstrucción de la vía aérea.
- Resultados de las listas de verificación aplicadas por personal de enfermería, que miden la correcta adquisición de competencias por parte del profesorado.
- Encuestas al alumnado para valorar el nivel de conocimientos adquiridos y su capacidad de trasladarlos al entorno familiar.
- Difusión comunitaria: alcance en medios locales, redes sociales y participación de familias mediante el uso de muñecos de prácticas en el domicilio.

Recursos

El proyecto “Con tus manos puedes salvar vidas” se desarrolla mediante recursos humanos, materiales y tecnológicos de carácter colaborativo. En cuanto a los recursos humanos, cuenta con la implicación del profesorado de centros públicos y concertados, personal sanitario instructor acreditado, personal de enfermería de los centros de salud de referencia y alumnado de Formación Profesional de informática y sanidad, que contribuyen al desarrollo de las actividades formativas sin realizar intervenciones instrumentales.

Respecto a los recursos materiales, el proyecto dispone de 240 muñecos de prácticas adquiridos por las Consejerías de Sanidad y Educación. Asimismo, se elaboran muñecos con garrafas de agua para la formación domiciliaria y se emplean DESA de simulación, material audiovisual y espacios adaptados. También se facilita la construcción de maquetas de DESA con instrucciones grabadas para una práctica realista. El uso de materiales accesibles y reproducibles contribuye a la sostenibilidad del proyecto.

En el ámbito tecnológico, se utiliza un entorno colaborativo del SCS con materiales actualizados y, en el presente curso, la aplicación móvil educativa que simula distintos modelos de DESA.

Basada en la evidencia

El proyecto se sustenta en la evidencia científica internacional que demuestra que la formación temprana en reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) incrementan de forma significativa la supervivencia en casos de parada cardiorrespiratoria. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) y el European Resuscitation Council (ERC) recomiendan incorporar programas de RCP en el ámbito escolar como estrategia eficaz para mejorar la respuesta comunitaria ante emergencias tiempo-dependientes.

En esta línea, la campaña global “Kids Save Lives”, respaldada por la OMS y la American Heart Association (AHA), destaca la importancia de enseñar RCP desde edades tempranas para construir sociedades más preparadas. La literatura científica también avala que la práctica continuada mediante simuladores y recursos digitales —incluida la aplicación móvil desarrollada en este proyecto— favorece la adquisición y retención de competencias, reforzando la efectividad del aprendizaje y consolidando la capacitación de la comunidad educativa. Este marco de evidencia respalda la calidad y pertinencia del proyecto.

Equidad

El proyecto se concibe desde una perspectiva de equidad, garantizando que todo el alumnado de los centros públicos tenga acceso a la formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) y uso de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA). La participación activa de profesorado, familias, alumnado y personal sanitario instructor asegura que la formación llegue de manera homogénea a toda la comunidad escolar, independientemente del centro o del contexto socioeducativo.

La capacitación específica del personal sanitario encargado de aplicar la lista de verificación al profesorado garantiza que la formación impartida al alumnado sea equitativa, rigurosa y ajustada a estándares comunes. Esta supervisión homogénea contribuye a reducir desigualdades y a asegurar la calidad del proceso formativo.

Finalmente, la colaboración con sociedades científicas refuerza el compromiso con la enseñanza pública y la excelencia del proyecto, contando con el aval de la Sociedad Española de Cardiología, la Sociedad Canaria de Cardiología y SEMERGEN España, lo que aporta solvencia y respaldo profesional.

Sostenibilidad

El proyecto está concebido con una clara visión de continuidad y permanencia en el tiempo. La implicación del personal docente de centros públicos, del personal sanitario instructor, del personal de enfermería y del alumnado garantiza la renovación constante de formadores y la transmisión intergeneracional de competencias en reanimación cardiopulmonar, asegurando la continuidad del aprendizaje en cada centro educativo.

La utilización de recursos accesibles y fácilmente reproducibles facilita la replicabilidad de la iniciativa y permite su mantenimiento en distintos contextos educativos y comunitarios, incluso con recursos limitados. Esta estructura favorece que el proyecto pueda consolidarse como una práctica estable y asumida por la comunidad escolar.

Asimismo, el proyecto cuenta con un sólido respaldo institucional derivado de los convenios entre la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad, que garantizan su continuidad y reconocimiento oficial. De este modo, la iniciativa se consolida como una práctica sostenible, transferible y capaz de mantenerse en el tiempo dentro del sistema educativo.

Transferibilidad

El proyecto presenta un alto grado de transferibilidad gracias a un diseño basado en recursos accesibles, metodologías adaptables y dinámicas de colaboración que pueden reproducirse en cualquier centro educativo. La utilización de muñecos de prácticas en los centros, junto con modelos de autofabricación para la formación domiciliaria y una aplicación móvil gratuita que simula distintos DESA, permite replicar la iniciativa sin necesidad de grandes inversiones ni infraestructuras específicas.

La participación activa de profesorado, alumnado, familias y personal sanitario instructor facilita la adaptación del proyecto a distintos niveles educativos y realidades comunitarias, manteniendo la coherencia metodológica y la calidad formativa. Esta estructura flexible permite que cada centro incorpore el programa según sus recursos, sin perder los elementos esenciales del aprendizaje.

De este modo, el proyecto se configura como una práctica transferible y escalable, capaz de integrarse en programas de salud escolar y comunitaria en diversos territorios y contextos educativos.

Efectividad

El proyecto ha demostrado una elevada efectividad al lograr que alumnado, profesorado y familias adquieran competencias básicas en reanimación cardiopulmonar (RCP) y uso de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA). La metodología práctica, basada en entrenamiento estructurado y práctica guiada en el centro y en el domicilio, asegura un aprendizaje sólido y fácilmente trasladable al entorno familiar. Los recursos digitales disponibles potencian el ejercicio autónomo y amplían el alcance de la enseñanza.

La intervención del personal sanitario instructor, responsable de aplicar la lista de verificación y confirmar la adecuada preparación del profesorado, garantiza la excelencia y uniformidad de los resultados. El respaldo de las sociedades científicas aporta rigor y fiabilidad, consolidando el impacto social del proyecto y reforzando la confianza de la comunidad educativa.

La retención de conocimientos quedó reflejada en encuestas aplicadas a 5.047 estudiantes durante dos cursos consecutivos, cuyos resultados fueron presentados en el Resuscitation Science Symposium de la American Heart Association en 2025.

Eficiencia

El proyecto se caracteriza por una gestión eficiente de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles, optimizando su uso sin necesidad de estructuras adicionales. La participación del profesorado, alumnado, familias y personal sanitario instructor permite integrar la formación en la dinámica cotidiana de los centros públicos, aprovechando al máximo las capacidades existentes y evitando duplicidades organizativas.

Los muñecos de entrenamiento presentes en los centros y los modelos de elaboración casera con garrafas para la práctica en el domicilio garantizan un uso racional de los materiales, reducen costes y amplían la cobertura formativa. La aplicación móvil gratuita que simula distintos modelos de DESA complementa la enseñanza presencial y facilita el aprendizaje autónomo, evitando la dependencia de equipamientos de alto coste y favoreciendo la práctica continuada.

Participación multidisciplinar

El proyecto se apoya en una participación multidisciplinar que integra de forma coordinada a los ámbitos educativo, sanitario y comunitario. En el entorno escolar, el profesorado incorpora la formación en la rutina del centro y colabora en la preparación de otros docentes y del personal no docente, favoreciendo una implicación amplia y sostenida. Esta formación permite que, en el curso siguiente, los docentes previamente capacitados por personal sanitario puedan asumir la responsabilidad del proyecto como primeros intervinientes, mientras que el resto del profesorado formado por sus compañeros colabora en tareas de apoyo sin intervenir en la formación directa del alumnado, dado el carácter voluntario de su participación.

El alumnado y sus familias participan activamente en el proceso formativo y contribuyen a la difusión de los conocimientos en el entorno doméstico. En el ámbito sanitario, los instructores aportan su experiencia profesional y el personal de enfermería aplica listas de verificación que acompañan el proceso formativo.

Esta interacción convierte al proyecto en una iniciativa integral y multidisciplinar.

Colaboración intersectorial

El proyecto se sustenta en una colaboración intersectorial que integra de manera coordinada a los ámbitos educativo, sanitario y comunitario. En el entorno escolar, los centros públicos y su profesorado incorporan la formación dentro de la dinámica habitual del centro y facilitan que otros docentes y personal no docente participen en el proceso, favoreciendo una implicación amplia y organizada.

En los centros de Formación Profesional, el profesorado sanitario del propio centro puede formar al alumnado de ciclos no sanitarios una vez recibida la capacitación específica del proyecto,

mientras que el alumnado de ciclos sanitarios aplica sus competencias instrumentales para actuar como primeros intervinientes en actividades no instrumentales. El profesorado sanitario del centro no participa en la lista de verificación, función reservada a Atención Primaria, en coherencia con la delimitación de funciones establecida.

En el ámbito sanitario, instructores y personal de enfermería acompañan y supervisan el proceso formativo. La participación de familias y alumnado refuerza la difusión de conocimientos en el entorno doméstico.

Esta coordinación ejemplifica una colaboración intersectorial efectiva.

Evaluación

El proyecto cuenta con un sistema de evaluación diseñado para garantizar la calidad y la equidad de la formación impartida en los centros educativos. La valoración del aprendizaje se realiza mediante la observación directa de las prácticas de RCP y uso de DESA, complementadas con la aplicación móvil que recrea distintos escenarios de emergencia y permite reforzar la adquisición de habilidades.

La supervisión docente se lleva a cabo a través de la intervención del personal sanitario instructor, que acompaña la formación del profesorado y verifica la correcta transmisión de conocimientos. El personal de enfermería aplica la lista de verificación que certifica la adecuada cualificación del docente tras superar la evaluación correspondiente.

El procedimiento estandarizado asegura que los contenidos se impartan de manera uniforme y que el profesorado esté preparado para instruir al alumnado y colaborar con otros docentes. Además, se recogen indicadores de participación, calidad de las prácticas y satisfacción de la comunidad educativa, permitiendo mejorar continuamente el proyecto.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAN6-4: Protocolo de coordinación entre el Servicio de Cardiología y Atención Primaria. Pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y deterioro de la función ventricular

Carlos Enrique Rodríguez Camacho (1), Elisabeth Martina Torres Mesa (1), Yurena del Sol Benítez Cáceres (2)

(1) Servicio de Cardiología, Hospital General de Fuerteventura, Servicio Canario de la Salud (SCS), (2) Coordinación de Enfermería Atención Primaria-Atención Especializada, SCS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, atención primaria, cardiología, continuidad asistencial, coordinación AP-Hospital, deterioro ventricular, reingresos hospitalarios, protocolo asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Este protocolo de coordinación entre el Servicio de Cardiología y la Atención Primaria del Área de Fuerteventura se plantea para dar respuesta a la elevada carga de insuficiencia cardiaca con deterioro de la función ventricular, una de las principales causas de hospitalización, discapacidad y mortalidad en los sistemas sanitarios. El documento se centra en los pacientes que ya están en seguimiento en la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca y que presentan deterioro ventricular documentado, es decir, una población especialmente frágil y con alto riesgo de descompensaciones y reingresos.

En este contexto, la falta de circuitos estructurados entre Cardiología y Atención Primaria puede generar retrasos en la detección de empeoramientos, duplicidades en la atención o falta de claridad sobre cuándo y cómo derivar, con impacto directo en la estabilidad del paciente y en el uso de recursos. El protocolo pretende homogeneizar criterios de derivación, clarificar responsabilidades entre niveles y potenciar el papel de enfermería especializada y el papel de enfermería de Atención Primaria en la vigilancia estrecha de síntomas, peso, tensión arterial y biomarcadores.

La propuesta se alinea con las prioridades de la Estrategia de Salud Cardiovascular y de cronicidad, al promover un modelo de trabajo conjunto orientado a la estabilidad clínica, el cumplimiento de objetivos terapéuticos y la prevención de descompensaciones y rehospitalizaciones. El valor añadido frente a la práctica previa es que define de forma explícita:

- Los criterios de derivación a cardiología ante empeoramiento clínico, mala respuesta al tratamiento o dudas terapéuticas.
- Los canales de comunicación formales (interconsulta en Drago, teléfono y correo corporativo).
- La participación de enfermería de insuficiencia cardiaca y de Atención Primaria como eje de la continuidad asistencial.
- Un sistema de reuniones periódicas, sesiones formativas y evaluación anual.

Todo ello configura una buena práctica que mejora la coordinación entre niveles, favorece la detección precoz de problemas clínicos y consolida un seguimiento estructurado de pacientes con insuficiencia cardiaca y deterioro ventricular en el entorno insular.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta consiste en la implantación de un protocolo asistencial para la coordinación entre el servicio de cardiología y la Atención Primaria en el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca y deterioro de la función ventricular que ya se encuentran en seguimiento por la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca del Hospital General de Fuerteventura.

En primer lugar, se definen los criterios de inclusión y derivación: pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardiaca y deterioro ventricular documentado que, durante el seguimiento, presenten empeoramiento clínico agudo o progresivo, mala respuesta o intolerancia al tratamiento optimizado, necesidad de ajustes terapéuticos relevantes, reingresos repetidos o dudas sobre estabilidad y objetivos terapéuticos. La comunicación con Cardiología se canaliza mediante interconsulta en Drago con el texto estandarizado “Consulta Insuficiencia Cardiaca – Paciente en seguimiento / Deterioro función ventricular”.

En segundo lugar, el protocolo desarrolla la coordinación con enfermería: enfermería especializada en insuficiencia cardiaca y enfermería de Atención Primaria comparten la responsabilidad de la continuidad asistencial, utilizando como canales de comunicación el teléfono corporativo asistencial, el correo corporativo y una interconsulta específica en Drago (“Interconsulta Enfermería - IC Paciente Crónico Cardiológico”). Sus objetivos son el seguimiento evolutivo de síntomas, peso, tensión arterial y biomarcadores, el refuerzo de la educación sanitaria y la adherencia terapéutica, y la detección precoz de signos de alarma.

El modelo organizativo se completa con reuniones periódicas cada cuatro meses entre Cardiología, enfermería especializada y Atención Primaria, orientadas a la revisión de casos, circuitos operativos y mejora continua, así como con sesiones formativas cada 3-4 meses (presenciales o telemáticas) sobre actualización en manejo terapéutico, casos clínicos y revisión de protocolos y procedimientos. Finalmente, el protocolo prevé una evaluación anual basada en resultados clínicos, funcionamiento del circuito y necesidades detectadas por los equipos, lo que garantiza un ciclo de mejora continua.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana son los pacientes con insuficiencia cardiaca y deterioro de la función ventricular que ya se encuentran en seguimiento por la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca del Hospital General de Fuerteventura, con diagnóstico confirmado y deterioro ventricular documentado.

El ámbito de aplicación es el área sanitaria de Fuerteventura, integrando al Servicio de Cardiología del Hospital General de Fuerteventura y a los equipos de Atención Primaria que siguen a estos pacientes en la comunidad, así como a la enfermería especializada en insuficiencia cardiaca y a la enfermería de Atención Primaria. El protocolo se aplica en la fase de seguimiento

ambulatorio, con especial énfasis en la detección precoz de descompensaciones y la prevención de reingresos.

Metodología

La metodología se basa en un modelo de coordinación estructurada entre Cardiología, Atención Primaria y enfermería. En primer lugar, se establecen criterios claros de derivación a Cardiología ante empeoramiento clínico agudo o progresivo, mala respuesta o intolerancia al tratamiento optimizado, necesidad de ajustes terapéuticos relevantes, reingresos repetidos o dudas sobre estabilidad y objetivos terapéuticos. La derivación se formaliza mediante interconsulta en Drago con un texto estándar.

En segundo lugar, se definen los canales de comunicación entre enfermería especializada y Atención Primaria (teléfono corporativo, correo corporativo e interconsulta específica en Drago) para el seguimiento de síntomas, peso, tensión arterial y biomarcadores.

Objetivos

Objetivo general

Optimizar la coordinación asistencial entre Cardiología y Atención Primaria en pacientes con insuficiencia cardíaca y deterioro de la función ventricular, para mantener la estabilidad clínica, garantizar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y prevenir descompensaciones, reingresos y progresión de la enfermedad.

Objetivos específicos

- Establecer criterios homogéneos de derivación a Cardiología ante empeoramiento clínico, mala respuesta al tratamiento o reingresos repetidos.
- Fortalecer el papel de enfermería especializada y de Atención Primaria en el seguimiento de síntomas, peso, tensión arterial y biomarcadores.
- Mejorar la adherencia terapéutica y la educación sanitaria de los pacientes.
- Implementar reuniones periódicas y sesiones formativas que favorezcan la revisión de casos, la actualización en manejo terapéutico y la mejora continua de los circuitos.
- Evaluar anualmente resultados clínicos y funcionamiento del protocolo para introducir ajustes.

Actuaciones realizadas

Las principales actuaciones son:

- Elaboración y difusión del “Protocolo de coordinación entre el Servicio de Cardiología y Atención Primaria. Pacientes con insuficiencia cardíaca y deterioro de la función ventricular”.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Definición de criterios de derivación desde Atención Primaria y la consulta de insuficiencia cardiaca hacia Cardiología, incluyendo situaciones de empeoramiento clínico, mala respuesta terapéutica, reingresos repetidos y dudas sobre estabilidad u objetivos.
- Creación de textos estandarizados para la interconsulta en Drago (“Consulta Insuficiencia Cardiaca – Paciente en seguimiento / Deterioro función ventricular” e “Interconsulta Enfermería – IC Paciente Crónico Cardiológico”).
- Establecimiento de los canales de comunicación entre enfermería especializada y Atención Primaria (teléfono y correo corporativo, interconsulta específica).
- Programación de reuniones periódicas.
- Inclusión de un apartado de evaluación anual del protocolo.

Indicadores

Resultados clínicos

- Tasa de descompensaciones de insuficiencia cardiaca que requieren atención urgente u hospitalización.
- Número de reingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca por paciente/año.
- Proporción de pacientes con empeoramiento clínico detectado precozmente y manejado sin ingreso.

Proceso y coordinación

- Número de interconsultas en Drago a Cardiología utilizando el texto estándar.
- Número de interconsultas de enfermería (“Interconsulta Enfermería – IC (Seguimiento clínico)”).
- Frecuencia real de las reuniones periódicas y de las sesiones formativas.
- Tiempo medio de respuesta de Cardiología a las interconsultas.

Percepción de los equipos

- Grado de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria, Cardiología y enfermería con el circuito de coordinación, medido mediante encuestas o dinámicas en las reuniones periódicas.

Recursos

Recursos humanos

- Cardiólogos de la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca.
- Enfermeras de Atención Primaria.

- Enfermería especializada en insuficiencia cardiaca.

Recursos materiales y organizativos

- Plataforma de historia clínica e interconsulta Drago, con campos y textos específicos para la derivación de pacientes con insuficiencia cardiaca y deterioro ventricular.
- Teléfono corporativo asistencial y correo corporativo para la comunicación ágil entre niveles.
- Espacios físicos o virtuales (salas de reuniones, plataformas de videoconferencia) para las reuniones periódicas y sesiones formativas.

Basada en la evidencia

La guía European Society of Cardiology (ESC) recomienda programas de manejo multidisciplinar, clínicas de insuficiencia cardiaca y coordinación entre hospital y atención primaria para reducir hospitalizaciones y mejorar supervivencia. Recalca el papel de la enfermería especializada, la educación al paciente, el seguimiento estructurado y el uso de telemedicina. Esto respalda de forma muy directa con el protocolo expuesto.

Referencia:

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart Fail.2022;24(1):4-131. doi:10.1002/ehf.2333.

Equidad

La buena práctica contribuye a la equidad porque ofrece un circuito homogéneo de atención a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca y deterioro ventricular en el área de Fuerteventura, independientemente del centro de salud o del profesional concreto que los atienda. Los criterios de derivación y los procedimientos de comunicación son comunes, lo que reduce la variabilidad y asegura un acceso similar a la valoración especializada de cardiología.

Sostenibilidad

Al centrarse en la prevención de descompensaciones y la reducción de reingresos, la práctica tiene potencial para disminuir el uso de camas de hospitalización y de recursos de urgencias, lo que repercute favorablemente en la sostenibilidad económica. Las reuniones periódicas y sesiones formativas, de frecuencia moderada y posibilidad de formato telemático, se integran en la actividad habitual de los equipos. La evaluación anual del funcionamiento del circuito permite introducir ajustes para mantener la relación coste-beneficio del modelo en el tiempo.

Transferibilidad

El protocolo se presenta de forma clara y esquemática, lo que facilita su adaptación a otros hospitales y áreas de salud que cuenten con consulta de insuficiencia cardiaca y estructura de Atención Primaria similar. Los elementos clave: criterios de derivación, textos estándar para interconsultas, canales de comunicación, papel de enfermería, reuniones periódicas y evaluación

anual, son fácilmente replicables, pudiendo sustituir la plataforma Drago por el sistema de historia clínica electrónica disponible en cada servicio de salud.

Otros territorios podrían ajustar la periodicidad de reuniones y sesiones formativas, así como la composición concreta de los equipos.

Efectividad

La efectividad esperada del protocolo se basa en varios mecanismos:

- Detección precoz del empeoramiento clínico gracias al seguimiento estrecho de síntomas y biomarcadores por parte de enfermería y Atención Primaria.
- Derivación a Cardiología en situaciones de mala respuesta al tratamiento, reingresos repetidos o dudas sobre estabilidad, utilizando interconsultas estructuradas en Drago.
- Mejora de la adherencia terapéutica y de la educación sanitaria mediante intervenciones sistemáticas de enfermería.
- Revisión periódica de casos y circuitos, que permite corregir disfunciones y compartir aprendizajes.

La evaluación anual mediante indicadores clínicos (reingresos, descompensaciones, estabilidad) permitirá cuantificar el impacto real en la evolución de los pacientes y ajustar el modelo para maximizar su efectividad.

Eficiencia

La eficiencia se logra al utilizar de forma racional los recursos disponibles y evitar actividades redundantes. El protocolo clarifica en qué situaciones debe intervenir Cardiología y cuándo el seguimiento puede mantenerse en Atención Primaria con apoyo de enfermería, lo que reduce derivaciones innecesarias y consultas presenciales evitables.

Participación multidisciplinar

La buena práctica se fundamenta en la participación activa de múltiples perfiles: cardiólogos de la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca, enfermería especializada en insuficiencia cardiaca y enfermería de Atención Primaria.

Cada profesional aporta competencias complementarias:

- Cardiología lidera el diagnóstico y la optimización del tratamiento,
- Atención Primaria asegura el seguimiento longitudinal en la comunidad y la atención a otros problemas de salud, es clave en la monitorización clínica, la educación sanitaria y la adherencia terapéutica.

Las reuniones periódicas cada cuatro meses y las sesiones formativas conjuntas facilitan la comunicación, la resolución de casos complejos y la construcción de un lenguaje común, consolidando un equipo multidisciplinar alrededor del paciente con insuficiencia cardiaca.

Colaboración intersectorial

El protocolo se centra en la colaboración intrasectorial sanitaria entre hospital y Atención Primaria dentro del Servicio Canario de Salud, en concreto en el área de Fuerteventura. No obstante, su énfasis en educación sanitaria, autocuidado y adherencia terapéutica abre la puerta a la coordinación con otros recursos comunitarios (asociaciones de pacientes cardiacos, servicios sociales) para reforzar el apoyo al paciente con insuficiencia cardiaca, especialmente en situaciones de vulnerabilidad social o funcional.

Evaluación

Esta evaluación se basa en tres ejes:

Resultados clínicos: análisis de descompensaciones, reingresos por insuficiencia cardiaca, estabilidad clínica de los pacientes y necesidad de ajustes terapéuticos relevantes.

Funcionamiento del circuito: revisión del uso de interconsultas en Drago, de la agilidad en la respuesta de Cardiología, de la calidad de la coordinación entre enfermería y Atención Primaria y del cumplimiento de la periodicidad de reuniones y sesiones formativas.

Necesidades detectadas por los equipos: identificación de barreras, propuestas de mejora y necesidades formativas adicionales recogidas en las reuniones periódicas.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT6-1: Curso en línea dirigido a ciudadanía: Como actuar frente a una parada cardiorrespiratoria. Tú también puedes salvar vidas

Teresa Sánchez Cancio (1), Anna Domènech Vilardell (1), Judit Ferrusola Bial (1), Andrea González Ruiz (1), Raúl Romero García (1), Raimon Casanovas Zapata (2), Helena Tizón Marcos (2), Elena Arbelo Lainez (3), Ester Costafreda Ramírez (4), Francesc Xavier Jiménez Fàbrega (5), Jorge Arnulfo Morales Álvarez (6), Ángel Quemada Cuatrecasas (4), Montserrat Vila Perales (7)

1) Escola de Salut Catalana, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, (2) Pla Director de Malalties Cardiovasculars, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, (3) Unidad de Cardiopatías Familiares y Síndromes Asociados a Muerte Súbita, Hospital Clínic de Barcelona, (4) Associació per a Pacients i Familiars amb Síndromes Arrítmics Relacionats amb la Mort Sobtada, (5) Pla Nacional d'Urgències de Catalunya, (6) Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya (SEM), (7) Societat Catalana de Cardiologia.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Parada cardiorrespiratoria, soporte vital básico, reanimación cardiopulmonar, primer interviniente, cadena de supervivencia, muerte súbita, emergencias extrahospitalarias.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria representa un grave problema de salud pública en Cataluña, donde se registran, de media, siete episodios diarios fuera del entorno hospitalario, ya sea en espacios públicos o domicilios particulares, en ausencia de profesionales sanitarios. Solo en el 40 % de los casos se inician maniobras de reanimación antes de la llegada de los servicios de emergencia, lo que impacta de forma directa en la baja supervivencia de estos eventos. Está ampliamente demostrado que la actuación precoz en los primeros 8 minutos tras una parada cardíaca es determinante para la supervivencia y puede reducir de manera significativa la morbilidad.

La necesidad de formar masivamente a la ciudadanía en soporte vital básico (SVB) es, por tanto, urgente y estratégica. Esta propuesta aborda esta necesidad mediante un curso en línea, asincrónico y autoformativo, accesible desde el Campus Virtual de l'Escola de Salut Catalana (EdSCat). Este modelo permite alcanzar a amplios segmentos de la población sin barreras geográficas ni horarias, favoreciendo la equidad en el acceso a competencias críticas para la vida.

La formación está diseñada y validada por profesionales del sistema sanitario catalán, con la incorporación de la perspectiva de pacientes y cuidadores, y se basa en evidencia científica actualizada. Incluye contenidos teóricos y prácticos centrados en el reconocimiento precoz de la emergencia, la activación correcta de la cadena de supervivencia, y la aplicación de maniobras esenciales como la reanimación cardiopulmonar (RCP), el uso del desfibrilador externo automático (DEA) y la desobstrucción de la vía aérea por atragantamiento.

A diferencia de otras iniciativas, esta propuesta aporta un valor añadido en términos de escalabilidad, rigor técnico y adaptabilidad pedagógica, permitiendo la creación de comunidades capacitadas, corresponsables y resilientes ante situaciones críticas. Además, se integra en la estrategia de promoción de la salud y prevención de la mortalidad evitable en el territorio catalán, alineándose con los objetivos del Sistema Nacional de Salud y las políticas de salud comunitaria.

Por todo ello, esta experiencia se presenta como una Buena Práctica innovadora, transferible y con impacto medible, orientada a reducir la mortalidad por parada cardíaca extrahospitalaria mediante la capacitación sistemática y accesible de la población.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Ante la necesidad urgente de reducir la mortalidad asociada a las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias, el Pla Director de Malalties Cardiovasculars del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha impulsado, en colaboración con l'Escola de Salut Catalana, el diseño e implementación de un curso de formación masiva en SVB dirigido a la ciudadanía. Esta iniciativa responde a la evidencia científica que demuestra que una actuación precoz por parte de testigos no profesionales puede multiplicar por dos o tres las probabilidades de supervivencia de las personas que sufren una parada cardiorrespiratoria.

El curso, concebido en coordinación con el comité pedagógico y revisado bajo criterios de comunicación clara, lenguaje inclusivo y accesible, se dirige a la población general, sin necesidad de conocimientos sanitarios previos. Su diseño pedagógico promueve la comprensión, la retención de conocimientos y la capacitación práctica a través de un enfoque participativo, digital y escalable.

Estructura del curso:

La formación se organiza en cinco bloques temáticos:

1. *¿Qué es una parada cardiorrespiratoria?* Se introducen las causas, consecuencias y la necesidad de una actuación inmediata.
2. *¿Qué puedo hacer yo?* De testigo a primer interviniente. Se destaca el papel clave de la ciudadanía en la cadena de supervivencia.
3. *Guía práctica de actuación.* Se instruye sobre cómo reconocer una parada, alertar al sistema de emergencias, realizar RCP, utilizar un DEA, actuar ante una obstrucción de la vía aérea y manejar la situación cuando la persona se recupera.
4. *Ciudadanos que salvan vidas: legalidad y testimonios.* Se abordan los aspectos legales que protegen al primer interviniente y se presentan testimonios reales que fomentan la implicación ciudadana.
5. *Pongámoslo en práctica.* Se plantea una simulación interactiva basada en un mapa de decisiones donde el participante asume el rol de una persona que presencia una parada en un espacio público.

El curso está disponible sin coste para la población, financiado íntegramente por el Departament de Salut, y accesible a través de la plataforma de l'Escola de Salut Catalana. Su formato digital permite una amplia cobertura territorial, alcanzando a toda Catalunya y siendo fácilmente replicable en otros territorios.

Elementos innovadores y diferenciales:

- Diseño inclusivo y lenguaje ciudadano para favorecer la accesibilidad universal.

- Enfoque pedagógico centrado en la práctica y la toma de decisiones.
- Testimonios reales para generar identificación y motivación.
- Simulación interactiva para reforzar el aprendizaje significativo.
- Acceso sin coste económico y escalabilidad territorial.

Esta iniciativa representa una apuesta estratégica por el empoderamiento ciudadano en salud y la prevención activa, alineada con los valores del Sistema Nacional de Salud y con un alto potencial de impacto en salud pública.

Población diana / ámbito de aplicación

Cualquier persona, mayor de 16 años, que tenga interés a adquirir conocimientos que le permitan actuar de forma responsable, segura y eficaz ante una situación crítica para la vida de una persona.

Metodología

El curso se desarrolla en modalidad de autoaprendizaje en línea a través del campus virtual de l'EdSCat, utilizando la plataforma Moodle. Se basa en un enfoque pedagógico interactivo, accesible y centrado en el participante, con recursos audiovisuales, lecturas comprensibles, actividades prácticas y simulaciones que permiten aplicar los conocimientos adquiridos.

El acceso a los contenidos es continuo y flexible durante el periodo formativo, sin horarios establecidos, lo que facilita la adaptación al ritmo personal de cada participante. La duración estimada es de 6 horas lectivas, distribuidas a lo largo de tres semanas, con una semana adicional no lectiva destinada a la revisión de contenidos, resolución de dudas, realización de la encuesta de satisfacción y descarga del certificado de participación.

Además, el curso puede traducirse automáticamente a cualquier idioma mediante el sistema de traducción de Google. También es compatible con lectores de pantalla, lo que favorece la accesibilidad universal.

Objetivos

- Pilotar un curso de formación en SVB orientado a la ciudadanía, evaluando su eficacia, accesibilidad y capacidad de impacto.
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de una actuación rápida y eficaz ante una parada cardiorrespiratoria y otras situaciones críticas.
- Proporcionar conocimientos clave y habilidades básicas para identificar una emergencia vital, activar correctamente el sistema de emergencias y aplicar maniobras esenciales como la RCP o el uso del DEA.
- Fomentar la autoconfianza y empoderar a la ciudadanía como primer interviniente, promoviendo la corresponsabilidad en la cadena de supervivencia.
- Contribuir a la creación de una cultura de prevención y respuesta solidaria en situaciones de emergencia, especialmente en espacios públicos.

- Facilitar un aprendizaje accesible, inclusivo y adaptado a todos los niveles de formación, promoviendo la equidad en salud.

Actuaciones realizadas

- Se ha realizado una edición piloto del curso al que se inscribieron un total de 1482 personas (organizando 5 ediciones en dos períodos diferentes). Del total de personas inscritas, participaron en el curso 991 (66,9%) y acabaron 835 (83,9%).
- Para llegar a los destinatarios, se hicieron las siguientes acciones:
 - Redes sociales: publicaciones en las redes sociales (Canales de Telegram, Whatsapp, Instagram) de la Generalitat de Cataluña, del Departamento de Salud, de la Sociedad Catalana de Cardiología y del Consejo Catalán de Resucitación.
 - Correo electrónico: desde la EdSCat se envió la información del curso en las novedades a todas las personas que han participado en actividades y han manifestado interés en recibir información de nuevas actividades.
 - Canal Salut: difusión del curso en el apartado de parada cardiorrespiratoria.
 - Día mundial de concienciación de la parada cardiorrespiratoria: difusión con carteles en talleres presenciales de RCP destinados a ciudadanía.

Indicadores

La evaluación de la intervención se ha basado en distintos indicadores cuantitativos y cualitativos:

1. Mejora de conocimientos: comparación entre un cuestionario inicial y otro final, ambos no evaluables, pero con las mismas preguntas, para medir el incremento de conocimientos sobre SVB.
2. Evaluación del aprendizaje: cuestionario final que permite valorar el grado de alfabetización en salud adquirido y la comprensión de los contenidos clave.
3. Satisfacción de los participantes: encuesta estructurada en torno a aspectos como logro de objetivos, calidad metodológica, claridad de contenidos, accesibilidad y utilidad de los recursos. Las respuestas positivas (“mucho” y “bastante”) permiten estimar el nivel global de satisfacción.
4. Alcance de la difusión: análisis del impacto de las acciones comunicativas a través de una pregunta incluida en la encuesta que identifica los canales por los que los participantes conocieron la iniciativa.

Recursos

El curso se ha desarrollado en la plataforma Moodle del campus virtual de l’EdSCat con un diseño responsive que garantiza el acceso desde cualquier dispositivo (ordenador, tablet o móvil). Los contenidos se han elaborado utilizando, entre otros, la herramienta H5P, que permite incorporar recursos pedagógicos interactivos como escenarios ramificados, líneas del tiempo, actividades de arrastre, juegos de memoria, hotspot de imagen y ejercicios de completar, entre otros.

Se han integrado vídeos explicativos elaborados por el Servei d'Emergències Mèdiques, así como audios con testimonios reales para reforzar la dimensión emocional y motivacional del aprendizaje.

La plataforma permite la traducción automática de los contenidos mediante herramientas integradas de Google, y es compatible con lectores de pantalla, lo que favorece la accesibilidad universal.

No se han requerido recursos humanos ni económicos adicionales, más allá de los ya disponibles a través de las entidades e instituciones que conforman el comité pedagógico del proyecto.

Basada en la evidencia

La iniciativa se fundamenta en las Guías 2021 del European Resuscitation Council sobre SVB, que constituyen el referente internacional para la atención de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Estas guías refuerzan la importancia de la cadena de supervivencia, basada en el reconocimiento precoz de la parada, la activación inmediata de los servicios de emergencias, la realización temprana de RCP de calidad y el uso rápido del DEA.

Asimismo, destacan el papel clave de la ciudadanía como primer interviniente y subrayan que la formación de la población general es una de las estrategias más efectivas para aumentar las tasas de supervivencia. Las guías también promueven el uso de tecnologías digitales para la localización de desfibriladores y la activación de reanimadores voluntarios, elementos integrados conceptualmente en el diseño del curso.

Equidad

Acceso:

Esta formación en línea, sin coste para las personas participantes, abierta a toda la ciudadanía residente en Catalunya, garantiza el acceso al aprendizaje de SVB independientemente del nivel socioeconómico, la etnia, la lengua, el lugar de residencia u otros determinantes sociales de la salud y permite la conciliación y realización en cualquier horario en función de las circunstancias del alumnado. Para participar únicamente se requiere un documento de identificación. La plataforma moodle permite la traducción de los contenidos facilitando el acceso a poblaciones con diversidad lingüística. Si bien se reconoce que la brecha digital puede suponer un obstáculo para determinados colectivos, el formato en línea permite llegar a un amplio número de personas que, por motivos geográficos, laborales o de disponibilidad horaria, no podrían acceder a formaciones presenciales.

Contenido:

Se ha introducido la perspectiva de género, intergeneracional e intercultural en la representación de imágenes y ejemplos utilizados.

Sostenibilidad

Una vez desarrollado el contenido formativo, la realización de nuevas ediciones requiere las tareas de soporte técnico y gestión administrativa, lo que permite su reproducción con un coste operativo muy reducido. Esta eficiencia facilita su integración estable en la oferta formativa de l'EdSCat, con posibilidad de adaptación periódica a nuevas evidencias científicas o contextos emergentes.

El proyecto cuenta con respaldo institucional del Departament de Salut, lo que refuerza su viabilidad a largo plazo. Su gratuidad, accesibilidad y formato digital contribuyen a su sostenibilidad social, al eliminar barreras económicas, geográficas y horarias.

La práctica promueve una ciudadanía más formada, corresponsable y capacitada para actuar ante emergencias vitales, lo que incide directamente en la mejora de los indicadores de salud pública.

En conjunto, se trata de una intervención coste-efectiva, escalable y alineada con los principios del SNS de equidad, prevención y promoción de la salud.

Transferibilidad

El curso ha sido diseñado con criterios de escalabilidad y adaptabilidad, lo que permite su transferencia a otros territorios y contextos del Sistema Nacional de Salud. Todos los contenidos formativos —textos, vídeos, audios, imágenes y actividades interactivas— están debidamente fechados, archivados, documentados y estructurados para facilitar su reutilización.

Al estar desarrollado en Moodle, una plataforma ampliamente utilizada en el ámbito formativo, (también en el de la salud) puede ser implementado fácilmente en otras comunidades autónomas, instituciones educativas o entidades locales.

Su formato modular, el enfoque pedagógico basado en competencias y el uso de lenguaje claro, inclusivo y accesible permiten adaptar los contenidos a distintos perfiles poblacionales y realidades territoriales.

Además, su bajo coste operativo, junto con la posibilidad de personalización lingüística y contextual, refuerza su potencial de transferencia como intervención eficaz, equitativa y sostenible en el conjunto del SNS.

Efectividad

1. Comparación cuestionario inicial y final: En todas las preguntas, se observa un aumento de las respuestas correctas en el cuestionario final en comparación con el inicial, llegando todas ellas al 98-100%. Estos resultados indican el impacto formativo del curso.
2. Cuestionario de evaluación del aprendizaje: Los resultados indican un nivel de aprendizaje satisfactorio, con una tasa de aprobado del 100%.
3. Encuesta de satisfacción: La respondieron 816 personas (un 97,7% de los participantes) y entre el 99,3% y el 100% valoraron las diferentes cuestiones como bastante o mucho.
4. El impacto de la difusión en redes: Con la difusión en las RRSS de la Generalitat, en cuatro días se llegó a las 900 inscripciones (3 ediciones) y se tuvo que programar dos ediciones más del curso para el 28 de noviembre y poder atender la alta demanda de participación en el curso.

Eficiencia

El curso demuestra una alta eficiencia al ofrecer una formación de calidad en SVB con una inversión mínima de recursos humanos y materiales. Su diseño digital permite alcanzar a un gran volumen de participantes sin necesidad de infraestructura presencial ni personal docente directo.

Las sucesivas ediciones requieren mantener las tareas de soporte técnico y gestión administrativa, así como el seguimiento por parte del Equipo de l'EdSCat de las posibles modificaciones y actualizaciones a propuesta del Plan Director en Enfermedades Cardiovasculares. Esta estructura ligera y escalable ha permitido formar a más de 800 personas en un primer pilotaje con tasas de finalización y satisfacción superiores al 80 %.

Además, la elevada demanda inicial —con más de 900 inscripciones en apenas cuatro días— evidencia su capacidad de generar alto impacto con una logística sencilla y replicable.

En conjunto, se trata de una intervención altamente coste-efectiva, alineada con los principios de eficiencia del SNS y fácilmente sostenible en el tiempo.

Participación multidisciplinar

El diseño del curso ha contado con la colaboración de todas las entidades involucradas en la prevención de la muerte súbita en Catalunya:

- Associació per a pacients i familiars amb Síndromes Arrítmics relacionats amb la mort sobtada: Asociación de pacientes que informa y sensibiliza sobre la existencia de síndromes arrítmicos relacionados con la muerte súbita y la importancia de su detección temprana.
- Consell Català de Ressuscitació.
- Escola de Salut Catalana adscrita a la Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació del Departament de Salut: espacio para la ciudadanía donde se pueden adquirir habilidades y conocimientos para mantener, potenciar y mejorar la salud, para así tomar decisiones informadas sobre la misma e incrementar su bienestar.
- Pla Director de Malalties Cardiovasculars: instrumento de información, estudio y propuesta para la mejora de la atención a las personas afectadas por enfermedad cardiovascular en Cataluña.
- Pla Nacional d'Urgències de Catalunya.
- Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya.
- Societat Catalana de Cardiologia.

Colaboración intersectorial

Aunque en esta fase inicial no se ha formalizado una colaboración intersectorial más allá del ámbito sanitario, la iniciativa se ha nutrido de una sólida participación multidisciplinar, integrando entidades clave en prevención, atención y sensibilización sobre la muerte súbita. Esta base favorece la futura articulación de alianzas estratégicas con sectores como educación, protección civil, servicios sociales o mundo local.

La escalabilidad y formato digital del curso lo hacen especialmente apto para su integración en contextos escolares, comunitarios o laborales, ampliando su alcance y reforzando su impacto social.

La apertura a futuras colaboraciones intersectoriales se contempla como una línea de evolución natural del proyecto, especialmente para impulsar acciones formativas presenciales complementarias, campañas de sensibilización en entornos no sanitarios y estrategias de equidad territorial.

Este enfoque flexible y colaborativo se alinea con los principios del SNS de promoción de la salud, trabajo en red y participación comunitaria.

Evaluación

Encuesta de satisfacción: el cuestionario de evaluación de la satisfacción lo respondieron 816 personas, que representan un 97,7% de los participantes que acabaron el curso, por lo que se considera que los resultados son representativos. Las diferentes cuestiones (logro de objetivos, metodología, organización, contenidos y variedad de recursos) se pueden evaluar con poco, nada, mucho y bastante. Las respuestas mucho y bastante se consideran positivas respecto al grado de satisfacción, con porcentajes que varían del 99,6% al 100%. Hay que destacar de este curso que el porcentaje de mucho es siempre mayor del 60%. La satisfacción de participación en el curso es un 100% positiva, considerando las respuestas valoradas como mucho y bastante. En concreto, el 85,9% de los participantes expresan que están muy satisfechos de haber participado en la formación.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT6-2: Impacto del modelo de unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca y GMA en la mortalidad, reingresos y gasto sanitario

Helena Tizón-Marcos (1), Ariadna Mas i Casals (2), Emili Vela Vallespín (3), Raimon Casanovas Zapata (1), Aina Plaza Tesías (2)

(1) Plan Director de Enfermedades Cardiovasculares, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, (2) Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, (3) Àrea de Serveis de Informació, Servei Català de la Salut (CatSalut)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, unidades multidisciplinarias, mortalidad, reingresos hospitalarios, Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), planificación sanitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La insuficiencia cardíaca (IC) representa uno de los principales desafíos de salud pública en Cataluña, tanto por su elevada carga de morbilidad como por su impacto creciente en el sistema sanitario. Se trata de una enfermedad crónica, compleja y progresiva, con elevada prevalencia en población de edad avanzada y asociada a un número significativo de hospitalizaciones, reingresos evitables y mortalidad.

Durante la última década, la incidencia de IC en Cataluña se ha mantenido relativamente estable, aunque su aparición se incrementa exponencialmente a partir de los 60 años. En cambio, la prevalencia ha mostrado un crecimiento sostenido, pasando de 13,9 a 18,5 casos por cada 1.000 habitantes entre 2013 y 2023, lo que refleja el envejecimiento poblacional y anticipa un aumento relevante en la demanda asistencial para los próximos años.

Pese a los avances farmacológicos y tecnológicos, persisten importantes brechas en la atención a los pacientes con IC, especialmente en lo referente a la coordinación entre niveles asistenciales, la continuidad del seguimiento y la gestión de pacientes con alta complejidad clínica. Estos déficits se traducen en peores resultados en salud, con tasas de reingreso y mortalidad que podrían reducirse mediante intervenciones organizativas más eficaces.

En este contexto, la implementación de unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca, estructuradas según niveles de complejidad asistencial (comunitarias, especializadas y avanzadas), supone una innovación organizativa de alto impacto. Este modelo, impulsado por la Sociedad Española de Cardiología mediante la iniciativa SEC-Excelente, promueve una atención integrada, protocolizada y centrada en el paciente, con participación activa de distintos profesionales y continuidad asistencial entre el ámbito hospitalario y comunitario.

Además, este modelo se alinea con experiencias europeas consolidadas, como el modelo holandés de Heart Failure Clinics o el National Heart Failure Programme del NHS británico, que

han demostrado una mejora sustancial en los resultados clínicos y en la eficiencia del sistema mediante unidades especializadas en IC con seguimiento estructurado, educación al paciente y enfoque multidisciplinar.

La presente propuesta responde de forma directa a los objetivos de la convocatoria de Buenas Prácticas del Ministerio de Sanidad, al abordar un problema de alta carga epidemiológica, mediante una solución organizativa innovadora, basada en evidencia nacional e internacional, con resultados medibles en salud, potencial de escalabilidad y sostenibilidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica se dirige a la población diagnosticada de insuficiencia cardíaca atendida en el sistema sanitario público de Cataluña y a los responsables de la planificación y organización de los servicios de salud, con especial énfasis en la adecuación del nivel asistencial al perfil de riesgo y complejidad clínica de los pacientes.

El modelo analizado se basa en unidades de insuficiencia cardíaca estructuradas y multidisciplinarias, acreditadas por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) mediante el sello SEC Excelente, que clasifica las unidades en tres niveles —comunitario, especializado y avanzado— en función de su complejidad clínica, recursos disponibles y capacidad de resolución. Estas unidades se integran en el territorio y se coordinan entre sí y con el resto de dispositivos asistenciales, configurando un modelo escalonado de atención.

En el marco del Plan Director de Enfermedades Cardiovasculares, se ha llevado a cabo un análisis poblacional de la mortalidad por insuficiencia cardíaca en relación con el tipo de unidad presente en cada territorio. Los resultados muestran un claro gradiente de mortalidad asociado al nivel de complejidad de las unidades, de manera que los territorios con unidades de mayor complejidad presentan tasas de mortalidad más bajas. Este hallazgo resulta especialmente relevante teniendo en cuenta que las unidades avanzadas atienden a pacientes con mayor gravedad clínica y comorbilidad.

La práctica incorpora la estratificación del riesgo de los pacientes mediante los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), lo que permite relacionar los resultados en salud con el perfil de complejidad de la población atendida y refuerza la necesidad de adaptar la atención al nivel de riesgo de cada paciente. Además, se muestra cómo este indicador es un gran factor pronóstico para la IC, con un peso comparable al de la edad.

Los elementos diferenciales e innovadores de esta buena práctica radican en la utilización de un estándar de calidad asistencial como instrumento de planificación, en el análisis de resultados en salud a nivel poblacional y territorial, y en la traducción de estos resultados en recomendaciones para consolidar el modelo de unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca.

Población diana / ámbito de aplicación

Esta práctica está dirigida por las personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca y atendidas en el sistema sanitario público de Catalunya.

De forma complementaria, la práctica se dirige a los profesionales y responsables de la planificación y organización de los servicios sanitarios implicados en la atención a la insuficiencia cardíaca, dado que su finalidad es reforzar y consolidar el modelo asistencial que se expone, y la adecuación del nivel de atención al perfil de riesgo de los pacientes.

El ámbito de aplicación es autonómico y abarca el territorio catalán, integrando los distintos niveles asistenciales y las unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca acreditadas, en el marco del sistema sanitario público.

Metodología

Este estudio se basa en un análisis poblacional de todas las personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca residentes en Cataluña a fecha 31 de diciembre de 2023, utilizando datos del registro MUSSCAT (N=149702 personas). Este registro integra información procedente de hospitalizaciones, visitas a urgencias, atención primaria y mortalidad. La asignación de la población a cada unidad de insuficiencia cardíaca se realizó en función de la organización territorial asistencial de Cataluña, tomando como referencia el hospital asignado a cada área básica de salud.

Durante el año 2024 se analizaron cuatro resultados en salud: mortalidad (mediante modelos de supervivencia y regresiones de Cox), hospitalizaciones urgentes y visitas a urgencias (modelos de regresión de Poisson), y gasto sanitario total (regresión lineal).

Los análisis se llevaron a cabo tanto a nivel global como estratificados por grupos de riesgo según el Grupo de Morbilidad Ajustado (GMA) y por tipo de unidad multidisciplinar de insuficiencia cardíaca. Se evaluó la asociación entre las características estructurales del modelo asistencial y los resultados en salud.

Objetivos

Esta buena práctica, basada en el análisis poblacional de la atención a personas con insuficiencia cardíaca en Cataluña, tiene como objetivo principal reforzar y consolidar el modelo asistencial de unidades multidisciplinarias, estructuradas por niveles de complejidad y acreditadas externamente, como herramienta para mejorar los resultados en salud y la eficiencia del sistema.

Concretamente, se pretende:

- Reducir la morbimortalidad asociada a la insuficiencia cardíaca.
- Mejorar el pronóstico clínico y funcional de las personas afectadas.
- Optimizar el uso de los recursos sanitarios, adecuando la intensidad asistencial al perfil de riesgo y complejidad clínica de los pacientes.

De forma complementaria, la práctica tiene como finalidad orientar la planificación, organización y ordenación territorial de los servicios de atención a la insuficiencia cardíaca en el sistema sanitario público, promoviendo un modelo asistencial equitativo, escalable y sostenible, basado en datos reales y en estándares externos de calidad asistencial.

Actuaciones realizadas

Se ha realizado un análisis de la información disponible sobre las unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca en Cataluña, acreditadas por la SEC según su nivel de complejidad.

Se han evaluado los resultados en salud de la población atendida durante 2024, incluyendo mortalidad, hospitalizaciones urgentes, visitas a urgencias y gasto sanitario, para evidenciar el impacto del modelo asistencial en cada región del territorio.

Los resultados del análisis se han compartido internamente entre profesionales de planificación y responsables de salud, con el objetivo de extender el conocimiento sobre el impacto del modelo asistencial de las unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca.

Indicadores

Los indicadores propuestos son los siguientes:

- Mortalidad anual por insuficiencia cardíaca por territorio.
- Número de hospitalizaciones urgentes y visitas a urgencias de pacientes con IC.
- Gasto sanitario total asociada a pacientes con IC.
- Proporción de unidades multidisciplinarias de IC activas según nivel de complejidad.

Recursos

Para el desarrollo de esta buena práctica se ha contado con un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales especializados en planificación sanitaria, estadística y análisis de información poblacional en salud. Se ha utilizado como fuente principal de información la base de datos poblacional MUSSCAT, que integra registros clínicos procedentes de atención primaria, hospitalaria, urgencias y mortalidad. Asimismo, se ha empleado software estadístico avanzado para la realización de análisis descriptivos y modelos multivariantes de regresión.

La colaboración con la Sociedad Española de Cardiología ha sido clave para disponer de un mapeo actualizado de las unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca, incluyendo información detallada sobre su nivel de complejidad, cartera de servicios y estructura organizativa.

En relación con los recursos asistenciales necesarios para un funcionamiento óptimo de estas unidades, se identifican tres niveles:

- Unidades comunitarias, que deben contar con al menos personal médico especialista en cardiología, enfermería con formación específica en insuficiencia cardíaca, acceso a pruebas diagnósticas básicas y posibilidad de hospitalización.
- Unidades especializadas, que incorporan además ecocardiografía avanzada, seguimiento estructurado, gestión protocolizada de pacientes y un equipo multidisciplinar con participación de atención primaria.
- Unidades avanzadas, destinadas a pacientes de alta complejidad, que requieren disponibilidad de pruebas invasivas, terapias avanzadas (como dispositivos de asistencia ventricular o trasplante), sistemas de telemedicina, y un equipo completo multidisciplinar con alta coordinación entre niveles asistenciales.

Esta dotación diferencial de recursos permite adecuar la atención a las necesidades de los pacientes según su perfil de riesgo y nivel de complejidad clínica, favoreciendo mejores resultados en salud y eficiencia del sistema.

Basada en la evidencia

Esta buena práctica se fundamenta en la evidencia científica disponible sobre la atención a la insuficiencia cardíaca, que respalda la eficacia de los modelos multidisciplinares y estructurados para mejorar el pronóstico de la enfermedad y reducir eventos adversos. Las unidades multidisciplinares de insuficiencia cardíaca han sido promovidas y estandarizadas por la Sociedad Española de Cardiología, en consonancia con las recomendaciones de las guías clínicas nacionales e internacionales.

Además, la práctica se apoya en evidencia generada a partir de datos reales del sistema sanitario público de Cataluña. El análisis poblacional realizado muestra una asociación consistente entre la presencia de unidades multidisciplinares de mayor complejidad y mejores resultados en salud. Esta combinación de evidencia externa e interna refuerza la solidez del modelo propuesto.

Equidad

Esta buena práctica incorpora de forma transversal un enfoque de equidad, tanto desde la perspectiva de género, como territorial, como de nivel socioeconómico.

El análisis de los resultados en salud se ha realizado de forma desagregada por sexo, lo que ha permitido identificar posibles inequidades de género en la insuficiencia cardíaca y evaluar diferencias en mortalidad, utilización de recursos y pronóstico.

Desde el punto de vista territorial, la práctica aborda inequidades en el acceso a una atención especializada, al evidenciar diferencias en resultados en salud entre territorios según el nivel de complejidad de las unidades disponibles. Estos resultados permiten orientar la planificación sanitaria para extender el modelo a zonas con menor especialización y mayores tasas de mortalidad, contribuyendo a una atención más equitativa en todo el territorio catalán.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de esta iniciativa se fundamenta en un uso más eficiente de los recursos sanitarios, basado en la adecuación del nivel asistencial a la complejidad clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

El análisis poblacional muestra que el gasto sanitario está principalmente determinado por el grado de comorbilidad de los pacientes y no por el tipo de unidad de insuficiencia cardíaca, lo que indica que la atención especializada y multidisciplinar no incrementa el gasto, a pesar de atender a pacientes de mayor complejidad. Este modelo permite mejorar los resultados en salud, reduciendo la morbilidad y favoreciendo una atención más proactiva.

Asimismo, la mejora del seguimiento clínico, la optimización del tratamiento farmacológico y la reducción de hospitalizaciones y reingresos evitables contribuyen a disminuir la presión asistencial y a mejorar la eficiencia del sistema. Al apoyarse en estructuras existentes y en datos poblacionales, se trata de un modelo sostenible y mantenible en el tiempo.

Transferibilidad

Esta buena práctica presenta un alto grado de transferibilidad a otros territorios del Sistema Nacional de Salud, ya que se basa en un modelo asistencial estructurado, escalonado y apoyado en estándares externos ampliamente reconocidos, como la acreditación de unidades multidisciplinares de insuficiencia cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

La metodología empleada se apoya en análisis poblacionales y en el uso de sistemas de información habituales del sistema sanitario público, lo que facilita su reproducción en otros contextos con disponibilidad de datos similares. Asimismo, la estratificación por niveles de complejidad y por riesgo clínico permite adaptar el modelo a distintas realidades territoriales, independientemente de su tamaño o nivel de especialización.

La práctica no requiere inversiones extraordinarias, sino una adecuada planificación y coordinación de recursos existentes, lo que favorece su implementación progresiva y su aplicabilidad en otras comunidades autónomas.

Efectividad

La efectividad de la iniciativa se demuestra mediante el análisis poblacional de los resultados en salud de las personas con insuficiencia cardíaca atendidas en el sistema sanitario público de Cataluña.

Los resultados muestran una asociación consistente entre la implantación de unidades multidisciplinarias de insuficiencia cardíaca y mejores resultados clínicos, especialmente en términos de mortalidad. Los pacientes atendidos en unidades de mayor nivel de complejidad presentan menores tasas de mortalidad, a pesar de atender a pacientes con mayor gravedad clínica y comorbilidad en comparación con otros territorios que no disponen de unidades de insuficiencia cardíaca multidisciplinarias o unidades no acreditadas.

Estos resultados se mantienen tras el ajuste por edad, sexo y estratificación por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), lo que refuerza la validez del modelo. La atención especializada y coordinada favorece un seguimiento estructurado de los pacientes y una mejor adecuación del tratamiento, contribuyendo a la mejora del pronóstico de la insuficiencia cardíaca a nivel poblacional.

Eficiencia

La eficiencia de esta buena práctica radica en su capacidad para optimizar el uso de los recursos sanitarios a través de una atención estratificada y adaptada al nivel de complejidad clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca. La implementación de unidades multidisciplinarias estructuradas permite asignar los recursos más adecuados en función del perfil de riesgo, evitando tanto la infrautilización como la sobreutilización asistencial.

El análisis poblacional realizado demuestra que el principal determinante del gasto sanitario es la carga de comorbilidad, evaluada mediante los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), y no el tipo de unidad asistencial. Esto indica que las unidades de mayor complejidad, a pesar de atender a pacientes con mayor gravedad clínica, no generan un incremento del gasto sanitario. Al contrario, permiten una atención más eficiente al reducir eventos evitables y mejorar la adecuación terapéutica.

Asimismo, el seguimiento estructurado que ofrecen estas unidades permite optimizar el tratamiento farmacológico, identificar precozmente descompensaciones y reducir hospitalizaciones y reingresos innecesarios, lo que disminuye la presión sobre el sistema sanitario. Esta redistribución de recursos hacia una atención más resolutive y coordinada se traduce en un mayor valor en salud por unidad de coste.

El modelo propuesto aprovecha recursos ya existentes en el sistema sanitario, sin requerir inversiones extraordinarias, y se apoya en mecanismos organizativos y de información

disponibles (registro MUSSCAT, acreditación SEC, estratificación por GMA), lo que favorece su viabilidad y sostenibilidad en el medio y largo plazo. En conjunto, la práctica demuestra que una atención especializada, escalonada y basada en evidencia puede mejorar resultados clínicos y eficiencia sin incrementar el gasto total, alineándose con los principios de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Participación multidisciplinar

Esta buena práctica se articula en torno a un modelo asistencial multidisciplinar para la atención a la insuficiencia cardíaca, que integra de forma coordinada a profesionales de distintos niveles asistenciales y especialidades clínicas. Las unidades multidisciplinarias acreditadas por la Sociedad Española de Cardiología incluyen cardiólogos, personal de enfermería especializada, profesionales de atención primaria, y especialistas hospitalarios como internistas, geriatras o nefrólogos, entre otros. Esta configuración permite una atención integral, continuada y centrada en el paciente, mejorando la adecuación terapéutica, el seguimiento clínico y la capacidad de respuesta ante situaciones de descompensación.

El análisis y la interpretación de los resultados en salud se han llevado a cabo de forma conjunta entre equipos clínicos, responsables de planificación sanitaria y profesionales expertos en análisis de datos, lo que ha permitido una visión compartida entre práctica asistencial y gestión poblacional, reforzando la toma de decisiones basada en la evidencia.

Aunque el núcleo del modelo se centra en la actuación profesional coordinada, se reconoce la importancia creciente de la participación activa de los pacientes en la gestión de su enfermedad. Las unidades fomentan la educación terapéutica, el autocuidado y la toma de decisiones compartida, elementos clave para mejorar la adherencia y la calidad de vida.

Sin embargo, actualmente no se dispone de un sistema estructurado para recoger de forma sistemática la experiencia y satisfacción de los pacientes atendidos en estas unidades. En este sentido, se identifica como línea de mejora prioritaria el desarrollo e implementación de mecanismos de evaluación de la experiencia del paciente, que permitan incorporar su voz en el diseño y seguimiento del modelo asistencial. Esta incorporación enriquecería la perspectiva clínica y organizativa con una dimensión centrada en la persona, clave para avanzar hacia una atención verdaderamente integral y de calidad.

Colaboración intersectorial

Esta buena práctica se apoya en un enfoque de colaboración intersectorial que trasciende el ámbito estrictamente asistencial, integrando a actores clave del sistema sanitario en los ámbitos clínico, organizativo, técnico y científico. La coordinación efectiva entre los servicios de planificación y gestión sanitaria, los sistemas de información en salud y la Sociedad Española de Cardiología ha sido esencial para el desarrollo del modelo, garantizando la existencia de estándares de calidad asistencial, marcos comunes de acreditación y criterios homogéneos de evaluación.

Esta colaboración ha permitido vincular de forma directa la organización territorial de los servicios de insuficiencia cardíaca con los resultados en salud a nivel poblacional, aportando evidencia sólida para la toma de decisiones en planificación sanitaria. Además, ha facilitado la utilización integrada de los registros poblacionales existentes (como MUSSCAT), que permiten monitorizar la actividad asistencial, la morbilidad y los desenlaces clínicos de forma estructurada y en tiempo real.

El trabajo conjunto entre ámbitos clínicos, analíticos y estratégicos favorece la alineación entre la práctica asistencial, la planificación territorial y las políticas de salud pública. Este enfoque intersectorial no solo incrementa la efectividad y pertinencia del modelo, sino que refuerza su sostenibilidad, replicabilidad y capacidad de generar impacto a medio y largo plazo en el conjunto del sistema sanitario.

Evaluación

La buena práctica dispone de un proceso de evaluación estructurado y multidimensional, que combina análisis sistemático de datos poblacionales con la aplicación de estándares externos de calidad asistencial. Este enfoque permite valorar tanto la estructura del modelo como sus resultados clínicos y organizativos, garantizando una mejora continua basada en evidencia.

La evaluación estructural se realiza de forma externa, a través del proceso de acreditación promovido por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), que clasifica las unidades multidisciplinares de insuficiencia cardíaca en función de su nivel de complejidad, cartera de servicios, estructura organizativa y cumplimiento de estándares asistenciales.

La evaluación de resultados en salud se lleva a cabo mediante análisis poblacionales periódicos, utilizando indicadores clave como la mortalidad por insuficiencia cardíaca, las hospitalizaciones urgentes, las visitas a urgencias y el gasto sanitario asociado. Estos indicadores se ajustan por variables demográficas (edad y sexo) y por complejidad clínica, mediante los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), lo que permite una comparación robusta entre territorios y entre diferentes tipos de unidades asistenciales.

Paralelamente, se realiza una revisión interna de los resultados por parte de equipos clínicos y responsables de planificación sanitaria, favoreciendo una interpretación contextualizada de los datos, la identificación de áreas de mejora y la toma de decisiones informadas. Esta doble aproximación —externa e interna— refuerza la transparencia, la objetividad y la capacidad del modelo para adaptarse a las necesidades reales del sistema sanitario.

En conjunto, el sistema de evaluación garantiza la trazabilidad de los resultados, su alineación con los objetivos del modelo y la sostenibilidad de la práctica en el tiempo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL6-1: “Pequeños Hábitos, Gran Corazón: Estrategia Educativa para la Salud Cardiovascular”

Sara Matesanz García (1), Eva M.^a Alzaga Bravo (1), Mercedes Arranz Valentín (2), Mar Coto Sanz (1), Noelia de la Esperanza (3), José María García Portero (3), María López-Seisdedos (2), Silvia Marazuela Pérez (1), Sara Martín Vicente (1), Estrella Tardón Santos (3), Alba M.^a Rodríguez Maya (1), M.^a Ángeles Ruiz Bobillo (1), Ana Angélica Zamarro Sanz (1)

(1) Atención Primaria, Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia, Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), (2) Dirección de Enfermería de Atención Primaria, Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia, SACYL, (3) Complejo Hospitalario Universitario de Segovia, SACYL.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, educación para la salud, hábitos saludables, prevención cardiovascular, atención primaria, autocuidado.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad, discapacidad y pérdida de calidad de vida en la población adulta en España. Su aparición está estrechamente relacionada con factores de riesgo ampliamente prevalentes y, en muchos casos, modificables, como la hipertensión arterial, el tabaquismo, las dislipemias, la diabetes, la obesidad y el sedentarismo. Estos factores se asocian de manera directa con los estilos de vida actuales, caracterizados por una alimentación poco saludable, bajo nivel de actividad física y consumo de sustancias nocivas.

La presente buena práctica surge como respuesta a la necesidad de reforzar la prevención primaria y secundaria del riesgo cardiovascular mediante estrategias educativas dirigidas a la población, fomentando el autocuidado, la corresponsabilidad en la salud y la participación activa de pacientes y cuidadores. El proyecto aborda un problema de salud de elevada magnitud e impacto sociosanitario, cuya prevención resulta prioritaria y urgente en el marco de las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La relevancia de esta iniciativa radica en su enfoque comunitario y participativo, basado en la educación para la salud, el apoyo entre iguales y la capacitación de los pacientes como agentes activos de su propio proceso de salud. A diferencia de otras intervenciones centradas exclusivamente en el abordaje clínico, esta propuesta incorpora el cambio de estilos de vida como eje fundamental, integrando contenidos sobre alimentación saludable, actividad física, control del peso, abandono del tabaco y consumo responsable de alcohol.

El valor añadido del proyecto reside en su metodología estructurada en sesiones formativas, su adaptación al ámbito territorial del Área de Salud de Segovia y su enfoque integral del riesgo cardiovascular, combinando conocimientos teóricos con recomendaciones prácticas aplicables a la vida cotidiana. Asimismo, promueve la equidad en el acceso a la información, mejora la alfabetización en salud y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario mediante la reducción potencial de eventos cardiovasculares evitables.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta consiste en el desarrollo de un programa estructurado de educación para la salud orientado a la prevención del riesgo cardiovascular, dirigido a población adulta con factores de riesgo o interés en mejorar su salud cardiovascular. El programa se organiza en sesiones formativas presenciales, impartidas por profesionales sanitarios formados, con contenidos adaptados y lenguaje accesible.

El proyecto se articula en varias fases, desde la creación y diseño del programa hasta su implementación en las distintas zonas básicas de salud del Área de Salud de Segovia. Las sesiones abordan aspectos clave como la comprensión del riesgo cardiovascular, identificación de factores de riesgo, promoción de hábitos saludables, alimentación equilibrada, actividad física, control del peso y prevención de complicaciones.

A nivel organizativo, la práctica se desarrolla en grupos, favoreciendo la participación activa, el intercambio de experiencias y el aprendizaje entre iguales. Su ámbito de aplicación es territorial, abarcando diferentes zonas de salud, lo que permite una mayor cobertura poblacional.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana está constituida por personas adultas del Área de Salud de Segovia con factores de riesgo cardiovascular, así como pacientes con interés en mejorar su salud y prevenir enfermedades cardiovasculares. Incluye tanto a personas con diagnóstico previo de hipertensión, dislipemia, diabetes, obesidad o hábito tabáquico, como a población general susceptible de beneficiarse de acciones preventivas:

- Pacientes con Diabetes tipo II o tipo I con microalbuminuria.
- Pacientes con 1 o más FRCV diagnosticados de los siguientes HTA, dislipemia, obesidad y tabaquismo.

Metodología

Metodología educativa, participativa y grupal, basada en sesiones formativas estructuradas.

Se utilizan presentaciones orales, dinámicas de grupo y espacios de reflexión, fomentando la participación activa y el apoyo entre iguales.

Se promueve el aprendizaje significativo y la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en la vida diaria.

Grupo abierto, voluntario y variable en el número de participantes, que oscila entre 12 y 15 pacientes, con FRCV que pertenecen a la Zona Básica de Salud de referencia.

Las intervenciones son llevadas a cabo por profesionales enfermeros.

Se realizan 3 intervenciones con cada grupo, con una frecuencia semanal, de 2 horas de duración, encuadrado en los programas de EpS de Atención Primaria. La distribución de las sesiones es la siguiente; una parte inicial, con la formación al grupo sobre diferentes áreas de conocimiento y, una parte final, con un espacio de tiempo posterior para el diálogo y la resolución de dudas.

Objetivos

- Potenciar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud.
- Fomentar el autocuidado y formar sobre las conductas saludables y positivas utilizando el apoyo entre iguales.
- Aumentar las habilidades y confianza del paciente para mejorar el manejo de su enfermedad.
- Promover la detección precoz de los factores de riesgo.
- Reducir incidencia de eventos clínicos de enfermedad coronaria, ictus isquémico y enfermedad arterial periférica.

Actuaciones realizadas

1. Elaboración del proyecto

Fases del proyecto

- Presentación al equipo.
- Captación de pacientes.
- Realización de talleres.
- Evaluación (encuestas a pacientes).

2. Desarrollo de talleres

Desarrollo de sesiones educativas sobre riesgo cardiovascular, factores de riesgo, alimentación saludable, grupos de alimentos, cálculo del IMC y metabolismo basal, consumo de bebidas, consecuencias de una mala alimentación, ejercicio y prevención de la arteriosclerosis. Realización de tareas prácticas entre sesiones y espacios de intercambio de experiencias.

- 1º taller- Conocimientos sobre la enfermedad cardiovascular y necesidad de prevenirla.
- 2º taller- Alimentación.
- 3º taller- Ejercicio y aspectos psicoemocionales.

Indicadores

Indicadores de proceso (ISO 9001 – Seguimiento y medición de procesos):

- Número de sesiones formativas planificadas vs. ejecutadas (% de cumplimiento del programa).
- Número de participantes inscritos por edición.
- Tasa de asistencia media por sesión (% de asistencia sobre inscritos).
- Grado de cumplimiento del cronograma establecido.

Indicadores de resultado (ISO 9001 – Evaluación del desempeño y mejora):

- Variación pre y post intervención en el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular (% de mejora).
- Porcentaje de participantes que refieren cambios positivos en hábitos alimentarios.
- Porcentaje de participantes que incrementan la práctica de actividad física regular.

Recursos

- Recursos humanos: profesionales sanitarios que pertenecen o no al equipo de atención primaria de la zona básica de salud de referencia, formados en educación para la salud.
- Recursos materiales: material didáctico, presentaciones y espacios comunitarios.
- Recursos organizativos: coordinación desde el Área de Salud de Segovia.

Basada en la evidencia

La intervención se fundamenta en la evidencia científica que relaciona estilos de vida saludables con reducción del riesgo cardiovascular. Incorpora recomendaciones sobre alimentación equilibrada, actividad física regular y control de factores de riesgo ampliamente respaldadas por guías clínicas. (Guía práctica clínica ESC)

Estudios cuasi-experimentales y de intervención muestran que, tras una intervención educativa, las personas tienden a modificar positivamente sus hábitos de vida, reduciendo o evitando conductas de riesgo.

Distintas revisiones sistemáticas concluyen que programas de educación en salud en atención primaria pueden mejorar factores de riesgo cardiovascular, como presión arterial, perfil lipídico y puntuaciones globales de riesgo.

Resultados a largo plazo: estudios epidemiológicos de gran escala con diseños robustos han encontrado que una mayor educación formal se asocia causalmente con un menor riesgo de enfermedad coronaria e ictus, independientemente de otros factores cognitivos.

Equidad

Desde la perspectiva de la equidad, las desigualdades en salud cardiovascular no se distribuyen al azar, sino que siguen un gradiente social: las personas con menor nivel educativo, ingresos más bajos o menor acceso a servicios sanitarios presentan mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo), no basta con ofrecer servicios sanitarios: es necesario fortalecer la capacidad real de las personas para utilizarlos eficazmente.

La educación en factores de riesgo cardiovascular trasciende el ámbito del beneficio individual y se configura como una estrategia fundamental de equidad en salud, en tanto que contribuye a la reducción de desigualdades sociales injustas y evitables, promueve el empoderamiento y la capacidad de autocuidado, y favorece una distribución más equitativa de las oportunidades para alcanzar un adecuado estado de salud cardiovascular.

El hecho de que la práctica esté realizada por los profesionales del equipo, responsables de los pacientes, que acudieron a la misma (proximidad) garantiza el acceso equitativo a la información en salud, utilizando un lenguaje comprensible y adaptado, favoreciendo la participación de diferentes perfiles de población y reduciendo desigualdades en el conocimiento y autocuidado.

Sostenibilidad

El proyecto es sostenible al basarse en recursos existentes del sistema sanitario y centrarse en la prevención, lo que contribuye a disminuir la carga asistencial futura y los costes asociados a eventos cardiovasculares.

Constituye una estrategia sostenible en el tiempo, tanto desde el punto de vista organizativo como económico y asistencial, al ser desarrolladas por profesionales que ya forman parte del equipo asistencial, estas intervenciones pueden integrarse en la actividad clínica rutinaria, como las consultas de atención primaria, enfermería comunitaria o programas de seguimiento de pacientes crónicos, sin requerir estructuras paralelas ni recursos externos adicionales.

Refuerza las competencias del propio equipo en promoción y prevención de la salud, lo

que favorece la sostenibilidad técnica, al reducir la necesidad de formación externa continua y facilitar la replicabilidad del modelo.

En resumen, este tipo de intervención refuerza la sostenibilidad global del sistema sanitario y su capacidad para ofrecer una atención equitativa y de calidad.

Transferibilidad

Se puede realizar este tipo de Intervención en cualquier equipo y/o Z.B.S., puesto que como se ha detallado en la justificación, la patología y los eventos cardiovasculares, tienen una alta morbilidad en la población actual.

El material para realizar la Intervención que elaboró el grupo de trabajo responsable del programa está disponible para todos los profesionales de la GAP de Segovia, y se podría compartir con otros profesionales de la GRS que así lo deseen.

La metodología y contenidos son fácilmente transferibles a otras áreas de salud, al tratarse de un programa estructurado, adaptable y basado en educación para la salud comunitaria.

Finalmente, la alineación de estas intervenciones con políticas y estrategias de salud pública ampliamente reconocidas favorece su replicabilidad y escalabilidad, reforzando su carácter transferible.

Efectividad

La efectividad se refleja en la mejora del conocimiento, la adopción de hábitos saludables y la reducción del riesgo cardiovascular en la población participante. La relación longitudinal y de confianza entre los profesionales y la población atendida incrementa la aceptabilidad y adherencia a las recomendaciones, potenciando la efectividad de la intervención.

Actuar simultáneamente sobre los principales determinantes modificables de la salud cardiovascular y utilizar mecanismos de cambio respaldados por la evidencia científica: mejora el conocimiento y la percepción del riesgo, apoya una relación de confianza y credibilidad, y

favorece el empoderamiento y la autoeficacia, facilitando cambios sostenidos en estilos de vida como la alimentación, la actividad física o el abandono del tabaco. En conjunto, estos mecanismos explican la efectividad de las intervenciones educativas en la mejora de la salud cardiovascular.

Eficiencia

La intervención optimiza recursos al centrarse en la prevención y en actividades grupales, generando un impacto positivo con un coste reducido.

La educación en salud impartida por los propios profesionales aprovecha recursos humanos ya disponibles, evitando costes adicionales asociados a la contratación de personal externo o a la creación de programas independientes.

Son intervenciones coste-efectivas, especialmente relevantes en sistemas sanitarios con recursos limitados.

Al centrarse en la prevención y el control precoz de los factores de riesgo, contribuyen a evitar eventos cardiovasculares que requieren intervenciones complejas y costosas, como hospitalizaciones o procedimientos especializados.

La mejora del autocuidado y de la adherencia terapéutica reduce también la utilización innecesaria de recursos sanitarios.

Participación multidisciplinar

Desde nuestra experiencia como equipo, este tipo de intervenciones requieren y se enriquecen enormemente del trabajo multidisciplinar, y así es como lo hemos vivido. Nos hemos dado cuenta de que ningún perfil profesional, por sí solo, puede dar respuesta a la complejidad de los factores de riesgo que influyen en las personas.

Cada disciplina ha aportado una mirada distinta y complementaria: clínica, educativa, nutricional, psicosocial y comunitaria. Trabajar de forma coordinada nos ha permitido ofrecer una atención más integral, coherente y adaptada a las necesidades reales de la población. Además, la colaboración entre profesionales ha fortalecido la comunicación interna, el aprendizaje mutuo y el sentimiento de pertenencia al equipo. Compartir objetivos, diseñar conjuntamente las intervenciones y observar el impacto positivo en las personas atendidas ha sido una experiencia altamente motivadora y gratificante.

En conjunto, el enfoque multidisciplinar no solo ha mejorado la calidad de la intervención, sino que ha reforzado nuestro compromiso profesional y la satisfacción con el trabajo realizado.

Colaboración intersectorial

Colaboración entre el sistema sanitario y recursos comunitarios para el desarrollo de las actividades formativas.

En nuestra experiencia de equipo, estas acciones podrían organizarse como un proyecto compartido: cada profesional aporta su conocimiento técnico, mientras que los otros sectores aportan recursos, espacios y contactos comunitarios, con vinculación con educación y escuelas para promover hábitos saludables desde edades tempranas, trabajo con servicios sociales y comunitarios identificando barreras socioeconómicas que dificulten la adopción de hábitos

saludables, alianzas con ayuntamientos y sector deportivo promoviendo infraestructura comunitaria que facilite ejercicio físico (parques, carril-bici, programas deportivos), integración con medios de comunicación y tecnología difundiendo mensajes de prevención y educación cardiovascular a través de redes sociales, radios locales o aplicaciones móviles.

Evaluación

La evaluación constó de tres partes:

- El proceso de evaluación permanente
- Hoja de asistencia
- La evaluación final

Evaluación Permanente

Método utilizado: observación sistemática. El registro del observador se realizó en base a los siguientes conceptos:

- Comunicación entre miembros del grupo
- Pertenencia al grupo
- Aprendizaje: feedback con el docente
- Cooperación entre los miembros del grupo

Evaluación Final

En la última sesión se realizó una reflexión individual sobre diferentes cuestiones en relación con la experiencia vivida y las conclusiones a las que han llegado.

- Temas que les hayan resultado relevantes
- Vivencias del trabajo en grupo
- Efectos de lo trabajado en la vida cotidiana
- Cuestiones que mejorarían
- ¿Recomendarían esta actividad? ¿Por qué?

Las intervenciones se iniciaron en abril de 2023, continuando en la actualidad.

Cabe destacar que los resultados de las encuestas fueron muy positivos y la satisfacción general de los asistentes también.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL6-2: Programa de rehabilitación cardiaca en el Área de Salud Valladolid Oeste

Elpidio García Ramón (1), Belén Cantón Álvarez (2), Juan Carlos Muñoz San José (2), María Amalia Acuña Lorenzo (2), Héctor García Pardo (2), Ana Martín Sanz (2), Eva García Medrano (2), María Pardo García (2), Sara Medrano (2), Isabel Domingo Rodilana (2), María Teresa Rodríguez (2), Pilar Bermejo de la Fuente (2), María Jesús Antón Andrés (2), Celia Albaladejo Blanco (2), Alicia Córdoba Romero (1), Virginia Carbajosa Rodríguez (1), Tamara Poza Narganes (1), Ana María Correa Fernández (1), Jesús del Río Moro (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), (2) Hospital Universitario Río Hortega, SACYL.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca, prevención secundaria, continuidad asistencial, atención primaria, ejercicio terapéutico, factores de riesgo cardiovascular, adherencia terapéutica,

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo con cifras que van en aumento. En España, la mortalidad coronaria ajustada por edad es similar a la de los países mediterráneos, aunque desde mediados de los años 70 están descendiendo paulatinamente las tasas de mortalidad por ECV en todas las comunidades autónomas. Todo esto, motivado por una mejoría de los hábitos de vida y de los tratamientos frente a la enfermedad coronaria.

Sin embargo, la morbilidad (complicaciones e ingresos en el hospital) de las ECV en general, y de la cardiopatía isquémica en particular, no ha parado de aumentar desde la década 1990.

En consecuencia, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en países industrializados y ocasionan un importante coste sociosanitario, tanto por los gastos directos, derivados de ingresos, métodos diagnósticos y terapéuticos, como por los indirectos causados por incapacidad laboral.

Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) han demostrado mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes, así como disminuir el gasto sanitario, con un menor índice de reingresos, menor consumo de fármacos y de pruebas complementarias, así como la favorecer la reincorporación laboral en pacientes cardiopatas.

Los programas de rehabilitación cardiaca tienen 3 fases: Fase I: intervenciones realizadas durante el ingreso hospitalario. Fase II: de convalecencia, realizadas en las unidades de rehabilitación cardiaca. Fase III: tras el alta en la fase II, el paciente debe continuar manteniendo de por vida las medidas y hábitos de prevención secundaria aprendidas. Esta fase de llevará a cabo por los médicos y enfermeras de atención primaria, así como cardiólogos y demás profesionales implicados.

Los PRC son una intervención eficaz de prevención secundaria en la ECV. Estos programas deben ofrecer un planteamiento multidisciplinario e incluir educación sanitaria, entrenamiento físico, actuación psicológica y control de los factores de riesgo cardiovasculares.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Identificación y definición de la Población diana: en el proceso se incluyen los pacientes del Área de Salud Valladolid Oeste, Este y Área de Salud de Segovia con cualquier cardiopatía. (incluyendo cardiopatía isquémica, revascularización, valvulopatías, cirugía cardíaca, miocardiopatías, postimplante de dispositivos, insuficiencia cardíaca, pre y postrasplante cardíaco y cáncer de mama en tratamiento oncológico)

Ámbito de aplicación: Se trata de un programa que se lleva a cabo en los dos niveles asistenciales: en el ámbito de la atención hospitalaria (fase I y fase II) y a partir de la fase III con la implicación y coordinación con los profesionales de Atención Primaria.

Objetivos de la práctica: el objetivo principal del Programa de Rehabilitación Cardíaca es mejorar la calidad de vida de los enfermos y su pronóstico y el objetivo de la Fase III es mantener los conocimientos y hábitos de prevención secundaria adquiridos durante la Fase II, a través de un programa educativo y de seguimiento en atención primaria: Fase III de RC-AP.

La Rehabilitación Cardíaca tiene 4 objetivos específicos:

1. Mejorar la capacidad funcional a través del entrenamiento físico.
2. El control de los factores de riesgo, con la finalidad de retardar la progresión o incluso invertir el proceso de la enfermedad aterotrombótica (prevención secundaria y primaria), mediante un programa educativo a pacientes y familiares.
3. El apoyo psicológico.
4. La reincorporación social y laboral.

Población diana / ámbito de aplicación

En el proceso se incluyen los pacientes del Área de Salud Valladolid Oeste con cualquier cardiopatía a excepción del aneurisma disecante de aorta y obstrucción grave del tracto de salida del ventrículo izquierdo no tratada.

Metodología

PROTOCOLO DE LA FASE III DE REHABILITACIÓN CARDÍACA:

Los pacientes se dividen en pacientes de alto riesgo en consultas de cardiología y pacientes de bajo riesgo en Atención Primaria. Cuando los pacientes pasan de la Fase II de Rehabilitación Cardíaca a la Fase III, que tiene lugar en Atención Primaria, se genera una cita a través de la Dirección de Enfermería de Atención Primaria:

a) Pacientes de alto riesgo en consultas de cardiología

Los pacientes que al finalizar fase II del programa de rehabilitación cardíaca según la estratificación (tabla 3) se consideran de alto riesgo se llevará a cabo una fase III inicial supervisada durante un año con control en servicio de cardiología, además de las actuaciones

de su médico de atención primaria, al cual se le habrá informado de la situación de alta de la fase II del PRC mediante informe con recomendaciones. El seguimiento a realizar es el siguiente:

- Consulta de Enfermería atención primaria: al alta, al 3º Y 6 º mes
- Consulta de enfermería hospitalaria: a los 2º y 8º mes
- Consulta médica hospitalaria con analítica a los 4º y 10º meses.
- Consulta Médica AP 6º meses y 12º meses.

b) Pacientes de bajo riesgo en Atención Primaria

Los pacientes de bajo riesgo según la estratificación final que han concluido la fase II del PRC son derivados a Atención Primaria.

- Consulta de Enfermería atención primaria: al alta de Fase II, a los 3º y al 6º mes con analítica a los 6 meses. (Valorar telefónica/presencial).
- Consulta Médico de Atención Primaria presencial con analítica a los 12 meses si no hay incidencias, y ante cualquier cambio observado en las consultas de enfermería.

Objetivos

El objetivo principal del Programa de Rehabilitación Cardíaca es mejorar la calidad de vida de los enfermos y su pronóstico y el objetivo de la Fase III es mantener los conocimientos y hábitos de prevención secundaria adquiridos durante la Fase II, a través de un programa educacional y de seguimiento en atención primaria: Fase III de RC-AP.

La Rehabilitación Cardíaca tiene 4 objetivos específicos:

1. Mejorar la capacidad funcional a través del entrenamiento físico.
2. El control de los factores de riesgo, con la finalidad de retardar la progresión o incluso invertir el proceso de la enfermedad aterotrombótica (prevención secundaria y primaria), mediante un programa educativo a pacientes y familiares.
3. El apoyo psicológico.
4. La reincorporación social y laboral.

Actuaciones realizadas

Previo a la implantación de la Fase III en Atención Primaria se ha hecho unas reuniones del grupo de trabajo de rehabilitación cardíaca en AP, seguida de formación en los centros de salud de Valladolid Oeste a la que ha acudido un cardiólogo, una enfermera y una fisioterapeuta de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, y los profesionales de medicina, enfermería y fisioterapia de los equipos de Atención Primaria.

Desde Rehabilitación Cardíaca se manda un correo electrónico a la Dirección de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste, para que el paciente se cite con su enfermera de referencia y empezar la Fase III en Atención Primaria. El alta se acompañará de un informe visible de forma electrónica, detallado, completo y unificado que sirva de documento de continuidad asistencial en el proceso de la RHBC (protocolo específico de documento al alta).

Si durante el seguimiento en la Fase III de Rehabilitación Cardíaca se precisa comunicación con los cardiólogos de rehabilitación cardíaca se podrá hacer una Interconsulta No presencial o ponerse en contacto con la extensión de rehabilitación cardíaca.

Indicadores

- Medición de constantes: TA, FC y SO₂
- Toma de biomédicas: peso, talla, IMC y perímetro abdominal
- Valoración del ejercicio físico (tipo, periodicidad...)
- Control de síntomas
- Seguimiento de adherencia al tratamiento y posibles efectos secundarios de la medicación
- Seguimiento del hábito tabáquico
- Revisión de datos analíticos (LDL, HDL, TG, glucemia, creatinina y HbA1c, entre otro si procede
- Valoración nutricional y consejo higiénico dietético
- Cumplimiento de la vacunación antigripal durante la temporada
- Seguimiento de la reincorporación social y laboral

Recursos

Para una correcta organización de este protocolo de fase III de bajo riesgo se necesita:

- Un sistema de información bidireccional facilitando la comunicación entre el cardiólogo responsable a nivel hospitalario y el médico de AP responsable del programa del centro de salud. Criterios de interconsulta, vía de comunicación, ...
- Una estrecha comunicación con el resto del equipo multidisciplinar.
- Un informe de alta de la Fase II, visible de forma electrónica, detallado, completo y unificado que sirva de documento de continuidad asistencial en el proceso de la RHBC (protocolo específico de documento al alta).
- Unas sesiones formativas del equipo en la consecución de objetivos
- Personal de enlace en cada centro de salud a quien remitir alta e informe

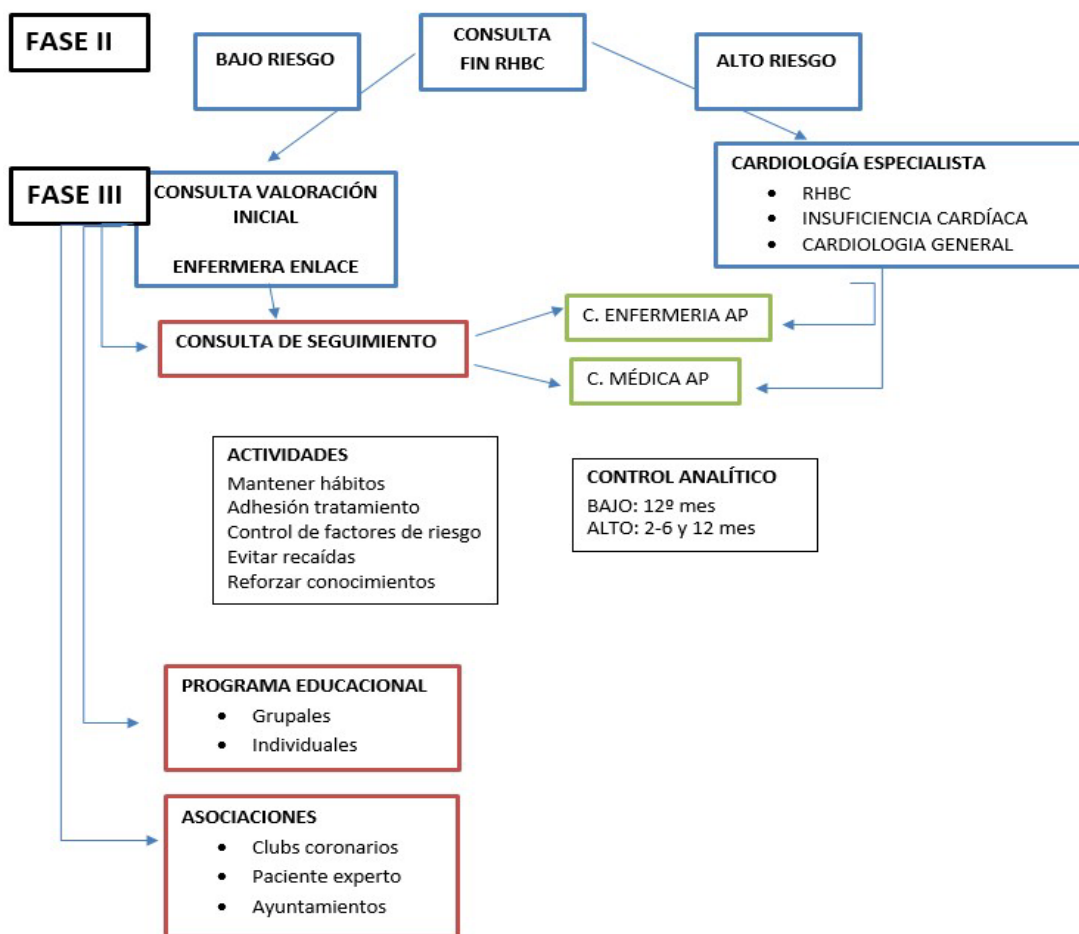


Figura 1. Fases II y Fase III del programa de rehabilitación cardíaca

Basada en la evidencia

Numerosos estudios han comprobado la alta frecuencia de abandono de los programas de ejercicios físicos, comprometiendo así los beneficios derivados de esta tarea. Según Oldridge la adherencia a los programas de prevención y de rehabilitación cardíaca sigue una curva negativa que manifiesta un mayor abandono inicial seguido por una disminución a medida que pasa el tiempo. De esta forma, la adherencia a los programas de rehabilitación cardíaca al año estaría en torno al 50-60%, o hasta una tasa de no adherencia del 90%, como en la serie de Balady.

Referencia:

- Oldridge NB. Efficacy and effectiveness: critical issues in exercise and compliance. J Cardiac Rehabil 1984; 4:119. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, Franklin BA, Gordon NF et al. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation 2011; 124: 2951-2960.

Equidad

Con este proyecto de fase III con atención primaria se garantizaría que todos los pacientes independientemente de área sanitaria, población, recursos socioeconómicos, patología, va a recibir de manera coordinada un seguimiento de las capacidades y hábitos adquiridos durante

la fase II en el periodo más vulnerable de pérdida de adherencia, y por tanto con un incremento de riesgo cardiovascular.

Sostenibilidad

Todos los recursos económicos, humanos y estructurales ya empleados en fase II van a tener una consecución durante esta fase III y a ser posible durante el resto de la vida del paciente, lo que mejora ya de por sí la eficiencia y eficacia de estos programas en la patología con más mortalidad de nuestra sociedad.

Transferibilidad

La implantación de la Fase III de Rehabilitación cardíaca es un proyecto perfectamente transferible a cualquier área de salud, siempre con la colaboración y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, así como el apoyo de las Gerencias implicadas. Es necesario un alto grado de implicación de todos los profesionales que forman parte del programa.

Se ha demostrado que son los tratamientos e intervenciones con el índice coste-beneficio y coste-efectividad más favorable de los que se practica en las enfermedades cardiovasculares.

Desde el punto de vista de la evaluación económica de los PRC se ha demostrado un ahorro económico por paciente tratado, y con efectividad por tiempo de vida ganado.

Efectividad

Los programas de rehabilitación cardíaca han demostrado una mejora en la calidad de vida tanto física, social y psicológica, como en el pronóstico de estos pacientes. Hay evidencia de mejora significativa de complicaciones y mortalidad de hasta un 40%. Actualmente tiene una indicación IA.

Eficiencia

Son los tratamientos e intervenciones con el índice coste-beneficio y coste-efectividad más favorables de los que se practica en las enfermedades cardiovasculares. Según el Servicio Nacional Británico de Salud (NHS) en 1997 acerca de varias intervenciones dejar de fumar es la más coste-efectiva para pacientes con enfermedad cardíaca, y el tratamiento hipolipemiente y Rehabilitación cardíaca son altamente coste-efectivos por QALYs (qualityadjusted life-years) y son relativamente coste-efectivos por YOLS (years of life saved) que es medida de incremento de la esperanza de vida.

El mantener este beneficio a lo largo de la vida del paciente es fundamental y será mayor si lo mantenemos en los primeros 12 meses del evento.

Participación multidisciplinar

Se trata de un proyecto multidisciplinar, cuya clave es la colaboración estrecha entre todos los profesionales implicados en el tratamiento y seguimiento de los pacientes que, tras un evento coronario agudo, se benefician de la rehabilitación cardíaca.

Es imprescindible el manejo multidisciplinar entre cardiólogos, enfermeras y fisioterapeutas de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, para estabilizar y mejorar clínicamente al paciente desde el punto de vista cardiológico y psicológico en las fases iniciales, y de los profesionales de Atención Primaria de referencia, médico y enfermera, para garantizar la continuidad asistencial.

Esta estrategia aborda casi todos los puntos críticos de la atención sanitaria cardiovascular: continuidad asistencial, prevención de la enfermedad cardiovascular, promoción de la salud, manejo de la cronicidad y fragilidad, siendo por ello un plan de acción integral.

Las categorías profesionales implicadas son cardiología, rehabilitación, enfermería, fisioterapia de AH y AP, psicología clínica, neumólogo, psiquiatra, urólogo, asistente social, internista o endocrinólogo...

Colaboración intersectorial

La Fase III al ser la fase más importante y prolongada es un gran reto. Es la más complicada de llevar a cabo porque además de un equipo humano y recursos materiales, se necesita una estructura, protocolización y coordinación entre atención primaria y especializada y entre diversos profesionales sanitarios y no sanitarios para poder llevarla a cabo al igual que colaboración con asociaciones de pacientes.

Evaluación

Se podría obtener una valoración real de este proyecto de fase III estructurado y organizado como se propone, comparando los parámetros de factores de riesgo y hábitos saludables mantenidos al largo del tiempo en comparación a los que lo realizan de una manera no estructurada y a criterio de cada área sanitaria y profesionales sanitarios.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL6-1: Código Shock Cardiogénico-Atención al paciente en shock cardiogénico en el Servizo Galego de Saúde

Raquel Vázquez Mourelle (1), Sonia Fernández Conde (1), Marta Dorribo Masid (2), Miguel Solla Buceta (3)

(1) Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde (SERGAS), (2) Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, (3) Unidad de Cuidados Intensivos, Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC), SERGAS

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Shock cardiogénico, código shock, insuficiencia cardíaca aguda, shock team soporte circulatorio mecánico, ECMO, traslado interhospitalario, red asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El shock cardiogénico (SC) es la manifestación más grave de insuficiencia cardíaca aguda, con una elevada morbilidad (mortalidad hospitalaria 38-49%), que no ha mejorado en los últimos años.

En Galicia, se ha organizado su atención a través de un programa que implanta una red asistencial en formato Código tiempo-dependiente, impulsada y coordinada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SERGAS. Es el primer programa asistencial en el SNS que está avalado e impulsado por una Administración Sanitaria, organizado como código tiempo dependiente, que implanta una red asistencial de atención a este evento súbito y agudo. Cuenta con un robusto plan formativo previo a su implantación dirigido a los profesionales implicados en su manejo.

Las necesidades básicas atendidas con este código fueron:

1. Unificar criterios clínicos de detección precoz y actuación rápida.
2. Optimizar el uso de los dispositivos de asistencia circulatoria conforme a la evidencia científica (ECMO, Impella, Asistencia Ventricular, Balón).
3. Garantizar la continuidad asistencial al protocolizar los traslados entre centros de diferente nivel asistencial y definir los “shock team”.
4. Incorporar al 061 para los traslados emergentes entre hospitales.

Cuenta con un registro oficial consensuado con parámetros clínicos y de gestión (tiempos en la atención), nutrido por especialistas de todos los hospitales gallegos, para evaluar el resultado en salud de la implantación del proceso asistencial.

Este programa se puede enmarcar en la Estrategia de salud cardiovascular (Escav) del SNS del año 2022 cuando identifica como punto crítico la atención al shock cardiogénico.

El código gallego normaliza la asistencia sanitaria prestada a los pacientes que sufren este evento de elevada mortalidad; hasta este momento no había documento de criterios de consenso comunes y corporativo, ni tampoco una red asistencial en la que se incorpora al 061 (Fundación Pública Gallega de Urgencias Sanitarias). El próximo 1/11/2025 hizo un año de su implantación y se organizó la primera reunión de seguimiento tras implantación.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El documento establece la creación de un “código” específico para el Shock cardiogénico, como protocolo asistencial estandarizado para su detección, atención inicial, traslado, tratamiento especializado y seguimiento.

Se parte del hecho de que el shock cardiogénico es la manifestación más grave de la insuficiencia cardíaca aguda, con alta mortalidad, y que existe variabilidad en la práctica clínica.

Por tanto, el objetivo es mejorar la calidad, la coordinación y la eficiencia de la asistencia a estos pacientes, reduciendo el retraso en la atención, favoreciendo la transferencia al centro adecuado y asegurando el acceso a terapias avanzadas cuando proceda en condiciones de igualdad.

Se dirige a todos los niveles de asistencia sanitaria implicados en la atención de pacientes con shock cardiogénico dentro del ámbito de la comunidad autónoma de Galicia:

- Atención extrahospitalaria / servicios de urgencias móviles (por ejemplo, el 061 – Fundación Pública Urgencias Sanitarias)
- Hospitales comunitarios (centros con UCI polivalente o sin ella) que detectan y estabilizan al paciente inicialmente.
- Hospitales con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y dispositivos de soporte mecánico parcial.
- Centros de referencia (“shock centres”) con cirugía cardíaca, soporte mecánico avanzado, etc.

Así pues, el documento es para clínicos y gestores sanitarios, servicios de urgencias, cuidados intensivos, cardiología, cirugía cardíaca, transporte sanitario, etc.

El modelo describe diferentes partes clave:

- Evaluación inicial: cuando se sospecha shock cardiogénico, se aplica un algoritmo diagnóstico para confirmar y estratificar la gravedad.
- Activación del código: cuando se cumplen criterios de shock (o de riesgo), se activa una vía rápida de atención, con un teléfono de coordinación, profesional responsable, etc.
- Continuidad asistencial / traslado: se define cuándo y cómo trasladar al paciente entre niveles asistenciales (hospital comunitario → hospital con ICP → shock centre) según la gravedad, recursos del centro de origen, etc.

- Organización del “shock centre”: en el centro de referencia se crea un “shock team” (equipo multidisciplinar) que tiene fases: activación, escalada/desescalada de soporte, traslado, desactivación.
- Protocolo de manejo: se incluye un protocolo con pautas de tratamiento inicial, uso de vasopresores, soporte mecánico circulatorio, etc.
- Registro de actividad y análisis de resultados: se dispone de una plataforma de registro específico para medir la actividad, calidad, resultados y poder mejorar.

Se aplica a todos los centros hospitalarios públicos de la red del Servicio Gallego de Salud junto con el 061 (territorio comunidad autónoma de Galicia), bajo la organización del Servicio Gallego de Salud.

Algunos de los aspectos que destacan como innovadores o bien organizados:

- Enfoque en red asistencial: integración de distintos niveles (extrahospitalario, hospital comunitario, intervencionismo, referente) para asegurar el flujo adecuado de pacientes.
- Activación precoz del “código”, con criterios bien definidos, para reducir tiempos de atención.
- Designación de “shock centre” con equipo multidisciplinar permanente (o al menos activable) y protocolos estructurados, lo que propicia la centralización de casos complejos para mejorar experiencia y resultados.
- Inclusión explícita de traslado interhospitalario y criterios para este traslado, lo que hace operativo el paso de un nivel a otro.
- Registro de actividad y resultados, lo que facilita la mejora continua y la evaluación del impacto.
- Adaptación a la geografía y particularidades de Galicia (por ejemplo, teniendo en cuenta distancias, centros con diferente nivel, etc).

Población diana / ámbito de aplicación

Los criterios de inclusión y exclusión están claramente definidos y orientados a asegurar que se active el código sólo en los casos con verdadero beneficio potencial. Se activará el código shock cardiogénico en caso de pacientes con diagnóstico de SC SCAI B o superior, que no presenten criterios de exclusión (tabla 3) o ante pacientes con sospecha de SC (presencia de inestabilidad hemodinámica y síntomas cardiológicos asociados), para la realización de estudios complementarios y la confirmación diagnóstica.

Esta tabla establece lo siguiente:

Criterios de exclusión			
	Absolutos		
		Negativa del paciente	
		Enfermedad concomitante grave	
			Neoplasia maligna metastásica
			Enfermedad neurológica o daño cerebral grave, incluyendo deterioro cognitivo
			Enfermedad neuromuscular grave, incluyendo situaciones de dependencia
			Fragilidad extrema sin posibilidad de reversibilidad
			Insuficiencia cardíaca avanzada sin posibilidad de trasplante o DAVI
	Reducción de la expectativa de vida < 1 año a criterio clínico		
	Relativos		
		Edad > 80 años	
		Insuficiencia renal terminal sin opción a trasplante renal (CrCl < 15 ml/min o diálisis)	
Hepatopatía crónica grave sin opción a trasplante hepático (MELD > 17)			
Enfermedad broncopulmonar avanzada sin opción a trasplante pulmonar			
Criterios de desactivación			
	Diagnóstico de causa no cardíaca en la valoración inicial: Aplicación de tratamiento específico		
	Detección de comorbilidad grave en la valoración inicial y/o fallo multiorgánico establecido e irreversible: establecer plan de adecuación de cuidados		

Figura 1. Criterios de exclusión del proceso asistencial código shock cardiogénico

Metodología

Se siguió una metodología de consenso multidisciplinar. Se desarrolló durante un año (octubre 2023-octubre 2024) mediante 11 reuniones de trabajo, con la participación de 19 profesionales pertenecientes a cuatro especialidades médicas (cardiología, medicina intensiva, anestesiología y urgencias hospitalarios) y una quirúrgica (cirugía cardíaca), junto con profesionales de enfermería, incluida la perfusionista. Se garantizó la representación de las 7 áreas sanitarias del Sergas.

El proceso fue coordinado por 3 personas, siendo un coordinador científico.

El diseño se basó en la revisión de la evidencia científica y en la elaboración colaborativa de propuestas estructuradas. Los participantes se distribuyeron en cinco grupos temáticos: (1) detección precoz y manejo inicial, (2) criterios de activación, (3) transferencia interhospitalaria, (4) manejo hospitalario de nivel 2 y (5) manejo hospitalario de nivel 1. El trabajo combinó análisis bibliográfico, discusión clínica y consenso operativo para generar un protocolo integral y aplicable a todo el sistema sanitario gallego.

Objetivos

General: Organizar la asistencia al shock cardiogénico en Galicia a través de la creación de una red asistencial que facilite la administración de tratamientos avanzados que mejoren la supervivencia.

Objetivos específicos:

1. Determinar los criterios de pacientes susceptibles de beneficiarse de tratamientos avanzados.
2. Desarrollar una red asistencial que integre los diferentes niveles asistenciales, identificando centros receptores shock center que concentren la atención de pacientes con SC por equipos multidisciplinares.
3. Desarrollar un proceso asistencial para estandarizar y organizar la asistencia minimizando el retraso en la atención y optimizando la utilización de recursos.
 - Detección y asistencia precoz de pacientes candidatos a terapias avanzadas.
 - Asegurar el traslado de los pacientes en código shock de forma coordinada y con el soporte adecuado entre centros de distintos niveles asistenciales. Protocolos de transporte con medios especializados y personal entrenado.
 - Promover centros y unidades de alto volumen shock center con equipos multidisciplinares.

Actuaciones realizadas

A nivel gestión: se organizó una jornada informativa oficial abierta a todos los profesionales del Sergas organizada a nivel institucional.

Plan formativo organizado en varias ediciones abarcando el máximo número de profesionales y de diferentes categorías, incluyendo talleres prácticos específicos en las UCIS del Sergas, y para el 061.

Seguimiento: con los profesionales implicados y un primer balance anual el pasado 5 de noviembre con todos los implicados (grupo de seguimiento del código).

Como elementos innovadores han sido

- Implementación de un “Shock Team” (cardiología, UCI, cirugía cardíaca, anestesia, perfusionistas).
- Uso de algoritmos dinámicos de estratificación (p. ej., SCAI stages).
- Registro de calidad y feedback con reuniones periódicas intercentros.
- Integración con otros códigos (Código Infarto, Código Parada, etc.) dentro de la red de urgencias cardiovascular gallega.

Indicadores

El registro oficial, o cuaderno electrónico de recogida de datos, permite obtener variedad de indicadores cuantitativos, cualitativos y de resultados.

Los indicadores básicos que recogen aspectos fundamentales como la incidencia del SC en la población, el resultado del programa con el evento más duro que es la mortalidad y los indicadores del proceso, como son los traslados y el soporte circulatorio mecánico. Se definen como siguen y se obtienen directamente de los registros realizados en el cuaderno electrónico:

- Tasa incidencia de Shock Cardiogénico: nº pac ingresados por SC/100.000 hab/año
- Mortalidad por SC:
 - Mortalidad global: $\text{pac fallecidos} / \text{total pac SC} \times 100$
 - Mortalidad ajustada por edad: > 65 años vs < 65 años
 - Mortalidad ajustada por gravedad: escala SCAI al ingreso
- Traslado de pacientes en SC: % pacientes trasladados. % Traslados emergentes vs urgentes.
- Porcentaje pacientes con dispositivos de asistencia circulatoria mecánica.

Y los tiempos (activación, transferencia, tratamiento) que se están registrando, se observará si van mejorando con la experiencia previa de este primer año.

Recursos

Los recursos humanos y materiales son los actuales en cada servicio médico clínico y quirúrgico que participa en la atención al SC. No se ha visto la necesidad de ampliar la dotación habida cuenta que se trataba de ordenar y consensuar la atención como proceso asistencial.

Respecto a los recursos materiales se ha visto la necesidad de dotar a dos hospitales de nivel II de tecnología que ya tenían previamente solicitada.

Sí se vio en la necesidad de dotar a las ambulancias de unos anclajes específicos para el balón de contrapulsación o el Impella en los traslados.

Basada en la evidencia

El documento integra un extenso respaldo bibliográfico con 52 referencias procedentes de guías clínicas internacionales, estudios multicéntricos y revisiones sistemáticas de alto impacto. Esta amplia base garantiza la solidez de las recomendaciones y su alineación con las mejores prácticas actuales. La selección rigurosa de la literatura permitió fundamentar cada fase del protocolo — desde la detección precoz hasta el soporte circulatorio avanzado— sobre criterios clínicos validados y resultados contrastados. Se asegura que las decisiones clínicas y organizativas se sustenten en la mejor evidencia disponible.

Destacamos estudios internacionales con resultados de modelos de atención en red, con activación precoz y centralización en centros de referencia (“shock centres”), experiencias previas, como las redes de código infarto y código ictus, o las guías de la European Society of

Cardiology y de la American Heart Association que recomiendan la creación de equipos especializados (“shock teams”) y rutas asistenciales integradas.

Equidad

Teniendo en cuenta la dispersión geográfica en Galicia este programa garantiza la misma atención y accesibilidad a terapias avanzadas independientemente de nivel socioeconómico y lugar residencia.

Al basarse en indicadores fisiopatológicos y no en factores demográficos, minimiza el riesgo de sesgos por edad o género en la toma de decisiones.

La integración de los distintos niveles asistenciales, junto con la coordinación a través del 061 y el uso de un protocolo único en toda Galicia, contribuye a igualar oportunidades de acceso a tratamientos avanzados y a mejorar la equidad y la calidad global de la atención cardiovascular.

Además, dos variables recogidas en el cuaderno electrónico de recogida de datos son el sexo y la edad, de las que se obtienen resultados epidemiológicos. (consultar documento adicional aportado).

Sostenibilidad

Se garantiza toda vez que se ha institucionalizado como programa oficial corporativo implantado en el Sergas, existiendo un balance inicial del primer año.

Existe un apoyo claro y explícito institucional, ya instaurado hace más de un año.

Transferibilidad

El programa se apoya en protocolos claramente definidos, algoritmos de actuación, criterios homogéneos de activación y derivación, y un modelo organizativo en red que integra todos los niveles asistenciales. Esta estandarización, junto con su fundamentación en la evidencia científica y su desarrollo mediante consenso multidisciplinar, facilita su adaptación a otros territorios o sistemas de salud con diferentes recursos o configuraciones hospitalarias. Además, la existencia de indicadores de proceso y resultados, junto con un registro de actividad y evaluación continua, permite monitorizar su desempeño y realizar ajustes contextuales, elementos clave para la transferencia del modelo. En conjunto, se trata de un programa replicable, evaluable y escalable, que puede servir de referencia para la implementación de redes asistenciales de shock cardiogénico en otros entornos.

Efectividad

Demuestra resultados positivos y medibles en la población objetivo al haber logrado una mayor homogeneidad en la atención, reducción de los tiempos asistenciales críticos y mejora de los resultados clínicos. La implantación del protocolo ha permitido identificar y tratar de forma más precoz a los pacientes en shock cardiogénico, facilitando su derivación rápida a centros con capacidad de soporte circulatorio avanzado. Además, el registro autonómico de casos posibilita un seguimiento continuo de indicadores como mortalidad, tiempo de traslado, uso de dispositivos de asistencia mecánica y recuperación funcional. Los primeros análisis muestran una tendencia a la mejora en la supervivencia y en la eficiencia del circuito asistencial, lo que confirma que la sistematización del proceso y la coordinación entre niveles se traducen en un

impacto clínico real y cuantificable en la población gallega con shock cardiogénico. (informe de resultados en documento adicional adjunto; resultados preliminares → Diapositivas: análisis del resultados-Registro CoSCa).

Eficiencia

Es un código que aporta eficiencia organizativa y clínica. Optimiza recursos y reduce tiempos de respuesta en momentos críticos. Su estructura en red y la definición clara de roles entre los distintos niveles asistenciales permiten evitar duplicidades, acortar demoras diagnósticas y asegurar que cada paciente reciba el tratamiento adecuado en el lugar idóneo. La activación precoz del código, junto con la coordinación centralizada y la estandarización de procedimientos, favorece una utilización más racional de los recursos de alta complejidad —como el soporte circulatorio mecánico o la cirugía cardíaca—, reservándolos para los casos con mayor beneficio potencial. Además, el sistema de registro y evaluación continua posibilita ajustar la práctica en función de resultados reales, garantizando una mejora constante en la relación entre efectividad clínica, tiempos de respuesta y sostenibilidad del sistema sanitario.

Participación multidisciplinar

Ha contado con 19 profesionales de las 7 áreas sanitarias, de diferentes disciplinas médicas, quirúrgicas, incluida también la enfermería y los gestores sanitarios. Ha contado con el aval científico de cinco sociedades científicas: 1/ Sociedad Gallega de Medicina Intensiva; 2/ Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular; 3/ Sociedad Gallega de Cardiología; 4/ Asociación Gallega de Anestesiología, Reanimación y Dolor; 5/ Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes).

Colaboración intersectorial

No involucra a sectores más allá de la salud

Evaluación

Internamente, dispone de un registro autonómico de casos que permite analizar indicadores clave de proceso, resultado y calidad asistencial, como tiempos de activación, traslados, mortalidad o uso de soporte mecánico. Estos datos se revisan periódicamente por los equipos asistenciales, y se auditan externamente desde la dirección general de asistencia sanitaria promotora.

A mayores, en reuniones de seguimiento autonómico, el programa se somete a revisión y seguimiento con la dirección general para aspectos generales de proceso para aportar aspectos de mejora.

Esta doble evaluación refuerza la transparencia, la eficiencia y la capacidad de adaptación del código a la evidencia y a las necesidades del sistema.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD6-1: Modelo de coordinación asistencial y atención integrada entre Cardiología y Atención Primaria para la optimización de procesos cardiovasculares compartidos

Rosa González Davia (1), Pedro Pérez Díaz (1)

(1) Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Coordinación asistencial, atención primaria, cardiología, consultoría AP-Cardiología, insuficiencia cardíaca, diagnóstico precoz, optimización de procesos.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La presente propuesta de buena práctica surge de la necesidad de optimizar la atención a los procesos asistenciales cardiovasculares compartidos entre Atención Primaria y Cardiología, en un contexto de elevada prevalencia, impacto pronóstico y consumo de recursos sanitarios de la enfermedad cardiovascular. La cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y las arritmias constituyen las principales causas de morbilidad en España, con una carga asistencial creciente asociada al envejecimiento poblacional y a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables.

Atención Primaria es el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario y desempeña un papel clave en la detección precoz, la estratificación del riesgo y la derivación adecuada de síntomas cardinales como dolor torácico, disnea, palpitaciones, síncope o alteraciones electrocardiográficas. Sin embargo, los datos analizados en el Hospital Universitario Infanta Cristina muestran que un porcentaje significativo de las primeras consultas derivadas desde Atención Primaria se resuelven con alta directa desde la consulta de Cardiología, especialmente en procesos como mareo, valoración cardiovascular, soplo o alteraciones electrocardiográficas, lo que sugiere un margen claro de mejora en la coordinación asistencial y en la optimización de las derivaciones.

Esta situación genera demoras innecesarias, sobrecarga de las consultas hospitalarias, incremento de pruebas complementarias y un mayor coste sociosanitario, especialmente relevante en pacientes de edad avanzada o con dificultades de movilidad. Un ejemplo paradigmático es el estudio de la disnea, donde la posibilidad de acceso a herramientas diagnósticas básicas en Atención Primaria, como la determinación de BNP o la ecocardiografía, podría evitar un número significativo de derivaciones y consultas de alta resolución, con un impacto económico y organizativo relevante.

La propuesta se alinea con los objetivos de la convocatoria al fomentar la continuidad asistencial organizada, la mayor eficiencia del sistema sanitario y la equidad en el acceso a la atención especializada.

Incorpora un valor añadido diferencial respecto a los modelos existentes, al plantear una consultoría presencial rutinaria y no presencial estructurada entre Atención Primaria y Cardiología, basada en la interacción clínica en tiempo real, la formación conjunta y la

elaboración consensuada de protocolos de derivación para los principales procesos compartidos, en línea con las recomendaciones de las sociedades científicas nacionales.

Finalmente, la relevancia de esta iniciativa se ve reforzada por las características sociodemográficas del área sanitaria, con municipios que presentan mayor vulnerabilidad socioeconómica y mayor carga de enfermedad cardiovascular. La mejora de la coordinación entre niveles asistenciales no solo permite un uso más racional de los recursos, sino que facilita el diagnóstico más precoz de la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, pudiendo contribuir a la reducción de la morbilidad cardiovascular y a una atención más equitativa y centrada en el paciente.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La presente propuesta consiste en la implantación de un modelo estructurado de consultoría asistencial compartida entre Atención Primaria y Cardiología, orientado a mejorar el manejo clínico de los principales procesos cardiovasculares prevalentes, optimizar las derivaciones al ámbito hospitalario y reforzar la continuidad asistencial en un área sanitaria concreta.

La práctica se dirige fundamentalmente a profesionales de Atención Primaria y Cardiología, y de manera indirecta a la población adscrita a los centros de salud del área sanitaria del Hospital Universitario Infanta Cristina. Los pacientes son aquellos que consultan por síntomas o hallazgos compatibles con procesos cardiovasculares compartidos, como dolor torácico, disnea, palpitaciones, síncope, alteraciones electrocardiográficas, soplos cardíacos o situaciones de valoración cardiovascular en pacientes con alto riesgo o antecedentes familiares relevantes.

Población diana / ámbito de aplicación

De forma específica, se dirige a la población adulta que consulta por síntomas o hallazgos sugestivos de patología cardiovascular como he descrito previamente, atendidos en los centros de salud y consultorios adscritos al área sanitaria del Hospital Universitario Infanta Cristina. Y además a los profesionales de Atención Primaria de los centros de salud del área y los cardiólogos del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Infanta Cristina. El ámbito de aplicación por tanto es local. El modelo es transferible y escalable a otras áreas del Sistema Nacional de Salud con características organizativas similares.

Metodología

La metodología se basa en la implantación de un modelo estructurado de consultoría asistencial compartida con un enfoque práctico, progresivo y evaluable. Se establece una presencia periódica programada de un cardiólogo en los centros de salud, donde se realiza valoración clínica conjunta de pacientes previamente seleccionados por los médicos de Atención Primaria, incluyendo exploración física, revisión de electrocardiogramas y ecocardiografía cuando está disponible.

De forma complementaria, se desarrolla un circuito de consultoría no presencial, orientado a la resolución de dudas clínicas, ajuste terapéutico y seguimiento de pruebas complementarias, evitando derivaciones innecesarias. Paralelamente, se elaboran y aplican protocolos consensuados de derivación para los principales procesos cardiovasculares compartidos, junto con actividades formativas breves y continuadas. El modelo se implementa inicialmente como

proyecto piloto, con monitorización de actividad, resultados y posibilidad de ajuste según la experiencia acumulada.

Objetivos

El objetivo general de la presente propuesta es mejorar la calidad, eficiencia y continuidad de la atención cardiovascular mediante un modelo de coordinación estructurada entre Atención Primaria y Cardiología. Como objetivos específicos se plantean:

1. Optimizar las derivaciones desde Atención Primaria al Servicio de Cardiología, reduciendo las derivaciones innecesarias y priorizando aquellas de mayor valor clínico.
2. Facilitar la resolución diagnóstica y terapéutica de procesos cardiovasculares compartidos en el ámbito de Atención Primaria.
3. Disminuir los tiempos de espera en las consultas hospitalarias de Cardiología, liberando recursos para pacientes que precisan seguimiento especializado.
4. Reducir el coste sociosanitario asociado a consultas, pruebas complementarias y desplazamientos evitables.
5. Potenciar la formación práctica y la homogeneización de criterios clínicos entre profesionales de ambos niveles asistenciales.
6. Contribuir a un diagnóstico más precoz de la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, especialmente en poblaciones vulnerables.

Actuaciones realizadas

Desde octubre de 2024 se ha puesto en marcha un proyecto piloto de consultoría Atención Primaria–Cardiología en los centros de salud del área sanitaria del Hospital Universitario Infanta Cristina. Hasta abril de 2025 se han atendido 68 pacientes, que han generado 83 consultas clínicas, tanto presenciales como no presenciales.

Se han realizado valoraciones cardiovasculares conjuntas en los centros de salud, incluyendo exploración física, revisión de electrocardiogramas y ecocardiografía in situ cuando ha sido necesario. Paralelamente, se han resuelto consultas clínicas no presenciales relacionadas con disnea, ajuste terapéutico, interpretación de pruebas y adecuación de derivaciones.

Como resultado, más del 90% de los pacientes atendidos no precisaron derivación a consulta hospitalaria de Cardiología, evidenciando la capacidad resolutoria del modelo. Asimismo, se han iniciado actividades de formación práctica y coordinación clínica con los profesionales de Atención Primaria, sentando las bases para la protocolización compartida de los principales procesos cardiovasculares.

Indicadores

Para la evaluación de la buena práctica se utilizarán indicadores cuantitativos y cualitativos, comparando la situación previa y posterior a la implantación del modelo de consultoría Atención Primaria–Cardiología. Entre los principales indicadores se incluyen: porcentaje de derivaciones evitadas desde Atención Primaria; tasa de altas directas sin derivación hospitalaria tras

consultoría; número de primeras consultas de Cardiología procedentes de Atención Primaria; tiempo medio de espera para primera consulta cardiológica; y número de pruebas complementarias solicitadas por paciente.

Como indicadores de eficiencia se analizará la reducción del coste sanitario estimado asociado a consultas y pruebas evitadas. Asimismo, se evaluarán indicadores de calidad como el grado de adecuación de las derivaciones, la satisfacción de los profesionales implicados y la aceptación del modelo por parte de Atención Primaria. De forma complementaria, se monitorizarán eventos clínicos relevantes en pacientes valorados, garantizando la seguridad del proceso asistencial.

Recursos

A nivel de recursos humanos, participan profesionales de Atención Primaria del área y un cardiólogo de referencia del hospital, que actúa como consultor en los centros de salud de forma programada, integrando esta actividad en su carga asistencial habitual.

En cuanto a recursos materiales, se utilizan los espacios asistenciales de los centros de salud, los sistemas de historia clínica electrónica compartida y el equipamiento diagnóstico disponible (electrocardiografía y ecografía clínica cuando está disponible). De forma complementaria, se emplean herramientas de comunicación no presencial para la resolución de consultas clínicas y el seguimiento de pruebas.

Desde el punto de vista organizativo, el proyecto requiere coordinación de agendas, pero no precisa contratación adicional ni tecnología específica, lo que facilita su sostenibilidad.

Basada en la evidencia

La presente buena práctica se fundamenta en la evidencia científica disponible y en las recomendaciones de las principales sociedades científicas nacionales e internacionales. Diversos estudios y guías de práctica clínica destacan que la coordinación entre Atención Primaria y Cardiología, junto con la protocolización compartida de los procesos cardiovasculares, mejora la adecuación de las derivaciones, reduce la variabilidad clínica y optimiza el uso de recursos sanitarios.

Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y los documentos conjuntos de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria recomiendan modelos de atención integrada para el manejo del dolor torácico, la insuficiencia cardíaca, las arritmias y la prevención cardiovascular, especialmente en entornos con alta carga de enfermedad. Asimismo, la evidencia disponible demuestra que la intervención precoz, la estratificación del riesgo en Atención Primaria y el acceso ágil al especialista se asocian con mejores resultados clínicos y menor morbimortalidad cardiovascular.

Equidad

La buena práctica incorpora la equidad como eje transversal, al facilitar un acceso más homogéneo y oportuno a la atención cardiovascular especializada, independientemente de la situación socioeconómica, la edad o la capacidad de desplazamiento del paciente. El modelo prioriza la resolución de procesos cardiovasculares en el entorno de Atención Primaria, reduciendo barreras geográficas, administrativas y funcionales que afectan especialmente a personas mayores, pacientes con movilidad reducida y colectivos socialmente vulnerables.

Asimismo, la práctica se desarrolla en un área sanitaria con desigualdades socioeconómicas relevantes y mayor carga de enfermedad cardiovascular, lo que refuerza su impacto en términos de justicia distributiva. La coordinación estructurada entre niveles asistenciales contribuye a disminuir la variabilidad clínica y a garantizar criterios de actuación homogéneos, evitando tanto el infradiagnóstico como el sobrediagnóstico. De este modo, el proyecto favorece una atención integrada, accesible y centrada en las necesidades reales de la población, alineada con los principios del Sistema Nacional de Salud.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de la buena práctica se apoya en su integración en la organización asistencial habitual, utilizando recursos humanos, materiales y tecnológicos ya disponibles en el sistema sanitario. El modelo no requiere inversiones estructurales ni contratación adicional, sino una reorganización eficiente de agendas y circuitos asistenciales, lo que facilita su mantenimiento a medio y largo plazo.

La reducción de derivaciones innecesarias, de pruebas complementarias evitables y de consultas hospitalarias de baja complejidad contribuye a una mejor eficiencia económica, generando ahorros indirectos que refuerzan su viabilidad. Asimismo, la mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Cardiología incrementa la capacidad resolutive de ambos niveles y favorece la aceptación del modelo por parte de los profesionales.

Su diseño flexible y escalable permite ajustes progresivos según la demanda y la experiencia acumulada, garantizando la continuidad del proyecto y su posible extensión a otros centros y áreas sanitarias.

Transferibilidad

La buena práctica presenta un alto grado de transferibilidad, al basarse en un modelo organizativo sencillo, flexible y apoyado en recursos habitualmente disponibles en el Sistema Nacional de Salud. La consultoría asistencial compartida entre Atención Primaria y Cardiología puede adaptarse fácilmente a otras áreas sanitarias, independientemente de su tamaño o complejidad, ajustando la frecuencia de las sesiones y los procesos priorizados según las necesidades locales.

El uso de protocolos consensuados, la integración en la actividad asistencial ordinaria y la combinación de atención presencial y no presencial facilitan su replicabilidad sin requerir inversiones específicas ni cambios estructurales. Asimismo, el modelo es aplicable a distintos contextos territoriales, incluidos entornos urbanos y semiurbanos, y especialmente útil en áreas con elevada carga de enfermedad cardiovascular o desigualdades socioeconómicas.

La experiencia del proyecto piloto proporciona una base práctica y evaluable que permite su implantación progresiva en otros servicios y comunidades autónomas.

Efectividad

La efectividad de la buena práctica se fundamenta en los resultados obtenidos durante el proyecto piloto, que muestran una elevada capacidad resolutive del modelo de consultoría compartida entre Atención Primaria y Cardiología. Más del 90% de los pacientes valorados en este dispositivo no precisaron derivación a consulta hospitalaria, lo que evidencia una adecuada selección de casos y una resolución clínica eficiente en el entorno de Atención Primaria.

Asimismo, se ha observado una optimización de las derivaciones, una reducción potencial de pruebas complementarias innecesarias y una mejora en la accesibilidad al especialista para pacientes que realmente lo requieren. El modelo ha permitido una toma de decisiones clínica más precoz y consensuada, especialmente en procesos como disnea, alteraciones electrocardiográficas y valoración cardiovascular.

Estos resultados preliminares sugieren un impacto positivo en la calidad asistencial, la eficiencia del sistema y la seguridad del paciente, con potencial de mejora adicional tras su consolidación y ampliación.

Eficiencia

La buena práctica demuestra una mejora significativa de la eficiencia del sistema sanitario al optimizar el uso de los recursos disponibles mediante la coordinación entre Atención Primaria y Cardiología. La elevada tasa de resolución sin derivación hospitalaria permite reducir consultas especializadas de baja complejidad, disminuir la solicitud de pruebas complementarias innecesarias y liberar agendas hospitalarias para pacientes que precisan seguimiento especializado.

El modelo contribuye además a una reducción del coste sociosanitario indirecto, al evitar desplazamientos, transporte sanitario y pérdida de tiempo laboral de pacientes y cuidadores. La utilización de recursos diagnósticos básicos en Atención Primaria, junto con la toma de decisiones clínica compartida, favorece un abordaje más racional y coste-efectivo de los procesos cardiovasculares prevalentes.

Al integrarse en la actividad asistencial ordinaria y no requerir inversión adicional, la práctica combina alta capacidad resolutoria con un impacto económico favorable, reforzando su valor dentro del Sistema Nacional de Salud.

Participación multidisciplinar

Se fundamenta en una participación multidisciplinar activa, centrada en la colaboración estrecha entre profesionales de Atención Primaria y Cardiología como eje principal del modelo. Los médicos de familia desempeñan un papel clave en la identificación de pacientes, la valoración inicial y el seguimiento longitudinal, mientras que el cardiólogo actúa como consultor clínico, apoyando la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

De forma complementaria, el modelo integra la participación de personal de enfermería, especialmente en el control de factores de riesgo cardiovascular, educación sanitaria y apoyo al seguimiento clínico.

Este enfoque colaborativo favorece la homogeneización de criterios clínicos, la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales y una atención cardiovascular más coordinada, segura y centrada en el paciente.

Colaboración intersectorial

Contempla la colaboración intersectorial como un elemento complementario para potenciar su impacto en salud poblacional. Aunque el eje principal del proyecto es sanitario, se favorece la coordinación con instituciones del ámbito comunitario y social, especialmente en áreas con mayor vulnerabilidad socioeconómica y elevada carga de enfermedad cardiovascular. Estamos

contemplando a medio plazo la colaboración con servicios municipales, asociaciones vecinales y recursos comunitarios para el desarrollo de actividades de promoción de la salud cardiovascular, educación sanitaria y prevención de factores de riesgo, en coordinación con Atención Primaria. Asimismo, la identificación de determinantes sociales relevantes permite orientar intervenciones comunitarias más ajustadas a las necesidades locales.

Este enfoque intersectorial refuerza la equidad, la prevención y la sostenibilidad del modelo, ampliando su alcance más allá del ámbito asistencial y alineándolo con estrategias de salud pública y acción comunitaria.

Evaluación

La evaluación de la buena práctica se realizará de forma continua y estructurada, combinando indicadores de proceso, resultado y calidad asistencial. Se analizarán de manera periódica parámetros como el número de pacientes valorados en el dispositivo de consultoría, el porcentaje de derivaciones evitadas, las tasas de resolución clínica sin derivación hospitalaria y los tiempos de espera para primera consulta de Cardiología.

Asimismo, se evaluará el impacto en la utilización de pruebas complementarias y en la carga asistencial hospitalaria, comparando los datos previos y posteriores a la implantación del modelo. Como indicadores cualitativos se incluirán la satisfacción de los profesionales implicados y la percepción de utilidad por parte de Atención Primaria.

Los resultados de la evaluación servirán para ajustar y mejorar el modelo, garantizar la seguridad clínica y apoyar la toma de decisiones.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD6-2: Delegación de lectura de dispositivos de estimulación cardiaca presencial y telemática en la enfermería: desfibriladores, marcapasos y holter subcutáneos. Una propuesta innovadora, eficiente y segura

Alejandro Curcio (1), Silvia del Castillo (1), Nieves Estival (1), Elena Aldanas (2), Cristina Martín (1), M.ª Eloísa García Huete (2)

(1) Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), (2) Centro de Especialidades (CEP) El Arroyo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, SERMAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Marcapasos, desfibriladores implantables, holter subcutáneo, monitorización remota, enfermería especializada, seguimiento telemático, delegación de competencias.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La implantación de los diferentes dispositivos cardiológicos es una realidad creciente en la práctica cardiológica en los países avanzados. La tasa implante de dispositivos cada año supone casi 2 por mil habitantes y año, lo que supone para España unos 100.000 pacientes nuevos portadores de marcapasos, holter o desfibriladores todos los años.

De forma genérica me referiré a los dispositivos como “marcapasos”, aunque ya he explicado que se trata de múltiples y sofisticados equipos implantables. Una vez implantado el marcapasos hay que adaptarlo a las condiciones de cada paciente. En sí cada marcapasos es un ordenador con múltiples funciones que varían de forma muy sustancial según cada paciente, en definitiva, somos como sastres que adaptamos el marcapasos a “las medidas” de cada portador del mismo. Los marcapasos se implantan con un diseño inicial “de fábrica” igual para todo el mundo, pero como se puede comprender no es lo mismo un bebé recién nacido que un adulto de 60 años con una cardiopatía en lista de espera para trasplante cardíaco y ambos pueden llevar un marcapasos.

La función de seguimiento después del acto quirúrgico del implante se realiza en las consultas de cardiología y para ello clásicamente se realizaba con un cardiólogo experto en marcapasos y mediante un ordenador externo que a través de un electroimán se podía conectar con el marcapasos que lleva implantado el paciente. Además, hay que tener en cuenta que existen al menos 5 grandes empresas multinacionales que fabrican estos dispositivos, con características diferentes todas ellas. Es como los coches uno puede llevar un Seat o un Mercedes y aunque todos cumplen su función es fácil comprender que hay que “aprender” a conducir cada uno de ellos.

Con el paso de los años la medicina y la cardiología en particular han evolucionado y la enfermería se ha incorporado plenamente en el área de la cardiología de forma que hoy en día sería imposible atender adecuadamente a los pacientes sin el binomio médico-enfermería. En el campo que nos ocupa la enfermería se ha ido incorporando de forma plena. Por tanto, la enfermera especializada en lectura y seguimiento de marcapasos es una medida alineada con

los principios de eficiencia, sostenibilidad y calidad asistencial que rigen el sistema nacional de salud.

La delegación organizada supone un papel clave. La estructuración de esta actividad supone un reto para cualquier organización: hay que impartir una formación altamente especializada, dar un marco legal-organizativo en la institución, cumplir con la ley de protección de datos y organizar el flujo de pacientes desde el ámbito de la cirugía y los quirófanos, que puede ser urgente o programado, hasta el ámbito de las consultas donde se efectúa el seguimiento a largo plazo.

Por todo lo expuesto la propuesta de incorporar a la enfermería al control de los marcapasos ya sea presencial o telemática constituye una iniciativa coherente y novedosa con la evolución del sistema sanitario, contribuye a la sostenibilidad y mejora de la calidad percibida, es coste-efectiva y sin duda proporciona a los servicios de cardiología una mayor integración y satisfacción en el trabajo del día a día.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta consiste en la organización del control y seguimiento de los desfibriladores, marcapasos y Holter subcutáneos de forma presencial y telemática por la enfermería.

El trabajo inicial fue en el gabinete jurídico y las empresas que comercializan los dispositivos para poner en orden la documentación que autoriza el registro de los implantes en la web de cada empresa de forma que cumpla la Ley de protección de datos del paciente. Además, se elaboró un consentimiento informado que firma cada paciente por el que autoriza la consulta de su dispositivo de forma telemática.

Posteriormente se impartió formación a enfermería para adquirir los conocimientos necesarios para el control de los dispositivos. Estas clases se publican en el documento de delegación y se realiza un examen para valorar el correcto aprovechamiento y el nivel de suficiencia para poder realizar esta labor con eficacia y seguridad.

El ciclo con el paciente comienza en el quirófano con el implante. La herida quirúrgica la revisa el equipo de enfermería y allí ya se establece el primer contacto con el paciente donde, además de las curas, se le instruye sobre las características del equipo que lleva implantado y los cuidados del mismo. El paciente puede pasar a control presencial según la enfermedad de base y del modelo de marcapasos implantado. En el caso que se opte por control telemático se aporta el equipo que debe de tener instalado en su domicilio para que el marcapasos transmita de forma programada los datos a la web que posteriormente consultará la enfermera y desde la que se pueden hacer las modificaciones que sean necesarias. Se informa al paciente de la periodicidad de las revisiones y que una vez realizada le llegará una carta para informarle de la revisión online. La forma telemática ofrece además una ventaja importante: se programan “red flags” o avisos de malfuncionamiento de forma que el marcapasos nos puede avisar de cualquier malfuncionamiento antes incluso que el paciente tenga alguna consecuencia indeseable.

El ámbito de actuación, la organización de la consulta y la formación de la enfermera, así como la suficiencia en el examen quedan reflejados en un documento de delegación que una vez revisado por el departamento de Calidad Asistencial es remitido a la Gerencia quien firma y

autoriza la delegación. Este innovador marco de actuación proporciona seguridad jurídica al estamento sanitario y garantiza al paciente una máxima eficiencia, seguridad y control de su enfermedad. Esta aseveración queda demostrada en los datos que podemos proporcionar tras revisar los datos de este último año.

En la actualidad esta forma de trabajo abarca toda el área de influencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada que son unos 230.000 habitantes. La incorporación de forma sistemática de todos los controles de los Holter subcutáneos ha supuesto una mejora sustancial en la detección de eventos patológicos de forma que en la actualidad en la mayoría de los pacientes somos capaces de detectarlos una patología antes de que acudan a urgencias con un síncope, ictus o incluso una parada cardiorrespiratoria.

Población diana / ámbito de aplicación

La incorporación de la enfermera especializada en la lectura y seguimiento de dispositivos de estimulación cardíaca está dirigida a la población portadora de estos equipos en las consultas de cardiología. En España se implantan unos 100.000 cada año, que con una vida media de la batería entre 5 y 10 años supone que entre 500.000 y un millón de españoles se podrían beneficiar de esta estructura de seguimiento de dispositivos.

En el Hospital de Fuenlabrada con una población de referencia de 230.000 habitantes tenemos más de mil pacientes en seguimiento mixto tanto presencial como telemático en régimen de delegación por la enfermería.

Para la población de edad avanzada se evitan desplazamientos, para el paciente y familiares, y en el caso de residencias el traslado en ambulancia. Además, esta forma de actuación a distancia prioriza las necesidades del paciente sobre las inevitables citas en agendas presenciales habitualmente sobreesaturadas.

Metodología

La incorporación de la enfermera en la lectura y seguimiento de dispositivos implantables cardíacos se basa en un modelo protocolizado según el documento de delegación. Se definen claramente los criterios de inclusión, exclusión y de consulta al cardiólogo consultor.

En el mismo documento se define la formación de la enfermería, el examen de capacitación y la renovación de los conocimientos cada 3 años. El cardiólogo en común acuerdo con el paciente decide los pacientes que pueden pasar a revisión telemática y cuales seguirán revisiones presenciales. La actividad presencial y remota incluye la interrogación del dispositivo, revisión de parámetros, detección de alertas y registro de los resultados. Ante la detección de cualquier hallazgo inesperado se consultará con el cardiólogo responsable y se actuará en consecuencia. Además, en la lectura telemática se revisan las “red flags” para detección de anomalías inesperadas y alta significados clínicos, que son siempre derivadas al cardiólogo consultor.

Objetivos

Los objetivos se orientan a mejorar la eficiencia, la calidad y la accesibilidad de la atención sanitaria a todos los pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables. Con esta organización se universaliza de forma ecuaníme la atención independientemente de los recursos

de nuestros pacientes. La población mayor es atendida de forma óptima independientemente de sus medios de transporte y su disponibilidad de salir de su casa o residencia.

Se reducen los tiempos de espera, se garantiza el control periódico y seguro de los parámetros de marcapasos por personal especializado y se libera al cardiólogo especialista para la atención presencial de los casos más complejos. Se consigue la detección precoz de incidencias técnicas o médicas y por tanto se contribuye mediante la tecnología al sostenimiento del sistema nacional de salud con los mayores estándares de seguridad y eficacia.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones realizadas se dividen en dos ámbitos:

- La consulta de especialidades del Arroyo (externa al Hospital)
- La consulta de enfermería de dispositivos dentro del Hospital de Fuenlabrada

En la consulta de dispositivos del centro de especialidades se revisan de forma telemática los Holter subcutáneos en este año 2025 llevamos realizadas unas 1545 de las que se han derivado 165 consultas al especialista con necesidad de ingreso para implante de marcapasos en el 30% de las ocasiones.

En la consulta del Hospital las revisiones son fundamentalmente presenciales. Se realizan cada año 1400, y son tanto de marcapasos como de desfibriladores siguiendo el régimen de delegación protocolizado. Las revisiones telemáticas se centran en los marcapasos que llevan la conexión para el domicilio del paciente, así como los desfibriladores indicados por el médico.

Indicadores

Los indicadores para la evaluación del Proyecto son:

Indicadores de rendimiento:

- Número de horas del médico/ Número de horas de Enfermería.
- Número de lecturas realizadas con delegación de competencias.
- Dato económico coste-efectividad de toda la práctica.

Indicadores de Calidad y proceso:

- Porcentaje de incidencias detectadas en la delegación de competencias/total de actuaciones realizadas x 100.
- Porcentaje de derivaciones al cardiólogo.
- Porcentaje de satisfacción de los pacientes.

Recursos

Comprende recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizativos:

- Los RRHH comprende una enfermera con la formación necesaria para poder controlar los dispositivos de estimulación cardiaca. Así mismo de un cardiólogo consultor que pueda resolver las dudas de estos equipos de alta complejidad.
- Los recursos materiales comprenden los programadores de marcapasos que habitualmente son cedidos para uso por la casa comercial de cada firma de dispositivos de estimulación cardiaca. Al mismo tiempo el soporte que proporciona los distintos servicios de un hospital como laboratorio e imagen cardiaca, un espacio adecuado para la revisión de estos pacientes y el material informático habitual de una consulta externa
- Los recursos tecnológicos comprenden una historia electrónica, en nuestro caso sería Selene, acceso al seguimiento remoto de los dispositivos mediante un software específico con sus permisos correspondientes
- Los recursos organizativos suponen la puesta en marcha del protocolo de delegación de funciones con su correcto cumplimiento que asegure la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

Basada en la evidencia

La enfermería en la lectura y seguimiento de dispositivos se sustenta precisamente en los principios de la medicina basada en la evidencia.

Múltiples estudios^{1,2} y registros internacionales han demostrado que el seguimiento protocolizado de dispositivos realizados por la enfermería presencial o telemáticamente³ ofrece resultados comparables al seguimiento realizado por los cardiólogos. Términos de detección de incidencias, seguridad y satisfacción del paciente.

La evidencia respalda que este protocolo de delegación mejora la eficiencia el sistema, reduce tiempos de espera y por tanto optimiza los recursos.

Referencias:

- ¹Circulation 2024 Jul 10;150(8);e183-e196.
- ²2024 AHA/ACC/ACS/ANSC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for perioperative management for Noncardiac surgery.
- ³Am J Cardiol 2021 Jun 15 149: 42-46.

Equidad

La incorporación de la enfermería a la lectura de dispositivos de estimulación cardiaca contribuye de forma significativa a la equidad en el acceso a la atención sanitaria, uno de los principios fundamentales del sistema nacional de salud.

Este modelo de protocolización en forma de delegación de funciones proporciona un mayor acceso a los controles periódicos y supera al modelo tradicional con el médico. Además, la incorporación de la tecnología iguala a toda la población independientemente del lugar donde reside, ciudad o ámbito rural y así mismo iguala la población independientemente de su edad y posibilidades de locomoción o desplazamiento. La posibilidad de utilizar equipos remotos

homogeneiza la atención sanitaria, especialmente a los colectivos vulnerables reduciendo desigualdades territoriales o socioeconómicas.

La delegación en enfermería y telemática promueve una atención justa y de calidad a todos los pacientes portadores de dispositivos de estimulación cardíaca.

Sostenibilidad

La enfermería contribuye de manera directa a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud al promover un uso más racional y eficiente de los recursos. La delegación del seguimiento de dispositivos permite optimizar el tiempo del cardiólogo especialista en arritmias reservándose para los casos más complejos y de mayor valor añadido.

Reduce la presión asistencial sobre las consultas y disminuye las listas de espera. La lectura telemática es capaz de detectar precozmente incidencias y por tanto previene complicaciones y reduce ingresos hospitalarios proporcionando al paciente todas las ventajas de ser portador de un dispositivo capaz de transmitir en tiempo real cualquier incidencia en su funcionamiento o en el aspecto clínico del paciente.

Es claramente coste-efectivo al optimizar recursos disponibles lo que ayuda a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud a medio y largo plazo manteniendo los más altos estándares de calidad y seguridad para el Paciente.

Se promueve una mayor sostenibilidad Ambiental, debido a la reducción del número de visitas presenciales de los pacientes y sus familiares a la consulta, evitando de este modo desplazamientos en vehículos propios o transporte público, que con el Sistema tradicional de Asistencia de estos pacientes. Reduciendo de este modo la huella de carbono.

Transferibilidad

Este modelo de delegación de funciones en lectura y seguimiento de dispositivos de estimulación cardíaca presenta un alto grado de transferibilidad.

Se trata de un modelo basado en protocolos estandarizados, formación específica y uso de tecnologías ya disponibles, lo cual sería fácilmente extensible a otros niveles asistenciales y comunidades autónomas. Este programa es viable tanto en centros de menor como de alta complejidad. Nuestro Hospital de Fuenlabrada se considera de media complejidad y por tanto tenemos la experiencia y seguridad de poder afirmar que es viable para cualquier institución que en su cartera de tratamientos figure el seguimiento de dispositivos de estimulación cardíaca. La flexibilidad del modelo permite esta adaptación sin comprometer los altos niveles de calidad y seguridad del paciente.

Efectividad

La efectividad en este campo sería la obtención de resultados medibles en el tiempo. La atención protocolizada por la enfermería siguiendo los formularios establecidos en el régimen de delegación de funciones permite un seguimiento regular y sistemático de estos dispositivos. Garantiza de forma más rápida y eficiente la presencia de malfuncionamiento de los equipos al poder acceder de forma no presencial en cualquier momento al paciente independientemente de su localización. Además, con la posibilidad de activar las “red flags” obtendremos el registro instantáneo de aquellos parámetros que consideremos vitales para el marcapasos o para el

paciente, por ejemplo las alarmas ante la sobrecarga hídrica que alertan de forma anticipada la presencia de un edema agudo de pulmón.

La redistribución de funciones optimiza la capacidad resolutive de las unidades médicas y contribuye a una mayor eficiencia organizativa con resultados en calidad asistencial y seguridad semejantes al seguimiento médico.

Eficiencia

Con la delegación de funciones en enfermería se mejora de forma significativa la eficiencia del proceso asistencial al optimizar la asignación de recursos humanos dentro del servicio de cardiología. Se consigue incrementar el número de pacientes atendidos sin aumentar la carga médica, reduciendo los tiempos de espera y mejorando la accesibilidad.

La protocolización en la delegación de funciones además disminuye la variabilidad al seguir los formularios descritos en el documento y pudiendo, en caso de duda, consultar en todo momento al cardiólogo consultor asignado. Se minimizan los errores y se maximiza la calidad y seguridad del paciente.

Participación multidisciplinar

El régimen de delegación de funciones refuerza el modelo de colaboración multidisciplinar hacia el que se dirige hoy en día la atención sanitaria de alta calidad, los famosos “Heart teams”. La colaboración y complementariedad de los diferentes profesionales en el ámbito sanitario favorece la atención integral del paciente. La enfermera asume un papel activo en el seguimiento protocolizado y de educación sanitaria mientras que el cardiólogo mantiene la visión clínica sobre el conjunto del paciente y la toma de las decisiones más complejas.

Este modelo favorece el trabajo en conjunto y la mayor sensación de pertenencia a un servicio por los diferentes profesionales sanitarios. Este valor intangible redundante a corto medio y largo plazo en la mayor calidad en la atención al paciente con los mejores resultados clínicos para el mismo.

Colaboración intersectorial

La delegación de funciones en la lectura de dispositivos de estimulación cardíaca favorece la colaboración intersectorial entre los diferentes ámbitos del sistema sanitario e incluso sociosanitario.

Dentro del sistema sanitario este modelo facilita la coordinación entre atención primaria y especializada garantizando una atención continuada. La mayor accesibilidad del paciente a sus centros de salud se puede activar mediante la comunicación electrónica con el ámbito de la atención especializada y desde este activa la lectura del dispositivo de una forma rápida y segura. La enfermería especializada puede actuar de nexo de unión entre los diferentes niveles asistenciales y promover incluso en intercambio de información clínica o necesidades sociales del paciente. La obtención de información telemática de pacientes que estén institucionalizados a través de la enfermería posteriormente se puede transmitir a sus responsables sanitarios y proporcionar una valiosa información que sin esta conexión sería imposible de obtener.

Evaluación

Nuestro régimen de delegación de funciones tanto presenciales como telemáticas en la lectura de dispositivos se realiza de una forma estructurada y en continua monitorización.

Se han realizado varias actualizaciones del documento a lo largo de los últimos años, buscando la mejora y actualización de la práctica médica. Inicialmente el documento solo presentaba la valoración presencial de los marcapasos y Holter subcutáneos y posteriormente, con la mayor experiencia, se ha incorporado los desfibriladores y finalmente también la lectura telemática.

Inicialmente se realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios que demostró la plena confianza en la enfermería en la lectura de los dispositivos. En este año mediante el registro de incidencias hemos detectado que hasta el 10% de las revisiones telemáticas conllevan la consulta al médico y en el 30% de las ocasiones ha supuesto un ingreso del paciente antes de que presentara un evento clínico mayor.

La evaluación permite identificar las áreas de mejora de forma que seguimos ajustando el modelo y así asegurar su efectividad para el futuro y consolidarlo dentro del Sistema Nacional de Salud.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR6-1: Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria pionera en la Región. HGU Reina Sofía de Murcia. Más allá del corazón, una visión holística de la Rehabilitación Cardíaca

María Elena Expósito Ordóñez (1), Tomás Vicente Vera (1), María Ramón Carbonell (1), Ángeles del Rosario Sáez Soto (1), Juan José Marco Sánchez (1), Rosanna López Sabater (1), Francisco Arregui Montoya (1), Luis Caballero Jiménez (1)

(1) Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria, Sección de Cardiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca, prevención secundaria, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ejercicio terapéutico, equipo multidisciplinar, educación sanitaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el grupo de afecciones más importantes que afectan al hombre y la primera causa de muerte en el mundo. Estamos asistiendo en los últimos años a una ligera disminución de la mortalidad, debida en parte a los avances en el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad y a las medidas de prevención, tanto primaria como secundaria. Los pacientes que superan un evento cardiovascular agudo han ido progresivamente en aumento y las actuales y futuras perspectivas son las de un incremento significativo del número de pacientes a tratar con enfermedad cardiovascular, a lo que se suma el aumento de esperanza de vida.

Ante esta situación, los programas de rehabilitación cardíaca (PRHC) se erigen como importantes herramientas para limitar los efectos producidos por la enfermedad cardiovascular, disminuir nuevos eventos, controlar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y mejorar la calidad de vida de los pacientes cardíopatas.

Históricamente el principal objetivo de la rehabilitación cardíaca (RC) era ayudar al paciente a recuperar la autonomía y devolverle a una actividad física normal. Sin embargo, hoy en día los objetivos son más ambiciosos. A corto plazo podemos conseguir la readaptación física del paciente para reanudar sus actividades ordinarias, instruir al paciente y a familiares y ofrecer apoyo psicológico. A largo plazo es importante conseguir el control de los FRCV, reforzar el comportamiento de modo que se fomente el autocuidado y el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida que mejoren el pronóstico de la enfermedad coronaria.

El equipo multidisciplinar está compuesto por cardiólogos, enfermera, fisioterapeuta y psicólogo, con el apoyo de nutricionistas, psiquiatras, graduados CAFD...

La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia tiene su origen en el año 2007, siendo la primera que se puso en funcionamiento en el Servicio Murciano de Salud. A lo largo de los años ha ido evolucionando acorde con cambios tecnológicos y organizativos, con nueva ubicación (permite una mejor cumplimentación de la Fase I y mejor

coordinación interprofesional), dotación de nuevos perfiles profesionales, inclusión de nueva tipología de pacientes, implantación de nuevas consultas..., pero manteniendo la esencia de su concepción holística del paciente cardiológico, la humanización de la asistencia sanitaria y la apuesta por la calidad.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Fases del Programa

- Fase I: Fase aguda. Los pacientes ingresados en la sección de cardiología o desde consultas externas, son valorados por el fisioterapeuta y la enfermera tras interconsulta del cardiólogo. El fisioterapeuta indica pautas a seguir tras la hospitalización en relación al ejercicio físico (dosificación). La enfermera realiza valoración, ofreciendo información sobre tratamiento, prevención de FRCV y beneficios del programa. Los casos se valoran conjuntamente con el cardiólogo para planificar la incorporación previa solicitud de pruebas que precise.
- Fase II: Fase Ambulatoria supervisada. Periodo de convalecencia, tras alta hospitalaria. Los pacientes se estratifican en niveles de riesgo según evolución de su cardiopatía y resultado de pruebas complementarias.

Pacientes con Cardiopatía Isquémica, duración: entre 4 y 8 semanas, 3 días a la semana.
Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, duración no inferior a 12 semanas (dos días semana).

Una característica de nuestro programa es la constitución de grupos de pacientes que inician y concluyen el programa al mismo tiempo, desarrollando entre ellos un vínculo terapéutico y social que trasciende a la conclusión del programa.

- Ejercicio físico controlado:

Entrenamiento multicomponente: calentamiento, ejercicios de fuerza y trabajo aeróbico de intensidad moderada en cicloergómetro o tapiz, progresivo y adaptado al paciente, tabla de estiramientos pasivos.

Trabajo respiratorio, adaptando y coordinando la respiración a la demanda y corrigiendo las situaciones menos eficientes a nivel respiratorio.

Monitorización de constantes Telemetría continua, valoración de signos y síntomas y respuesta del paciente al ejercicio físico.

Valoración Escala de Börg.

- Intervención psicológica:

Intervenciones grupales un día a la semana.

Las sesiones van dirigidas a reducir el impacto emocional negativo provocado por el padecimiento de la enfermedad coronaria, mejorar el afrontamiento del estrés y realizar una valoración realista de las repercusiones del episodio coronario en el funcionamiento habitual del paciente. El objetivo final es fomentar la reflexión, la integración y aceptación de la enfermedad para mantener actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de nuevos eventos cardíacos.

- Intervenciones educativas:

Grupales con pacientes y allegados: Cardiopatía Isquémica, Nutrición Cardiosaludable, Sustancias Tóxicas, Foro de pacientes, Programa Activa Cardio.

Una particularidad es la realización de intervenciones educativas durante el ejercicio físico. Con ellas se acercan los conceptos científicos a conceptos básicos que permitan la autogestión del cuidado, son participativas, permitiendo aclarar dudas. Temas: Fármacos, Pruebas Diagnósticas, Disfunción Sexual, PRHC, Autotoma Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca, Webs de interés, Prevención de infecciones, Higiene del Sueño, Adherencia al Tratamiento, Beneficios del Ejercicio Físico, dosificación y adaptación.

- Control de FRCV por el cardiólogo:

Controles analíticos encaminados a mantener niveles de glucemia y lípidos.

Modificación de tratamiento farmacológico si fuese necesario.

Derivación a otras unidades.

Se realiza una encuesta para conocer la calidad del servicio percibida por el paciente.

Comprometidos con la humanización, se realiza un evento fin de programa en el que se reúne a los pacientes, se entrega un diploma en reconocimiento de su compromiso con el cuidado.

Emisión de informes clínicos.

- Fase III: Derivación al Programa Activa Cardio. Colaboración con la asociación de pacientes AMURECAR (constituida en 2012 en nuestra unidad)

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes del Área de Salud VII-Murcia Este. Incluye 3 municipios. Cuenta con 12 zonas básicas de salud.

- Pacientes de preferencia menores de 70 años con diagnósticos de:
 - Cardiopatía Isquémica con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) con o sin elevación de ST, infarto agudo de miocardio, angor inestable, revascularización percutánea o quirúrgica. Con evento reciente (en general de menos de 6 meses), de cualquier riesgo, dando preferencia a los de moderado y alto riesgo.
 - Insuficiencia Cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida o preservada y estabilidad clínica.
- Pacientes incluidos en la población diana descrita que no cumplan criterios de inclusión o que, por motivos de accesibilidad, familiares o laborales, no puedan realizar el programa presencial, pero que precisen control de factores de riesgo.
- Pacientes y familiares pertenecientes a la asociación AMURECAR que participen en las sesiones educativas.

Metodología

- Análisis descriptivo de las actividades desarrolladas en la unidad en cada una de las Fases del Programa, resaltando aquellos aspectos que caracterizan de forma específica a nuestra unidad.
- Descripción de algunas de las actividades más representativas realizadas a lo largo de la trayectoria de la unidad.

Objetivos

De los programas de RHC:

- Devolver a los pacientes cardiopatas al máximo de posibilidades físicas y mentales, permitiéndoles recuperar una vida normal desde el punto de vista social, familiar y profesional.
- Control clínico y de los FRCV, entrenamiento físico programado y tratamiento psicológico.

Propios:

- Dar a conocer los elementos diferenciadores incluidos en nuestro PRHC.
- Definir las novedades incorporadas en los dos últimos años.

Actuaciones realizadas

La unidad continúa en proceso de desarrollo incorporando nuevas actividades:

- Durante 2024
 - Se incluye la realización de una encuesta anónima y voluntaria para conocer la calidad del servicio percibida por el paciente. Se entrega al final del programa y se evalúan las respuestas, difundiéndose entre los miembros del equipo para establecer áreas de mejora.
 - Nueva prestación con el PRHC dirigido a pacientes con IC. Estos grupos son abiertos, adaptando la duración del programa a las características del paciente y su evolución.
- Durante 2025
 - Incorporación de valoración de impedancia y escala Kansas dirigidas a pacientes con IC.
 - Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a programas de prevención secundaria y control lipídico se incluyen a pacientes que no realizan Fase II del PRHC por falta de accesibilidad.

Indicadores

- Se dispone de un cuadro de mandos de actividad asistencial estructurado en agendas médica, de enfermería, de fisioterapia, rehabilitación cardiaca.
- Indicadores encuesta de satisfacción
 - Programa de Rehabilitación
 - Intervenciones educativas
 - Trato del Equipo
 - Profesionalidad del Equipo

Recursos

- Recursos humanos
 - Personal Básico (equipo troncal): Cardiólogos a tiempo parcial, enfermera a tiempo completo, fisioterapeuta a tiempo completo, psicóloga a tiempo parcial.
 - Personal de Apoyo: Unidad de Nutrición, trabajador social, psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas, administrativas sección de Cardiología.
 - Personal Colaborador: Enfermera de la consulta de Educación Diabetológica, enfermera consulta nefrología, endocrino, internista, urólogo, rehabilitador.
- Recursos materiales
 - Gimnasio, de algo más de 50 m2, ubicado en la 7ª planta de hospitalización.

Cuenta con: 8 cicloergómetros y 2 bandas conectadas a un ordenador central con el programa específico de ejercicio. Ordenador, monito e impresora. Carro de RCP con monitor-desfibrilador y material fungible. Pulsador de emergencia. Tensiómetro automático Equipo audiovisual. Documentación didáctica de apoyo Vestuario con taquillas y aseo. Despacho-consulta.
 - Otras dependencias: Aula de docencia, ubicada en la planta baja del Hospital (zona de docencia) para las sesiones psicológicas y las charlas semanales de educación sanitaria.

Basada en la evidencia

Desde hace varias décadas se han realizado estudios y metaanálisis encaminados a conocer los efectos de la RC sobre la morbilidad cardiovascular. En ellos se concluye que, la realización de un PRHC basado en ejercicio físico, reduce la mortalidad cardiovascular, los ingresos hospitalarios y produce una mejoría de la calidad vida. Esto hace que las principales guías de actuación, tanto de la Sociedad Europea de Cardiología como las americanas, American College of Cardiology o American Heart Association, otorguen a estos programas la más fuerte de las recomendaciones (Clase I) tras un SCA o un procedimiento de revascularización coronaria, así como en IC. En este caso, la RC es fundamental, con mejoría de la clase funcional, de la tolerancia al esfuerzo y de la independencia del paciente, de la calidad de vida, reduciendo el número de estancias hospitalarias en relación a descompensaciones, siendo además una actuación segura.

Equidad

Actuamos con equidad, con un trato justo, imparcial y personalizado, reconociendo la diversidad de circunstancias de cada paciente (social, cultural, barreras físicas...) para conseguir la implementación de hábitos de vida cardiosaludable acorde con sus necesidades buscando la igualdad de oportunidades y resultados en prevención secundaria

Aquellos pacientes que por diferentes motivos (accesibilidad, situación laboral, cuidado dependientes...) no tienen disponibilidad de realizar la fase II del PRHC de forma presencial son derivados a la consulta de prevención secundaria para valoración y seguimiento por la enfermera y fisioterapeuta de FRCV.

La incorporación de la perspectiva de género en el PRHC pretende corregir la infrautilización y abandono del programa por parte de la mujer, para ello adaptamos los turnos en función de sus responsabilidades familiares u ofreciendo rehabilitación domiciliaria a través de la consulta de prevención secundaria.

Sostenibilidad

Los PRHC son sostenibles permitiendo la continuidad de los mismos a largo plazo, al tratarse de un tratamiento de bajo coste, necesidad de escasa tecnología, de fácil mantenimiento, larga durabilidad y alta rentabilidad.

La unidad está dotada del material necesario, no siendo necesario a corto plazo la inversión en recursos materiales.

Transferibilidad

Por la característica de los PRHC, al ser multidisciplinares, poseemos la capacidad de transferir información clínica (diagnóstico, tratamiento...) responsabilidad y cuidados, entre los diferentes profesionales que integran el equipo, así como con otros profesionales del servicio o de fuera del servicio, garantizando la continuidad asistencial.

Gracias a la puesta en marcha de herramientas informáticas adecuadas (como buzones de derivación, interconsultas, visor común de imágenes ...) esta labor se ha visto facilitada en los últimos años.

Todo ello favorece la comunicación clara y estructurada, la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

La unidad ha sido pionera en la implantación de estos programas siendo referencia para la constitución de nuevas unidades en el SMS.

Efectividad

En la evaluación económica de cualquier procedimiento médico es fundamental demostrar su efectividad, por lo que las bases deben sustentarse sobre un balance entre ventajas (beneficios) y desventajas (costos). La efectividad es la capacidad de lograr el objetivo deseado o el efecto esperado. Los PRHC son efectivos porque permiten conseguir los objetivos previstos, tanto en el tiempo como con la calidad esperada, como demuestran los últimos metaanálisis publicados, que concluyen que la RC basada en el ejercicio físico, reduce la mortalidad, cardiovascular, los ingresos hospitalarios y produce una mejoría en la calidad de vida.

Eficiencia

Los PRHBc son eficientes porque ofrecen una buena relación entre los resultados obtenidos, los objetivos conseguidos y los medios usados para conseguirlos. En su faceta de intervención integral, la RC se convierte en una intervención coste-efectiva, suponiendo un ahorro económico, con menor número de reingresos y eventos cardiovasculares y una mayor reincorporación laboral. Si no solo nos centramos en el beneficio económico, sino que contemplamos otros marcadores de eficiencia, podremos demostrar también mejoría en la calidad de vida y en la sensación de bienestar de los pacientes, incorporando el concepto de años de vida ajustados por calidad (QALYS).

Participación multidisciplinar

La RC se encuadra, desde sus inicios, en el marco de una atención integral al individuo. Por este motivo los PRHC son multidisciplinarios, con actuación a cuatro niveles: actuación a nivel clínico y de control de los FRCV; actuación a nivel físico, con la realización de un entrenamiento físico individualizado; actuación a nivel socio-sanitario, fomentando la educación sanitaria y el apoyo social; y actuación a nivel psicológico. Nuestro equipo de RC está integrado por cardiólogos, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo y colaboradores (nutricionistas, psiquiatras, graduados CAFD...).

Colaboración intersectorial

- Derivación al Programa Activa Cardio (Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano y Ayuntamiento de Murcia.
<https://activamurcia.com/activa-cardio/>
- Participación de AMURECAR (Asociación Murciana proRehabilitación Cardíaca) en sesiones educativas, visión de pacientes y ejercicio físico tras programa Activa Cardio.
<http://www.amurecar.org/>
- Comprometidos con la docencia se participa con un colaborador docente en la rotación de Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Eventos de dinamización Social:

Conmemoración día mundial del corazón, lideradas por enfermeras de la URHC desde 2007, colaborando con distintas instituciones. En 2025: “Miradas desde el corazón”, exposición fotográfica.

Organización de Marchas cardiosaludables.

Libro de recetas “Del fogón al corazón”, elaborado por pacientes.
<https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/7228>

Jornada Gastronómica Hospitalaria (2015).

Jornada de Promoción de actividad física en pacientes de RHC (2016) “Cambia el paso”.

Día Mundial de Higiene de Manos, talleres con pacientes.

Día Mundial sin Tabaco, sesiones educativas y distribución de documentación de apoyo.

Evaluación

La unidad cuenta con el procedimiento: Programa Multidisciplinario de Rehabilitación Cardíaca con edición inicial en 2010, que se revisa y actualiza de forma periódica, su última revisión corresponde a 2023 y actualmente está en proceso de revisión (documentación adjunta). Este procedimiento es revisado por el Grupo de Trabajo de Gestión de Procedimientos grupo multidisciplinario que coordinar la revisión y actualización de los procedimientos validando la calidad formal de los mismos.

Desde la dirección de gestión se proporcionan anualmente datos asistenciales referentes a las agendas de Rehabilitación Cardíaca, aunque los datos relativos a 2024 no sirven de referencia debido al cambio de agendas y prestaciones incluidas en 2023.

Anualmente se elabora la memoria de actividad de la unidad que es remitida al Jefe de Sección y Supervisora de la unidad.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR6-2: Proyecto Troya

Inmaculada Martínez Delgado (1), Josefa Segura López (1), Isabel Moya Sánchez (1), Ginesa Vélez Navarrete (1), Nicolasa Cantero (1), Bienvenida Semitiel (1), María Dolores Robles (1), M.^a Teresa Roca Belijar (1), Daniel López Giraldo (1), María Pilar Albentosa Marín (1), Marta Micol Bachiller (1), Francisco Javier Fernández Valero (1), Licet Rosado Mena (1), José Antonio Pascual (1), Esther Moreno Buendía (1), José Manuel García Álvarez (1), María Romera Fernández (1), Remedios Navarro Fernández (1), Rafael Guirao Alcaraz (1), Sergio Alcaraz Ruiz (1), Davinia Saorín Marín (1), José María Abril Sánchez (1), Rebeca Corbalán López (1), Juana María Egea Sánchez (1), María José Cantero (1), Gemma Criado (1), Noelia Fernández Ojeda (1), Irene del Amor Moya (1), Laura Béjar (1), Rebeca Miñano Bleda (1), Piedad Ramírez (1), Sergio López Sánchez (1)

(1) Centro de Salud de Calasparra, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Salud cardiovascular, actividad comunitaria, promoción de la salud, atención primaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

En una región marcada en rojo en mortalidad cardiovascular, nuestro centro se ubica en una localidad periférica con unas características sociodemográficas que no facilitan los hábitos saludables.

Malos hábitos alimentarios, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, construyen una realidad que condiciona el estado de salud de nuestra población y eleva su riesgo cardiovascular.

La comunidad es el entorno ideal para promover cambios sostenibles en el estilo de vida, ya que permite intervenir de manera cercana, accesible y adaptada a las necesidades reales de la población. Además, la participación ciudadana fortalece la corresponsabilidad y facilita la adherencia. Estas intervenciones comunitarias generan un impacto directo en la prevención cardiovascular mejorando el bienestar y la calidad de vida de nuestra población a medio y a largo plazo.

El proyecto nace auspiciado tanto por la necesidad de incidir sobre las circunstancias que comprometen la salud cardiovascular de nuestra población, como por la existencia en nuestro centro de numerosos recursos en materia de actividad comunitaria y prevención y promoción de la salud que integrados podrían constituir una poderosa herramienta para mejorar la salud de nuestra población.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Nuestra propuesta intenta utilizar la experiencia y las dinámicas existentes en nuestro centro en actividades comunitarias, prevención y promoción de la salud, tanto propias como externas,

para crear un “metaproyecto” que integre todos los recursos ya existentes y algunos otros desarrollados “ex profeso” con el fin de actuar sobre todos los factores descritos que amenazan la salud cardiovascular de nuestra población.

Población diana / ámbito de aplicación

Nuestro centro se ubica en la población de Calasparra, en el Noroeste de la región, con aproximadamente 10.000 habitantes y un consultorio periférico en la pedanía d Valentín.

Desde el momento en que el objetivo es corregir hábitos inadecuados y perniciosos para la salud cardiovascular, la población diana es toda aquella que presenta estos malos hábitos, aunque algunas de las actividades integrantes del programa no incluyen actualmente a la población pediátrica.

Metodología

Identificación en OMI-AP: nuestra historia clínica informatizada dispone de la posibilidad de requerir listados de pacientes de dos de los aspectos abordables (obesidad y tabaquismo) Se genera un listado con estos pacientes para poder ofrecerles la inclusión en el programa correspondiente. Conocemos el problema del infradiagnóstico o del infraregistro en historia clínica

Abordaje oportunista casual: En una población como la nuestra con alto índice de frecuentación, y sobre todo en algunos colectivos vulnerables como a los que va fundamentalmente destinado nuestro proyecto, el contacto “oportunista” en consulta a demanda es un método de detección y captación muy importante tanto para los procesos “registrables” (tabaco y obesidad) como para lo relacionado con estilos de vida: malos hábitos alimentarios y sedentarismo.

Captación en usuarios de otros programas ya en curso de acción comunitaria y prevención y promoción de la salud.

Objetivos

El objetivo fundamental del proyecto es incidir sobre cuatro grandes factores de riesgo: obesidad y sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo y malos hábitos alimentarios.

Integrantes: Bajo la dirección de un grupo coordinador compuesto por 8 profesionales, y en reunión de Equipo, se vuelve a constituir el grupo de acción comunitaria para integrar todos los proyectos activos en este “metaproyecto” de acciones comunitarias y de prevención y promoción de la salud. Se invita a participar a todos los integrantes del centro para poder aportar al colectivo sus conocimientos y experiencia personal y la perspectiva específica de cada categoría profesional.

Actuaciones realizadas

- SEMBRANDO VIDA NOROESTE: Destinado a toda la población que presente riesgo de realizar un duelo complicado.
- PROYECTO AMANECE: Atención Multidisciplinar a las Necesidades Del Cuidador y el Enfermo inmovilizado

- GRUPO DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL: Sesiones grupales conjuntas entre nuestro centro y salud mental dirigido a personas con ansiedad.
- PROGRAMA PERSEA, ARGOS y ALTACAN: Programas de ámbito regional orientados a adolescentes.
- MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD.
- DEJATE DE HUMOS: Sesiones grupales de educación para la salud, realizadas en el centro, en horario de tardes para facilitar la asistencia a personas que quieren dejar de fumar.
- 50/20: 20 pacientes comprometidos a perder 50 kilos entre todos.
- CUIDA-TE/MUEVE-TE.
- PROYECTO EDISON: Difusión en radio de temas de interés solicitados por nuestros pacientes.
- GRUPO DE MENOPAUSIA.

Indicadores

Cada actividad cuenta con indicadores específicos que nos permiten evaluar su desarrollo y resultados, nos facilitan identificar áreas de mejora, cumplir objetivos pudiendo actuar sobre las necesidades reales de la comunidad.

Recursos

Los recursos son los propios de un centro salud, incluyendo todo el personal sanitario y no sanitario unidos para realizar acciones que fomenten los hábitos saludables en la población. Abarcan todas las instalaciones disponibles en nuestro centro, salas comunitarias, material sanitario y educativo. Por supuesto se cuenta con los registros informáticos propios del Servicio Murciano de Salud. El uso de las instalaciones del ayuntamiento, cuando es preciso.

Basada en la evidencia

Existe evidencia científica sólida que demuestra que las intervenciones comunitarias en atención primaria sobre factores de riesgo cardiovascular, mejoran los beneficios en salud.

Equidad

En una población rural como Calasparra la equidad implica garantizar que todas las personas independientemente de su ubicación y su nivel socioeconómico puedan acceder a servicios justos para mejorar su salud, esto requiere adaptar nuestras actuaciones a la realidad local de nuestra población, reduciendo las barreras culturales y geográficas existentes. De este modo contribuimos a disminuir las desigualdades de las poblaciones rurales para prevenir los riesgos cardiovasculares.

Sostenibilidad

En este tipo de proyectos es fundamental fortalecer la educación sanitaria, promover hábitos saludables y consolidar alianzas entre profesionales de la salud y la comunidad. Los recursos, la participación de la comunidad de manera activa nos permiten evaluar periódicamente las actuaciones y así ajustar las intervenciones de manera sostenible.

Transferibilidad

Obesidad, sedentarismo, tabaquismo y malas prácticas alimentarias son realidades presentes en cualquier localidad. La inexistencia en algunos centros de las experiencias comunitarias en prevención y promoción de la salud que aquí están presentes, puede modificar la planificación de las actividades a realizar, si se pretende replicar este programa, pero en modo alguno impedirlo.

Las prácticas comunitarias encuadradas en los proyectos citados, que se explican en el anexo a este documento, se pueden extrapolar a los demás pacientes de otros centros sanitarios. Esto se traduce en que el personal de los mismos quedaría implicado en dichas actividades encaminadas a la promoción, prevención, seguimiento y tratamiento de enfermedades asociadas a los riesgos cardiovasculares.

Efectividad

Estas intervenciones basadas en actividades comunitarias logran fomentar hábitos de vida cardiosaludables e identifican factores de riesgo de manera precoz, de esta forma se puede intervenir de manera temprana.

La participación activa de la comunidad, potencia y fortalece la prevención cardiovascular demostrando un impacto real y sostenible en la salud de la población.

Eficiencia

Refleja la capacidad de actuar sobre una serie de factores de riesgo cardiovascular con los recursos disponibles en nuestro centro, para obtener los mejores resultados posibles, de este modo logramos conseguir acciones de impacto con una relación coste-beneficio favorable en salud cardiovascular.

Participación multidisciplinar

La experiencia previa de este EAP en actividades comunitarias nos ha mostrado claramente que parte del éxito de este tipo de iniciativas viene de integrar a todo el equipo o una gran parte del mismo en el proyecto. Los conocimientos y experiencia personales de cada uno de sus integrantes y la perspectiva única de cada categoría profesional suma y da como resultado un funcionamiento mejor. Todo el mundo se siente partícipe, responsable y motivado y la consecución de objetivos hace más fácil el esfuerzo.

El equipo multidisciplinar está formado: administración, auxiliar de enfermería, médicos de familia, enfermeros, médicos internos residentes, enfermeros internos residentes, matrona, fisioterapeuta, unidad de salud bucodental y trabajadora social.

Contamos con el apoyo de los servicios de salud mental y cardiología del área IV.

Así como nutricionistas y una psicóloga externos al centro y que realizan su actividad profesional en Calasparra.

Colaboración intersectorial

No existen en primera instancia necesidades económicas que precisen de financiación externa. Puntualmente, algunas iniciativas del grupo de duelo, como los dos Festivales “Dando Vida a la Muerte” han precisado de aportación económica que se ha conseguido con aportaciones de la Gerencia IV del SMS, el Ayuntamiento de Calasparra y algunos particulares.

Ante la posible aparición de necesidades económicas no previstas, esa fórmula de financiación sería la buscada por nuestra parte.

Evaluación

El proyecto general es la suma de todos los proyectos existentes hasta la fecha, incorporando los pendientes de desarrollo, para crear una “Red de Apoyo” frente a factores de riesgo cardiovascular, los evaluadores son propios y específicos de cada programa.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR6-3: Atención Primaria de Salud Integral para Adultos de 65 Y 70 años. Coordinación entre Medicina y Enfermería para la Prevención Cardiovascular y Promoción del Envejecimiento Activo

Ana Francisca Luján Mercader (1), Andrea Martínez Moreno (1), María José Alonso Sáenz-de Miera (1), Juana María Alonso Pérez (1), Ana Navarro Mercader (1)

(1) Equipo de Atención Primaria Molinos Marfagones, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Envejecimiento saludable, prevención cardiovascular, atención primaria, riesgo cardiovascular, coordinación médico-enfermera.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento poblacional supone un reto creciente para el sistema sanitario. En España, más del 20 % de la población supera los 65 años, grupo con alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, fragilidad y pérdida de autonomía. Sin embargo, los adultos mayores, con patologías crónicas, reciben a menudo menor atención preventiva en la práctica clínica diaria.

Esta propuesta busca consolidar un modelo de atención primaria proactiva que garantice revisiones periódicas integrales a los adultos de 65 y 70 años, con un enfoque centrado en la promoción de la salud, la prevención cardiovascular y el mantenimiento de la funcionalidad.

La iniciativa se alinea con los principios de la Estrategia de Salud Cardiovascular (ESCAV), fomentando la detección precoz de factores de riesgo, la educación sanitaria y la corresponsabilidad del paciente en su autocuidado. Además, promueve la colaboración entre profesionales de medicina y enfermería, optimizando recursos y reforzando la continuidad asistencial.

El valor añadido radica en su enfoque preventivo, interdisciplinar y equitativo. No sólo pretende evitar la aparición de patologías cardiovasculares, sino también fomentar la autonomía y la calidad de vida, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud. La práctica puede servir como modelo replicable para otras áreas de atención primaria.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana está compuesta por adultos de 65 y 70 años adscritos al Centro de Salud de atención primaria de Molinos Marfagones. El programa se dirige a hombres y mujeres que

mantienen autonomía y desean conservar su salud y calidad de vida. El ámbito de aplicación incluye tanto zonas urbanas como rurales, garantizando la equidad territorial y el acceso universal. La práctica puede implementarse en centros de salud, consultorios locales o unidades móviles de atención rural, mediante un circuito de revisión anual y actividades comunitarias. El enfoque es poblacional, preventivo y educativo, orientado a la promoción del envejecimiento activo y saludable dentro del marco de la Estrategia de Salud Cardiovascular (ESCAV).

Metodología

La metodología se basa en un modelo de revisión anual estructurada, integral y coordinada entre medicina y enfermería. La captación la hace el equipo de Atención Primaria (administrativo, auxiliar enfermería, enfermería y médicos). Se convoca a los mayores a una revisión preventiva programada, que incluye: entrevista clínica, valoración del estilo de vida, mediciones antropométricas (IMC, perímetro abdominal), toma de tensión arterial, analítica básica completa (glucosa, colesterol, transaminasas, tiroides, hemograma,...) y ECG, cribado de fragilidad (test FRAIL y Barthel), y actualización del calendario vacunal. Enfermería lidera la captación, realiza la entrevista clínica, valora estilos de vida, hábitos tóxicos, medición antropométrica (peso, talla, IMC, perímetro abdominal), petición de analítica completa y ECG. Revisa calendario vacunal. Hace Educación sanitaria, cribado de fragilidad y cita en programada médica.

Medicina analiza los resultados, establece el nivel de riesgo cardiovascular mediante tablas SCORE2, actualiza la historia clínica y planifica seguimiento. Además, se ofrecen talleres grupales de alimentación, ejercicio y manejo del estrés. El seguimiento se registra en la historia clínica electrónica (HCE) con indicadores normalizados. El proceso se evalúa anualmente para identificar mejoras, fomentando la participación activa del paciente y el trabajo en equipo.

Objetivos

- Promover la salud y el envejecimiento activo en adultos de 65 y 70 años.
- Prevenir la aparición de factores de riesgo cardiovascular mediante revisiones periódicas integrales.
- Detectar precozmente alteraciones de la presión arterial, glucemia, peso y fragilidad.
- Impulsar la corresponsabilidad del paciente en el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.
- Fortalecer la coordinación médico-enfermera y optimizar los recursos asistenciales en atención primaria.
- Aumentar la cobertura de revisiones preventivas en mayores sanos.
- Reducir la incidencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemias en este grupo poblacional.
- Favorecer la continuidad asistencial y la conexión con programas comunitarios de promoción de la salud.
- Mejorar coberturas vacunales de la población adulta.

Actuaciones realizadas

- Citación proactiva de la población objeto, mediante listados del sistema informático de salud.
- Revisión preventiva anual con valoración cardiovascular, funcional y social.
- Educación sanitaria individualizada y talleres grupales de hábitos saludables.
- Protocolización del circuito asistencial y registro de indicadores en la HCE.
- Derivación temprana a medicina si se detectan factores de riesgo o fragilidad incipiente.
- Seguimiento telefónico o presencial según necesidad.
- Evaluación semestral de la cobertura y resultados obtenidos.
- Difusión de resultados a los equipos profesionales y a la población participante para reforzar la adherencia y visibilizar el impacto de la práctica. Todo el proceso se ejecuta dentro de la jornada ordinaria de los profesionales de atención primaria, garantizando sostenibilidad y continuidad.

Indicadores

- Cobertura: Porcentaje de adultos de 65 y 70 años con revisión preventiva registrada.
- Detección: Porcentaje de nuevos factores de riesgo identificados (HTA, dislipemia, glucemia alterada).
- Intervención: Porcentaje de pacientes que reciben consejo breve sobre hábitos saludables.
- Resultados intermedios: captación del IMC medio y mejoría del control de TA.
- Resultados finales: Detección temprana de nuevos pacientes HTA o DM2 en 2 años.
- Satisfacción del usuario (>85 %).
- Porcentaje de asistencia a talleres comunitarios.
- Participación del personal sanitario (Porcentaje de profesionales implicados).

Los indicadores se monitorizan semestralmente mediante revisión de la HCE y encuestas de satisfacción, evaluando cobertura, efectividad y calidad del proceso.

Recursos

El programa utiliza recursos humanos ya disponibles en atención primaria: médicos/as y enfermeros/as de familia, personal administrativo y, cuando procede, fisioterapeutas y trabajadores sociales.

Los recursos materiales incluyen tensiómetros automáticos, básculas, tallímetros, material educativo (folletos, carteles), acceso a historia clínica electrónica y espacio físico para talleres. No requiere inversión económica adicional relevante, dado que se integra en la actividad asistencial ordinaria. Se aprovechan los recursos comunitarios (instalaciones municipales, asociaciones de mayores) para las actividades grupales.

Se contempla la formación específica del equipo en promoción de la salud y comunicación motivacional, lo que refuerza la calidad de las intervenciones y la sostenibilidad del programa a largo plazo.

Basada en la evidencia

Esta buena práctica se fundamenta en la evidencia científica de las principales guías internacionales: European Society of Cardiology (ESC) y European Society of Hypertension (ESH) 2023, OMS: Estrategia de Envejecimiento Saludable 2020–2030 y Plan Europeo de Prevención Cardiovascular. Estas fuentes destacan la efectividad de las intervenciones breves en atención primaria para reducir el riesgo cardiovascular y retrasar la dependencia funcional. La combinación de cribado sistemático, educación sanitaria y seguimiento personalizado ha demostrado mejorar la adherencia a estilos de vida saludables y disminuir la incidencia de enfermedad cardiovascular. Asimismo, el modelo se alinea con el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) recomendado por la OMS, que prioriza la promoción de la salud, la prevención y la coordinación interdisciplinar. Su diseño está respaldado por estudios de cohorte y revisiones sistemáticas que validan la efectividad de programas de prevención en mayores sanos.

Equidad

El programa garantiza la equidad en el acceso a la atención preventiva de las personas de 65 y 70 años eliminando barreras geográficas, económicas y sociales. Se promueve la participación activa de hombres y mujeres de 65 y 70 años, ajustando los contenidos a sus condiciones socioculturales. Para reducir desigualdades, se implementan estrategias de captación proactiva en zonas rurales y barrios vulnerables, incluyendo llamadas telefónicas, coordinación con servicios sociales y apoyo de asociaciones de mayores. Se emplea un lenguaje claro, inclusivo y adaptado al nivel educativo de los participantes, con materiales en lectura fácil y versiones traducidas cuando sea necesario. El enfoque equitativo refuerza la calidad, la accesibilidad y la justicia sanitaria del programa.

Sostenibilidad

El programa se integra plenamente en la cartera de servicios de atención primaria, utilizando recursos humanos y materiales ya disponibles. No requiere inversión económica adicional significativa, lo que garantiza su viabilidad a largo plazo. Su sostenibilidad se basa en tres pilares:

1. Eficiencia: optimización del tiempo asistencial y del trabajo coordinado médico-enfermera.
2. Prevención: reducción futura de la carga de enfermedad crónica y del gasto sanitario asociado.
3. Capacitación: formación continua del equipo y empoderamiento del paciente para mantener hábitos saludables. Además, la metodología es sencilla, replicable y compatible con los sistemas de información sanitaria existentes. La práctica se consolida como una estrategia coste-efectiva que mejora la calidad de vida de las

personas mayores y contribuye a la sostenibilidad del sistema público de salud mediante la prevención primaria y la detección precoz.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible, ya que utiliza protocolos estandarizados, recursos comunes y herramientas digitales disponibles en todos los centros de salud. Puede adaptarse fácilmente a diferentes entornos —rurales, urbanos o mixtos— con mínimas modificaciones operativas. La existencia de guías, materiales formativos y formularios electrónicos facilita su implementación por parte de otros equipos de atención primaria. Asimismo, el programa promueve la creación de una red de intercambio entre centros, permitiendo compartir resultados, buenas prácticas y materiales educativos. La coordinación con las unidades de salud pública, servicios sociales y asociaciones locales facilita su expansión territorial y refuerza su impacto. En definitiva, la práctica puede ser adoptada por cualquier comunidad autónoma con pequeñas adaptaciones, manteniendo su estructura y objetivos originales, lo que la convierte en un modelo exportable de prevención y promoción de la salud en mayores.

Efectividad

La efectividad se mide mediante la reducción de nuevos diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemias en los adultos 65 y 70 años participantes.

Los resultados esperados incluyen una mejora del control de peso, presión arterial, hábitos de vida saludable y aumento de coberturas vacunales, así como un aumento de la percepción de bienestar y autonomía funcional. Se prevé un impacto positivo en la adherencia a la actividad física regular y la alimentación equilibrada. Los indicadores de proceso (cobertura, seguimiento, satisfacción) y de resultado (riesgo cardiovascular y fragilidad) permiten evaluar el efecto real de la intervención. Experiencias similares han demostrado reducciones del 10–20 % en la aparición de factores de riesgo cardiovascular tras dos años de aplicación, lo que respalda la efectividad potencial de este modelo preventivo en atención primaria.

Eficiencia

La práctica optimiza el uso de los recursos existentes mediante una distribución equilibrada de tareas entre medicina y enfermería. La revisión anual permite planificar la atención, evitar duplicidades y reducir visitas no programadas. La detección temprana de alteraciones minimiza el coste asociado a complicaciones crónicas. El tiempo de consulta se aprovecha mejor al combinar educación sanitaria y valoración clínica en un único acto asistencial. Además, los talleres grupales maximizan el impacto educativo con bajo coste adicional. El análisis coste-beneficio, basado en estimaciones de prevención de eventos cardiovasculares, muestra que cada euro invertido en prevención puede ahorrar entre 4 y 6 euros en tratamiento futuro. En conjunto, la intervención mejora la productividad asistencial, la eficiencia del sistema y la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales.

Participación multidisciplinar

El programa se apoya en la colaboración de un equipo multidisciplinar formado por profesionales de medicina de familia, enfermería, fisioterapia, trabajo social, administrativos y farmacia comunitaria.

- Medicina: valoración clínica, interpretación de resultados y plan de seguimiento.
- Enfermería: captación, educación sanitaria y seguimiento del autocuidado.
- Fisioterapia: promoción del ejercicio adaptado y prevención de caídas.
- Trabajo social: detección de vulnerabilidad o riesgo social y coordinación con recursos comunitarios.
- Farmacia comunitaria: refuerzo de la adherencia terapéutica y consejo sobre medicación segura.

Esta cooperación favorece una atención integral, centrada en la persona, y fortalece la comunicación entre niveles asistenciales. La coordinación se realiza mediante reuniones periódicas de equipo, registro conjunto en historia clínica y objetivos compartidos de mejora continua.

Colaboración Intersectorial

La buena práctica fomenta la colaboración entre el sistema sanitario y otros sectores clave: servicios sociales, ayuntamientos, asociaciones de mayores, centros educativos y entidades deportivas locales. Se establecen convenios o acuerdos informales para la utilización de espacios municipales (centros cívicos, gimnasios, parques saludables) y la promoción de actividades grupales de ejercicio y educación para la salud. Además, se promueven campañas de sensibilización comunitaria sobre envejecimiento activo y prevención cardiovascular. La implicación de agentes comunitarios y voluntariado senior potencia el sentido de pertenencia y el apoyo mutuo.

Esta cooperación intersectorial fortalece las redes de salud locales, favorece la sostenibilidad del programa y amplifica su impacto social. El modelo responde al enfoque de “Salud en Todas las Políticas”, impulsado por la OMS, integrando salud, bienestar y participación ciudadana.

Evaluación

La evaluación es continua, cuantitativa y cualitativa. Se realiza de forma anual mediante la revisión de indicadores de cobertura, calidad y resultados clínicos. Las fuentes de información incluyen la historia clínica electrónica, cuestionarios de satisfacción y registros de talleres. Se analizan tasas de participación, detección de nuevos factores de riesgo, seguimiento y satisfacción de usuarios y profesionales. Los resultados se comparan con datos previos y con objetivos definidos al inicio del programa. Además, se incluyen sesiones de retroalimentación con los equipos profesionales para identificar áreas de mejora. El informe anual recoge los logros, dificultades y propuestas de ajuste para garantizar la mejora continua. Esta evaluación permite demostrar el impacto real del programa, justificar su continuidad y facilitar su difusión como modelo de buena práctica en salud cardiovascular y envejecimiento activo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR6-4: Taller de reanimación cardiopulmonar para personal no sanitario

Elena Jimeno Lecina (1), Ángela Díaz (1), Lola Rodríguez Mulero (1), Lola Casado (1), Laura Tárraga (1), Julia Batlles (1), Carolina Navarro (1), Mari Carmen Lorente (1), Roberto Jiménez (1), Águeda Ojados (1), Luis Requena (1)

(1) Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar, parada cardiorrespiratoria, primer interviniente, personal no sanitario, cadena de supervivencia.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Justificación de la propuesta: La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una emergencia vital imprevisible que puede ocurrir en cualquier momento y lugar, incluso en entornos hospitalarios fuera del ámbito asistencial directo. Cada minuto sin circulación efectiva y oxigenación cerebral reduce drásticamente las posibilidades de supervivencia y el pronóstico neurológico del paciente. Por ello, disponer de conocimientos básicos y habilidades prácticas en reanimación cardiopulmonar (RCP) es esencial para cualquier persona que pueda actuar como primer interviniente.

La magnitud del problema es significativa: en Europa, la incidencia anual de PCR extrahospitalaria tratada por los servicios de emergencia médica se estima en 55 casos por cada 100.000 habitantes (rango 17–104), con un ritmo inicial desfibrilable en aproximadamente el 20% de los casos. Sin embargo, la supervivencia tras una PCR extrahospitalaria apenas alcanza el 7,5% (rango 3,1–35%), y uno de los factores más determinantes para mejorar estas cifras es la intervención precoz mediante RCP iniciada por testigos y el uso del desfibrilador externo automático (DEA). A pesar de ello, las tasas de RCP por testigos y de desfibrilación temprana siguen siendo muy variables y, en muchos contextos, insuficientes.

En el marco del Día Mundial de Concienciación sobre el Paro Cardiorrespiratorio (World Restart a Heart Day), celebrado cada 16 de octubre, esta propuesta se alinea con los objetivos internacionales de sensibilización y formación para aumentar la proporción de RCP iniciada por transeúntes. La iniciativa aporta un valor añadido al centrarse en personal no sanitario que trabaja en hospitales, un colectivo habitualmente excluido de la formación clínica, pero que puede encontrarse en primera línea ante una emergencia. Capacitar a este personal en técnicas básicas de RCP y uso del DEA amplía la red de respuesta inmediata, reduce tiempos críticos y contribuye a la seguridad del paciente.

Además, la propuesta incorpora elementos innovadores:

- Enfoque inclusivo: formación dirigida a personal administrativo, celadores y trabajadores de áreas no asistenciales.
- Metodología práctica: combinación de teoría y simulación realista con dispositivos DEA.

- Impacto organizativo: refuerzo de la cultura de seguridad en todo el complejo hospitalario.
- Replicabilidad: modelo adaptable a otros centros del Área II y a diferentes entornos sanitarios.

En definitiva, esta buena práctica responde a una necesidad urgente de salud pública, mejora la preparación ante emergencias intra y extrahospitalarias y contribuye a los objetivos globales de reducción de mortalidad por PCR mediante la formación de primeros intervinientes.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica consiste en la organización e impartición de un taller formativo sobre (RCP) dirigido a personal no sanitario del Complejo Hospitalario de Cartagena, que incluye el Hospital General Universitario Santa Lucía y el Hospital del Rosell. Esta iniciativa surge desde la Comisión de Parada y RCP del Área II, en colaboración con el Servicio de Medicina Intensiva, con el objetivo de mejorar la respuesta inmediata ante una parada cardiorrespiratoria en entornos hospitalarios.

El taller se estructura en dos partes complementarias:

- Sesión teórica: Se ofrece una charla introductoria sobre la detección precoz de una víctima en parada cardíaca, la importancia de la actuación inmediata y los principios básicos de la cadena de supervivencia.
- Demostración práctica: Se enseña la técnica correcta de compresiones torácicas de alta calidad y el uso seguro y eficaz del desfibrilador externo semiautomático (DEA). Los participantes practican las maniobras en simuladores, garantizando la adquisición de habilidades esenciales.

La actividad se dirige específicamente a personal no sanitario que desarrolla funciones en áreas hospitalarias (administrativos, celadores, personal de mantenimiento, etc.), dado que su intervención temprana puede ser determinante para la supervivencia del paciente. El nivel territorial abarca el Complejo Hospitalario de Cartagena, con posibilidad de extenderse a otros centros del Área II en futuras ediciones.

Como elemento complementario, se distribuyeron folletos informativos con motivo del Día Mundial de Concienciación sobre la Parada Cardiorrespiratoria (16 de octubre), reforzando la sensibilización sobre la importancia de la RCP y la desfibrilación precoz.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana del taller estuvo constituida por personal no sanitario del Complejo Hospitalario de Cartagena, que incluye el Hospital General Universitario Santa Lucía y el Hospital del Rosell. Se dirigió a trabajadores de áreas administrativas y de soporte, como recursos humanos, informática, mantenimiento, almacén y celadores, cuya labor diaria se desarrolla en entornos hospitalarios y que, por tanto, pueden con más probabilidad que la población general encontrarse ante situaciones críticas. Este colectivo, habitualmente ajeno a la formación clínica, desempeña un papel clave como primeros intervinientes en caso de parada cardiorrespiratoria,

por lo que su capacitación contribuye a mejorar la seguridad del paciente y la respuesta inmediata. El ámbito de aplicación abarca todo el complejo hospitalario.

Metodología

Cada taller se organizó para un máximo de 20 participantes, convocados en el vestíbulo de la biblioteca del Complejo Hospitalario. La sesión se estructuró en dos bloques:

Parte teórica: Introducción sobre el Día Mundial de Concienciación ante la Parada Cardíaca (16 de octubre) y explicación de la cadena de supervivencia. Se abordaron aspectos clave como la detección de una PCR, la seguridad del entorno, la valoración del nivel de conciencia, apertura de vía aérea y comprobación de respiración. Se instruyó sobre la activación del 112, la solicitud de un DEA y la actuación en caso de estar solo o acompañado. También se explicó el uso del desfibrilador siguiendo sus indicaciones y la colocación en posición lateral de seguridad cuando el paciente respira.

Parte práctica: Talleres simultáneos de compresiones torácicas y manejo del DEA. Los participantes practicaron en maniqués durante dos minutos con retroalimentación en tiempo real, asegurando la correcta ejecución de la técnica.

Objetivos

El objetivo principal de esta iniciativa es capacitar a los alumnos en técnicas de soporte vital básico, asegurando que los participantes sean capaces de reconocer una PCR, activar el sistema de emergencias, iniciar compresiones torácicas de alta calidad y utilizar correctamente un DEA. Esta formación busca reducir el tiempo de respuesta ante una PCR y aumentar las probabilidades de supervivencia del paciente.

Como objetivos secundarios, se pretende, por un lado, concienciar a los participantes en que todos somos necesarios para salvar una vida ante una emergencia. Por otro lado, se pretende fomentar la difusión del conocimiento adquirido entre familiares, amigos y entorno social de los participantes, contribuyendo a la sensibilización comunitaria sobre la importancia de la reanimación cardiopulmonar y el uso del DEA. De este modo, se amplía el impacto de la práctica más allá del ámbito hospitalario, creando una red de ciudadanos preparados para actuar ante una emergencia vital.

Actuaciones realizadas

Durante la semana del 13 al 17 de octubre de 2025 se llevaron a cabo cinco talleres formativos en horario laboral, de 8:15 a 9:00 horas, de lunes a viernes en las instalaciones del Hospital General Universitario Santa Lucía y el Hospital del Rosell. Cada sesión contó con un máximo de 20 plazas, alcanzando un total de 120 personas formadas.

Indicadores

Para evaluar el impacto de la formación, se realizaron encuestas de evaluación a los 15 días de la finalización de los talleres. Los resultados (26 encuestas) mostraron una valoración muy positiva: el 100% de los participantes coincidió en que la actividad fue interesante y útil, manifestando sentirse más preparados para actuar ante una parada cardiorrespiratoria.

Asimismo, expresaron su deseo de repetir la formación de manera anual y ampliar el contenido para incluir nociones básicas de primeros auxilios.

Este indicador refleja no solo el grado de satisfacción, sino también la percepción de mejora en la competencia adquirida y la motivación para continuar la capacitación. La alta aceptación y la propuesta de extensión del temario evidencian la pertinencia de la iniciativa y su potencial para consolidarse como una práctica formativa periódica en el ámbito hospitalario.

Recursos

Para la realización de los talleres se contó con dos docentes especialistas en Medicina Intensiva, responsables de la formación teórica y práctica. Como material didáctico se utilizaron dos maniquís de RCP con tecnología QCPR, que permiten monitorizar la calidad de las compresiones torácicas y ofrecer retroalimentación en tiempo real. Además, se dispuso de un DEA facilitado por el servicio de Salud Laboral, empleado en la demostración y práctica del manejo del dispositivo.

Las sesiones se desarrollaron en espacios habilitados dentro de las instalaciones hospitalarias, concretamente en el vestíbulo de la biblioteca, garantizando accesibilidad y comodidad para los participantes. Como recurso complementario, el hospital colaboró en la impresión y distribución de folletos informativos relacionados con el Día Mundial de Concienciación sobre la Parada Cardíaca, reforzando la sensibilización y el aprendizaje adquirido durante la formación.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en las recomendaciones internacionales sobre la importancia de la RCP precoz y el uso del DEA para mejorar la supervivencia en casos de parada cardiorrespiratoria. Diversos estudios y guías, como las de la European Resuscitation Council (ERC) y la American Heart Association (AHA), señalan que cada minuto sin RCP reduce entre un 7% y un 10% las probabilidades de supervivencia, y que la desfibrilación temprana es determinante en ritmos desfibrilables.

La formación de primeros intervinientes, incluso no sanitarios, está respaldada por evidencia científica que demuestra un aumento significativo en la tasa de RCP iniciada por testigos y en la supervivencia neurológicamente favorable. Esta iniciativa se alinea con campañas globales como World Restart a Heart Day, que promueven la capacitación comunitaria para reducir la mortalidad por paro cardíaco.

Equidad

La propuesta se fundamenta en el principio de igualdad de oportunidades en el acceso a la formación, garantizando que todos los trabajadores del hospital, tanto sanitarios como no sanitarios, puedan adquirir competencias básicas para actuar ante una PCR. Salvar una vida es una responsabilidad compartida, y la capacitación en técnicas de reanimación cardiopulmonar no debe limitarse al personal asistencial, ya que cualquier empleado puede encontrarse en primera línea ante una emergencia.

Este enfoque inclusivo contribuye a reducir desigualdades en la preparación para situaciones críticas, ampliando la red de primeros intervinientes y fortaleciendo la cultura de seguridad en todo el complejo hospitalario. La iniciativa asegura que la formación sea accesible, gratuita y

adaptada al horario laboral, evitando barreras organizativas y promoviendo la participación activa de todos los colectivos, independientemente de su función o categoría profesional.

Sostenibilidad

La impartición de estos talleres no ha supuesto ningún gasto económico adicional para la organización, ya que se han aprovechado recursos humanos y materiales existentes en el hospital. Los docentes pertenecen al Servicio de Medicina Intensiva, y el material utilizado (maniquís de RCP con tecnología QCPR y DEA) forma parte del equipamiento habitual del centro. Las sesiones se realizaron en espacios disponibles dentro del hospital, sin necesidad de acondicionamiento especial, y los folletos informativos fueron impresos con medios propios del centro.

Este modelo formativo es fácilmente replicable y escalable, dado que no requiere inversión externa y se integra en la dinámica habitual del hospital. Además, la alta aceptación por parte de los participantes y la propuesta de realizar la actividad de forma periódica refuerzan su viabilidad a largo plazo, garantizando la continuidad y el impacto sostenido en la mejora de la seguridad del paciente.

Transferibilidad

La iniciativa está diseñada para ser fácilmente replicable en otros centros hospitalarios y ámbitos sanitarios, dado que utiliza recursos existentes y una metodología sencilla y práctica. La intención es repetir este taller anualmente con motivo del Día Mundial de Concienciación sobre la Parada Cardíaca (16 de octubre), ampliando progresivamente la cobertura para alcanzar al mayor número posible de personal no sanitario.

Además, a raíz del éxito y la alta aceptación de la actividad, ha surgido la propuesta de organizar un curso reglado de primeros auxilios a través de la Comisión de Formación Continuada, que incluya formación en RCP y otras técnicas básicas de atención a emergencias. Este enfoque garantiza la sostenibilidad y la posibilidad de extender la práctica a diferentes áreas y colectivos, contribuyendo a la creación de una red amplia de ciudadanos preparados para actuar ante situaciones críticas.

Efectividad

Para valorar la efectividad de la intervención, se realizaron encuestas de satisfacción a los 15 días de la formación. Los resultados fueron altamente positivos: la totalidad de los participantes manifestó que la actividad fue interesante y útil, y que se sentían más preparados para actuar ante una PCR. Además, expresaron su deseo de repetir la formación de manera anual y ampliar el contenido para incluir primeros auxilios básicos.

Este indicador refleja no solo la satisfacción, sino también el impacto real en la percepción de competencia y la motivación para continuar la capacitación. La propuesta ha demostrado ser efectiva para aumentar la confianza y la disposición a intervenir en situaciones críticas, lo que contribuye directamente a mejorar la seguridad del paciente y la respuesta inmediata en el entorno hospitalario.

Eficiencia

La actividad se desarrolló optimizando al máximo los recursos disponibles, sin generar costes adicionales para la organización. Se utilizaron materiales ya existentes en el hospital (maniquís de RCP con tecnología QCPR y desfibrilador externo automático), espacios propios y personal especializado del Servicio de Medicina Intensiva, evitando gastos en alquiler de equipos, contratación externa o desplazamientos.

La duración de cada taller (45 minutos) y la limitación a grupos de 20 personas permitieron una formación intensiva y práctica, garantizando la adquisición de competencias esenciales en un tiempo reducido y dentro del horario laboral, sin afectar la operatividad del centro.

Este modelo demuestra una alta relación coste-beneficio, ya que con recursos mínimos se logra un impacto significativo en la preparación del personal no sanitario para actuar ante emergencias vitales, contribuyendo a la seguridad del paciente y fortaleciendo la cultura preventiva en el ámbito hospitalario.

Participación multidisciplinar

La diversidad de perfiles participantes, administración, recursos humanos, informática, mantenimiento, almacén y celadores... refleja la importancia de implicar a toda la organización en la cultura de seguridad y respuesta ante emergencias. Además, la coordinación entre la Comisión de Parada y RCP y el Servicio de Medicina Intensiva permitió integrar conocimientos clínicos con la realidad operativa del hospital, favoreciendo la creación de una red amplia de primeros intervinientes. Esta colaboración interdepartamental constituye un valor añadido y un ejemplo de trabajo conjunto orientado a salvar vidas.

Colaboración intersectorial

La buena práctica se ha desarrollado gracias a la coordinación entre diferentes áreas y servicios del complejo hospitalario, lo que garantiza un enfoque integral. La Comisión de Parada y RCP del Área II lideró la iniciativa en colaboración con el Servicio de Medicina Intensiva, aportando la experiencia clínica necesaria para la formación. Además, se contó con el apoyo del Servicio de Salud Laboral, que facilitó el DEA y colaboró en la logística del taller.

El hospital también participó mediante la cesión de espacios adecuados y la impresión de material divulgativo, reforzando la sensibilización sobre la importancia de la reanimación cardiopulmonar. Esta colaboración entre distintos sectores internos demuestra la capacidad de trabajar de forma conjunta para mejorar la seguridad del paciente y la preparación ante emergencias, constituyendo un modelo replicable en otros centros sanitarios.

Evaluación

La evaluación de la práctica se realizó mediante encuestas de satisfacción aplicadas a los participantes 15 días después de la formación. El cuestionario incluyó ítems sobre la utilidad percibida, el nivel de preparación adquirido y la valoración global del taller. Los resultados fueron unánimes: todos los encuestados consideraron la actividad interesante y relevante, manifestaron sentirse más capacitados para actuar ante una parada cardiorrespiratoria y expresaron su deseo de repetir la formación de manera periódica.

Asimismo, se recogieron sugerencias para ampliar el contenido, incorporando nociones de primeros auxilios y aumentar la duración de las sesiones. Estos datos permiten concluir que la

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

práctica ha tenido un impacto positivo en la adquisición de competencias básicas y en la motivación para continuar la capacitación, constituyendo una base sólida para su mejora y consolidación como actividad formativa anual.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL6-1: Aplicación de un protocolo de rehabilitación cardíaca en la fase II

Mari Carmen Tormo Crespo (1), Antonio Cifuentes (1), Mariano Triviño (1), Patricia Prats (1),
Andrés Sánchez (1), Eduardo Payá (1), Raquel Martínez (1), Elena Gil (1)

(1) Hospital General Universitario de Elda, Departamento de Salud de Elda, Conselleria de Sanitat.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca, prevención secundaria cardiovascular, cardiopatía isquémica, ejercicio terapéutico, educación sanitaria, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la primera causa de muerte en España, lo que las convierte en un problema prioritario de salud pública. Además, representan una de las principales causas de morbilidad, generando un incremento sostenido en la prevalencia de la cardiopatía isquémica y sus complicaciones.

Ante esta realidad, la prevención secundaria se establece como una herramienta esencial para disminuir la progresión de la enfermedad y minimizar sus consecuencias. El protocolo que proponemos se centra en intervenciones estructuradas y multidisciplinarias, orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la mortalidad y morbilidad asociadas.

Diversos estudios han demostrado que los programas de rehabilitación cardíaca reducen el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares, mejoran la adherencia al tratamiento y aumentan la supervivencia.

Este protocolo responde a la necesidad de implementar buenas prácticas que aporten valor, eficiencia y resultados medibles en salud, garantizando un abordaje integral del paciente y contribuyendo a la mejora continua de la calidad asistencial.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El programa se centra en la fase II de rehabilitación cardíaca, es la fase ambulatoria del tratamiento, iniciándose entre tres y ocho semanas tras el evento agudo.

El objetivo general es favorecer la recuperación funcional, física y emocional del paciente cardíaco mediante un programa estructurado de ejercicio, educación en salud y seguimiento clínico continuo.

La inclusión del paciente depende de la ergometría y la historia clínica, lo que permite asignarlo a un grupo de riesgo y evaluar su capacidad física para realizar ejercicio.

Si la ergometría es negativa, el paciente accede al programa, que consiste en dos sesiones semanales con el equipo de enfermera y el fisioterapeuta y una sesión semanal de terapia educativa, a cargo de diferentes profesionales sanitarios. Además, el paciente realizará un programa de entrenos domiciliarios personalizados a su condición física. El entrenamiento se ajusta progresivamente, el primer mes al 75% de la frecuencia cardíaca máxima obtenida en la ergometría y el segundo al 85%.

Durante las 8 semanas el paciente también lleva un cuaderno de trabajo domiciliario con actividades a desarrollar por él y donde deberá anotar la actividad realizada en sus entrenamientos domiciliarios, indicando duración, distancia, frecuencia cardíaca e incidencias si las hubo.

En el total de las 8 charlas educativas relacionadas con la prevención secundaria y la rehabilitación cardíaca se exponen temas por personal especializado sobre la enfermedad cardiovascular, la importancia del ejercicio físico, dieta, hipertensión arterial y colesterol, tabaco y otras drogas.

Al finalizar el programa se realiza una consulta final con cardiólogo, enfermería para valorar una ergometría final, analítica, ajustar tratamiento y si todo favorable se entrega un informe con recomendaciones a seguir y será controlado por especialista en cardiología de atención primaria.

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes que hayan sufrido recientemente un evento cardiovascular y que pertenezca al área del Departamento de Salud de Elda y cumplan los criterios de inclusión en el programa.

- Hayan sufrido un síndrome coronario agudo
- Tengan menos de 70 años
- Esten incluidos dentro del grupo de riesgo bajo
- No presenten contraindicaciones
- No presenten comorbilidades importantes
- No presenten limitaciones socioculturales que impidan su cumplimiento (falta de interés, tiempo, trabajo...)
- Acepten el cumplimiento íntegro del programa
- Firmen el consentimiento informado.

Metodología

Se basa en un enfoque estructurado, progresivo y centrado en el paciente. Se desarrolla en:

1. Evaluación inicial: antes de iniciar el programa el paciente se somete a una valoración, prueba de esfuerzo, revisión historia clínica, cuestionario de estrés y el SF 36, medidas antropométricas, ...
2. Tras esta evaluación si el paciente es apto para el programa se le diseña un programa ajustado a su estado clínico y a su capacidad física, definiendo la intensidad, duración y tipo de ejercicio permitido.
3. Implementación del programa de ejercicio: las sesiones tienen una duración máxima de 1 hora, paciente monitorizado en la que se dedican 10 minutos al calentamiento, movilidad articular, activación muscular y respiratoria. A continuación, el entrenamiento aeróbico, bicicleta estática o marcha con intensidad progresiva según

frecuencia cardíaca objetivo. Entrenamiento de fuerza con bandas elásticas y para finalizar 10 minutos de vuelta a la calma, estiramientos y recuperación guiada.

4. Se realiza monitorización continua de signos vitales y percepción de esfuerzo según la escala de Borg.

Objetivos

El programa persigue unos objetivos generales, entre los que podemos citar:

- Mejorar pronóstico de los pacientes, reducir mortalidad y morbilidad
- Evitar progresión de la enfermedad
- Mejorar la capacidad funcional
- Mejorar la calidad de vida, modificando el estilo de vida
- Educar al paciente y su entorno familiar sobre el conocimiento de la enfermedad, sus causas y su manejo.

Al mismo tiempo como objetivos específicos podríamos nombrar:

- Abandono tabaquismo
- Adquisición dieta saludable
- Realización de actividad física regular
- Control de peso
- HTA 130/80 mmHg
- Dislipemia: objetivo LDL ≤ 70 mg/dl
- Control cifras diabetes mellitus.

Actuaciones realizadas

Los pacientes realizan el programa de entrenamiento físico con monitorización eléctrica continua, se realiza una tabla de calentamiento durante 10 minutos, a continuación, actividad aeróbica 40 minutos en cicloergómetro o cinta, finalizando con 10 minutos de enfriamiento y estiramientos. Siempre adaptando la frecuencia dependiendo la fase en la que se encuentre el paciente. Los grupos de trabajo son de un máximo de cinco pacientes, con tratamiento ajustado a cada uno de ellos.

Una sesión semanal de educación sanitaria (ejercicio físico, dieta, HTA y colesterol, tabaco...) presentadas por personal especializado y tras las cuales se resolverán las dudas que pudieran surgir. El paciente puede acudir acompañado de algún familiar, por la importancia de involucrar a la familia en el proceso.

Indicadores

Indicadores de resultado:

Los indicadores reflejan el impacto del programa sobre la salud del paciente.

- La ergometría final nos permite la valoración de la capacidad física del paciente tras el tratamiento.
- Incremento del METs alcanzados en la prueba de esfuerzo.
- Disminución en la escala de percepción de Borg ante el ejercicio.
- Control de la tensión arterial (porcentaje de pacientes que alcanzan objetivos).
- Reducción de la circunferencia abdominal y disminución de peso.

Indicadores de cumplimiento y satisfacción:

- Porcentaje de pacientes adherentes al programa.
- Percepción de mejora funcional y calidad de vida.
- Valoración de la educación recibida.

Recursos

Recursos profesionales. La unidad cuenta con especialistas en Cardiología, enfermeras, médico rehabilitador, fisioterapeutas, psicólogo, endocrino y personal de medicina preventiva.

Recursos materiales: sala de consulta de Cardiología, aparato y monitor para la prueba de esfuerzo, sala para realizar las sesiones de fisioterapia con monitores con capacidad para 5 monitorizaciones ECG, esfigmomanómetros, pulsioxímetros, electrocardiógrafo, 4 bicicletas estáticas, 1 cinta de correr, cintas elásticas,

Sala para las charlas educativas con ordenador y proyector.

Basada en la evidencia

La rehabilitación cardíaca está bien documentada en diversos estudios, ha demostrado disminuir la mortalidad en los pacientes, disminuir el número de reinfartos (RS Taylor et al 2004). La Rehabilitación cardíaca, basada en la práctica del ejercicio, en comparación con la atención sin rehabilitación, reduce la mortalidad por cualquier causa en un 20% y la mortalidad cardíaca del 26% (Lee AJ et al. 2009) En un metaanálisis se analizó la efectividad de la rehabilitación cardíaca basada en ejercicio sobre la mortalidad, morbilidad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica. La rehabilitación basada en ejercicio redujo la mortalidad total, la cardiovascular y los ingresos hospitalarios. (Heran BS et al, 2011).

Por toda la evidencia, en las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología sobre prevención de la enfermedad cardiovascular es una indicación Clase IA, máximo nivel de recomendación, que todos los pacientes hospitalizados participen en un programa de rehabilitación cardíaca.

Equidad

El acceso al programa se ofrece a todas las personas candidatas derivadas por el servicio de cardiología y que cumplan los criterios de inclusión del programa. Se procura que ningún paciente elegible quede excluido por motivos no clínicos. El programa contempla adaptación de la comunicación al nivel de comprensión del paciente, instrucciones verbales y escritas de fácil lectura. El programa se adapta al entrenamiento y frecuencia cardíaca objetivo establecida por el clínico, ajuste de cargas, intensidad y progresión según capacidad de la persona. Se incluye refuerzo para pacientes que lo necesiten.

Todos los pacientes reciben un plan de tratamiento seguro, eficaz y coherente con sus objetivos terapéuticos. Se fomenta un entorno asistencial donde cada paciente sea tratado con respeto, dignidad e igualdad de oportunidades.

Sostenibilidad

Tras una inversión inicial para dotar al servicio del equipamiento necesario (ergometrías, cinta de correr, bicicletas estáticas), el programa cuenta actualmente con todos los recursos materiales imprescindibles para su funcionamiento. Esta fase ya está consolidada, lo que permite su desarrollo sin necesidad de nuevas inversiones. El programa se integra en la actividad asistencial habitual del hospital, utilizando espacios existentes y contando con personal sanitario propio. El programa se estructura para utilizar de forma responsable y eficiente los recursos disponibles (planificación de turnos, horarios y número de pacientes por sesión, uso racional del material, optimización del espacio)

Estabilidad del equipo profesional: la sostenibilidad debe contar con un equipo formado y estable, la unidad cuenta con dos fisioterapeutas formados para poder ofrecer el servicio de manera continua, existen unos protocolos estandarizados que permiten la continuidad del trabajo.

Para asegurar la continuidad el programa se coordina con cardiología, rehabilitación y enfermería.

Transferibilidad

La transferibilidad del programa asegura que su metodología, estructura y resultados puedan reproducirse en otros servicios, manteniendo la calidad, seguridad y eficacia del tratamiento de fisioterapia orientado a la mejora funcional del paciente cardiópata tras un evento agudo. El programa está descrito de forma estructurada y detallada, incluyendo:

- Objetivos
- Criterios de inclusión y exclusión de pacientes
- Procedimientos de evaluación inicial
- Establecimiento de frecuencia cardíaca objetivo
- Pautas del programa de ejercicio
- Criterios de seguridad y monitorización

El programa puede implementarse en otros contextos sin necesidad de equipamiento altamente especializado o difícil de conseguir.

Los contenidos teóricos y prácticos pueden ser transmitidos a otros equipos mediante: sesiones formativas, guías internas y documentos de procedimiento, acompañamiento por profesionales con experiencia o sesiones clínicas.

Efectividad

La efectividad del programa se refleja en la mejora clínica y funcional de los pacientes que lo completan. Se observa un aumento significativo de la capacidad física (valorada mediante ergometría pre y post intervención), mejor control de los factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, control lipídico, glucemia), capacidad aeróbica, y una mayor adherencia al tratamiento y a estilos de vida saludables. A nivel subjetivos los pacientes refieren mejoría en su calidad de vida (SF-36) y confianza para retomar las actividades cotidianas. Además, el seguimiento a medio plazo muestra una reducción en reingresos hospitalarios y eventos cardiovasculares. Estos resultados están en la línea con la evidencia internacional, que avala la rehabilitación cardíaca como una intervención coste-efectiva en prevención secundaria.

Eficiencia

El programa de rehabilitación cardíaca en fase II se basa en un uso racional y coordinado de los recursos humanos y materiales ya existentes en el hospital, sin necesidad de grandes inversiones adicionales. Su carácter ambulatorio permite atender a varios pacientes por sesión, optimizando el tiempo del personal sanitario. Además, al mejorar el control clínico y funcional de los pacientes, se reduce la frecuencia de reingresos hospitalarios, visitas a urgencias y consultas no programadas, lo que implica un ahorro significativo para el sistema sanitario. La evidencia científica respalda la rehabilitación cardíaca como una intervención altamente coste-efectiva, con un bajo coste por año de vida ganado ajustado por calidad (QALY), especialmente en pacientes con cardiopatía isquémica.

Participación multidisciplinar

La participación multidisciplinar es un pilar fundamental para el buen funcionamiento del programa. La atención al paciente cardiópata requiere la coordinación efectiva de diferentes profesionales que aportan conocimientos complementarios, garantizando un abordaje completo, seguro y centrado en la persona.

Debe existir una comunicación fluida entre:

Cardiología: responsable de la valoración médica, indicación del programa y control clínico

Fisioterapia: valoración funcional, planificación y ejecución del tratamiento terapéutico adaptado a la frecuencia cardíaca objetivo.

Enfermería: acompaña en la educación sanitaria, control de constantes y valoración de enfermería

Especialista en medicina física y rehabilitación: revisión historia y valoración de la capacidad física del paciente.

Otros: psicólogo, endocrino, medico medicina preventiva, nutricionista y asistente social.

Colaboración intersectorial

Una vez finalizado el programa de rehabilitación cardíaca y tras el alta, se emite un informe para continuar el seguimiento en el servicio de cardiología en atención primaria, que asumirá el ajuste terapéutico, el control clínico y el acompañamiento en la modificación de estilo de vida.

Con el fin de reforzar el soporte de la familia y optimizar la adherencia terapéutica, se promueve la participación de un familiar o cuidador en las charlas y sesiones educativas impartidas en el hospital, esto permite:

- Comprender los cambios necesarios en el estilo de vida del paciente.
- Identificar signos de alarma y pautas de autocuidado.
- Favorecer entorno que facilite la continuidad de los hábitos adquiridos durante el programa.

La implicación familiar se considera un elemento clave para mantener a largo plazo los beneficios obtenidos.

Evaluación

El programa cuenta con una evaluación sistemática de sus resultados mediante la comparación de datos clínicos y funcionales antes y después de la intervención. Se realiza ergometría inicial y final para valorar la evolución de la capacidad física (METs, frecuencia cardíaca, tolerancia al esfuerzo), así como el registro de la asistencia y la adherencia al programa, incluyendo los entrenamientos domiciliarios. El equipo multidisciplinar analiza periódicamente los resultados para identificar áreas de mejora. Además, se valora la experiencia del paciente mediante encuestas de satisfacción al finalizar el programa. La recogida sistemática de datos permite monitorizar su efectividad y realizar ajustes organizativos o clínicos si es necesario. Esta evaluación continua asegura la mejora constante de la calidad asistencial y la adecuación del programa a las necesidades reales de los pacientes.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL6-2: Programa del climaterio y salud cardiovascular.

M.^a Pilar Sánchez Collado (1), María Luisa Ferrando Zanón (1), Myriam Sánchez Sánchez (1), Melanie Bono Vendrell (1), Belén Martínez Lorente (1), Yolanda Albendera (1), Pilar López (1), Inmaculada Martínez (1)

(1) Centro de Salud Integrado de Buñol, Departamento de Salud de Manises, Conselleria de Sanitat.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Climaterio, menopausia, salud cardiovascular en la mujer, promoción de la salud.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la primera causa de mortalidad en las mujeres a partir de los 50 años, edad coincidente con el Climaterio.

Esta es una etapa vital que implica importantes transformaciones físicas, emocionales y sociales en la vida de las mujeres. A pesar de su relevancia, continúa siendo una fase poco visibilizada y escasamente abordada desde la perspectiva de la promoción de la salud cardiovascular.

Destacar que, durante la etapa reproductiva, los estrógenos ejercen un efecto cardioprotector; sin embargo, la transición menopáusica y la posmenopausia se asocian a hipoestrogenemia, incremento de adiposidad central, dislipidemia aterogénica, resistencia a la insulina y mayor prevalencia de síndrome metabólico. Estos cambios elevan el riesgo de ECV y de eventos cardio- y cerebrovasculares. A pesar de esta evidencia, el climaterio continúa infra-atendido en las estrategias preventivas, especialmente en entornos rurales, con menor acceso a recursos y redes de apoyo.

En la Zona Básica de Salud de la Hoya de Buñol perteneciente al Departamento de Salud de Manises se detectó, desde la consulta de matrona y el equipo multidisciplinar, una demanda creciente de información y acompañamiento en esta etapa vital. Como respuesta, se implementó un programa grupal de educación para la salud sobre climaterio orientado a la promoción de hábitos cardiosaludables, el autocuidado y la creación de redes comunitarias.

En menos de un año se han realizado 4 ediciones, con 80 mujeres atendidas y lista de espera activa, lo que evidencia alta aceptación, necesidad sentida y pertinencia.

La propuesta se alinea con la Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS (equidad y género) y con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, así como en la Estrategia de Atención Comunitaria de la Comunidad Valenciana, contribuyendo a reducir desigualdades en mujeres de mediana edad en áreas rurales mediante intervenciones grupales basadas en la evidencia y coste-eficientes.

A pesar de que estas estrategias han dado lugar a la elaboración de múltiples guías educativas sobre temas clave como la deshabituación tabáquica, el bienestar emocional, la crianza positiva, la alimentación saludable o el ejercicio físico, no existe hasta la fecha una guía específica sobre el climaterio, lo que revela un vacío importante en la atención y educación sanitaria dirigida a las mujeres en esta etapa de la vida.

Por todo ello, este programa educativo surge como respuesta a una necesidad real y sentida. Es por esto, la decisión de presentar nuestro proyecto a la distinción de Buenas prácticas del SNS con el objetivo de visibilizar a nivel nacional el climaterio. Además, nuestro proyecto puede ser replicable para empoderar a las mujeres desde el conocimiento, promover el autocuidado y favorecer la salud cardiovascular.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El Programa de Climaterio y salud cardiovascular del Departamento de Salud de Manises es una intervención educativa comunitaria dirigida a mujeres mayores de 45 años, con el objetivo de mejorar la salud cardiovascular, los conocimientos, las prácticas de autocuidado y el bienestar emocional en la etapa de la menopausia. Surge como respuesta a una necesidad detectada en la consulta de matronas, donde se evidenció la falta de espacios específicos para abordar necesidades sentidas relacionadas con el climaterio, especialmente en entornos rurales.

¿En qué consiste?

Se trata de un programa de educación para la salud grupal, basado en talleres participativos que combinan teoría y práctica. Incluye dinámicas grupales, presentaciones interactivas y actividades que fomentan la toma de conciencia de los beneficios del cuidado de la salud CV, el empoderamiento y la creación de redes de apoyo. Cada edición consta de 10 sesiones semanales de 90-120 minutos, con contenidos que abarcan desde la descripción de la etapa vital, síntomas y tratamientos, hasta sexualidad, dieta saludable, ejercicio físico, manejo emocional, ansiedad, comunicación y recursos comunitarios.

¿A quién se dirige?

A mujeres mayores de 45 años o con menopausia precoz, residentes en la Zona Básica de Salud de la Hoya de Buñol, aunque su diseño es extrapolable a todo el Departamento de Salud de Manises.

¿Cómo se organiza?

La coordinación recae en la matrona, que actúa como facilitadora y referente del grupo. El equipo multidisciplinar incluye profesionales de atención primaria (matronas, enfermería, médicos, fisioterapeuta, trabajadora social), así como colaboración municipal para la cesión de espacios. La captación se realiza mediante cartelería, agenda en administración y difusión por el departamento de comunicación.

Nivel territorial

La intervención se desarrolla en el ámbito comunitario, inicialmente en Buñol y Alborache, con posibilidad de replicarse en otros municipios del departamento.

Elementos diferenciales e innovadores

- *Enfoque comunitario y participativo*, que promueve el empoderamiento y la creación de redes de apoyo entre mujeres para el cuidado de su salud.
- *Metodología activa*, con dinámicas lúdicas y reflexivas que facilitan la adherencia y el aprendizaje significativo.

- *Interdisciplinariedad*, integrando profesionales sanitarios y recursos locales.
- *Adaptación al medio rural*, garantizando accesibilidad y pertinencia cultural.
- *Evaluación sistemática*, mediante cuestionarios validados y análisis cualitativo, que ha mostrado altos niveles de satisfacción (4,82/5) y efectividad en la mejora de los conocimientos sobre salud CV y la percepción positiva del autocuidado.
- *Equidad*, al reducir desigualdades en salud y ofrecer un recurso específico en entornos rurales con limitado acceso a información y apoyo.
- *Transferibilidad*, gracias a su estructura modular y metodología participativa, que permiten replicarlo en otros departamentos y contextos comunitarios.
- *Intersectorialidad*, con colaboración de ayuntamientos para la cesión de espacios y participación de un activo de salud local (fisioterapeuta), que posteriormente recibió una subvención de Xarxa Salut para continuar con un programa de ejercicio adaptado a mejorar la salud CV.

Este programa contribuye a mejorar la salud cardiovascular, visibilizar el climaterio, reducir desigualdades y fortalecer la atención comunitaria, sentando las bases para su extensión a otros departamentos y consolidación como buena práctica en el SNS.

Población diana / ámbito de aplicación

La intervención se lleva a cabo en mujeres mayores de 45 años residentes en la Zona Básica de Salud de la Hoya de Buñol. Esta población presenta características demográficas variadas y comparte desafíos comunes relacionados con la salud en la etapa de la menopausia, como síntomas físicos y emocionales, desconocimiento sobre el manejo adecuado y un incremento en el riesgo de enfermedades crónicas como osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. Además, se ha identificado una carencia de redes de apoyo comunitarias y un limitado acceso a información confiable sobre este periodo. Las características de esa población son extrapolables a las de las poblaciones de cualquier lugar del SNS y por ello se comparte este trabajo y esta experiencia.

Metodología

Diseño del programa de educación para la salud grupal:

- Método didáctico: Formato taller formativo y participativo, a través de dinámicas grupales.
- Profesionales participantes: Profesionales del Centro de Salud y fisioterapeuta local.
- Número participantes: entre 15 y 20 participantes.
- Número sesiones: 10 sesiones, con una periodicidad semanal y una duración por sesión entre 90 y 120 minutos. El número de sesiones grupales es orientativo y puede variar en función de las necesidades percibidas y expresadas por el grupo de usuarias.

1. Descripción de la etapa vital (Matrona).
2. Síndrome climatérico (Matrona).
3. Posibilidades de tratamiento (Matrona).
4. Sexualidad (Matrona).
5. Dieta saludable (Enfermera de primaria)
6. Higiene postural y ejercicio físico (Fisioterapeuta).
7. Autoestima, manejo emocional (Médico)
8. Manejo de la de la ansiedad (Enfermera de salud mental)
9. Comunicación y escucha activa (Matrona)
10. Recursos sociosanitarios en el entorno, cierre y evaluación del programa (Trabajadora social)

Objetivos

Objetivos (SMART)

Para junio de 2026, el programa logrará que el 80% de las participantes aumenten sus conocimientos sobre CV y Climaterio, así como que adopten al menos dos prácticas de autocuidado físico y emocional, fortaleciendo redes de apoyo.

Objetivos específicos:

1. Incrementar el conocimiento sobre síntomas y tratamientos en un 80% de las asistentes, medido con cuestionarios antes y después del taller, en 5 meses.
2. Conseguir que el 70% identifique y aplique tres recomendaciones dietéticas saludables, evaluadas al finalizar el programa.
3. Lograr que el 75% practique una técnica de relajación y un ejercicio físico adaptado, comprobado en la última sesión, en 10 semanas.
4. Crear un grupo activo de apoyo que mantengan contacto tras el taller, verificado a los 3 meses.

Actuaciones realizadas

Diciembre 2024: Diseño del programa, validación de los materiales y capacitación del equipo interdisciplinario.

- Enero-Febrero 2025: Difusión y reclutamiento de participantes
- Marzo-Abril 2025: Implementación de las sesiones educativas y talleres complementarios. Se realiza los lunes de 17.30h a 19h aproximadamente en local cedido por el Ayuntamiento de Buñol.
- Mayo 2025: Recolección y análisis de datos cualitativos y cuantitativos.
- Mayo-Junio 2025: Comienza la segunda edición.
- Mayo-Junio 2025 tercera Edición en el municipio de Alborache, de manera simultánea al grupo de Buñol mencionado.
- Septiembre- diciembre 2025: Comienza la cuarta edición en Buñol.

Indicadores

Los indicadores utilizados en el desarrollo del programa han sido:

- Figura de observador en las sesiones.
- Cuestionarios autoadministrados (opción múltiple y escalas de percepción).
- Registros detallados de asistencia.
- Cuestionarios de evaluación de conocimientos adquiridos; pre y post.
- Cuestionarios validados de satisfacción post-intervención (facilitados por la unidad de docencia).

Recursos

Recursos disponibles:

- Equipo interdisciplinario del centro de salud, compuesto por matronas, trabajadora social, médico, fisioterapeuta, enfermera de primaria y enfermera especializada en salud mental. Fisioterapeuta local como activo de salud
- Instalaciones adecuadas para la realización de las sesiones educativas, incluyendo sala de reuniones.
- Material educativo específico sobre CV, como folletos, presentaciones multimedia y recursos interactivos en línea.

Basada en la evidencia

Diversos estudios avalan la eficacia de las intervenciones grupales en el climaterio para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional. Ensayos clínicos aleatorizados, como el de Martín Macías et al. (2017), demuestran que los programas educativos grupales incrementan significativamente la calidad de vida medida con escalas validadas. Revisiones sistemáticas (Andrés, 2021) confirman beneficios en la reducción de síntomas físicos y emocionales, mejora del sueño y adopción de hábitos saludables. Investigaciones cuasi-experimentales en entornos comunitarios (González et al., 2012) evidencian un aumento del conocimiento y del autocuidado tras talleres participativos. Estas conclusiones coinciden con recomendaciones de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y la Estrategia de Promoción de la Salud y salud CV del SNS, que promueven la educación grupal como herramienta efectiva para empoderar a las mujeres y prevenir riesgos asociados al climaterio, como los eventos cardiovasculares.

Equidad

Este programa promueve la equidad al garantizar el acceso a educación sanitaria en entornos rurales, donde habitualmente existen menos recursos y oportunidades formativas. Se dirige a todas las mujeres mayores de 45 años del Departamento de Salud de Manises, adaptando los contenidos a sus características culturales y sociales para asegurar comprensión y aplicabilidad. La metodología participativa fomenta la inclusión y el empoderamiento, creando espacios de

diálogo y redes de apoyo que reducen la invisibilidad de esta etapa vital. Además, contribuye a disminuir desigualdades en salud al proporcionar herramientas para prevenir complicaciones frecuentes en el climaterio, como osteoporosis y riesgo cardiovascular, que afectan especialmente a mujeres con menor acceso a información y servicios. De este modo, el programa se alinea con los principios de justicia social y equidad del Sistema Nacional de Salud, favoreciendo la igualdad de oportunidades en la promoción del bienestar.

Sostenibilidad

El programa garantiza su sostenibilidad mediante el aprovechamiento de recursos existentes en Atención Primaria, sin requerir inversiones adicionales significativas. Se basa en la colaboración interdisciplinar del equipo del centro de salud y en la cesión de espacios municipales, lo que reduce costes y facilita la continuidad. Los materiales educativos son reutilizables y se complementan con recursos digitales, minimizando el impacto ambiental y económico. Además, la metodología grupal optimiza el tiempo profesional, permitiendo atender a más mujeres en menos sesiones que la atención individual. La alta demanda y la creación de redes de apoyo entre participantes favorecen la permanencia del proyecto, incluso con mínima intervención profesional, gracias al empoderamiento comunitario. Finalmente, el diseño flexible permite replicar el programa en otros municipios del departamento, asegurando escalabilidad y alineación con las estrategias del SNS orientadas a la promoción de la salud CV y la atención comunitaria.

Transferibilidad

El programa es transferible porque se fundamenta en un diseño flexible y adaptable a diferentes contextos sanitarios y comunitarios. Utiliza recursos humanos y materiales disponibles en Atención Primaria, lo que permite su implementación en otros departamentos sin necesidad de infraestructuras adicionales. La metodología grupal, basada en talleres participativos, puede replicarse fácilmente ajustando el número de sesiones y contenidos según las características socioculturales de cada población. Además, los materiales educativos son reutilizables y se complementan con recursos digitales, lo que facilita su difusión y adaptación. La experiencia piloto ha demostrado alta aceptación y demanda, lo que indica viabilidad para su extensión a otros municipios y áreas rurales. El enfoque interdisciplinar y la colaboración con entidades locales refuerzan su capacidad de integración en diferentes entornos, alineándose con las estrategias del Sistema Nacional de Salud orientadas a la promoción de la salud CV y la atención comunitaria.

Efectividad

El programa ha demostrado una alta efectividad en sus ediciones previas, evidenciada por una tasa de participación del 99% y una valoración global de 4,82 sobre 5 en las encuestas de satisfacción. Las participantes reportaron mejoras significativas en el conocimiento sobre climaterio, salud CV, prácticas de autocuidado y bienestar emocional, confirmadas mediante cuestionarios pre y post intervención. La calidad de los contenidos obtuvo una puntuación media de 4,68/5, mientras que la aplicación práctica alcanzó 4,73/5, reflejando un adecuado equilibrio entre teoría y práctica. La organización del curso fue calificada con 4,91/5, y la motivación del equipo docente con 5/5. Además, la alta demanda, con listas de espera tras la primera edición, indica impacto y pertinencia en la población diana.

La evidencia internacional apoya que intervenciones grupales en mujeres de mediana edad mejoran dieta, AF y marcadores intermedios (peso, PA, perfil lipídico) cuando se integran en AP.

Eficiencia

El programa optimiza recursos al integrarse en la estructura existente de Atención Primaria, utilizando espacios cedidos por ayuntamientos y materiales elaborados por el equipo multidisciplinar sin costes adicionales significativos. La metodología grupal permite atender simultáneamente a 15-20 mujeres por sesión, maximizando el impacto con un bajo consumo de tiempo profesional. La colaboración intersectorial y el aprovechamiento de activos comunitarios, como la fisioterapeuta local, reducen gastos y fortalecen la sostenibilidad.

La propia intervención tiene el potencial de reducir consultas evitables y mejorar el control de factores de riesgo (PA, peso, lípidos), con un impacto muy favorable en coste-efectividad a medio plazo.

La evaluación sistemática confirma su efectividad, lo que justifica su continuidad y escalabilidad en otros departamentos sin necesidad de grandes recursos adicionales.

Participación multidisciplinar

La participación multidisciplinar en el programa es uno de sus puntos fuertes y está claramente descrita en la guía:

- Matronas: Coordinan y dinamizan el programa, imparten las primeras sesiones (etapa vital, síndrome climatérico, tratamientos, sexualidad) y facilitan la comunicación grupal.
- Trabajadora social: Diseña la sesión de cierre sobre recursos sociosanitarios y redes de apoyo, además de colaborar en la difusión y visibilización del proyecto.
- Enfermera de Atención Primaria: Responsable de la sesión sobre dieta saludable.
- Fisioterapeuta: Imparte la sesión sobre higiene postural y ejercicio físico, incluyendo prácticas para suelo pélvico y prevención de osteoporosis.
- Enfermera de Salud Mental: Desarrolla la sesión sobre manejo de la ansiedad, con técnicas de relajación y mindfulness.
- Médico: Participa en la sesión sobre autoestima y manejo emocional.
- Otros colaboradores: Apoyo del departamento de comunicación, docencia y calidad para difusión, cuestionarios y validación de la guía. Fisioterapeuta local.

Colaboración intersectorial

Los espacios han sido cedidos por los diferentes consistorios municipales, además de la colaboración de una profesional de la fisioterapia externa, la colaboración de asociaciones locales y activos de salud como redes comunitarias.

Gracias a esto el Ayuntamiento de Alborache ha recibido una subvención de Xarxa Salut destinada a la continuidad del proyecto con la participación de la profesional de fisioterapia

anteriormente mencionada de forma continua durante el 2025 en sesiones semanales destinadas a la prevención de factores de riesgo cardiovasculares mediante el ejercicio físico.

Evaluación

La evaluación del programa se realizó mediante indicadores de estructura, proceso y resultado.

Se alcanzó una tasa de asistencia del 99%, con continuidad en las sesiones y alto nivel de interacción grupal.

Como seguimiento se han realizado controles de TA peso y citología en las personas usuarias, además de derivación a programa de deshabituación tabáquica y ejercicio en casos necesarios.

En cuanto a resultados, se aplicaron cuestionarios pre y post intervención que evidenciaron un incremento significativo de conocimientos. Además, se administraron encuestas de satisfacción validadas, obteniendo puntuaciones muy elevadas: El equipo docente fue valorado con 5/5 en motivación y claridad expositiva. La evaluación global del curso fue sobresaliente, con una media de 4,82/5 y una recomendación del 97,7%.

En el programa implementado en Alborache se ha solicitado una subvención que ha permitido el seguimiento de actividad física el resto del año con una cadencia semanal.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL6-3: Circuito integrado de seguimiento post-síndrome coronario agudo entre hospital y Atención Primaria apoyado en perfiles analíticos y herramienta digital

Juan Antonio Marqués Espí (1), María Norma Iranzo García (1), José Antonio Antón Blasco (1),
María Concepción Fernández Planelles (2), Araceli Frutos García (1), Emilio Flores Pardo (1)

*(1) Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Conselleria de Sanitat, (2) Atención Primaria, Departamento de Salud
Alicante-Sant Joan d'Alacant, Conselleria de Sanitat.*

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, continuidad asistencial, prevención secundaria, atención primaria, cardiología, riesgo cardiovascular.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte y discapacidad y el síndrome coronario agudo (SCA) concentra un elevado consumo de recursos hospitalarios, reingresos y visitas a Urgencias. Tras el alta, muchos pacientes requieren un seguimiento prolongado para optimizar el control de los factores de riesgo y la adherencia terapéutica. Sin embargo, la transición entre el hospital y la Atención Primaria (AP) suele ser un punto crítico, con información incompleta, heterogeneidad en las solicitudes de pruebas y ausencia de criterios claros de derivación y retorno a Cardiología.

En el área de salud del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant se ha identificado una variabilidad importante en el seguimiento post-SCA: distintos circuitos según el servicio o profesional, perfiles analíticos no estandarizados, duplicidad de pruebas y dificultades para localizar a los pacientes de mayor riesgo. Esta situación limita la implementación efectiva de las recomendaciones de la Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS, que subraya la necesidad de modelos integrados de continuidad asistencial y prevención secundaria.

La buena práctica que se presenta responde a esta necesidad mediante el diseño e implantación de un circuito integrado de seguimiento post-SCA entre Cardiología, otros servicios hospitalarios, el laboratorio clínico y AP, apoyado en perfiles analíticos específicos y en una herramienta digital que facilita la identificación, estratificación y monitorización de los pacientes. El valor añadido frente a la práctica previa radica en la estandarización del proceso, la utilización sistemática de indicadores para evaluar resultados en salud y la incorporación de una solución tecnológica interoperable con los sistemas de información existentes.

Con ello se persigue reducir la variabilidad clínica, mejorar el control de los factores de riesgo, disminuir reingresos evitables y garantizar una atención más equitativa, independientemente del centro de AP o del profesional que atienda al paciente, alineando el proyecto con el área 5 (Estrategia de Salud Cardiovascular), línea de seguimiento, rehabilitación y continuidad asistencial de la convocatoria.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La buena práctica consiste en un modelo organizado de continuidad asistencial para personas que han sufrido un SCA, que comienza en el momento del ingreso hospitalario y se prolonga durante el seguimiento en AP. El circuito define de forma explícita quién hace qué, cuándo y con qué información en cada transición entre niveles.

En la fase hospitalaria se identifican los pacientes elegibles mediante códigos diagnósticos y listados de altas, se registra un conjunto mínimo de datos clínicos y se establece un informe de alta estructurado que incluye plan de seguimiento, objetivos de control de factores de riesgo y fechas recomendadas de revisiones y analíticas. Paralelamente, el laboratorio clínico dispone de perfiles analíticos específicos post-SCA que se asocian a momentos clave del seguimiento.

En AP, la herramienta digital permite a los equipos conocer el listado actualizado de pacientes post-SCA adscritos a cada cupo, su nivel de riesgo y el grado de cumplimiento del protocolo (visitas realizadas, pruebas solicitadas, objetivos alcanzados). Se generan avisos y recordatorios cuando faltan controles relevantes, se superan plazos definidos o se detectan parámetros fuera de rango, facilitando la actuación proactiva del equipo de AP y la coordinación con Cardiología.

La intervención se apoya en un equipo multidisciplinar (Cardiología, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería, Análisis Clínicos, Sistemas de Información y Gestión) que ha co-diseñado el circuito, los perfiles analíticos, los criterios de derivación/retorno y los indicadores de evaluación. La práctica se implementa inicialmente en el área de salud del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, con vocación de extensión progresiva a otros centros, y se acompaña de acciones de formación, materiales de apoyo y reuniones periódicas de seguimiento.

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica se dirige a personas adultas (≥ 18 años) atendidas en el Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant con diagnóstico de SCA (infarto agudo de miocardio con o sin elevación de ST o angina inestable) que han sido dadas de alta y mantienen seguimiento en AP en el área de salud. Incluye también a otros pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica de muy alto riesgo cuando la dinámica de seguimiento es equiparable a la del post-SCA.

El ámbito territorial abarca el Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant y los centros de AP del departamento de salud, incluyendo consultas presenciales y no presenciales. La práctica se integra en la actividad asistencial ordinaria de Cardiología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y el laboratorio clínico, de modo que cualquier paciente post-SCA del área pueda beneficiarse del modelo con independencia del centro o profesional de referencia.

Metodología

Se ha seguido una metodología de mejora de procesos con enfoque pre-post. En una fase inicial se realizó un análisis de situación mediante revisión de historias clínicas, explotación de sistemas de información y grupos focales con profesionales de AP y Atención Hospitalaria, identificando puntos críticos en la transición post-SCA y en la prevención secundaria.

A partir de este diagnóstico se mapearon los procesos actuales y se diseñó el circuito objetivo. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que co-diseñó el protocolo de seguimiento,

los perfiles analíticos, los criterios de inclusión y exclusión y los indicadores. La solución digital se desarrolló de forma iterativa, con pruebas piloto y ajustes según la experiencia de uso. La evaluación se basa en la comparación de indicadores asistenciales antes y después de la implantación, con análisis descriptivo, segmentación por riesgo y cuestionarios de satisfacción a profesionales.

Objetivos

Objetivo general: mejorar la continuidad asistencial y la prevención secundaria en pacientes post-SCA mediante la implantación de un circuito integrado AP–Atención Hospitalaria apoyado en perfiles analíticos y una herramienta digital, reduciendo la variabilidad clínica y optimizando resultados en salud.

Objetivos específicos:

- Asegurar que un elevado porcentaje de pacientes post-SCA dispone de un plan estructurado de seguimiento compartido entre Cardiología y AP.
- Incrementar la proporción de pacientes que alcanzan los objetivos de control de factores de riesgo cardiovascular analíticos (Colesterol no HDL, LDL-c y HbA1c en diabéticos) según guías.
- Reducir reingresos evitables relacionados con eventos cardiovasculares en 10 años post-SCA.
- Disminuir la duplicidad innecesaria de pruebas analíticas e imágenes.
- Implantar un cuadro de mando con indicadores periódicos accesible para los equipos asistenciales y la dirección, que permita el seguimiento y la mejora continua de la práctica.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones se agrupan en cuatro bloques: 1) análisis y diseño, 2) desarrollo de herramientas, 3) implantación y formación, y 4) seguimiento y mejora.

En la fase de análisis se revisó la ruta asistencial post-SCA, se identificaron necesidades y se consensuaron oportunidades de mejora. Posteriormente se elaboró el protocolo de seguimiento, se definieron los perfiles analíticos post-SCA y se establecieron los criterios de derivación y retorno entre AP y Cardiología.

En paralelo, se desarrolló y configuró la herramienta digital (listados de pacientes, paneles de riesgo, alertas) y se integró con los sistemas de información existentes. Para la implantación se van a realizar sesiones formativas en AP y Atención Hospitalaria, se distribuyen materiales resumen y se habilitaron canales de soporte. Finalmente, se despliega el circuito, se monitorizan los indicadores y se celebran reuniones periódicas para revisar resultados y proponer ajustes.

Indicadores

Se han definido indicadores de estructura, proceso y resultado. Ejemplos:

- Estructura: disponibilidad del protocolo de seguimiento post-SCA aprobado y difundido; existencia de perfiles analíticos específicos activos en el laboratorio; número de centros de AP integrados en el circuito.
- Proceso: porcentaje de pacientes post-SCA con visita de AP dentro de un periodo definido tras el alta; porcentaje con perfiles analíticos completos según cronograma; número de alertas generadas y resueltas en plazo.
- Resultado: proporción de pacientes que alcanzan objetivos de Colesterol No HDL, LDL-c, y HbA1c; tasas de reingreso por causa cardiovascular a 10 año; mortalidad total y cardiovascular; satisfacción de pacientes y profesionales medida mediante cuestionarios.

Todos los indicadores cuentan con definición operativa, fuente de datos y periodicidad.

Recursos

La práctica aprovecha recursos existentes, reorganizando su uso.

Recursos humanos: cardiólogos/as, internistas, médicos/as de familia, enfermería hospitalaria y de AP, especialistas en análisis clínicos y personal de Sistemas de Información. No se crean nuevas plazas estructurales; se destina tiempo específico dentro de la agenda de coordinación y de las comisiones clínicas.

Recursos materiales: sistemas de información corporativos, módulo analítico del laboratorio, infraestructura de red, equipos informáticos y salas para formación. El desarrollo y mantenimiento de la herramienta digital se realiza con apoyo de la unidad de Tecnologías de la Información del departamento y, en su caso, de un proveedor tecnológico, optimizando costes mediante reutilización de componentes ya desplegados. La inversión principal es en horas de dedicación para diseño, formación y evaluación, que se compensa con una mejor utilización de recursos diagnósticos y reducción de eventos evitables.

Basada en la evidencia

La buena práctica se fundamenta en las recomendaciones de las guías europeas y nacionales de cardiología para el manejo del SCA y la prevención secundaria, que destacan la importancia de la continuidad asistencial, el control intensivo de los factores de riesgo cardiovascular y la colaboración estructurada entre niveles asistenciales. También se alinea con los objetivos de la Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS y con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, que promueven modelos de seguimiento integrado y el uso de la información clínica para la gestión proactiva de pacientes crónicos complejos.

El diseño del circuito y de los perfiles analíticos se ha realizado revisando literatura científica, experiencias previas de clínicas post-SCA y programas de rehabilitación cardíaca, así como buenas prácticas identificadas en distintos entornos. La herramienta digital incorpora principios de estratificación de riesgo validados y se ajusta a estándares de calidad y seguridad del paciente.

Equidad

La práctica incorpora la equidad como principio transversal. Al definir un circuito único post-SCA para todo el departamento y perfiles analíticos homogéneos, se reduce la variabilidad en función del profesional, centro de AP o área de residencia. La herramienta digital permite identificar sistemáticamente a todos los pacientes elegibles, evitando que queden fuera del seguimiento por motivos organizativos.

Se analizan los indicadores desagregados por edad, sexo, zona básica de salud y, cuando es posible, por situación socioeconómica aproximada, para detectar desigualdades en acceso, calidad del seguimiento y resultados en salud. Cuando se identifican brechas (por ejemplo, menor control de factores de riesgo en determinados grupos), se planifican acciones específicas: refuerzo de educación sanitaria, contacto proactivo, coordinación con trabajo social sanitario o adaptación de la modalidad de seguimiento a las necesidades de cada paciente.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantiza integrando la práctica en la organización y en los sistemas de información ya existentes, sin depender de recursos extraordinarios. El circuito y el protocolo post-SCA han sido aprobados por las direcciones médica y de enfermería del departamento y por las comisiones clínicas correspondientes, lo que facilita su incorporación estable a la cartera de servicios y a los acuerdos de gestión interna.

El coste adicional se limita al tiempo de diseño, formación y evaluación, compensado por la reducción de duplicidades analíticas, la mejora en el uso de consultas especializadas y la potencial disminución de reingresos y complicaciones. La herramienta digital se ha desarrollado con criterios de mantenimiento sencillo y escalabilidad, de manera que pueda adaptarse a cambios en las guías clínicas o ampliarse a otras patologías cardiovasculares sin requerir rediseños completos.

Transferibilidad

La práctica está documentada mediante protocolo clínico, flujogramas AP–Atención Hospitalaria, matriz de indicadores, especificación de perfiles analíticos y manual de uso de la herramienta digital. Esto permite que otros departamentos de salud puedan replicar el modelo adaptándolo a su contexto organizativo y a sus sistemas de información.

Los elementos clave (criterios de inclusión, cronograma de seguimiento, perfiles analíticos, cuadros de mando, indicadores y procedimientos de coordinación) están definidos de forma estandarizada y utilizan codificaciones y herramientas habituales en el SNS. Se han identificado factores facilitadores y barreras, así como recomendaciones para la implantación (implicación temprana de AP, liderazgo clínico compartido, soporte de Tecnologías de la Información, formación práctica), que se recogen en materiales de difusión. El modelo es escalable dentro del área y a nivel autonómico.

Efectividad

La efectividad se evalúa comparando la situación antes y después de la implantación del circuito. Los indicadores analizados incluyen: porcentaje de pacientes con seguimiento estructurado en AP tras el alta, tiempos hasta la primera revisión, grado de cumplimiento del cronograma analítico, control de Colesterol No HDL, LDL-c, y tasas de reingreso y eventos cardiovasculares mayores.

Los resultados preliminares de la evaluación interna muestran una mejora en la proporción de pacientes con seguimiento coordinado AP–Atención Hospitalaria, un aumento del porcentaje que alcanza objetivos de LDL-c y una tendencia a la reducción de reingresos evitables en los primeros meses post-SCA. Las encuestas a profesionales y pacientes indican una percepción positiva de la claridad del circuito, de la comunicación entre niveles y de la utilidad de la herramienta digital para priorizar intervenciones.

Eficiencia

La buena práctica contribuye a una utilización más eficiente de los recursos. La estandarización de los perfiles analíticos reduce solicitudes redundantes y pruebas innecesarias, mientras que el circuito de derivación y retorno evita visitas hospitalarias duplicadas cuando el seguimiento puede realizarse en AP con seguridad. La identificación proactiva de pacientes de mayor riesgo permite concentrar los recursos (consultas presenciales, educación intensiva, seguimiento estrecho) en quienes más se benefician.

La mejora en el control de los factores de riesgo y en la continuidad asistencial se asocia a una disminución potencial de eventos cardiovasculares mayores y reingresos, con el consiguiente impacto en costes directos e indirectos. El desarrollo de la herramienta digital sobre infraestructuras ya disponibles minimiza inversiones adicionales. El uso de indicadores permite monitorizar la relación entre recursos empleados y resultados obtenidos, facilitando decisiones de gestión basadas en valor.

Participación multidisciplinar

Desde su diseño, la práctica ha contado con la participación activa de un equipo multidisciplinar: cardiología, medicina familiar y comunitaria, enfermería hospitalaria y de AP, análisis clínicos, sistemas de información, dirección de gestión y, cuando procede, trabajo social sanitario. Cada perfil ha contribuido a definir necesidades, priorizar objetivos y validar el circuito desde su perspectiva.

Se han constituido grupos de trabajo y sesiones periódicas de co-diseño en las que se revisan propuestas de mejora, se analizan casos complejos y se consensuan cambios en el protocolo y en los perfiles analíticos. La enfermería tiene un papel clave en la educación terapéutica y en el seguimiento proactivo, mientras que el laboratorio y los sistemas de información aseguran la correcta integración de los perfiles y de la herramienta digital en el flujo asistencial cotidiano.

Colaboración intersectorial

Aunque el núcleo de la práctica se sitúa en el ámbito sanitario, se han establecido vínculos con otros agentes relevantes para reforzar el impacto. Se colabora con programas de rehabilitación cardíaca y con asociaciones de pacientes cardiovasculares del entorno para fomentar la adherencia, el ejercicio físico y el apoyo psicosocial tras el SCA.

En coordinación con trabajo social sanitario se facilita el acceso a recursos comunitarios (grupos de educación para la salud, programas municipales de actividad física y de deshabituación tabáquica) cuando se detectan necesidades específicas. Asimismo, se mantiene una comunicación fluida con las unidades de calidad y seguridad del paciente y con la dirección de continuidad asistencial, integrando la práctica en las políticas institucionales del departamento.

Evaluación

La evaluación de la práctica combina métodos cuantitativos y cualitativos. A nivel cuantitativo se explotan de forma periódica los sistemas de información para obtener los indicadores definidos (estructura, proceso y resultado), con comparaciones pre–post y desagregación por subgrupos de interés. Se utilizan técnicas de análisis de tendencias y se elaboran informes periódicos que se comparten con los equipos y con la dirección. Actualmente no disponemos de resultados publicados en revistas de impacto.

A nivel cualitativo se recogen percepciones de profesionales mediante encuestas estructuradas. Los resultados de la evaluación se discuten en reuniones de seguimiento y sirven de base para introducir cambios en el circuito, en la herramienta digital o en los materiales formativos, generando un ciclo de mejora continua.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND7-1: Plan de Alta Frecuentación para la Gestión Integral de IRAs en Centros Residenciales Mayores del Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir: Implementación de la Escala NEWS2

María Dolores Aguilera López (1,3), Roberto Lara Romero (2), Francisco Javier Fonseca del Pozo (1), José Ángel Lázaro Mármol (1), Adoración Alba Rosales (3), Evangelina Martínez Mengíbar (3)

(1) Unidad de Residencias, Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir, Servicio Andaluz de Salud (SAS), (2) Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones, Junta de Andalucía, (3) Enfermeras Gestoras de Casos Referentes Provinciales, SAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Infección respiratoria aguda, residencias de mayores, NEWS2, atención integrada, atención primaria, fragilidad

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La presente buena práctica se fundamenta en la necesidad crítica de transformar el abordaje de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en los Centros Residenciales de Mayores (CRM). Tras la finalización de la crisis sanitaria por COVID-19, el marco estratégico nacional y autonómico ha evolucionado hacia una vigilancia integrada de los virus respiratorios (Gripe, SARS-CoV-2 y VRS). Sin embargo, la alta vulnerabilidad de la población institucionalizada por la edad avanzada, la fragilidad y la pluripatología, exige una respuesta que supere la mera vigilancia reactiva, especialmente durante el Periodo de Alta Frecuentación (PAF) que transcurre entre octubre y marzo.

Problema y Necesidad de Salud: La experiencia clínica demuestra que los picos estacionales de IRA en entornos cerrados no solo incrementan la morbilidad de los residentes, sino que saturan los servicios de urgencias hospitalarias mediante derivaciones que, en muchos casos, podrían evitarse con una gestión proactiva en el centro residencial. Existe una necesidad imperante de armonizar la seguridad clínica con la humanización del cuidado, evitando el desarraigo del residente y el deterioro asociado al ingreso hospitalario. El modelo tradicional reactivo presenta limitaciones en la detección precoz, lo que facilita la propagación de brotes que afectan tanto a residentes como a profesionales de los CRM.

Relevancia y Urgencia: Esta propuesta es de máxima relevancia en el marco de la convocatoria al alinearse con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad y el Plan de Alta Frecuentación 2025-2026 de Andalucía. La urgencia viene determinada por la naturaleza cíclica de estas epidemias, que requieren una estructura organizativa preestablecida y entrenada antes de la activación de las ondas epidémicas. La coordinación entre los equipos sociosanitarios, las Enfermeras Gestoras de Casos de residencias de mayores (EGCRM) y los referentes de Salud Pública es vital para la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Valor Añadido y Diferencial: A diferencia de protocolos genéricos de prevención, esta buena práctica aporta un valor añadido disruptivo basado en tres ejes:

- Objetividad Clínica mediante NEWS2: Se abandona la observación subjetiva para implementar la escala National Early Warning Score 2 como herramienta estándar de valoración. Permitiendo identificar el deterioro de forma precoz, establecer niveles de riesgo adecuando la frecuencia de monitorización y la intensidad terapéutica, así como la activación de los recursos adecuados en cada momento.
- Capacitación Multidisciplinar: Reconoce que el control de una IRA no es solo una labor médica. Implementa un plan formativo que distingue entre la capacitación técnica del personal sanitario y la capacitación operativa del personal de servicios y auxiliares, convirtiendo a todo el CRM en una unidad de respuesta.
- Integración Asistencial Real: El plan formaliza los circuitos de comunicación entre el centro residencial, la Atención Primaria y los centros de emergencias, asegurando una continuidad asistencial que protege al paciente frágil durante todo el proceso. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de cada residente.

En conclusión, esta práctica no solo busca el control epidemiológico, sino la excelencia en la atención integrada, garantizando que el residente reciba el cuidado más seguro en el entorno más adecuado.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta consiste en la implementación de un Plan de Alta Frecuentación (PAF) diseñado específicamente para el entorno residencial, cuyo eje vertebrador es la transición de una vigilancia pasiva a una gestión clínica proactiva y escalonada. El proyecto integra la vigilancia activa de los residentes, el uso de una herramienta de detección precoz del deterioro clínico y la implantación temprana de un plan de cuidados en el centro residencial. Todo ello se complementa con la optimización del seguimiento por parte de los profesionales del CRM y del equipo de atención primaria, en función del riesgo, así como con un programa de capacitación integral dirigido a todos los profesionales implicados.

Estructura y Operatividad: La práctica se organiza en torno a un cronograma cíclico (octubre-marzo) y se activa por fases según la incidencia de IRAs.

Existe una fase preventiva que se centra en la inmunoprofilaxis de residentes y profesionales y la formación masiva del personal.

En las fases de aumento de la incidencia se activan protocolos de seguimiento proactivo, diagnóstico e inicio de tratamiento en el propio centro residencial según estado clínico.

El modelo de vigilancia a través de la escala NEWS2 (National Early Warning Score 2) es el elemento diferencial de esta buena práctica, como lenguaje común entre la residencia y el sistema sanitario. Ante la detección de síntomas respiratorios, el personal del CRM inicia una hoja de seguimiento donde se registran siete parámetros fisiológicos: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, necesidad de oxígeno suplementario, temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca y estado de conciencia. La puntuación resultante determina la gravedad y el recurso que precisa activar, EGCRM, equipo de salud de atención primaria de referencia o Centro de emergencias sanitarias.

Capacitación Multidisciplinar: mediante un plan formativo llevado a cabo por EGCRM para profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía y profesionales de los CRM:

- Perfil Sanitario (Medicina y Enfermería): entrenamiento en interpretación de la escala NEWS2 y criterios de adecuación terapéutica.
- Perfil No Sanitario en el CRM: Formación operativa sobre medidas preventivas generales y específicas en caso de brote, limpieza y desinfección, uso de mascarillas y guantes, gestión de residuos, etc.

Ámbito y Alcance: La práctica se desarrolla en el Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir, integrando la coordinación entre los CRM, las EGCRM, profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, profesionales del CES-061 y los referentes de Salud Pública.

Elementos Innovadores: La innovación reside en la atención integrada en el entorno del residente. El plan prepara la residencia en un entorno capaz de resolver procesos agudos complejos mediante el soporte de la Atención Primaria, reduciendo la incertidumbre clínica. Al estandarizar la valoración del riesgo mediante NEWS2, se garantiza la seguridad del paciente y se dota al personal de una herramienta que respalda su toma de decisiones. Es, en esencia, un modelo de atención avanzada en el domicilio del residente adaptado al entorno sociosanitario, que prioriza la estabilidad emocional y la vulnerabilidad del residente sin renunciar a la excelencia clínica.

Población diana / ámbito de aplicación

Se dirige a personas mayores institucionalizadas en los centros residenciales del Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir.

Metodología

La metodología se basa en un modelo de atención clínica proactiva y respuesta coordinada a los CRM por parte de los profesionales sanitarios de referencia y diferentes niveles asistenciales. Se implementa la escala NEWS2 como herramienta de valoración sistemática desde el personal del CRM hasta los profesionales del sistema sanitario. Los rangos de puntuación obtenidos activan un algoritmo de respuesta estandarizado que define la frecuencia de monitorización, el recurso que se precisa activar y la prioridad de la respuesta asistencial.

Operativamente, el plan se apoya en una estructura de coordinación entre las EGCRM, Equipos de Referencia de Atención Primaria, Servicios de Emergencias. Se utiliza el registro en la Historia Digital (Gestor de Informes) para garantizar la trazabilidad. La formación se desarrolla para asegurar la respuesta adecuada: detección precoz de la inestabilidad y gestión de agendas/recursos optimizada durante el periodo PAF.

Objetivos

General:

Garantizar la calidad asistencial y seguridad del residente durante periodos de alta frecuencia de IRA.

Específicos:

- Identificar los casos de IRA de forma precoz, así como el empeoramiento de los procesos crónicos de los residentes.
- Reducir derivaciones hospitalarias innecesarias mediante el abordaje precoz.
- Implementar el uso sistemático de la escala NEWS2 para la detección precoz del deterioro.
- Asegurar la capacitación del 100% del personal del centro en protocolos de control de infección.

Actuaciones realizadas

Se ha implementado un programa formativo de capacitación: formación técnica para profesionales sanitarios y de los CRM sobre medidas preventivas, la valoración mediante la escala NEWS2 y el seguimiento de los residentes en caso de IRA.

Se ha integrado el registro de la escala NEWS2 en la Historia Digital (Gestor de Informes) para objetivar el deterioro clínico y se ha elaborado hoja de seguimiento para el CRM teniendo en cuenta la situación basal del residente. Asimismo, se han establecido circuitos de coordinación entre los referentes de Atención Primaria y las EGCRM para agilizar la respuesta asistencial, así como para la continuidad de cuidados los fines de semana y festivos (a través de agendas y teléfono corporativo).

Finalmente, se han ejecutado campañas de inmunoprofilaxis sistemática en los CRM y se revisan las medidas de prevención en los CRM y de contención en caso de brotes.

Indicadores

Para asegurar la evaluabilidad del modelo, se ha diseñado un cuadro con indicadores clave que medirán de forma estandarizada la actividad, calidad e impacto del servicio de manera durante el PAF.

De Proceso:

- Porcentaje de residentes valorados con NEWS2: Casos con síntomas respiratorios agudos evaluados sistemáticamente.
- Porcentaje de residentes con valoraciones al menos 3 valoraciones con NEWS2 para monitorizar la evolución.
- Porcentaje de episodios por rangos NEWS2 (bajo riesgo 1-4, Riesgo medio 5-6, Riesgo alto ≥ 7 puntos).

De Resultado:

- Tipo de respuesta asistencial: porcentaje de derivaciones a médico de familia, al centro de emergencias (CES) y a medicina interna de forma coordinada.
- Porcentaje de episodios resueltos en Residencia según puntuación NEWS2.

Estos indicadores permiten medir objetivamente la capacidad de detección precoz y la adecuación de la respuesta asistencial del CRM.

Recursos

El modelo optimiza los recursos existentes, reorientando la actividad hacia un enfoque proactivo.

Humanos: Equipos multidisciplinares Enfermeras Gestoras de Casos de Residencias de Mayores, Equipos de Referencia de Residencias de Atención Primaria (un médico y enfermera por CRM), profesionales de los CRM, profesionales de los equipos de urgencias.

Materiales y Clínicos: Pulsioxímetros, termómetros, tensiómetros y equipos de protección individual (EPI). Hojas de registro para los CRM de forma individualizada.

Tecnológicos y Digitales: Acceso a la Historia Digital del SAS desde el propio CRM y uso del Gestor de Informes para el registro sistemático de la escala NEWS2. Monitorización de indicadores.

Organizativos: Agendas de seguimiento en Atención Primaria y de coordinación con los Servicios de urgencias de Atención Primaria. Protocolos de derivación con los Hospitales de referencia.

Basada en la evidencia

La escala NEWS2 (National Early Warning Score 2) se basa en la puntuación de siete parámetros fisiológicos (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, necesidad de oxígeno, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, nivel de conciencia y temperatura) para detectar precozmente el deterioro clínico y clasificar el riesgo de un paciente, activando respuestas clínicas proporcionales para prevenir eventos graves como paradas cardiorrespiratorias o sepsis. Escala traducida al español y validada por un profesional Cordobés en el hospital de Montilla.

Los protocolos de control de IRA se basan en las directrices de la OMS y el ECDC, integradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) para garantizar intervenciones con rigor científico.

Equidad

Este enfoque asegura que cualquier residente de los CRM del Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir, independientemente de la titularidad de su centro o ubicación geográfica, reciba una atención basada en criterios universales. La figura de la EGCRM actúa como garante de la equidad, coordinando recursos de Atención Primaria en todos los CRM por igual y facilitando la comunicación y movilización de recursos con Atención Primaria, Atención de Urgencias y Atención Hospitalaria.

Al facilitar el diagnóstico y tratamiento in situ, se protege especialmente a los residentes más frágiles, evitando el impacto negativo del transporte sanitario, estancias en urgencias y hospitalizaciones innecesarias, garantizando que el nivel de cuidados dependa de la necesidad clínica y no del código postal o el entorno residencial.

Sostenibilidad

Se apoya en la optimización de recursos existentes y la reducción de costes derivados de hospitalizaciones innecesarias y transportes sanitarios. Al integrarse en la rutina operativa anual de los CRM, no requiere inversiones extraordinarias, convirtiéndose en una práctica estructural de gestión estacional.

Transferibilidad

El modelo es totalmente replicable en otros distritos, áreas sanitarias o provincias, ya que utiliza herramientas universales (NEWS2) y estructuras de coordinación (Atención Primaria-Residencias-Hospital) presentes en todo el Sistema Nacional de Salud.

Los materiales formativos y los flujogramas de decisión son fácilmente adaptables.

Efectividad

Demostrada mediante la identificación temprana de pacientes con deterioro clínico mediante la escala NEWS2, permitiendo intervenciones precoces que mejoran el pronóstico:

- 1-4 puntos (Riesgo Bajo): Monitorización cada 4-6 horas y activación de la EGCRM o equipo de referencia.
- 5-6 puntos (Riesgo Medio): Respuesta urgente / Activación del centro de emergencias.
- 7 o más puntos (Riesgo Alto): Respuesta emergente / Activación de protocolos de urgencia (061).

El uso de criterios objetivos (NEWS2) reduce la variabilidad clínica y asegura que se deriven los casos que realmente requieren nivel hospitalario.

Los datos de formación realizados hasta ahora en el distrito en este año son: 68 profesionales de los centros de salud y 230 profesionales de los CRM. Este dato irá en aumento en los próximos días, se están cerrando las sesiones formativas.

Eficiencia

Maximiza la capacidad de resolución del centro residencial y de Atención Primaria, evitando el consumo de recursos de alta complejidad para cuadros clínicos manejables in situ, previos al empeoramiento.

La formación del personal de los CRM optimiza el gasto en materiales por mal uso de EPIs u otras medidas preventivas y minimiza la propagación de brotes, ahorrando costes operativos.

Participación multidisciplinar

Involucra de forma coordinada profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía y a los profesionales de los CRM, cada perfil tiene un rol definido:

- Profesionales del CRM: la monitorización de constantes por los profesionales del CRM, aplicación de medidas preventivas, instauración de medidas de soporte.
- Epidemiología: seguimiento e intensificación de medidas preventivas en colaboración con las EGCRM
- EGCRM y equipo de referencia (médico y enfermera de atención primaria): seguimiento de los residentes e instauración de un plan de cuidados precoz en el CRM. Coordinación con los diferentes niveles asistenciales (urgencias, emergencias o diferentes servicios

hospitalarios, a través del médico de la Unidad de Residencias, como medicina interna, infecciosos, etc.).

Colaboración intersectorial

Establece una alianza entre los CRM como centros sociosanitarios y los centros sanitarios del Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir.

Implica la coordinación entre centros sociosanitarios, servicios de urgencias extrahospitalarias (SUAP y Centro de Emergencias) y hospital de referencia, creando una red de seguridad compartida.

Evaluación

Datos de la implantación del procedimiento el año pasado (PAF 2024/2025):

- El procedimiento se instauró en 36 CRM (2410 residentes), se realizaron 128 NEWS2, el 26,14% de los residentes en seguimiento recibió $\geq$ tres valoraciones con escala.
- Intervenciones generadas: el 16,8% precisó continuidad de cuidados durante fines de semana/festivos. El 40,6% de los casos precisó tratamiento farmacológico en el CRM, el 38,3% fueron derivados al médico de referencia, el 6,3% al CES y el 2,3% tras consenso con Medicina Interna se derivaron a urgencias hospitalarias.
- El 14,8 % de los casos obtuvieron una puntuación en la escala de prioridad alta (≥ 7), media un 15,6% (5-6) y un 69,5% prioridad baja (≤ 4).
- La puntuación media en NEWS de los casos derivados al CES fue de 6,75 y la de los casos coordinados con Medicina Interna fue de 10,7. Adecuada correlación puntuación-recurso activado.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND7-2: Modelo de Telecuidados para el Seguimiento Proactivo de Pacientes Crónicos Complejos en el marco del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad

Antonio Fernández Moyano (1), Nieves Lafuente Robles (2), Alejandro Pérez Milena (2), Roberto Lara Romero (3), Miriam Gómez Gómez (4)

(1) Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAAdAC), Servicio Andaluz de Salud (SAS), (2) Distritos Sanitarios Granada Metropolitano y Jaén-Jaén Sur, Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAAdAC), SAS, (3) Dirección General de Cuidados, Junta de Andalucía, (4) Coordinación de Cuidados y Atención Sociosanitaria, SAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Telecuidados, cronicidad compleja, telemonitorización, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento poblacional y el aumento de la cronicidad constituyen los mayores retos para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). En Andalucía, el 59% de la población usuaria padece alguna enfermedad crónica, consumiendo más del 80% de las consultas y hospitalizaciones. Un 5.5% de la población usuaria genera el 54% de los costes, siendo las descompensaciones de patologías como la Insuficiencia Cardíaca (IC) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) responsables de una parte sustancial de este gasto sanitario, especialmente en hospitalizaciones. Esta elevada carga asistencial, concentrada en un modelo tradicionalmente reactivo, exige una transformación hacia un enfoque proactivo, personalizado y centrado en el paciente.

El modelo de Telecuidados ha sido diseñado como la respuesta estratégica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) a este desafío. Su implementación aborda problemas estructurales del sistema, como la fragmentación asistencial entre Atención Primaria y Hospitalaria, que conduce a hospitalizaciones evitables, y la falta de herramientas efectivas para el empoderamiento del paciente en la autogestión de su enfermedad. El modelo se ha diseñado para romper con la inercia de la atención a demanda y anticiparse a las descompensaciones, actuando de forma precoz en el entorno del paciente.

El valor añadido de esta buena práctica reside en su capacidad para integrar la tecnología digital con una redefinición profunda de los procesos clínicos. A través de la Vía de Atención Continuada (VAC), se articula un seguimiento continuo de las personas en situación de cronicidad compleja, a través de herramientas como los telecuidados, la telemonitorización y plataformas de autoseguimiento (ClicSalud+), integradas en la historia clínica digital. Este enfoque no solo detecta precozmente signos de alarma, sino que formaliza y agiliza la comunicación entre los equipos de Atención Primaria, las enfermeras gestoras de casos y los especialistas hospitalarios, creando un equipo cohesionado en torno al paciente para detectar precozmente situaciones de descompensación clínica sobre las que habría que actuar también de manera precoz.

Este modelo constituye la aplicación operativa de las directrices de la Estrategia de Cronicidad y de la Estrategia de Salud Digital, validando una transformación organizativa cuyos resultados se ofrecen al SNS como referencia para el abordaje común de la cronicidad y cronicidad compleja.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El Programa Telecuidados se enmarca en el Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAdAC) y constituye un modelo innovador orientado a ofrecer un seguimiento proactivo, personalizado y continuo de los Pacientes Crónicos Complejos Priorizados (PCCP). Su finalidad es mejorar la calidad de vida, reducir ingresos hospitalarios evitables y fomentar la corresponsabilidad del paciente en el manejo de su salud.

La práctica se articula en el marco de la VAC, que diferencia actuaciones según la situación clínica del paciente: estabilidad o inestabilidad.

Situación de estabilidad

En esta fase, el seguimiento proactivo se realiza desde Atención Primaria, a cargo del médico/a y enfermero/a de referencia de la Unidad de Atención Familiar (UAF). Se recomiendan tres visitas programadas al año, ajustables según la complejidad clínica y social. Se valoran factores como multimorbilidad, dependencia, apoyo familiar, situación económica o residencia en zonas con necesidad de transformación social. Se utilizan soportes TIC para el seguimiento desarrollando y actualizando una Valoración Integral Exhaustiva y un Plan de Acción Personalizado.

Situación de inestabilidad

El seguimiento se dirige a pacientes con alta hospitalaria reciente, múltiples visitas a urgencias o agudización constatada por el equipo clínico. Se distinguen dos modalidades:

1. Seguimiento de telecuidados tras agudización ambulatoria: para pacientes con IC o EPOC que han sufrido reagudización sin ingreso hospitalario. Incluye control evolutivo a las 72 horas y valoraciones semanales (presenciales, telefónicas o domiciliarias) hasta la mejoría clínica.
2. Seguimiento mediante telecuidados tras alta o visitas a urgencias: se activa tras el alta hospitalaria o dos o más visitas a urgencias en diez días. Tiene una duración de tres meses, con primera valoración en ≤ 72 horas y revisiones semanales para detectar signos de descompensación o problemas psicosociales.

Subprogramas de participación activa

El programa incorpora dos modalidades que promueven la implicación del paciente:

- Autoseguimiento: para quienes pueden registrar sus constantes vitales de forma autónoma.
- Telemonitorización: para pacientes que requieren dispositivos habilitados para el registro automático.

La inclusión en estos subprogramas también puede ser propuesta por los profesionales de ambos ámbitos asistenciales (Atención Primaria - Hospital), siempre que exista riesgo elevado de reagudización y capacidad tecnológica del paciente.

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica se dirige en una fase inicial a los Pacientes Crónicos Complejos Priorizados (PCCP) del SAS. Estos se identifican por cumplir al menos un criterio de complejidad definido en el PAI de atención al paciente pluripatológico (ej. polimedicación extrema, riesgo sociofamiliar, desnutrición) de los que se han priorizado a los pacientes diagnosticados con IC y EPOC y el mayor impacto en la mejora de resultados con el desarrollo de estas intervenciones. El ámbito de aplicación es autonómico.

Metodología

La metodología se basa en un seguimiento proactivo, articulado a través de la VAC. Es una metodología integral, estructurada que se inserta dentro del desarrollo de otras vías clínicas diferenciadas y articuladas entre sí (Vía de Atención Continuada en Domicilio, Vía Clínica de Unidad de Continuidad Asistencial y Vía Clínica de Unidad de Media Estancia), pero conectadas y apoyadas por herramientas estandarizadas, busca optimizar la atención al paciente crónico complejo. Su enfoque es proactivo, coordinado y multidisciplinar.

Objetivos

Los objetivos se han formulado bajo la metodología SMART para garantizar su concreción:

- Específico: Reducir los reingresos hospitalarios evitables a 30 días en la población de PCCP incluida en el programa.
- Medible: Monitorizar a través de los sistemas de información del SAS el número de ingresos y visitas a urgencias de la cohorte de pacientes para su disminución por parte de la población diana.
- Alcanzable: Implementar de forma estandarizada la VAC y las herramientas de Telecuidados en toda la red del SAS.
- Relevante: Entregar atención basada en valor, mejorando los resultados que importan al paciente mientras se optimiza la sostenibilidad del sistema.
- Temporal: Desarrollar de forma progresiva las vías clínicas diferenciadas.

Actuaciones realizadas

Para materializar esta estrategia, se han definido y puesto en marcha las siguientes actuaciones clave:

1. Identificación y Captación: Proceso equitativo mediante algoritmos y criterio clínico, asegurando la inclusión de pacientes.

1. Inclusión en Telecuidados: Realización de una valoración para diseñar un Plan de Acción Personalizado (PAP) integral y consensuado con el entorno del paciente.
2. Seguimiento Proactivo: Eje central para garantizar la continuidad asistencial y la detección temprana de descompensaciones clínicas.
3. Telemonitorización: Uso de kits tecnológicos y formación para fomentar la autonomía del paciente, la corresponsabilidad en el cuidado y optimizar la respuesta sanitaria.
4. Acompañamiento de Calidad: Realización de llamadas proactivas como indicador clave para anticiparse a incidencias y mantener un contacto estrecho con el cuidador.
5. Gestión de Alertas: Coordinación entre Atención Primaria y el 061 (Salud Responde) para la detección precoz y activación rápida de recursos ante alarmas clínicas.

Indicadores

Para medir el éxito y el impacto de la buena práctica, se ha definido un cuadro de mando con variables verificables y medibles:

- De Proceso: Identificación y captación de pacientes PCCP, valoración tras la inclusión en Telecuidados, seguimientos proactivos, Telemonitorización.
- De Resultado: Tasa de reingresos hospitalarios a 30 días; Número de visitas a urgencias por descompensación; Puntuación en cuestionarios de calidad de vida específicos (ej. CAT para EPOC).
- De Impacto: Reducción del coste medio por paciente en la cohorte intervenida; Días de estancia hospitalaria evitados.

Este sistema de monitorización permitirá un seguimiento riguroso del desempeño y la identificación de áreas de mejora de forma sistemática.

Recursos

El modelo optimiza los recursos existentes, reorientando la actividad hacia un enfoque proactivo.

- Humanos: La práctica se sustenta en el personal de las Unidades de Atención Familiar (UAF), Enfermeras Gestoras de Casos (EGC), y especialistas de Medicina Interna, Cardiología y Neumología que ofrecen soporte mediante teleconsulta. El personal de Salud Responde y CES-061 gestiona las alertas. No se crean nuevas categorías, sino que se redefine su actividad hacia la proactividad.
- Materiales: Kits de Telemonitorización (tablet, báscula, tensiómetro, pulsioxímetro).
- Financieros: El desarrollo se enmarca en la financiación aportada desde proyectos de transformación digital como RED.es y el desarrollo del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad.

Basada en la evidencia

La práctica está fundamentada en modelos de referencia internacional y en la mejor evidencia disponible. Se alinea con el Chronic Care Model de Wagner, al promover la interacción entre un paciente informado y un equipo proactivo. La VAC es nuestra implementación del principio de 'Diseño del sistema de prestación', mientras que las herramientas de Autoseguimiento y Telemonitorización activan al 'Paciente informado', creando la 'interacción productiva' que el modelo postula como clave.

La estratificación poblacional se inspira en el modelo de Kaiser Permanente. Los protocolos de seguimiento de IC y EPOC se basan en las guías de práctica clínica y en los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) del SAS, que consolidan la mejor evidencia disponible, ofreciendo un marco robusto y validado para su adopción nacional.

Equidad

El modelo de Telecuidados reduce activamente las desigualdades en salud. Su despliegue es autonómico y universal, eliminando barreras geográficas y garantizando que pacientes de zonas rurales tengan el mismo acceso a un seguimiento proactivo.

La atención domiciliar beneficia especialmente a colectivos vulnerables con limitaciones de movilidad, edad avanzada o falta de apoyo social, que enfrentan mayores dificultades para acceder a consultas.

Además, el protocolo incluye la activación del personal de Trabajo Social para pacientes en Zonas con Necesidad de Transformación Social (ZNTS) o con riesgo sociofamiliar, abordando los determinantes sociales.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del programa está garantizada por su integración en la estructura estratégica del Servicio Andaluz de Salud.

- Institucional: La práctica es un eje central del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAdAC) 2025-2028, lo que asegura el respaldo institucional a largo plazo.
- Financiera: Se basa en la eficiencia. La inversión en tecnología y reorientación de personal se compensa con los ahorros generados al reducir hospitalizaciones y visitas a urgencias, los recursos más costosos del sistema.
- Tecnológica y Organizativa: Se apoya en la infraestructura corporativa consolidada del SAS (DIRAYA, ClicSalud+), lo que garantiza su mantenimiento y evolución.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible al estar exhaustivamente documentado a través de la VAC para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja y protocolos clínicos que definen con precisión criterios, itinerarios y actuaciones.

Es replicable, pues se basa en la redefinición de roles de perfiles profesionales existentes en cualquier servicio de salud (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios Sociales) y en tecnologías de telemedicina estandarizadas.

La experiencia andaluza, reconocida a nivel europeo a través del proyecto CIRCE-JA (Joint Action on Call for Innovation in Primary Care for Equity), evidencia su capacidad de adaptación y transferencia. Se trata de un modelo probado que ofrece una implementación de bajo riesgo y alto impacto, aplicable a cualquier servicio de salud autonómico que afronte retos demográficos similares.

Efectividad

La efectividad se demuestra a través de resultados positivos y medibles:

La atención a PCCP en Andalucía registra 201.132 pacientes activos, logrando un despliegue equitativo en la región. Destaca la implementación de 101.572 Planes de Atención Personalizado (PAP), respaldados por 7.944 intervenciones en Educación Terapéutica y 719.412 visitas domiciliarias.

En el ámbito de Telecuidados, se han incluido 18.199 pacientes, con un 68,9% de episodios con seguimiento proactivo y una duración media de 87 días. Aunque la valoración inicial en menos de 72 horas es un objetivo prioritario, actualmente el 39,6% recibe su primera evaluación en la primera semana.

Por su parte, la Telemonitorización (activa en 110 pacientes) y la gestión de alertas muestran una sólida capacidad de respuesta técnica, con 2.178 alarmas gestionadas coordinadamente con el 061. Estos resultados consolidan un modelo de atención integral, preventivo y personalizado que refuerza la autonomía del paciente y la eficiencia del sistema sanitario.

Eficiencia

La eficiencia del modelo se fundamenta en un principio de economía de la salud: la inversión en telemonitorización y en tiempo de seguimiento proactivo es significativamente menor que el coste de una hospitalización o de múltiples visitas a urgencias.

Al focalizar los recursos intensivos en la población de mayor riesgo (PCCP), la práctica consigue un retorno de la inversión significativo. El modelo previene el uso de los recursos sanitarios más costosos, no solo generando ahorros directos, sino también liberando capacidad en los servicios de agudos, lo que mejora la eficiencia global del sistema.

Participación multidisciplinar

El modelo se fundamenta en una participación multidisciplinar real y efectiva. La VAC formaliza la colaboración entre perfiles que tradicionalmente trabajaban en silos, implicando de forma coordinada a Medicina de Familia, Enfermería de AP, Enfermeras Gestoras de Casos, especialistas hospitalarios (Medicina Interna, Cardiología, Neumología) y personal de Trabajo Social.

Esta estructura rompe las barreras asistenciales al crear un equipo cohesionado en torno a las necesidades del paciente, donde cada profesional aporta su experiencia dentro de un plan de acción compartido, garantizando una atención verdaderamente integral y continua.

Colaboración intersectorial

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La buena práctica trasciende el sector sanitario al integrar la colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Se establece una coordinación sistemática con los servicios sociales municipales a través del personal de Trabajo Social para abordar problemáticas como la soledad no deseada, la falta de apoyo o la precariedad económica, que impactan directamente en la salud de los pacientes crónicos.

Evaluación

El programa está diseñado con un robusto sistema de evaluación continua. Esta se realiza a través del seguimiento de los indicadores de proceso, resultado e impacto definidos.

Estos indicadores se monitorizan de forma centralizada lo que permite un análisis periódico de la efectividad, la eficiencia y la equidad de la práctica. Los resultados se utilizan para introducir ajustes y ciclos de mejora continua. Próximamente, se incorporarán nuevos indicadores de avance en los resultados y en métricas de experiencia y resultados reportados por el paciente para enriquecer la evaluación con la perspectiva directa del usuario.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND7-3: Implementación de la Enfermera Gestora de Residencias como modelo de mejora asistencial y de coordinación sociosanitaria en Andalucía

Carmen María Gómez Ramírez (1), Juan Francisco Cazorla Navarro (1), Isabel Iglesias Cabrera (1), María Isabel Roldán Perales (1), Francisca Valera Parra (1), Javier Pastor Hurtado (1), Esteban Ruiz García (1)

(1) Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, Servicio Andaluz de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Residencias de mayores, enfermera gestora de casos, atención integrada sociosanitaria, continuidad asistencial, fragilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La atención sanitaria a las personas residentes en centros sociosanitarios representa uno de los desafíos más complejos y prioritarios para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Esta población es intrínsecamente frágil, caracterizada por la pluripatología, la edad avanzada y la dependencia funcional, lo que conlleva una elevada necesidad de cuidados continuos y especializados.

Históricamente, la atención en residencias ha estado marcada por un modelo reactivo, una fragmentación asistencial entre la Atención Primaria (AP), la Atención Hospitalaria y los propios centros, y una notable variabilidad en la práctica clínica. Esta desarticulación se tradujo en una gestión ineficiente de las patologías crónicas, un alto número de hospitalizaciones evitables y un aumento de los eventos adversos, como el uso de fármacos inapropiados o la incidencia de úlceras por presión. La crisis sanitaria de la COVID-19 expuso de forma crítica la necesidad imperiosa de contar con un sistema de coordinación y vigilancia epidemiológica robusto y estandarizado.

La implementación del Modelo Organizativo para Mejorar la Atención Sanitaria en Centros Residenciales de Personas Mayores en Andalucía es la respuesta a esta realidad. Se alinea directamente con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad (Área 6, temática c: Atención Integrada Social y Sanitaria), buscando un enfoque proactivo, integral y centrado en la persona.

La pieza clave es la Enfermera Gestora de Casos en Residencias de Mayores (EGC RM), quien asume la responsabilidad de la coordinación asistencial y la continuidad de cuidados. Su función es garantizar la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) al ingreso y periódicamente, y el diseño de Planes de Acción Personalizados (PAP) para la gestión de patologías complejas. Esto permite anticipar el deterioro clínico, reducir los ingresos hospitalarios innecesarios y optimizar el uso de recursos, como la Teleconsulta, para resolver problemas in situ.

La práctica garantiza la seguridad clínica mediante la conciliación de la medicación y la aplicación sistemática de protocolos de prevención de riesgos. Además, la colaboración con la Inspección

de Servicios Sanitarios y la monitorización constante a través del Programa de Evaluación aseguran la equidad, la homogeneidad de la atención y la sostenibilidad del modelo, demostrando su efectividad y transferibilidad al resto del SSPA.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La buena práctica "Implementación de la Enfermera Gestora de Residencias (EGC RM) como modelo de mejora asistencial y de coordinación sociosanitaria en Andalucía" aborda la atención integral de la población institucionalizada en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Esta población se caracteriza por su alta vulnerabilidad, pluripatología, fragilidad y dependencia, lo que requiere un modelo de cuidados proactivo y no fragmentado.

El modelo organizativo se centra en la asignación de un Equipo de Atención Primaria Referente (EAPRR) estable y la figura de la EGC RM como eje coordinador. La metodología se basa en la aplicación sistemática de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) para detectar riesgos y el desarrollo de Planes de Acción Personalizados (PAP) para la cronicidad compleja.

Los objetivos principales son: garantizar la continuidad asistencial entre niveles (APHospital-Residencia), mejorar la seguridad clínica (adecuación farmacológica y control de IRAS) y reducir las hospitalizaciones evitables.

Las actuaciones realizadas entre febrero y noviembre de 2025 demuestran la efectividad de la práctica: se realizaron el 100% de las conciliaciones farmacoterapéuticas programadas, de las cuales el 32,31% (63 casos) requirió una intervención activa del médico de AP para la subsanación de discrepancias en la prescripción. Esto ha impactado directamente en la reducción de sujeciones químicas, un indicador clave de seguridad y dignidad del paciente.

Todo ello se evalúa rigurosamente a través del Programa de Evaluación de la Inspección para asegurar su efectividad, eficiencia y equidad.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana la constituyen todas las personas mayores y dependientes residentes en los 18 centros sociosanitarios del ámbito del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Esta área incluye el Hospital de Referencia La Inmaculada y siete Unidades de Gestión Clínicas (UGC) de Atención Primaria asociadas.

La intervención se centra en población de alta vulnerabilidad clínica: personas mayores de 65 años con pluripatología, fragilidad y alto grado de dependencia. El ámbito de aplicación abarca también a los profesionales sanitarios de estos centros, así como a los equipos de Atención Primaria Referentes (EAPRR), la Enfermera Gestora de Casos de Residencias de Mayores (EGC RM) y los profesionales hospitalarios implicados en la continuidad asistencial.

Metodología

La metodología se basa en un modelo proactivo de atención integrada y organizada. El principio rector es la estabilidad del equipo sanitario referente. Se asigna un Equipo de Atención Primaria Referente (EAPRR) único (médico y enfermera) y una Enfermera Gestora de Casos en Residencias de Mayores (EGC RM) a cada centro, siendo esta última el eje de la coordinación asistencial.

El proceso clave es la Valoración Integral Exhaustiva (VIE), realizada al ingreso y anualmente, para clasificar al residente y establecer un Plan de Acción Personalizado (PAP), especialmente para pacientes crónicos complejos. Las herramientas de coordinación incluyen la Teleconsulta y protocolos de alta resolución in situ, buscando la resolución en la residencia y la comunicación fluida con la Atención Hospitalaria, así como el seguimiento de la calidad y la seguridad del paciente.

Objetivos

El Objetivo General es mejorar la salud, calidad de vida y el bienestar emocional de los residentes, mediante la implementación de un modelo organizativo homogéneo de la atención sanitaria.

Los Objetivos Específicos son cuantificables y temporales:

1. Reducir las hospitalizaciones evitables en al menos un 5% en el año 2026, mediante la mejora de la capacidad resolutoria de la AP en la residencia.
2. Garantizar el 100% de la cobertura de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) en residentes crónicos complejos para el final de 2026, promoviendo el desarrollo de Planes de Acción Personalizados (PAP).
3. Disminuir en un 10% la tasa de sujeciones químicas (principios activos desprescritos) anualmente, promoviendo la seguridad del paciente y la dignidad.
4. Garantizar la continuidad asistencial entre el centro residencial, Atención Primaria y hospital, con especial foco en las transiciones de cuidados.

Actuaciones realizadas

La buena práctica se centra en la implementación y consolidación de la EGC RM y el Equipo de Atención Primaria Referente (EAPRR).

Las acciones asistenciales clave son:

- Se garantiza la estabilidad asistencial mediante la implantación de horarios fijos para la visita del EAPRR a los centros.
- Protocolización: Uso sistemático de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) y elaboración del PAP.
- Se promueve la Seguridad Clínica logrando la desprescripción de principios activos asociados a sujeciones químicas.
- Conciliación de la medicación. Se completaron el 100% de las 195 conciliaciones farmacoterapéuticas programadas (Feb-Nov 2025). El 32,31% (63 casos) requirió

intervención activa del médico de AP por detección de discrepancias, evidenciando la conexión eficiente entre EGC RM, Farmacia y AP para el ajuste terapéutico.

- Coordinación: Apoyo de un médico internista de referencia. Además, se ha establecido la coordinación con la Unidad de Epidemiología para la alerta y gestión de brotes y multirresistentes.
- Teleconsulta como herramienta de acceso rápido.

Indicadores

La monitorización se basa en el Programa de Evaluación de la Inspección, utilizando un Cuadro de Mando que incluye indicadores de proceso y resultado que recogen el impacto de la EGC RM y las características de la población atendida.

Indicadores de Proceso:

- Volumen de Conciliaciones: Se han registrado 195 conciliaciones entre febrero y noviembre de 2025, cubriendo todas las Unidades de Gestión clínica.
- Calidad de la Intervención: Porcentaje de conciliaciones que requieren valoración activa por parte de su médico de Atención Primaria (32,31%). Esta actividad se concentra en la población de mayor fragilidad (86% mayores de 71 años, 58,46% mujeres).

Indicadores de Resultado Final:

- Seguridad Clínica: Tasa de desprescripción de fármacos potencialmente inapropiados. El indicador recoge la disminución de sujeciones químicas (principios activos desprescritos), con resultados notables en UGC como Huércal-Overa y Vélez-Rubio, demostrando el efecto directo de la buena práctica en la seguridad clínica y dignidad del paciente.

Recursos

Los recursos movilizados son de índole humana, tecnológica y organizativa.

- Recursos Humanos: La pieza central es la Enfermera Gestora de Casos en Residencias de Mayores (EGC RM), junto con el Equipo de Atención Primaria Referente (EAPRR), que garantiza estabilidad asistencial con horarios fijos de visita. Colaboración esencial con Farmacia de Distrito/Hospitalaria y el médico internista de referencia.
- Recursos Tecnológicos: Se utiliza la Historia de Salud Digital de Atención Primaria (HSDAP). Se dota a los centros de puntos de acceso a DIRAYA/HSDAP y se potencia la Teleconsulta.
- Recursos Organizativos: El modelo se apoya en los Servicios de Inspección Sanitaria y la Unidad de Epidemiología para la vigilancia en salud pública, formalizando la respuesta coordinada ante brotes y multirresistentes.

Basada en la evidencia

La propuesta se fundamenta en la evidencia que respalda los modelos de atención integral sociosanitaria y la gestión proactiva de la cronicidad en población institucionalizada. La OMS y la Red Europea de Atención de Larga Duración dentro de la Estrategia Europea de Cuidados recomiendan la figura de enlace clínico para la integración efectiva de los sistemas sanitario y social.

Estudios demuestran que la presencia de enfermería avanzada (EGC RM) en residencias disminuye las hospitalizaciones evitables y mejora la detección precoz del deterioro clínico. El uso sistemático de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) y el Plan de Acción Personalizado (PAP) son herramientas basadas en la evidencia para la prevención y abordaje de la pluripatología y la fragilidad. El modelo busca eliminar la variabilidad asistencial mediante la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos estandarizados y un sistema robusto de evaluación y monitorización de resultados (Programa de Evaluación).

Equidad

El modelo está intrínsecamente ligado a la equidad al garantizar que toda la población residente, independientemente del centro, reciba una atención sanitaria homogénea, segura y de alta calidad.

La figura de la EGC RM actúa como catalizador para reducir las diferencias en el acceso a la Atención Primaria y la variabilidad en los cuidados. Prioriza a un colectivo históricamente vulnerable y con mayores necesidades, como son las personas con pluripatología y dependencia. Se garantiza que las intervenciones (VIE, PAP, Teleconsulta) se apliquen de manera universal y estandarizada, eliminando sesgos en la prescripción (colaboración con Farmacia) y en la respuesta ante alertas sanitarias, asegurando el mismo nivel de protección y calidad asistencial que el resto de la población del SSPA.

Sostenibilidad

La buena práctica contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario mediante un uso más eficiente y racional de los recursos disponibles. La intervención de la EGR reduce hospitalizaciones evitables, visitas a urgencias y derivaciones innecesarias, disminuyendo la presión asistencial y el coste asociado a la atención de pacientes frágiles.

La optimización de la prescripción farmacéutica, en coordinación con farmacia de distrito/hospital, favorece la adecuación terapéutica y reduce la polimedicación y reacciones adversas, contribuyendo al ahorro y a la seguridad del paciente. La implantación de protocolos comunes y vías clínicas minimiza la variabilidad asistencial, mejora la capacidad resolutoria en el propio centro residencial y reduce la necesidad de intervenciones de mayor coste. Además, la integración de sistemas de información y el seguimiento estructurado facilitan una gestión basada en datos y permiten anticipar necesidades, apoyando una planificación sostenible a largo plazo. Es un modelo escalable, eficiente y adaptable.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible y escalable, ya que se basa en la reorganización de recursos existentes y la implementación de una figura profesional clave: la EGC RM. Los procesos definidos (VIE, PAP, protocolos de coordinación) son estandarizables y no dependen de recursos locales únicos, sino de herramientas comunes al SSPA (HSDAP, DIRAYA, Teleconsulta) y replicables en cualquier Sistema de Salud.

La estructura de asignación de un EAPRR y una EGC RM por centro residencial es un modelo de gestión que se puede adaptar a las diferentes características poblacionales y geográficas de otras Áreas de Gestión o Comunidades Autónomas. Los documentos de referencia y los protocolos de coordinación intersectorial (salud/social/inspección) pueden ser adoptados para garantizar la homogeneidad de la atención en cualquier entorno de institucionalización de personas mayores.

Efectividad

La efectividad de la buena práctica se demuestra mediante la mejora de los indicadores de resultado clínico y la calidad percibida. El modelo ha impactado positivamente en la seguridad clínica, tal como lo reflejan los resultados de la gestión farmacológica:

- De las 195 conciliaciones, el 32,31% (63 casos) requirió una intervención activa del médico de AP para la adecuación de la prescripción, lo que previene eventos adversos.
- Se ha documentado una disminución de sujeciones químicas (medida como principios activos desprescritos relacionados con esta práctica), lo que impacta directamente en la dignidad y calidad de vida del residente.
- La intervención se enfoca en la población de mayor fragilidad, concentrando el 86% de los casos en mayores de 71 años.

Se continúa monitorizando la reducción de la tasa de ingresos hospitalarios evitables, la incidencia de caídas y el control de patologías crónicas descompensadas.

Eficiencia

La eficiencia se logra al optimizar la respuesta sanitaria a través de la EGC RM, quien aumenta la capacidad resolutive in situ del centro. La estabilidad del EAPRR genera un mayor conocimiento del paciente, lo que se traduce en decisiones más rápidas y adecuadas que minimizan la necesidad de derivaciones.

El enfoque proactivo en la gestión farmacológica ha demostrado eficiencia: el 32,31% de las conciliaciones requirió una valoración activa, evitando potencialmente situaciones agudas y costosas como un ingreso por caída (el coste de un ingreso por fractura supera los 5.000€). El uso de Teleconsulta y la Historia de Salud Digital reduce el tiempo y el coste asociados a la gestión de la información. La adecuación de la prescripción en coordinación con el Servicio de Farmacia reduce el gasto farmacéutico y la inversión en recursos sanitarios.

Participación multidisciplinar

La buena práctica es intrínsecamente multidisciplinar. La Enfermera Gestora de Casos (EGC RM) es el nexo que articula el trabajo de los diferentes niveles asistenciales:

- Atención Primaria: Con el Equipo de Atención Primaria Referente (EAPRR) (médico y enfermera) en la planificación, VIE y ejecución de los PAP.
- Atención Hospitalaria: Coordinación con Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Servicios de Urgencias, especialmente en las transiciones.
- Servicios de Apoyo: Colaboración esencial con Farmacia de Distrito/Hospital para la revisión y conciliación farmacológica, y con Epidemiología en la vigilancia en salud pública.
- Centro Residencial: Integración de los profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) de la residencia en el desarrollo y seguimiento de los planes de cuidados.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial es esencial para la Atención Integrada Social y Sanitaria. El modelo formaliza la coordinación entre el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y los Servicios Sociales a través de la figura de la EGC RM, quien actúa como facilitadora del enlace

La colaboración incluye:

- **Servicios Sociales**: Intercambio de información (Planes Integrales de Atención) y coordinación en la evaluación de la dependencia para asegurar la adecuación de los cuidados sanitarios a las necesidades sociales.
- **Inspección Sanitaria**: Trabajo conjunto y estructurado para la vigilancia de la calidad y la seguridad, según lo definido en el Programa de Evaluación de la Inspección (Programa de Evaluación).

Este trabajo conjunto garantiza una respuesta holística a las personas residentes, abordando su complejidad desde una perspectiva tanto clínica como social, y asegurando el cumplimiento normativo.

Evaluación

La evaluación es un componente sistemático y continuo, basado en el Programa de Evaluación de la Inspección de Servicios Sanitarios.

Los datos recogidos entre febrero y noviembre de 2025 proporcionan evidencia sólida:

1. Impacto en la Prescripción: El 67,69% de las conciliaciones se documentó como correcta y finalizada, mientras que el 32,31% de los casos (63 residentes) requirió intervención del médico de AP para la adecuación de la prescripción, confirmando la calidad del cribado farmacológico.
2. Impacto Demográfico: La intervención se enfoca en la población más frágil, concentrando el 86% de los casos en mayores de 71 años.

3. Resultados de Seguridad: La disminución de sujeciones químicas es un resultado directo y medible de la mejora de la seguridad clínica, con resultados significativos en las UGC de Huércal-Overa y Vélez-Rubio.
4. Proceso: Las UGC de Macael, Huércal-Overa y Vera han registrado el mayor volumen de conciliaciones, evidenciando la homogeneidad de la aplicación de la práctica.

AND7-4: Nuevo paradigma de trabajo enfermero mediante el desarrollo y digitalización de un circuito asistencial de excelencia de los cuidados expertos de Enfermería de Práctica Avanzada (Unidad Digital de Cuidados - UDC)

Jesús Cárcamo Baena (1), M.ª Ángeles Castañeda Palma (1), Adriana Rivera Sequeros (1), Juan Manuel Herrerías Esteban (2), Concepción Romero Briosó (1), Ángel Rodríguez Hurtado (1), Carmen Zambrano Olivo (1), Alberto Moreno Conde (1), Jesús Moreno Conde (1), Reyes Asensio Pérez (1), Gloria Vázquez González (1), Carmen Duque de la Rosa (1), David Calleja Merino (1), Trinidad Ordóñez Vázquez (1), Montserrat Álvarez Colorado (1), M.ª Nieves Sánchez Huerga (1), Tamara Cortés Sánchez (1), Rosa Pedreño Cobo (1), M.ª Eugenia Acosta Mosquera (1), Beatriz Tena García (1), Lucía Hidalgo Sotelo (1)

(1) Unidad Digital de Cuidados, Hospital Universitario Virgen Macarena, Servicio Andaluz de Salud (SAS), (2) Equipo Provincial TIC de Sevilla, SAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada, telecuidados, teleconsulta enfermera, continuidad asistencial, cuidados complejos, atención integrada.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El circuito desarrollado surge para dar respuesta a un problema real y actual en el acceso a los cuidados expertos que empiezan a ser altamente demandados por la sociedad cada vez más crónica y envejecida. El desarrollo de nuevas competencias enfermeras como la práctica avanzada (EPA) surgen para satisfacer las demandas y expectativas de la ciudadanía y acercar los cuidados expertos a estos pacientes con necesidad de cuidados complejos.

Las enfermeras de ambos niveles asistenciales, Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) necesitan, en muchas ocasiones, asesoramiento de las EPAs y otras Enfermeras Consultoras Expertas (ECE) que se encuentran en el ámbito hospitalario, para dar respuesta a las necesidades de cuidados expertos de estos pacientes crónicos complejos en el nivel asistencial en el que se encuentren. Por ello, surge la necesidad de establecer un circuito digital de comunicación que garantice la comunicación interprofesionales e interniveles, reduciendo la brecha geográfica, y garantizando la continuidad de cuidados.

Este circuito ha supuesto un Nuevo Paradigma de Cuidados porque representa un cambio fundamental en cómo se prestan y se gestionan los cuidados.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica se dirige a pacientes con necesidades de cuidados complejos (crónicos, paliativos, con heridas complejas, ostomizados, oncológicos, diabéticos, etc.) y a sus cuidadores, atendidos tanto en AP como en AH. El ámbito territorial abarca el Área Hospitalaria Virgen Macarena (Sevilla), cubriendo una población básica de más de 485.000 habitantes y una referencia regional superior al millón de habitantes, incluyendo zonas de gran dispersión geográfica. Los usuarios directos del circuito son las enfermeras de AP y AH, así como médicos, que requieren asesoramiento de cuidados experto para sus pacientes.

Metodología

El diseño se basa en la adaptación de la tecnología de teleconsulta médica al ámbito enfermero. Se realizó un análisis previo que detectó la ineficiencia de la comunicación telefónica y la falta de registro estructurado. El procedimiento se desarrolló en tres fases de innovación:

1. Estructural: Creación de “Unidades Funcionales de Cuidados” en el sistema corporativo (Diraya), con perfiles de solicitantes y resolutoras, permitiendo la transversalidad de las EPAs/ECEs.
2. Tecnológica: Adaptación de la plataforma de teleconsulta médica al lenguaje enfermero (NANDA, NOC, NIC), definición de criterios de inclusión por cada EPA/EE y apertura de agendas virtuales. Definición de circuitos telemáticos de cuidados expertos. La teleconsulta enfermera garantiza la visibilidad y la accesibilidad tanto a enfermeras como a su actividad.
3. Gestión de la información: Implementación de cuadros de mandos para la recogida estructurada de datos.

Objetivos

Se establecen las siguientes metas u objetivos encajados cada uno en una meta SMART, pero todos los consideramos específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporales:

- Específico: Implantar un circuito de comunicación asincrónico entre enfermeras de AP y AH y EPAs/ECEs que garantice la continuidad de cuidados.
- Medible: Alcanzar un tiempo medio de respuesta inferior a 48-72 horas.
- Alcanzable: Usar eficientemente los recursos tecnológicos y humanos ya existentes en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- Realista: Garantizar la trazabilidad del proceso y la seguridad del paciente, reducir la variabilidad en la práctica clínica y los desplazamientos innecesarios de pacientes.
- Temporal: Lograr la implantación efectiva y la extensión progresiva a todo el SSPA, evidenciando resultados anuales de actividad y tiempos de respuesta.

Actuaciones realizadas

- Reorganización funcional: Apertura de las "Unidades Funcionales de Cuidados" en el árbol de Diraya tanto de enfermeras resolutoras como de solicitantes para visibilizar la actividad de las EPA/ECE en la historia clínica.
- Desarrollo tecnológico: Adaptación de la plataforma de teleconsulta al lenguaje enfermero (NANDA, NOC, NIC). Habilitación de perfiles de acceso (Enfermera de Atención Hospitalaria y Jefe de unidad) en la plataforma de teleconsulta. Integración con la app "cAPPTura" para el envío seguro de imágenes. Creación de agendas digitales para las EPAs/ECEs.
- Creación de herramienta de gestión. Cuadros de mandos, a través de los que se descarga toda la información personalizada y estructurada para evaluar los resultados en salud y generar un circuito de mejora continua. Esta laguna de datos estructurada e integrada con todos los sistemas de información asistencial nos permite por primera vez calcular el rendimiento de la actividad enfermera y de sus cuidados, sin precedentes.
- Formación y difusión
 - La UDC está visible en la web del hospital en el perfil de profesionales para dar visibilidad al circuito (<https://www.hospitalmacarena.es/blog/unidad-digital-de-cuidados>).
 - Apertura de un Portal de la UDC en la Intranet del hospital.
 - Ejecución de un plan multiplataforma con tutoriales, webinarios, sesiones clínicas, formación presencial en todas las Unidades del Hospital, de las Consultas Externas y de todos los centros de salud del Área sanitaria y Jornada de Cuidados AH-AP para capacitar a los profesionales.
 - Cartelería informativa de la UDC en todas las Unidades de hospitalización y consultas externas, así como en atención primaria.
- Asistencia: Puesta en marcha de consultas específicas: EPA-Heridas Crónicas Complejas, EPA-Ostomías, EPA-Gestión de Casos, EPA-Tratamiento Complejo de la Diabetes, EPA-Proceso Oncológico Complejo, Enfermera de Competencias Avanzadas Específica en Accesos Vasculares, Enfermera Consultora Experta en estomas respiratorios y la Unidad de Telecuidados HUVIM (multicompetencial).

Indicadores

Se han definido variables verificables integradas en cuadros de mando:

- Proceso: Número de teleconsultas realizadas (demanda), tiempo medio de respuesta (días), tipo de consulta (AP/AH).
- Resultados: Intervenciones enfermeras (NIC) realizadas, diagnósticos (NANDA) prevalentes, tiempo medio de respuesta.
- Impacto: Reducción de visitas a urgencias, disminución de traslados en ambulancia, desplazamientos evitados, atención en acto único, ahorro consultas (enfermería y

médicos especialistas), ahorro de ingresos hospitalarios, satisfacción de los profesionales resolutores y solicitantes y encuestas usuarios.

Recursos

La práctica se caracteriza por su eficiencia al optimizar recursos existentes sin costes adicionales significativos:

- Humanos: Reorganización de profesionales ya contratados (EPAs y ECEs) y el apoyo del equipo TIC del hospital.
- Tecnológicos: Uso de sistemas corporativos del SAS (Diraya, plataforma de Teleconsulta) y aplicaciones móviles (cAPPtura), garantizando la seguridad de datos sin inversión en nuevo software.
- Materiales: Aprovechamiento de la infraestructura informática y de dotación de recursos (consultas) habitual de los centros de salud y hospital.

Basada en la evidencia

La práctica fundamenta su diseño en modelos de gestión clínica innovadora y literatura científica que avala el impacto de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la reducción de morbilidad y mejora de calidad de vida. Se apoya en taxonomía enfermera estandarizada (NANDA-NOC-NIC) para garantizar el rigor científico de los cuidados. Además, aplica la innovación en la gestión, trasladando el éxito de la telemedicina al ámbito de los cuidados, algo no referenciado previamente en la bibliografía consultada de esta forma integrada.

Equidad

El proyecto actúa directamente sobre la equidad en salud al eliminar la brecha geográfica: permite que cualquier paciente, independientemente de su lugar de residencia (incluyendo zonas rurales dispersas como la Sierra Norte), acceda a cuidados expertos sin desplazarse. Estandariza la calidad de los cuidados recibidos, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica y asegurando que todos los pacientes tengan acceso al mismo nivel de cuidados expertos a través de su enfermera referente, democratizando el conocimiento experto.

Sostenibilidad

La sostenibilidad está garantizada por:

- Respaldo institucional: Integración en la estructura oficial del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y apoyo de la Dirección de Enfermería del Hospital.
- Tecnología propia: Al basarse en herramientas corporativas (Diraya), el mantenimiento técnico está asegurado por el sistema público.
- Adaptación: El modelo es flexible y permite incorporar nuevas EPAs o ECEs según las necesidades asistenciales emergentes sin modificar la estructura base.

Transferibilidad

La práctica es altamente replicable y escalable. Actualmente estamos trabajando en desarrollo del Protocolo de Teleconsulta de Cuidados del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) donde queda sistematizado todo el circuito.

- Escalabilidad: Se puede extender al resto de centros del SAS de manera inmediata y sin costes de licencia, ya que las herramientas son corporativas.
- Documentación: Existen manuales, tutoriales y una hoja de ruta de implementación detallada que permite a otros centros replicar el modelo (apertura de unidades, configuración de perfiles, etc.)

Efectividad

Los resultados demuestran un impacto positivo medible:

- Volumen: Crecimiento paulatino de la demanda por teleconsulta, pasando de 4611 en 2023 a, 4878 en 2024 y 4980 en 2025.
- Salud: Se estima una reducción del 15% en la estancia media hospitalaria y disminución significativa en la frecuentación de urgencias (ej. Se evita entrada por urgencias 2023: 125 pacientes y 2024: 66 pacientes).
- Resolución: Alta capacidad de resolución con tiempos de respuesta medios inferiores a 2 días. Tiempo medio de respuesta a la teleconsulta en 2023 (1,77 días), 2024 (1,43 días) y 2025 (0,97 días).

Eficiencia

El modelo optimiza al máximo los recursos disponibles:

- Ahorro de costes:

Impacto	2023	2024	Total:
Evita desplazamientos al hospital	658	504	1162
Evita entrada por urgencias	125	66	191
Atención en Acto Único	138	144	282
Ahorro de ambulancias	61	34	95
Ahorro de consultas enfermería y médico especialista	670	306	976
Ahorro ingreso hospitalario	45	21	66

- Gestión del tiempo: La comunicación asincrónica permite a las expertas gestionar mejor su carga laboral frente a las interrupciones telefónicas.
- Acto único: Facilita la coordinación de citas para que el paciente sea atendido por varios profesionales en una sola visita.

Participación multidisciplinar

La práctica integra la colaboración de diversos perfiles:

- Enfermería: Colaboración estrecha entre enfermeras de AP y AH (solicitantes) y EPAs y/o ECE (resolutoras).
- Equipo Multidisciplinar: Involucra a facultativos, la Dirección de Enfermería, el departamento TIC y unidades de innovación para el diseño y mantenimiento del circuito.
- Coordinación clínica: Las EPAs/ECEs actúan como nexo, facilitando la derivación y consulta con otros especialistas médicos cuando es necesario.

Colaboración intersectorial

El proyecto trasciende el ámbito estrictamente clínico hospitalario para reforzar la continuidad:

- Ámbito Sociosanitario: Se contempla la coordinación con recursos comunitarios y asociaciones de pacientes para el apoyo al cuidador y pacientes con patologías específicas (ostomías, ELA).
- Ámbito Académico: Vinculación con la docencia y la investigación enfermera, generando una laguna de datos (Big Data) para futuros estudios y formación universitaria.

Evaluación

Cuenta con un sistema robusto de evaluación continua:

- Cuadros de Mando: Monitorización en tiempo real de la actividad, tiempos de respuesta y diagnósticos a través de La plataforma ITC-Bio, que está promovida por Grupo de Innovación Tecnológica (GiT) de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío y se incorporó como infraestructura tecnológica para el soporte a la investigación dentro del Programa Estatal de I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad 2013 (FPAP13-1E-2429).
- Satisfacción: Encuestas de satisfacción y de tipo PROM/PREM enviadas sistemáticamente tras la consulta para valorar la experiencia del profesional solicitante y del paciente.
- Revisión periódica: Análisis anual de la demanda y evolución de indicadores para implementar mejoras en el circuito.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA7-1: Prevención de la nefropatía post-inyección de contraste yodado administrado por vía intravenosa en las exploraciones radiológicas

Eva Vilar Bonacasa (1), Jorge Ruiz Criado (2), Rocío Caramelo Hernández (2), Amalia Perona Caro (2), Maria Luiza Fatahi Bandpey (1), M.^a Dolores Yago Escusa (1), Ana Isabel García Valiente (3), Ana María Alcaine Aranda (1), Ana Margot Jara Díaz (1), M.^a Luisa Ibáñez Mateo (1), Celia Perales Modesto (1)

(1) Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Servicio Aragón de Salud (SALUD), (2) Servicio de Nefrología, Hospital Obispo Polanco, SALUD, (3) Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Royo Villanova, SALUD).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Nefropatía inducida por contraste, contraste yodado, insuficiencia renal, radiodiagnóstico, seguridad del paciente.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El 5,3% de los pacientes hospitalizados desarrollan durante su ingreso insuficiencia renal aguda, siendo las dos causas más frecuentes la isquemia renal y la iatrogenia farmacológica, incluyendo los contrastes yodados de uso en exploraciones radiológicas.

La llegada al servicio de radiología de pacientes en riesgo de nefropatía sin haber recibido profilaxis, en caso de no ser detectado, puede provocar daño renal irreversible y en el caso de ser detectado, ocasionar un retraso en las exploraciones con las implicaciones que todo esto conlleva.

Los grupos de riesgo de padecer nefropatía post-inyección de contraste abarcan pacientes con edad > 65 años, pacientes diabéticos, pacientes con historia de disfunción renal, monorrenos, transplantados renales, pacientes oncológicos ya diagnosticados, pacientes diabéticos con insuficiencia renal preexistente y pacientes en tratamiento con metformina. En general incluye pacientes con enfermedades crónicas, a los que la administración de contraste yodado en las pruebas radiológicas puede ocasionar o agravar las nefropatías si no se seleccionan y se les administra una profilaxis adecuada.

No olvidemos que el 57,7 % de la población de 15 años o más padece al menos una enfermedad o problema de salud crónico, solo la diabetes tiene una prevalencia global del 6,8 %. Los pacientes oncológicos suponen más del 50% de las exploraciones que se realizan diariamente en los servicios de radiología.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El objetivo fundamental es evitar la nefropatía post-inyección de contraste yodado intravenoso en los pacientes considerados con riesgo de desarrollarla. Como objetivo secundario evitar

demoras o suspensión de estudios radiológicos por falta de detección previa de los pacientes con riesgo.

En primer lugar, se elaboró un protocolo junto con los nefrólogos de nuestro hospital, basado en la evidencia científica, en el que se determinan los pacientes con riesgo de desarrollar una nefropatía post-inyección de contraste intravenoso yodado en las pruebas radiológicas, así como el tratamiento preventivo que precisan para evitar la nefropatía, en función de los factores de riesgo del paciente.

Varios factores reflejados en el protocolo determinan qué tratamiento preventivo requiere cada paciente y si se puede administrar de forma ambulatoria u hospitalizado.

El protocolo fue difundido por todos los servicios hospitalarios y de atención primaria susceptibles de solicitar un estudio con contraste yodado y se encuentra colgado en la Intranet del Hospital.

El equipo de enfermería revisa todos los días los pacientes citados para estudios de tomografía computarizada, con la antelación suficiente, detectando los que precisan inyección de contraste yodado, seleccionando los pacientes vulnerables para someterlos al tratamiento preventivo, ya sea de forma ambulatoria o ingresado.

El mismo equipo, se encarga de contactar con el paciente en el caso de que se le pueda administrar de forma ambulatoria o con el especialista solicitante de la prueba y el nefrólogo en el caso de que precise ingreso hospitalario, para aplicar el tratamiento preventivo, de forma coordinada con la citación de la prueba radiológica.

Para facilitar la detección de estos pacientes hemos contado también con la colaboración de la jefa de Servicio del laboratorio para incluir el aclaramiento de creatinina de forma sistemática al solicitar la creatinina.

Población diana / ámbito de aplicación

Los grupos de riesgo de padecer nefropatía post-inyección de contraste abarcan pacientes con edad > 65 años, pacientes diabéticos, pacientes con historia de disfunción renal, monorrenos, trasplantados renales, pacientes oncológicos ya diagnosticados, pacientes diabéticos con insuficiencia renal preexistente y pacientes en tratamiento con metformina. En general abarca a pacientes con enfermedades crónicas a los que la administración de contraste yodado en las pruebas radiológicas puede ocasionar o agravar las nefropatías si no se seleccionan y se les administra una profilaxis adecuada.

No olvidemos que el 57,7 % de la población de 15 años o más padece al menos una enfermedad o problema de salud crónico, solo la diabetes tiene una prevalencia global del 6,8 %. Los pacientes oncológicos suponen más del 50% de las exploraciones que se realizan diariamente en los servicios de radiología.

Metodología

La metodología seguida en este proyecto fue:

1. Análisis de la situación. Pacientes sometidos a exploraciones con contraste yodado intravenoso que desarrollan nefropatía. Retraso o suspensión de estudios radiológicos por detección de factores de riesgo el mismo día de la exploración.

2. Elaboración de un protocolo consensuado con el equipo de nefrología conteniendo los siguientes puntos:
 - Identificación de los grupos de riesgo.
 - Posibilidad de conocer la función renal actualizada del paciente diana.
 - Profilaxis de esta nefropatía, en función de la severidad de la nefropatía preexistente, de la procedencia del paciente (ambulante u hospitalizado), y del tiempo disponible para la administración de la preparación (urgente o programado).
 - Acordar quién, dónde, cuándo y cómo administrar la profilaxis.
 - Seguimiento posterior de la función renal.
3. Difusión del protocolo.
4. Aplicación del protocolo.
5. Evaluación y seguimiento de la función renal de los pacientes diana a los que se les ha administrado el contraste.
6. Actualización del protocolo de prevención.

Objetivos

- Evitar la nefropatía post-inyección de contraste yodado intravenoso en las exploraciones radiológicas considerando como población diana, los grupos de riesgo de desarrollarla.
- Elaborar un protocolo de profilaxis de nefropatía post-inyección de contraste intravenoso en coordinación con los servicios implicados, tanto médicos como quirúrgicos, procedentes de atención primaria o especializada, en la solicitud de pruebas radiológicas con contraste yodado.
- Conseguir máxima difusión y adherencia de los servicios solicitantes.
- Aplicar el protocolo elaborado consiguiendo que los pacientes de riesgo lleguen en condiciones adecuadas para la realización de las exploraciones radiológicas, evitando la realización de estudios subóptimos (por falta de administración de contraste) y retraso en su citación.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.

Actuaciones realizadas

1. Elaboración del protocolo conteniendo los siguientes puntos:
 - a. Identificar grupos de riesgo de padecer nefropatía post-inyección de contraste:

- Edad > 65 a
 - Diabetes Mellitus
 - Historia de disfunción renal
 - Riñón único
 - Transplante renal
 - Oncológicos ya diagnosticados • Pacientes diabéticos con insuficiencia renal pre-existente[u2] y tratamiento con metformina.
- b. Conocer función renal actualizada del paciente diana.
- d. Establecer la pauta de profilaxis de nefropatía pos-tinyección de contraste, en función de la procedencia del paciente (ambulante u hospitalizado), tiempo disponible para la administración de la preparación (urgente o programado) y severidad de la nefropatía preexistente.
- e. Acordar quién, dónde, cuándo y cómo administrar la profilaxis.
- f. Seguimiento de la función renal en los tiempos acordados.
2. Difusión del protocolo entre los solicitantes de pruebas diagnósticas con contraste yodado.
- Sesiones formativas
 - Comunicación por correo electrónico a través de la dirección del centro.
 - Facilitar el acceso al protocolo a través de la Intranet
3. Aplicación del protocolo

Indicadores

Los indicadores utilizados en el proyecto son:

- Porcentaje de pacientes de riesgo debidamente identificados.

Se revisan los filtrados glomerulares en la HCE de los pacientes a los que se les cita un estudio de TC con contraste, con periodicidad suficiente que permite tomar las medidas oportunas reflejadas en el protocolo. También se identifican los pacientes a los que se les aplica el protocolo de hidratación IV con ingreso previo a la realización del estudio.

- Tasa de personal formado en la prevención de nefropatía post-inyección de contraste yodado en las exploraciones radiológicas.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se les ha administrado profilaxis.
- Pacientes que desarrollan nefropatía post-inyección a pesar de la profilaxis.

La fuente de datos recomendada para la extracción de datos: la Historia clínica electrónica. Se extrapolan de los datos recogidos en listados de trabajo, durante 4

meses, con detección de una media de 21 pacientes de riesgo mensual, por lo tanto, unos 250 pacientes anuales. Hay que tener en cuenta que salvo por días festivos, el equipo de TC funciona todos los días de la semana con un volumen de pacientes similar.

Recursos

1. Tiempo:

a. Dedicado a reuniones multiprofesionales y multidisciplinares.

- Reuniones con nefrología para la elaboración del protocolo.
- Con responsables de análisis clínicos para facilitar la adaptación de las cifras de creatinina a las de filtrado glomerular necesario para unificar criterios de inclusión y seguimiento de la población diana.
- Con responsables de enfermería para la puesta en marcha del protocolo y asignación de funciones.
- Con responsables de Atención Primaria para establecer vías de canalización de pacientes ambulatorios.

b. Dedicado a la difusión del protocolo

Reuniones en número de dos, con los solicitantes de las exploraciones de atención primaria y especializada, en formato sesión y con los profesionales de enfermería.

2. Material fungible para sueroterapia, canalización de vías, suero fisiológico y bicarbonato 1/6 Molar, N-acetilcisteína 600 mg vía oral e IV.
3. Sala de preparación de los pacientes con disposición de sillones y/o camas para pacientes ambulatorios. Uso de camas de hospitalización a cargo del servicio de nefrología.

Basada en la evidencia

Las referencias bibliográficas siguientes avalan la base del protocolo en la evidencia científica.

1. ACR Manual on Contrast Media 2020 ACR Committee on Drugs and Contrast Media.
2. Sebastià C, et al. Profilaxis de la lesión renal aguda postcontraste (LRA-PC). Actualización según la guía clínica ESUR 10.0 y revisión crítica. Radiología 2020.
3. Nikolsky E y cols. Low hematocrit predicts contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary interventions. Kidney Int 67: 706-713, 2005.
4. Brar SS1, Aharonian V2, Mansukhani P2, Moore N2, Shen AY3, et al. Haemodynamic-guided fluid administration for the prevention of contrast-induced acute kidney injury. 2014 May 24;383(9931):1814-23.
5. Steven D. Weisbord, M.D., Martin Gallagher, M.D., Ph.D., Hani Jneid, M.D., Santiago Garcia, M.D., et al for the PRESERVE Trial Group* Outcomes after Angiography with Sodium Bicarbonate and Acetylcysteine. N Engl J Med 2018; 378:603-614.

6. Merten GJ1, Burgess WP, Gray LV, Holleman JH, et al. Prevention of contrast-induced nephropathy with sodium bicarbonate: a randomized controlled trial. JAMA. 2004 May 19;291(19):2328-34.
7. Rosenstock JL et al. The effect of withdrawal of ACE inhibitors or angiotensin receptor blockers prior to coronary angiography on the incidence of contrast-induced nephropathy. Int Urol Nephrol. 2008;40(3):749-55.
8. Oliva C. Fernandez-Cimadevilla et al. Revisión Nefropatía inducida por contraste. Med Clin (Barc). 2011;137(2):84–90
9. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/AKI.php

Equidad

El proyecto se fundamenta en criterios de equidad clínica, ya que la selección de los pacientes se realizó exclusivamente en base a su riesgo de desarrollar nefropatía post-inyección de contraste yodado.

Esta metodología garantiza que todos los pacientes con mayor probabilidad de sufrir complicaciones reciban una atención preventiva adecuada, independientemente de otros factores demográficos o sociales.

La equidad se refuerza mediante la aplicación sistemática del protocolo de profilaxis, asegurando que la intervención preventiva llegue a todos los pacientes vulnerables, sin discriminación, y que la atención se adapte a las necesidades clínicas individuales.

Sostenibilidad

Creemos que el proyecto puede ser sostenible en el tiempo, gracias a la implicación multiprofesional y multidisciplinar, así como el fomento del trabajo en equipo; la capacitación, formación continuada y motivación del personal implicado; la actualización periódica del protocolo, disponible en la Intranet del hospital, para cualquier especialista que necesite consultarlo y la facilidad de obtención de recursos materiales.

La definición de indicadores específicos para monitorizar el proceso y los resultados facilitará su evaluación continuada

Transferibilidad

El proyecto es altamente transferible a otros centros sanitarios, siempre que se adapten los recursos disponibles y se garantice la implicación multidisciplinar. La existencia de un protocolo claro, claro y detallado para la prevención de la nefropatía post-inyección de contraste yodado, la colaboración interdisciplinar e interprofesional la existencia de indicadores de seguimiento, estrategias de formación y comunicación, la disponibilidad en cualquier centro de los recursos materiales, son factores que favorecen su implementación en diferentes contextos. Para una transferencia exitosa, sería recomendable:

- Realizar una evaluación previa de los recursos y necesidades locales.

- Adaptar el protocolo a las particularidades del centro receptor.
- Formar adecuadamente al personal implicado.

Efectividad

En 2023, se realizaron 6.953 estudios de TC en nuestro servicio, de los cuales 3.771 incluyeron administración de contraste yodado.

Se identificaron 250 pacientes de riesgo (aproximadamente el 6% de los estudios con contraste).

El 100% de los pacientes en riesgo fueron correctamente identificados antes de la exploración, lo que demuestra una excelente capacidad de detección.

El 100% de los pacientes en riesgo recibieron la profilaxis adecuada según el protocolo establecido.

No se notificaron casos de nefropatía por contraste en pacientes correctamente protocolizados.

Ningún paciente desarrolló nefropatía post-inyección de contraste tras recibir la profilaxis recomendada.

No hay constancia de empeoramiento de la función renal relacionado con la administración de contraste en pacientes correctamente identificados y tratados.

El proyecto incluye indicadores claros y revisiones periódicas, lo que permite mantener la calidad y ajustar el protocolo si fuera necesario.

El proyecto cumple con sus objetivos y estándares de calidad, logrando una prevención eficaz de la nefropatía post-inyección de contraste yodado en la población diana.

Eficiencia

Si bien no se ha realizado un estudio particular de la eficiencia podemos intuir que los gastos ocasionados por pacientes con una o varias patologías crónicas a las que se les añade una nueva como la nefropatía post inyección de contraste yodado, debe de ser muy superior al gasto que ha supuesto la detección y aplicación de la profilaxis en los pacientes diana.

Participación multidisciplinar

La puesta en funcionamiento del proyecto ha supuesto una colaboración interprofesional e interdisciplinar que afecta al personal tanto hospitalario, como extrahospitalario, en todo nuestro sector, buscando el beneficio del paciente, que ha pasado a formar parte de la práctica asistencial de forma natural, por lo que se mantendrá de forma indefinida en el tiempo.

Hemos modificado el sistema de detección de los pacientes respecto al que existía previamente para permitir modificar a tiempo la citación del paciente, evitando demoras en la realización de los estudios.

Colaboración intersectorial

En este proyecto no hemos precisado la colaboración intersectorial, pero sería aplicable fácilmente en el caso de que fuera necesario. El siguiente paso será aplicarlo en el otro sector de nuestra área de salud y dar difusión para su adaptación a otros sectores con el fin de beneficiar a los pacientes diana.

Evaluación

En 2023 se realizaron un total de 6953 estudios de TC, de los cuales, 3771 fueron con administración de contraste yodado.

- Indicador número 1: Pacientes de riesgo

Pacientes con riesgo n= 250/ Pacientes a los que se les realiza estudios con contraste n= 3771

Un 6% de los pacientes, se encuentran dentro del grupo de riesgo.

- Indicador número 2: Pacientes con riesgo identificados correctamente

Pacientes en riesgo identificados n= 250 /Pacientes en riesgo n= 250 pacientes.

El 100% de los pacientes en riesgo fueron identificados.

- Indicador número 3: Pacientes en riesgo con administración de profilaxis

Paciente con profilaxis n=250/ pacientes en riesgo n=250

El 100% de los pacientes en riesgo recibieron la profilaxis siguiendo el protocolo.

- Indicador número 4: Pacientes con nefropatía pese a profilaxis

Pacientes con profilaxis que sufren nefropatía 0/ pacientes totales n= 250

Ningún paciente que ha sido sometido a la profilaxis ha empeorado su función renal, después de la prueba.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

ARA7-2: Programa de Revisión de la Medicación en Centros Residenciales

Ana Cristina Bandrés Liso (1), Miren Arantzazu García Colinas (1)

(1) Unidad Autónoma de Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios y Atención Primaria, Servicio Aragonés de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Revisión de la medicación, centros residenciales, polimedicación, seguridad del paciente, uso racional del medicamento, adecuación terapéutica.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La polimedicación en personas institucionalizadas se asocia a un mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación (PRM), incluyendo reacciones adversas, interacciones, medicación potencialmente inapropiada, cascadas terapéuticas, menor adherencia, fragilidad e incremento de la morbilidad. Este riesgo es especialmente relevante en centros residenciales, donde confluyen edad avanzada, multimorbilidad y tratamientos crónicos complejos, lo que hace prioritario garantizar la seguridad y el uso efectivo de los medicamentos.

En Aragón, el gasto farmacéutico asociado a centros residenciales supera los 24 millones € (datos de facturación de 2024). Aunque su peso relativo es limitado, su impacto y relevancia son crecientes debido al envejecimiento poblacional, la elevada prevalencia de cronicidad, la polimedicación y la alta demanda de recursos sanitarios de esta población. Además, el modelo de atención y prestación farmacéutica en residencias tiene implicaciones relevantes en términos de calidad asistencial, eficiencia y equidad.

El Programa de Atención a la Salud de Personas en Centros Residenciales de Aragón establece que los Equipos de Atención Primaria son los responsables de la atención sanitaria en estos centros, integrando al farmacéutico de atención primaria en las estrategias de uso racional del medicamento. En este marco, se identifica la necesidad de implantar progresivamente un Programa de Revisión de la Medicación en Centros Residenciales, coordinado entre los profesionales sanitarios implicados, para revisar periódicamente los tratamientos y proponer mejoras.

Esta propuesta se alinea con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad y la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, que priorizan la revisión sistemática de la medicación en pacientes crónicos polimedicados para prevenir eventos adversos, mejorar la adecuación terapéutica y favorecer la adherencia. Asimismo, experiencias previas como el Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado de Aragón y la evidencia

aportada por estudios como EARCAS ponen de manifiesto la elevada incidencia de PRM en residencias y la necesidad de abordarlos de forma estructurada.

El valor añadido de esta buena práctica radica en la sistematización de un procedimiento de revisión farmacoterapéutica centrada en la persona, integrado en la historia clínica electrónica, basado en criterios consensuados y desarrollado mediante una coordinación efectiva entre farmacéuticos, médicos y enfermería de atención primaria. El programa adapta la revisión de la medicación al entorno residencial y la incorpora a la práctica clínica habitual, aportando un marco organizado, homogéneo y alineado con las estrategias y el marco normativo vigente en Aragón.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El Programa de Revisión de la Medicación en Centros Residenciales es una intervención estructurada de optimización farmacoterapéutica dirigida a personas que residen de forma habitual en centros residenciales de mayores en Aragón. Su finalidad es incorporar de manera sistemática la revisión de la medicación a la práctica clínica, con un enfoque centrado en la persona y orientado a mejorar la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos.

La intervención consiste en la revisión periódica de la medicación por parte de los farmacéuticos de atención primaria, en coordinación con médicos y enfermería de los Equipos de Atención Primaria responsables. La revisión se basa en información clínica y farmacoterapéutica procedente de los sistemas corporativos [historia clínica electrónica (HCE en adelante), OMI-AP 3 y receta-e]] y culmina en un informe estructurado de recomendaciones dirigido al médico de atención primaria.

El programa se dirige a pacientes institucionalizados identificados en los sistemas corporativos como residentes en centros de mayores (SIRCOVID), priorizando progresivamente a aquellos con mayor riesgo: polimedicados, uso de medicamentos de alto riesgo o cronicidad compleja. Su implantación se realiza de forma gradual en cada sector sanitario, en coordinación con la Dirección de Atención Primaria y los Servicios de Farmacia de Atención Primaria.

A nivel organizativo, el programa se integra en la actividad habitual de los equipos, utilizando herramientas ya disponibles y circuitos de comunicación establecidos. La documentación de las intervenciones en HCE favorece la continuidad asistencial y la trazabilidad de las actuaciones.

Entre sus elementos diferenciales destacan el uso de criterios de revisión consensuados y priorizados (STOPP/START, LessChron, alertas de seguridad, riesgo anticolinérgico, recomendaciones NO-HACER y ajuste por función renal), la metodología de revisión centrada en la persona propuesta por Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP en adelante) y la coordinación estructurada entre profesionales sanitarios, favoreciendo su aplicabilidad, sostenibilidad y transferibilidad.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana del Programa de Revisión de la Medicación en Centros Residenciales está formada por las personas que tienen como domicilio habitual un centro residencial de Aragón identificado en el sistema SIRCOVID como "RESIDENCIA MAYORES". El ámbito de aplicación

incluye todos los centros del territorio, públicos y privados, con independencia del modelo de prestación farmacéutica.

La implantación se realiza de manera progresiva en cada sector sanitario, conforme al cronograma establecido por la Dirección de Atención Primaria y los Servicios de Farmacia de Atención Primaria, en coordinación con los Equipos de Atención Primaria (EAP en adelante) responsables. La priorización de pacientes se basa en criterios clínicos consensuados, seleccionando preferentemente residentes con mayor grado de polimedicación, uso de medicamentos de alto riesgo o situación de cronicidad compleja.

Se excluyen los pacientes con prestación farmacéutica vinculada a mutualidades administrativas.

Metodología

Se basa en la revisión farmacoterapéutica centrada en la persona, siguiendo el posicionamiento de la SEFAP. Los farmacéuticos de atención primaria (FAP en adelante) revisan de forma estructurada la información clínica y terapéutica disponible en los sistemas corporativos, evaluando necesidad, efectividad, adecuación y seguridad de los tratamientos.

La revisión se apoya en criterios consensuados y priorizados, y herramientas validadas: criterios STOPP/START, criterios LessChron, alertas de seguridad de la AEMPS, evaluación del riesgo anticolinérgico, recomendaciones NO-HACER y ajuste de dosis según función renal. Tras el análisis, el farmacéutico elabora un informe estructurado de recomendaciones de optimización que se registra en la historia clínica electrónica y se comunica al médico de atención primaria responsable, quien valora su implementación.

De forma complementaria, se está pilotando una herramienta integrada para apoyar la evaluación en tiempo real, durante la prescripción o en revisiones posteriores.

Objetivos

El objetivo general del programa es incorporar de manera sistemática a la práctica clínica habitual un procedimiento de revisión y optimización de los tratamientos farmacológicos en personas que viven en centros residenciales, mejorando la efectividad y la seguridad de la farmacoterapia mediante la participación coordinada de los FAP con el equipo multidisciplinar.

Como objetivos operativos se establecen:

1. Cobertura del programa Revisar al menos el 20% de los residentes institucionalizados incluidos en el programa en un plazo de 24 meses desde su implantación.
2. Implementación territorial Incorporar progresivamente al programa al menos el 40% de las residencias en los dos primeros años de despliegue.
3. Aceptación de recomendaciones

Alcanzar una tasa de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas por parte de los médicos de atención primaria igual o superior al 60% durante el segundo año de implementación.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones del programa incluyen la identificación de centros residenciales y pacientes diana, así como la realización de revisiones estructuradas de la medicación por parte de los FAP, en coordinación con médicos y enfermería de los EAP responsables.

Tras el análisis clínico y farmacoterapéutico, se elaboran informes estructurados con recomendaciones de optimización del tratamiento, que se registran en HCE en un episodio específico y se comunican automáticamente al médico de atención primaria responsable.

Asimismo, se fomenta la comunicación directa entre farmacéuticos y médicos mediante reuniones o consultas cuando se considera necesario, quedando constancia de las intervenciones en la HCE.

El programa contempla actividades de información y formación dirigidas a los profesionales de Atención Primaria, la difusión de materiales de apoyo y el seguimiento de la implantación del programa a través de las comisiones sectoriales de uso racional del medicamento.

Indicadores

La evaluación del programa se apoya en indicadores de actividad definidos y monitorizados con periodicidad anual, que permiten medir el grado de implantación, alcance poblacional y aceptación profesional.

1. Cobertura del programa

Revisar al menos el 20% de los residentes institucionalizados incluidos en el programa en un plazo de 24 meses desde su implantación.

- 2024: 14,43%
- 2025: 23,74% 2.

2. Implementación territorial

Incorporar progresivamente al programa al menos el 40% de las residencias en los dos primeros años.

- 2024: 25,67%
- 2025: 44,98%

3. Aceptación de recomendaciones

Alcanzar una tasa de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas igual o superior al 60% durante el segundo año.

- 2024: ---
- 2025: 62,15% (muestra representativa)

Estos indicadores facilitan el seguimiento del despliegue del programa y constituyen una base para la mejora continua de la intervención.

Recursos

El programa utiliza fundamentalmente recursos ya disponibles en el sistema sanitario, integrándose en la actividad habitual de atención primaria y sin requerir financiación adicional específica.

Los recursos humanos incluyen farmacéuticos de atención primaria, médicos y enfermería de los EAP, así como profesionales referentes del programa en cada equipo para facilitar la coordinación con los centros residenciales. No implica la creación de nuevas estructuras organizativas.

Los recursos materiales y tecnológicos se basan en los sistemas de información corporativos existentes: HCE, OMI-AP, receta-e, DATA-Farmacia y sistemas de identificación de población institucionalizada (SIRCOVID). Asimismo, se utilizan informes estructurados, formularios específicos y materiales de apoyo para la intervención.

La capacidad de revisión está condicionada por la disponibilidad de FAP en cada sector sanitario, lo que justifica un despliegue progresivo y un objetivo de cobertura ajustado a los recursos disponibles, garantizando la calidad clínica de cada revisión.

Basada en la evidencia

El programa se fundamenta en la evidencia científica disponible y en recomendaciones institucionales consolidadas. Integra las directrices de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad y de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, que recomiendan la revisión sistemática de la medicación en pacientes crónicos polimedicados para reducir eventos adversos y mejorar la adecuación terapéutica.

La metodología se basa en la revisión centrada en la persona propuesta por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria y emplea herramientas validadas como los criterios STOPP/START, criterios LessChron, evaluaciones de riesgo anticolinérgico y alertas de seguridad emitidas por la AEMPS.

Asimismo, incorpora la evidencia derivada de estudios realizados en el ámbito residencial, como EARCAS, que ponen de manifiesto la elevada incidencia de problemas relacionados con la medicación en personas institucionalizadas, reforzando la pertinencia y necesidad de esta intervención estructurada.

Equidad

El programa promueve la equidad al dirigirse a todas las personas que residen en centros residenciales de Aragón, con independencia de la titularidad del centro, su ubicación geográfica o el modelo de prestación farmacéutica. La implantación progresiva permite adaptar el despliegue a la realidad organizativa de cada sector sanitario, favoreciendo una cobertura homogénea en todo el territorio.

Se presta especial atención a residencias rurales o de difícil acceso, garantizando la igualdad en la implantación territorial y reduciendo variabilidad en la práctica clínica. La priorización de pacientes se realiza mediante criterios clínicos consensuados, basados en el riesgo farmacoterapéutico y la complejidad asistencial, y no en factores socioeconómicos.

La integración del programa en atención primaria facilita el acceso equitativo a la revisión farmacoterapéutica dentro del sistema sanitario público, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial en una población especialmente vulnerable.

Sostenibilidad

Se apoya en su integración en la práctica clínica habitual y en el uso de recursos existentes en el sistema sanitario. No requiere inversiones adicionales relevantes ni la creación de nuevas infraestructuras tecnológicas, lo que facilita su mantenimiento a medio y largo plazo.

Se basa en procedimientos estandarizados, criterios consensuados y circuitos de comunicación establecidos entre FAP, médicos y enfermería, reduciendo la dependencia de iniciativas individuales y favoreciendo su institucionalización.

La alineación con estrategias autonómicas vigentes refuerza su continuidad organizativa. Como avance hacia la sostenibilidad, en 2025 se está pilotando una herramienta integrada en los sistemas corporativos que apoya la evaluación de tratamientos en tiempo real, tanto en el momento de la prescripción como en revisiones posteriores, dentro de la práctica clínica diaria.

La revisión periódica de la medicación contribuye a un uso más racional de los medicamentos, mejorando la seguridad y favoreciendo la sostenibilidad del sistema sanitario.

Transferibilidad

El diseño del programa favorece su transferibilidad a otros ámbitos y territorios, al basarse en una metodología estructurada y criterios de revisión ampliamente aceptados en la práctica clínica. Utiliza herramientas validadas como STOPP/START, LessChron, alertas de seguridad y evaluación del riesgo anticolinérgico, aplicables en distintos contextos asistenciales.

La intervención se apoya en el rol del farmacéutico de atención primaria integrado en equipos multidisciplinares, un modelo presente en otras comunidades autónomas, lo que facilita su adaptación.

La ausencia de dependencia de tecnologías específicas o recursos extraordinarios permite replicar el programa en diferentes entornos organizativos. Además, la documentación sistemática en la HCE y el uso de indicadores de seguimiento posibilitan evaluar su implantación y resultados, favoreciendo su extensión tanto a residencias como a otros dispositivos sociosanitarios o poblaciones vulnerables con alta carga de polimedicación.

Efectividad

El programa está orientado a mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos mediante la revisión sistemática de la medicación y la adecuación de los objetivos terapéuticos a la situación clínica de cada persona institucionalizada.

La identificación de medicamentos innecesarios, inefectivos o no adecuados, así como la optimización de dosis, duraciones y combinaciones terapéuticas, contribuye a una farmacoterapia más ajustada a las necesidades reales de los residentes. Esto favorece mejores resultados en salud, reduce cascadas terapéuticas y minimiza el riesgo de eventos adversos asociados a la polimedicación.

La coordinación entre farmacéuticos de atención primaria, médicos y enfermería facilita la toma de decisiones clínicas informadas, coherentes y centradas en la persona. El diseño del programa se alinea con intervenciones reconocidas por su impacto positivo en la calidad de la prescripción y en la seguridad del paciente, especialmente en poblaciones vulnerables con alta complejidad clínica.

Eficiencia

La eficiencia del programa se fundamenta en la optimización del uso de medicamentos y en la prevención de problemas relacionados con la medicación en una población con alta carga de polimedicación.

La revisión farmacoterapéutica permite identificar tratamientos innecesarios, duplicidades, interacciones y prescripciones potencialmente inapropiadas, contribuyendo a un uso más racional de los recursos farmacéuticos. La adecuación terapéutica puede reducir el consumo de medicamentos de escaso valor clínico y prevenir eventos adversos evitables.

Al integrarse en la actividad habitual de atención primaria y utilizar sistemas de información corporativos ya existentes, el programa minimiza costes adicionales de implantación. Asimismo, la mejora en la seguridad y adecuación de los tratamientos tiene potencial para disminuir consultas, urgencias y hospitalizaciones relacionadas con la medicación, generando un impacto positivo en la utilización eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

Participación multidisciplinar

El programa se basa en un enfoque multidisciplinar, integrando la participación coordinada de farmacéuticos, médicos y enfermería de atención primaria en la atención a personas institucionalizadas.

Los FAP realizan la revisión estructurada de la medicación, identifican problemas relacionados con los medicamentos y elaboran recomendaciones de optimización. Los médicos de atención primaria seleccionan pacientes, valoran las propuestas y, en su caso, implementan las modificaciones terapéuticas. Enfermería contribuye a la valoración integral del residente y la continuidad de cuidados.

Asimismo, existe la figura de un profesional referente del programa en cada Equipo de Atención Primaria, que facilita la coordinación con los centros residenciales.

La definición de criterios de revisión ha contado con la participación de profesionales de atención primaria, geriatría, medicina interna y farmacia, reforzando el consenso clínico y la integración de perspectivas asistenciales.

Colaboración intersectorial

El programa se desarrolla en un contexto de colaboración entre distintos niveles y sectores del sistema sanitario y social. Se integra en el Programa de Atención a la Salud de Personas en Centros Residenciales de Aragón y se coordina con las Direcciones Atención Primaria y Hospitalaria, y los Servicios de Farmacia Atención Primaria.

La implantación del programa implica la colaboración con los centros residenciales y sus responsables, facilitando la comunicación entre el ámbito sanitario y sociosanitario para garantizar una atención coordinada y centrada en la persona.

Asimismo, el seguimiento del programa se realiza a través de la Unidad de Coordinación Autonómica de URM, favoreciendo la coordinación institucional, la homogeneidad de criterios y la coherencia de las actuaciones en el territorio.

Esta colaboración intersectorial refuerza la continuidad asistencial, mejora la seguridad en el uso de medicamentos y contribuye a una atención integral de una población especialmente vulnerable.

Evaluación

La evaluación del programa se plantea mediante indicadores de actividad definidos y registrados de forma sistemática, con periodicidad anual, e incluidos en los Contratos Programa del Servicio Aragonés de Salud. Estos indicadores permiten monitorizar el grado de implantación, el alcance poblacional del programa, la actividad desarrollada y la aceptación de las recomendaciones farmacoterapéuticas.

La información registrada en HCE facilita la trazabilidad de las actuaciones, el análisis de la implementación en cada sector sanitario y la comparación de resultados a lo largo del tiempo.

La evaluación se concibe como una herramienta para el seguimiento y mejora continua, orientada a identificar áreas de mejora, ajustar el despliegue progresivo del programa y reforzar la calidad y seguridad de la atención farmacéutica en personas institucionalizadas.

Este enfoque evaluativo garantiza la sostenibilidad del programa y su alineación con las estrategias de seguridad del paciente y uso racional del medicamento en el SNS.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AST7-1: C4D- Cuido mi diabetes Asturias

Marta María Pisano González (1), Cristina Fernández García (1), Elvira Llana Suárez (2), María Escribano Santamarina (1), Raquel Ochoa González (2), Manuela Parrondo Fernández (1), Isabel Díez Valcarce (1)

(1) Escuela Asturiana de Cuidados (EAC), Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria, Consejería de Salud del Principado de Asturias, (2) Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, educación terapéutica, autocuidado, atención primaria, remisión de la diabetes, salud digital

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

España sigue entre los países europeos con mayor prevalencia de diabetes en adultos — unos 14,1 %, lo que representa más de 5,1 millones de personas —, lo que supone una carga importante para el sistema sanitario.

En Asturias, la prevalencia de diabetes tipo 2 (DM2) es del 9,7% de la población adulta (80.740 personas). El 81% tiene más de 65 años. Y el 53,5% son hombres. Respecto a su geolocalización, se detecta una clara dicotomía entre las áreas centrales altamente urbanizadas y las periféricas.

Las tasas más elevadas de DM2 se concentran en áreas que se caracterizan por una menor densidad poblacional y un mayor envejecimiento. Las acciones deben diseñarse específicamente para contrarrestar los determinantes de salud dominantes en cada eje geográfico.

Respecto a la comorbilidad, el promedio de patologías crónicas en personas con D2 asciende a 4,50, en marcado contraste con la población no diabética: 2,49 ($p < 0,001$), lo que representa un incremento superior al 80% en la morbilidad. El manejo de 4.50 condiciones exige la prescripción concurrente de múltiples medicamentos, típicamente incluyendo fármacos para la DM (insulina, metformina, GLP-1), antihipertensivos (IECA/ARA II), agentes para la dislipidemia (estatinas) y antiplaquetarios. Esto representa un desafío asistencial crítico (polifarmacia masiva, riesgo de interacciones, deterioro funcional severo y alta demanda de múltiples especialidades).

La comorbilidad de la DM2 en Asturias (2025) es: el 60% con Hipertensión arterial, el 57% hiperlipidemia, el 17 % insuficiencia renal crónica, el 21% depresión y el 13% cardiopatía isquémica. La DM2 fue reconocida como área de atención desde los inicios de la reforma de la Atención Primaria (AP) “Programa del Adulto en Atención Primaria” (1986). Han pasado cuatro décadas, y a pesar de las distintas estrategias, persiste un déficit en el control metabólico óptimo, por lo que sigue siendo urgente explorar abordajes efectivos, multidisciplinarios y basados en educación terapéutica con evidencia sólida.

En este contexto, se propone la intervención “Cuido mi Diabetes C4D”, enmarcada en el proyecto europeo CARE4DIABETES, coordinado desde Asturias e implementado en 6 regiones españolas simultáneamente. C4D es el resultante de la adaptación en 12 países (también en España) de una estrategia holandesa: Reverse Diabetes 2 Now. Es una intervención multidisciplinar grupal basada en las últimas evidencias de educación terapéutica. Se han obtenido importantes y

esperanzadores resultados de control metabólico, ahorro de costes y ajuste farmacológico entre otros.

Su enfoque se alinea con los objetivos de esta convocatoria: innovación real en la gestión de la cronicidad, fortalecimiento de la capacidad resolutive de AP, mejora tangible del impacto en salud y calidad de vida y avance hacia un modelo asistencial sostenible.

Su aportación diferencial radica en situar la reversibilidad de la diabetes como objetivo clínico alcanzable, entendida como la disminución de la HbA1c por debajo de 6,5 % sin tratamiento farmacológico durante al menos tres meses. C4D no se limita a mejorar el control metabólico, sino que introduce un modelo estructurado, reproducible y escalable que combina educación terapéutica avanzada, intervención grupal y abordaje multidisciplinar en AP, ofreciendo una alternativa eficaz allí donde los enfoques convencionales han resultado insuficientes.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica C4D consistió en el análisis en profundidad, adaptación, diseño, implementación, evaluación y coordinación en Asturias (España y Europa) de Reverse Diabetes 2 Now (RD2N), Buena Práctica europea de Atención Primaria de Salud alineada con el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (OMS) 2016-2025.

RD2N es un programa intensivo para personas con DM2 basado en el modelo I-Change, que combina intervención grupal, soporte digital y acompañamiento de los profesionales sanitarios de referencia durante doce meses. La evidencia publicada muestra mejoras clínicamente relevantes en control metabólico, reducción de medicación y calidad de vida en los participantes, situando esta intervención como un referente europeo en programas de cambio de conducta.

La organización de C4D se estructuró en dos fases y un proceso continuo de evaluación de calidad. La fase preparatoria comenzó con el análisis profundo del programa original mediante estancias formativas en Ámsterdam y la utilización del modelo de madurez SCIROCCO para identificar elementos esenciales y garantizar fidelidad metodológica. Durante tres meses, el equipo asturiano recibió formación directa del equipo holandés en los diferentes roles profesionales implicados. Posteriormente, se diseñó una formación de formadores destinada a profesionales del Principado de Asturias y de otras comunidades autónomas, asegurando la futura sostenibilidad y escalabilidad del modelo. La adaptación cultural y técnica incluyó la traducción y revisión de materiales escritos, vídeos y podcasts, con participación de expertos en accesibilidad y personas con diabetes. Asimismo, se adaptó la plataforma digital de origen italiano para el seguimiento grupal online, la interacción continuada entre participantes y la cohesión del grupo entre sesiones. Esta plataforma constituye uno de los elementos diferenciales de C4D, al permitir extender el acompañamiento más allá de la intervención presencial y nuevas formas de comunicación con los profesionales sanitarios. La estrategia de captación se diseñó con criterios de equidad territorial y de género, involucrando a las ocho áreas sanitarias del Principado, zonas rurales y entidades comunitarias. Se desarrolló un plan de difusión dirigido tanto a profesionales sanitarios como a posibles participantes, con apoyo de asociaciones de pacientes y medios de comunicación regionales.

La fase de intervención, iniciada en enero de 2024, incluyó dos modalidades de acceso: presencial y online, lo que amplía la accesibilidad y permite adaptarse a la diversidad territorial. Entre enero de 2024 y enero de 2025 se desarrollaron los dos primeros grupos, seguidos de cuatro grupos adicionales entre septiembre de 2024 y octubre de 2025, aplicando ajustes

derivados de ciclos de mejora PDSA. Esta estructura escalonada permitió integrar aprendizajes y optimizar la implementación en un centenar de participantes.

En el proceso continuo de evaluación de calidad, C4D incorpora herramientas de forma sistemática: ciclos PDSA sucesivos, el marco CFIR para identificar barreras y facilitadores, y la guía SQUIRE para estructurar la práctica de mejora. Finalmente, se estableció un marco 4 evaluativo mixto (cuantitativo y cualitativo) con recogida sistemática de datos, integrando criterios éticos y de investigación. C4D fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Principado de Asturias en octubre del 2023. C4D se integra en el marco de las acciones de la Escuela Asturiana de Cuidados, integrada en la Red de Escuelas de Salud para la ciudadanía.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de C4D fueron personas adultas con DM2 cuya situación clínica permitió un abordaje intensivo sin presencia de comorbilidades graves.

Los criterios de elegibilidad siguieron el estándar aplicado en RD2N, priorizando personas con medicación estabilizada y sin complicaciones avanzadas. Se seleccionan personas con diagnóstico de DM2 entre uno y diez años, con tratamiento farmacológico activo, edades entre 20 y 80 años e IMC entre 25 y 40. Se requirió motivación para el cambio, capacidad para participar en sesiones grupales —presenciales u online— y competencias digitales básicas para el uso de la plataforma, así como disposición para el autocontrol glucémico regular.

Se excluyeron personas con cirugía bariátrica previa, insuficiencia cardíaca, renal o EPOC grave, embarazo o deseo gestacional, y quienes hayan presentado un trastorno alimentario en los últimos cinco años.

En Asturias, la cohorte regional prevista fue de 100 personas. En España 360. En todo el consorcio 860.

Metodología

La metodología de C4D se basa en intervenciones grupales de hasta 20 participantes, desarrolladas en dos fases: seis meses de intervención intensiva (mínimo cinco encuentros presenciales u online) y seis meses de seguimiento a través de la plataforma digital. El programa se articula en torno a cuatro pilares terapéuticos: alimentación, actividad física, sueño y manejo del estrés. La intervención emplea metodologías grupales activas, en las que el aprendizaje se construye a partir de la práctica, la experimentación y la interacción entre participantes, priorizando la vivencia real por encima de la mera transmisión de conocimientos. El fortalecimiento del apoyo social y la comunicación con el equipo profesional se sostiene mediante la plataforma digital.

La intervención comienza con dos días iniciales de trabajo intensivo donde se establecen metas individualizadas y se consolida la cohesión del grupo. Posteriormente, un equipo multidisciplinar —medicina, enfermería, nutrición y psicología— conduce las sesiones y ofrece acompañamiento individualizado para ajustar progresos y necesidades. La coordinación con los profesionales de Atención Primaria y Endocrinología garantiza la continuidad asistencial, la revisión terapéutica y la integración del programa en la práctica clínica habitual.

Objetivos

Principal

Implementar y evaluar la adaptación de RD2N a personas con DM2 para mejorar los resultados en 5 salud y calidad de vida en Asturias.

Secundarios

1. Analizar en profundidad el modelo original y realizar una adaptación cultural, organizativa y clínica adecuada al contexto asturiano
2. Incorporar metodologías de medición de calidad continua
3. Garantizar una participación equitativa alcanzando personas de distintos perfiles socioeconómicos, áreas sanitarias y entornos rurales y urbanos
4. Implicar a profesionales de todas las áreas sanitarias y de perfiles profesionales diferentes (medicina, psicología, enfermería y nutrición)
5. Favorecer, cuando sea posible, la reversión parcial o completa de la DM2
6. Ajustar el tratamiento farmacológico cuando no sea posible la reversión total
7. Prevenir las complicaciones asociadas a la enfermedad
8. Evaluar la intervención en términos de coste-efectividad
9. Evaluar cualitativamente a participantes y profesionales sanitarios involucrados
10. Confeccionar un plan de sostenibilidad en el servicio de salud asturiano (SESPA).

Actuaciones realizadas

Se analizó en profundidad RD2N mediante evaluación directa en Ámsterdam. Se organizó la formación directa a cuatro profesionales asturianos (uno por rol), que desarrollaron una formación de formadores (para toda España) que capacitó a 25 profesionales adicionales asturianos. Se incorporaron todas las metodologías de calidad continua ya descritas, y se adaptaron materiales en siete categorías: reclutamiento, registro, contenidos para profesionales y participantes, comunicación, materiales clínicos, generales y de evaluación.

Se desplegaron estrategias de captación en todo el territorio, involucrando a la ciudadanía, asociaciones de pacientes, profesionales de AP y atención hospitalaria (AH) y medios de comunicación multicanal regional (TV, prensa, radio). Se realizaron cinco talleres con sus dos fases en dos rondas (tres presenciales y tres online), alcanzando a 95 participantes. Se ejecutó la evaluación de calidad prevista, el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, y la valoración preliminar de impacto y coste-efectividad. Se ha confeccionado el plan de sostenibilidad del SESPA.

Indicadores

Evaluación del piloto (marco RE-AIM). Reach: las actividades de captación, nº de personas excluidas e incluidas y sus características sociodemográficas. Effectiveness: asistentes por sesión,

horas impartidas, adherencia, desgaste y medidas clínicas. Adoption: características de los centros participantes, nº y perfil del personal implicado y su representatividad. Implementation: 6 adaptaciones realizadas, coherencia entre equipos y costes directos. Maintenance: resultados a los 12 meses y el grado de integración del modelo en los servicios.

Evaluación clínica: peso, IMC, circunferencia de cintura, presión arterial, perfil lipídico, HbA1c, impedancia, resultados del sensor de medición continua, medicación antidiabética, actividad física, calidad de vida (EQ-5D-5L), salud percibida, fatiga, sueño y dieta, satisfacción con el tratamiento, atención en salud, decisión compartida, distrés emocional asociado.

Evaluación económica: costes de personal, materiales, espacios y consumibles para comparar costes de transferencia, adaptación e implementación con los beneficios clínicos. Se incorporó evaluación cualitativa (grupos focales) para identificar facilitadores y barreras.

Recursos

Además de los recursos sanitarios ya existentes —profesionales, espacios asistenciales y estructura organizativa— C4D contó con el apoyo de ayuntamientos que cedieron locales, así como de asociaciones de pacientes, medios de comunicación y personas participantes, que actuaron como recursos comunitarios y comunicativos de primer nivel. El proyecto dispuso también de recursos específicos financiados por la UE: se contrataron dos profesionales, uno responsable de la coordinación del consorcio europeo (12 países) y otro encargado de la coordinación nacional (6 pilotos) y del pilotaje en Asturias.

Otro recurso fue el desarrollo, con fondos del proyecto, de una web-app inspirada en la plataforma inicial, diseñada para facilitar seguimiento, interacción grupal y comunicación con los profesionales, y preparada para su transferencia al conjunto del SNS. Recursos que quedan disponibles para España: la metodología adaptada, el plan formativo, los materiales validados, la plataforma digital y los resultados evaluativos, base para su escalabilidad.

Basada en la evidencia

Si bien existen muchos estudios, pensamos que el más significativo es uno que estudió en 438 personas que recibieron la intervención multicomponente RD2N sus efectos a dos años. De los participantes con datos completos a los dos años ($n = 234$), el 67 % redujo su medicación hipoglucemiante y el 28 % la suspendió por completo. Entre quienes usaban insulina al inicio, el 71 % cesó su uso al cabo de 24 meses.

Aunque la media de HbA1c se mantuvo estable, aumentó el porcentaje de personas con $HbA1c \leq 53$ mmol/mol, indicando un mejor control glucémico en una proporción mayor de participantes. Se observaron además reducciones clínicamente relevantes en peso (-7 kg), circunferencia de cintura ($-7,9$ cm), triglicéridos ($-0,34$ mmol/L) y en la relación colesterol total/HDL, junto con aumentos significativos en HDL. La calidad de vida y la salud percibida mejoraron de forma consistente. (Pot et al, (2020)¹.

Referencia:

- ¹ <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000081>

Equidad

C4D puso el foco en que personas con DM2 (independientemente de su situación socioeconómica y educativa) pudieran beneficiarse de la intervención.

Entre los participantes, el 25 % tenía únicamente educación primaria, lo que confirma la llegada a colectivos habitualmente menos representados en programas de autocuidado. En términos laborales, el 10 % estaban en desempleo, el 30 % jubilados y el 21 % en situación de estudiantes u otras condiciones, reflejando una participación diversa y coherente con la realidad del territorio.

El 8% de los participantes eran migrantes.

Hubo representatividad de 7 de las 8 áreas sanitarias, rurales y urbanas.

La captación e implementación se realizó también zonas rurales (ej: Jarrio), y se ofreció transporte a quienes presentaban dificultades de desplazamiento. La doble modalidad presencial y online redujo barreras de movilidad, conciliación y horarios. La adaptación accesible y cultural y lingüística de materiales facilitó la comprensión en distintos niveles formativos. Asimismo, la colaboración con profesionales de AP y endocrinología incluyó la accesibilidad y equidad inherente en la atención pública sanitaria.

Sostenibilidad

A través del paquete de trabajo de sostenibilidad, se incorporó en cada ciclo PDSA y dio lugar a Planes de Sostenibilidad para cada piloto, anticipando lo que se adopta, adapta y/o abandona en cada etapa.

La sostenibilidad de C4D se apoya en la Escuela Asturiana de Cuidados, con estructuras y recursos preexistentes: coordinadores en toda la región, formadores, cuadro de mandos...con más de diez años de experiencia formativa en autocuidados y una fuerte conexión con recursos comunitarios. Esta infraestructura ofrece un soporte estable para mantener la metodología, actualizar contenidos, custodiar materiales y garantizar la continuidad formativa.

También se fundamenta en su eficiencia, impacto y escalabilidad: algunos de los resultados más significativos se describirán en el apartado de eficiencia.

Al Plan de Sostenibilidad de Asturias, se suman los del resto de pilotos (Galicia, Cantabria, Aragón, Extremadura y Andalucía) para consensuar un futuro único Plan de Sostenibilidad nacional.

Transferibilidad

En el proyecto C4D, la OCDE hizo un análisis en profundidad de la transferibilidad de RD2N. Confirmó la existencia de una elevada transferibilidad internacional. Su diseño modular, y estandarizado permite reproducir los componentes esenciales manteniendo fidelidad metodológica.

Niveles de transferencia: normativo, al alinearse con las estrategias nacionales (diabetes, crónicos, cardiovascular...); organizativo, al integrarse en AP y en la EAC (Red de Escuelas a nivel nacional), profesional, modelo formativo homologado y replicable en múltiples CCAA; y comunitario, mediante la participación de ayuntamientos, asociaciones y ciudadanía.

La doble modalidad presencial–online facilitan su adaptación a territorios urbanos, rurales o dispersos y a diferentes situaciones socioeconómicas y culturales. Los resultados obtenidos en Asturias, comparables a los de Holanda, confirman que el modelo es escalable, eficiente y apto para extenderse a otros territorios del SNS.

C4D está protocolizada y preparada para ello. OCDE recomienda un mayor enfoque preventivo para aumentar la transferibilidad.

Efectividad

La efectividad de C4D se evidencia en su impacto real sobre la salud y el tratamiento de las personas con DM2 en condiciones asistenciales habituales.

A los 6 meses en Asturias (n=83) se observaron cambios clínicos significativos: ↓ perímetro abdominal (–6 cm), ↓ IMC (–1,2 kg/m²), ↑ masa magra (+1,7 %), ↓ masa grasa (+1,7 %), ↓ presión arterial sistólica (–4,5 mmHg) y diastólica (–1,3 mmHg), ↑ colesterol HDL (+6,6 mg/dl), ↓ triglicéridos (–17,7 mg/dl) y ↓ colesterol no-HDL (–7,7 mg/dl). No se observaron cambios en el colesterol total y LDL, resultando en una mejora de la dislipemia aterogénica: ↓ los índices aterogénicos I (ratio colesterol total/HDL) y II (ratio LDL/HDL). ↑ satisfacción y percepción del autocontrol (DTSQs al inicio 28, a los 12 meses 35).

El 80,72 % redujo su tratamiento farmacológico y el 32,5 % lo eliminó completamente y un 26,5% alcanzó la remisión clínica.

Eficiencia

Si bien está planificado el análisis de eficiencia del programa, todavía no tenemos los resultados finales de los 12 meses.

* Eficiencia económica directa (reducción en fármacos) a los 6 meses en Asturias: un 43 % de reducción del gasto farmacológico directo, pasando de un coste de 121.261,2 euros a 68.905,2 euros en los 83 participantes del piloto.

* Eficiencia económica en el análisis de la OCDE sobre RD2N: La aplicación de la RD2N supondría un ahorro anual del gasto sanitario equivalente al 0,3% del gasto sanitario total de media en los países de la UE-27.

* Eficiencia económica indirecta (bajas laborales) en el análisis de la OCDE sobre RD2N: las mejoras sostenidas en salud y estilo de vida reducen comorbilidades, disminuyen costes sanitarios y generan beneficios laborales, estimándose entre 1,89 y 2,33 trabajadores equivalentes a tiempo completo por cada 100.000 adultos entre 2025 y 2050.

Participación multidisciplinar

El equipo asistencial de intervención incorporó profesionales de medicina de AP y AH, enfermería, nutricionistas y salud mental. Es una participación multidisciplinar real: profesionales de distintos dispositivos y niveles asistenciales colaborando y trabajando juntos. Cada perfil aportó competencias específicas en seguimiento clínico, educación, apoyo emocional, dinamización grupal y evaluación.

Adicionalmente, participantes y sus familias se han involucrado en este primer pilotaje asturiano, aportando una visión indispensable y adaptación cultural en el análisis y diseño final de las sesiones, de los materiales educativos y de las diversas acciones de captación y difusión a través de los medios de comunicación regionales.

Las sesiones clínicas y los ajustes farmacológicos se realizaron conjuntamente entre el equipo multidisciplinar, endocrinología y coordinación C4D.

A nivel operativo, la coordinación del piloto asegura logística y calidad. A nivel estratégico, existe una coordinación institucional en la Dirección General de Cuidados, que permite alinear la intervención con líneas del SESPA.

Colaboración intersectorial

C4D se apoyó en una colaboración intersectorial a través de: el Comité Asesor de Diabetes del Principado de Asturias (CADPA), como órgano asesor y regulador de la DM en la región, y la Asociación de Diabéticos del Principado de Asturias (ADISPAS) que colaboró en múltiples actividades de captación como el Día Mundial de la Diabetes.

Desde la Escuela Asturiana de Cuidados se articula una amplia red territorial consolidada durante más de una década, colaborando con la municipalidad a través de Escuelas Municipales de Salud, servicios sociales y el tercer sector, incluyendo Cáritas, Cruz Roja, asociaciones de la etnia gitana, el centro penitenciario, redes de mujeres, federación de mayores, Montepío de la Minería Asturiana, PUMUO (Universidad de mayores) y asociación Ciudadanas. Estas redes preexistentes representan un gran potencial de extensión y colaboración intersectorial tras el pilotaje de C4D que ampliarán el alcance poblacional.

Evaluación

Hitos evaluativos más relevantes de forma cronológica:

- Junio 2021: RD2N es seleccionada como Mejor Practica de AP por la EU
- Junio 2021: EU4Health incluye RD2N para ser parte de una Joint Action de DM2
- Octubre 2021: El Ministerio de Sanidad escoge a Asturias (tras valorar su propuesta) como autoridad beneficiaria de la acción conjunta en España
- Noviembre 2021: la UE selecciona a Asturias para escribir la propuesta de proyecto
- Junio 2022. La UE puntúa la propuesta presentada desde Asturias con un 9,6 sobre 10.
- Febrero 2023. Se firma el Acuerdo de Consorcio que reglamenta la evaluación interna y externa de C4D.
- Abril 2023: Primer entregable (deliverable) en que se refleja la metodología interna de evaluación por pares del proyecto de los 17 entregables.
- Noviembre 2024: Auditoría intermedia del proyecto, efectuada por tres auditores expertos externos al proyecto seleccionados por la UE. Informe favorable. 1 0
- Pendiente: Auditoría final de la UE en marzo 2026.
- Pendiente: Auditoría final de la UE en marzo 2026.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT7-1: Intervenciones de valor para mejorar la atención a la cronicidad

Matilde Barneto Soto (1), Joan Espauella Panicot (1), Marc Ribelles Díaz (2), Neus Sanz Riguillo (3), Anna Moreta Rovira (3), Maria Revert (4), Mireia Zurita Badosa (3), Claudia Roca Rabionet (1), Maria Eugenia Campollo Duquela (1), Maricelis Cruz Grullón (1), Glòria Castro Morató (1), Silvia Casas Tió (1), Silvia Carbonell Palau (1), Judit Roca Font (1)

(1) Servei Territorial de Geriatria i Cures Pal·liatives d'Osona i Ripollès, Consorci Hospitalari de Vic–Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic, (2) Oficina Tècnica de Projectes, Consorci Hospitalari de Vic–Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic, (3) Institut Català de la Salut (ICS), (4) Programa d'Atenció a la Complexitat (PPAC), Catalunya Central.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cronicidad compleja, atención centrada en la persona, atención integrada, fragilidad, continuidad asistencial, geriatría.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El incremento de la expectativa de vida ha comportado un incremento del número de personas de edad avanzada con multimorbilidad, fragilidad y/o complejidad. Esta realidad ha hecho emerger que los modelos de atención tradicionales, fuertemente orientados a la gestión de enfermedades individuales y a la aplicación de guías clínicas estandarizadas, resulten insuficientes para abordar la complejidad de pacientes que presentan problemas de salud múltiples, interdependientes y en evolución constante. Es preciso un cambio de paradigma hacia una atención integral, integrada, proactiva, a partir de equipos multidisciplinares, y centrada en la persona, donde la definición de objetivos vitales y prioridades compartidas entre profesionales y pacientes se convierta en el verdadero eje vertebrador del proceso asistencial. En Osona, hemos implementado un modelo de atención a la cronicidad con una clara visión territorial, gobernada por el CATSALUT, que sitúa a la persona en el centro y que los diferentes dispositivos se articulan en función de las necesidades de la persona. Esta articulación se concreta a través de la Ruta de la Complejidad (RC), elaborada de forma colaborativa con todos los niveles asistenciales que define circuitos y roles asistenciales claros para la atención de personas con cronicidad compleja (PCC) y enfermedad crónica avanzada (MACA) y define responsabilidades compartidas.

Identificar pacientes PCC y MACA de forma sistemática, definir objetivos de acuerdo al diagnóstico situacional del paciente, sus valores y preferencias, traducir estos objetivos en un plan de intervención individualizado (PII) y compartir esta información con los diferentes niveles asistenciales permite alinear las decisiones clínicas con los valores personales, reducir la fragmentación asistencial, mejorar los resultados en salud de la población, la calidad del proceso asistencial y el uso de recursos del territorio. Esta propuesta se alinea con el marco conceptual del Documento de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje de Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2025-2028 que promueve un modelo de atención integral, proactiva, coordinada y centrada en la persona, orientado a generar valor en salud y mejorar la sostenibilidad del sistema mediante intervenciones transferibles y evaluables.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Nuestra propuesta consiste en la implementación de un modelo innovador orientado a generar valor a nivel territorial y poblacional para personas de edad avanzada PCC y MACA. El modelo se fundamenta en atención centrada en la persona (ACP), proactividad e integración asistencial, con soporte digital.

La ACP constituye el eje vertebrador del modelo. Se inicia a partir de una valoración geriátrica integral (VGI) que permite establecer diagnóstico situacional del paciente, identificando de forma estructurada su complejidad clínica, funcional, cognitiva y social, así como su situación de fragilidad y necesidades de cuidado. A partir de esta valoración, y mediante un proceso de toma de decisiones compartida con la persona (TDC) y, cuando procede, con su entorno cuidador, se elabora un PII en el que se definen objetivos de cuidado alineados con los valores, preferencias y prioridades vitales del paciente. Este enfoque promueve el empoderamiento de la persona garantizando intervenciones coherentes, integradas y orientadas a sus necesidades reales a lo largo del tiempo.

La proactividad se concreta en la valoración de la fragilidad, en la revisión de medicación (RM) según modelo de Prescripción Centrada en la Persona (PCP), y en la identificación anticipada de situaciones de crisis. Estas crisis se abordan de forma planificada, definiendo el recurso asistencial más adecuado para su resolución, teniendo en cuenta necesidades, preferencias del paciente y la capacidad resolutoria de los diferentes dispositivos. La valoración de la fragilidad en recursos no geriátricos, como el Servicio de Urgencias (SU), mediante el instrumento 3D/3D+, permite detectar situaciones de vulnerabilidad y activar circuitos asistenciales específicos de forma precoz y acceder directamente a la atención intermedia (AI).

La integración asistencial se garantiza mediante el intercambio estructurado de información clínica relevante entre dispositivos a través del informe de alta en la Historia Clínica Compartida de Catalunya (HC3) y la activación de alertas informáticas entre proveedores. Estas herramientas facilitan transiciones seguras y respuesta coordinada entre dispositivos.

La Atención Primaria (AP) actúa como eje vertebrador del modelo, liderando la continuidad asistencial, la activación de recursos comunitarios, y la coordinación con otras especialidades y los servicios sociales. El Servicio de Geriátrica y Cuidados Paliativos aporta soporte especializado en situaciones de mayor complejidad, tanto en el domicilio como en la atención hospitalaria (intermedia y agudos). Existe la posibilidad de activar el Servicio de Atención Domiciliaria social (SAD) no planificado desde el hospital de agudos y desde AP.

La implementación del modelo se ve facilitada por tres elementos estructurales: la RC, la Comunidad de Práctica Clínica (CPC) y la plataforma tecnológica de integración asistencial. La RC define circuitos claros para la atención de personas PCC y MACA en el momento oportuno, por el equipo y en el recurso más adecuado. La CPC constituye un espacio estable de trabajo colaborativo, entre las diferentes entidades y dispositivos del territorio, que permite consensuar prácticas, analizar casos y promover la mejora continua y el conocimiento compartido. La plataforma tecnológica dispone de un cuadro de mando territorial que facilita el seguimiento y la evaluación continua del modelo en clave poblacional.

Población diana/ámbito de aplicación

La población diana está constituida por personas de ≥ 80 años identificadas como PCC o MACA del territorio de Osona.

En el territorio de Osona, las personas de ≥ 80 años representan un total de 9.550 individuos, lo que corresponde al 5,44% de la población total. De estas, 3.140 son PCC, que suponen el 32,88% de la población de ≥ 80 años, y 550 son MACA, equivalentes al 5,50% de este grupo etario.

Metodología

En los pacientes ≥ 80 años la identificación de personas PCC y MACA se realiza de forma sistemática permitiendo una estratificación poblacional basada en complejidad clínica, fragilidad y necesidades de cuidado. Se realiza una entrevista en profundidad con paciente y/o cuidador y a partir de la TDC según sus valores y preferencias se establecen objetivos de cuidado, se realiza RM según el modelo de PCP y se establece una planificación proactiva de la atención para la adecuación de los recursos disponibles. A partir del HC3 los diferentes dispositivos visualizan el PII de la persona para garantizar la continuidad asistencial. La plataforma tecnológica nos permite realizar seguimiento de los indicadores territoriales escogidos (identificación de personas PCC y MACA, personas con PII realizados, días de estancia en casa, utilización de los SU (urgencias hospitalarias, SEM, CUAP/PAC), ingreso hospitalario (agudos y AI) polifarmacia (>10 ATC), y mortalidad.

Objetivos

Los objetivos planteados de nuestra propuesta fueron:

1. Establecer circuitos asistenciales y roles consensuados entre los diferentes proveedores del territorio; ii) incrementar la identificación de personas PCC y MACA
2. Incrementar la elaboración de PII a partir de valoraciones integrales y TDC
3. Realizar adecuación de la prescripción según el modelo PCP
4. Mejorar la continuidad asistencial a través de cambios en los informes, uso de HC3, alertas entre proveedores y el desarrollo del papel de las enfermeras gestoras de caso
5. Potenciar la provisión de cuidados en el entorno habitual de la persona
6. Disminuir el uso de recursos no planificados
7. Establecer un entorno de trabajo y colaboración entre todas las entidades del territorio.

Actuaciones realizadas

- Elaboración de la RC que establece circuitos y roles para el seguimiento de pacientes PCC y MACA en situación de estabilidad y en situación de crisis. Con especial énfasis en la ampliación de programas de alternativas a la hospitalización convencional (ingreso en AI y hospitalización domiciliaria de AI) y protocolo de actuación rápida por parte de primaria en situación de descompensación fuera de horario convencional.

- Identificación de PCC o MACA mediante VGI y/o herramientas de detección de fragilidad.
- Elaboración de PII mediante entrevista en profundidad, permitiendo definir objetivos de cuidado.
- RM según modelo PCP.
- Cambios en los informes de alta de los diferentes dispositivos del Servicio Territorial de Geriátría y activación de alertas entre dispositivos para garantizar transiciones seguras.
- Activación del SAD.
- Equipos de atención integrada sanitaria y social (PGAC).
- La creación y dinamización de CPC.
- Seguimiento continuo de los indicadores mediante la plataforma tecnológica del proyecto.

Indicadores

Los indicadores utilizados combinan métricas de identificación poblacional, proceso asistencial, resultados clínicos y de utilización de recursos, entre julio de 2024 y octubre de 2025:

- Incremento del 3.64% en identificación de PCC y del 0,71% en MACA y del 14.49% en elaboración de PII en PCC y 36.26% en MACA.
- Reducción del 29,6% en el número medio de medicamentos crónicos al alta de AI.
- Disminución de la tasa de reingreso a 30 días, de 7,86 a 6,40 por mil habitantes en PCC (-18,58%) y de 9,87 a 9,74 en MACA (-1,32%).
- Incremento de los días de estancia en domicilio de 352,9 a 354,5 días (0.45%) en PCC y de 345,7 a 347,7 días (0.58%) en MACA.
- Incremento del step-up hacia AI entre 2023 y 2025, de 31% a 40,4% en el Hospital Universitari de la Santa Creu y de 14,1% a 30,7% en el Hospital Sant Jaume de Manlleu.

Recursos

Los recursos utilizados incluyen equipos multidisciplinares en los dispositivos de AP y del Servicio de Geriátría y Cuidados Paliativos (médicos, enfermeras gestoras de continuidad de curas, enfermeras referentes, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales y farmacéuticos clínicos), cuya coordinación permite abordar de manera integral las necesidades de las personas PCC y MACA en situación de estabilidad y en situación de crisis 7x24, según RC. Como recurso tecnológico clave, destaca la plataforma tecnológica del proyecto transformador de integración asistencial efectiva (financiado por el Servicio Catalán de Salud) que recoge indicadores esenciales para el seguimiento y la evaluación continuada a nivel territorial. Asimismo, la CPC constituye un recurso organizativo fundamental. Consta de un grupo promotor,

responsable de impulsar, coordinar y dinamizar la actividad y una representación de profesionales de todas las entidades del territorio que se reúnen mensualmente. Esto comporta la creación de espacios de trabajo compartido entre los diferentes dispositivos.

Basada en la evidencia

Diferentes países han desarrollado marcos de referencia para avanzar hacia una atención integral y ACP. En EEUU, el modelo de 4Ms propone un conjunto de elementos para orientar la atención a las personas mayores, poniendo énfasis en identificar sus prioridades, revisar la medicación, prevenir el deterioro cognitivo y promover la movilidad, con el objetivo de mejorar la calidad, seguridad y experiencia asistencial. En Reino Unido, las iniciativas impulsadas por el NHS han explorado la coordinación entre servicios sanitarios y sociales para ofrecer atención continua y eficiente. Una revisión sistemática de la evidencia internacional indica que estos modelos incrementan la satisfacción de pacientes, mejoran la percepción de calidad de atención y facilitan acceso a los servicios, aunque los resultados sobre costes e impacto global en el uso de recursos continúan siendo inconsistentes. Nuestro proyecto es un ejemplo de implementación en práctica clínica real de ACP, proactividad e integración.

Equidad

La intervención garantiza que todas las personas de ≥ 80 años PCC y MACA reciban una atención adaptada a sus necesidades reales, independientemente del recurso asistencial al que accedan. La identificación sistemática de fragilidad, junto con la VGI, evita que queden invisibilizadas situaciones de vulnerabilidad que tradicionalmente han generado desigualdades en el acceso y en la calidad de la respuesta clínica. La ACP permite elaborar PII que reducen variaciones injustificadas en la práctica. La integración asistencial territorial y el uso de alertas automáticas entre dispositivos, garantizan transiciones seguras y una continuidad de cuidados homogénea, disminuyendo brechas entre dispositivos del territorio. Asimismo, las CPC aseguran la cohesión territorial y la aplicación equitativa de los circuitos definidos en la RC.

Este enfoque contribuye a evitar la ley de cuidados inversos en la atención a la cronicidad, garantizando que las personas con mayor complejidad reciban una atención proporcional a sus necesidades reales.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se basa en la capacidad para generar resultados clínicos y organizativos. La disminución de la polifarmacia reduce eventos adversos, interacciones farmacológicas y descompensaciones, evitando recursos no planificados. El descenso de la tasa de ingresos evidencia un modelo más eficiente, capaz de anticipar situaciones de crisis y resolverlas en el dispositivo más adecuado, favoreciendo una utilización racional y sostenible de los recursos. La implantación territorial de circuitos asistenciales estables, junto con la continuidad asistencial garantizada por la HC3 y el funcionamiento regular de las CPC, asegura la perdurabilidad de las mejoras alcanzadas. La intervención se integra progresivamente sin requerir incrementos significativos de recursos estructurales. No obstante, precisa de tiempo y espacios de coordinación entre dispositivos y de una adaptación organizativa ante el aumento de la complejidad de los pacientes atendidos en la AI, lo que podría implicar ajustes en la financiación y en los modelos de contratación del territorio.

Transferibilidad

La intervención presenta elevada transferibilidad, sus componentes centrales (identificación sistemática de la fragilidad y/o complejidad, ACP, elaboración de PII, PCP y funcionamiento de las CPC) son escalables a otros territorios sin requerir inversiones estructurales. El principal recurso que precisa adaptación específica es la plataforma tecnológica, necesaria para recopilar indicadores y garantizar un seguimiento territorial, aunque desarrollada sobre datos CATSALUT para garantizar su escalabilidad. Más allá de este elemento, la replicabilidad del modelo se basa en la introducción de una cultura de trabajo en equipo, de integración entre dispositivos, de formación de los profesionales favoreciendo la coherencia asistencial con los valores, preferencias y diagnóstico situacional del paciente. El intercambio de información de valor entre proveedores y la estructuración de circuitos comunes permiten que otros territorios adopten progresivamente el modelo, ajustándolo a su red de servicios y obteniendo mejoras similares calidad del proceso asistencial, en resultados clínicos y en uso de recursos.

Efectividad

La intervención es efectiva al generar mejoras clínicamente relevantes y sostenidas en la calidad de la atención y en los resultados en salud de las personas con cronicidad compleja o avanzada. La aplicación sistemática de la VGI y la valoración de la fragilidad permite identificar la complejidad clínica, funcional y social. A partir de esta valoración, la elaboración de PII, basados en la ACP y en la TDC, favorece una atención coherente y alineada con los valores y objetivos del paciente. La RM según el modelo de PCP mejora la adecuación terapéutica y reduce la carga farmacológica, contribuyendo a una mayor estabilidad clínica. La continuidad asistencial y la coordinación entre dispositivos se asocian a una disminución de los reingresos hospitalarios y a un aumento de los días de estancia en domicilio, reflejando una mejor evolución clínica y una atención más acorde con las preferencias de las personas atendidas.

Eficiencia

La intervención es eficiente al optimizar el uso de los recursos sanitarios mediante un modelo de atención anticipado, integrado y orientado a resolver las necesidades de las personas en el nivel asistencial más adecuado. La planificación proactiva de la atención y la definición anticipada del recurso idóneo para la atención de las crisis reducen la utilización de recursos no planificados y evitan ingresos innecesarios en el hospital de agudos. El incremento del step-up hacia la AI evidencia una mejor asignación de los recursos disponibles, favoreciendo la resolución de procesos clínicos en dispositivos de menor intensidad y mayor adecuación. La integración asistencial, apoyada en la HC3, la RC y el trabajo coordinado a través de las CPC, evita duplicidades, mejora la eficiencia organizativa y contribuye a una utilización más racional y sostenible de los recursos del territorio, sin requerir incrementos significativos de recursos estructurales.

Participación multidisciplinar

La intervención se sustenta en una participación multidisciplinar sólida, que garantiza una valoración integral y una toma de decisiones coherente con la complejidad de las personas atendidas en los diferentes dispositivos del territorio. Los equipos están formados por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales y farmacéuticos clínicos, que aportan una mirada complementaria y coordinada en todas las fases del proceso asistencial. Esta colaboración permite integrar aspectos clínicos, funcionales, sociales y

terapéuticos en un único PII de atención centrado en la persona. La TDC y la coordinación entre dispositivos se refuerzan mediante reuniones periódicas y el trabajo de las CPC, donde se analizan casos, se revisan circuitos y se consensuan mejoras. Esta dinámica colaborativa asegura intervenciones más coherentes, reduce variabilidad y favorece una atención continuada y alineada con los objetivos vitales de los pacientes.

Colaboración intersectorial

La intervención se fundamenta en una colaboración intersectorial que permite una respuesta coordinada a las necesidades de las personas PCC y MACA. La creación de espacios compartidos entre dispositivos garantiza una visión compartida del proceso asistencial y evita fragmentaciones que generan desigualdades y uso ineficiente de recursos. En Vic el proyecto PGAC incorpora un modelo de integración horizontal con los Servicios Sociales. Este modelo facilita una valoración integral de las necesidades sanitarias y sociales facilitando planificación conjunta de las intervenciones. La RC permite visión integrada de la cronicidad y las CPC actúan como espacios estructurados donde profesionales de distintos ámbitos analizan situaciones clínicas, revisan circuitos y consensuan estrategias de mejora. Esta colaboración se ve reforzada por la utilización de la HC3 y los alertas interproveedores, que facilitan la continuidad asistencial y la coordinación efectiva en momentos críticos, especialmente en las transiciones, promoviendo un compromiso compartido con los resultados del territorio

Evaluación

La evaluación de la intervención se realiza mediante un sistema estructurado que combina indicadores cuantitativos y análisis cualitativo del proceso asistencial. La plataforma tecnológica permite monitorización mensual de indicadores territoriales de base poblacional, con un nivel de desagregación progresivo hasta el ámbito de Área Básica de Salud, facilitando un análisis detallado y contextualizado de los resultados. Entre los indicadores se incluyen: identificación de personas PCC y MACA, elaboración de PII, polifarmacia, uso de recursos, mortalidad y días pasados en casa en el último año. Las CPC actúan como espacio de evaluación continua, donde se analizan y se realiza seguimiento de los resultados, se revisan circuitos y se identifican áreas de mejora. Esta combinación de datos objetivos y reflexión colectiva asegura un seguimiento riguroso de la intervención y facilita la toma de decisiones orientadas a la mejora continua de la calidad asistencial, de los resultados clínicos y del uso de recursos.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT7-2: Modelo integrado 7x24 de atención domiciliaria y residencial para personas con cronicidad compleja y avanzada, liderada por Atención Primaria

Coral Fernández Solana (1), Mónica Fisa Aregall (1), Romina Gallo Noguera (1), Elena López Pérez (1), Jorge Luis Díaz González (1), Montse Vergara Duarte (1), Juan José Zamora Sánchez (1)

(1) Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat (GAPiC) Baix Llobregat, Institut Català de la Salut.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cronicidad compleja, atención domiciliaria, atención integrada, continuidad asistencial, fragilidad, atención primaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la multimorbilidad, la complejidad clínica y la dependencia funcional están incrementando el número de personas con cronicidad compleja o avanzada, con alta carga clínica, social y riesgo elevado de fragmentación asistencial y eventos adversos evitables. Estas situaciones tienen un impacto desigual según determinantes sociales y de género, siendo más prevalentes en mujeres y en contextos socioeconómicos desfavorecidos. (Schiaffino, 2024), lo que refuerza la necesidad de intervenciones proactivas y equitativas

Aunque la estratificación poblacional (por fragilidad, comorbilidad y dependencia) permite orientar la atención a grandes grupos, persiste una elevada heterogeneidad dentro de cada estrato. Personas clasificadas en un mismo estrato presentan necesidades muy diversas, lo que limita la capacidad de ofrecer una atención verdaderamente personalizada si no se complementa con una valoración integral y una planificación individualizada de la atención.

Asimismo, la fragmentación entre niveles asistenciales y la variabilidad territorial (de atención y de recursos) dificultan la continuidad asistencial, especialmente en el entorno domiciliario y residencial, con mayor riesgo de transiciones inseguras y de menor adecuación de la atención a los valores y preferencias de las personas y su entorno cuidador.

En este contexto, el Plan de Salud de Cataluña como la Estrategia de Cronicidad del SNS sitúan a la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema, reforzando su papel en la atención domiciliaria, la gestión de casos, la coordinación interniveles y la permanencia de las personas en su domicilio el máximo tiempo posible, de acuerdo con sus valores y preferencias.

Para hacer frente a este reto asistencial, la Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad (GAPiC) Baix Llobregat del Institut català de la Salut (ICS) ha desarrollado una estrategia multiproyecto de atención domiciliaria y residencial, liderada por la Atención Primaria, que integra diversas líneas de actuación orientadas a mejorar la identificación proactiva de la complejidad, reforzar la atención en el domicilio y la residencia, y asegurar la continuidad asistencial interniveles.

La propuesta aporta un valor añadido respecto a experiencias previas al combinar:

a) innovación organizativa: (1) un consenso territorial de criterios de identificación de personas con cronicidad compleja y avanzada; (2) un modelo de atención domiciliaria y residencial 7x24 con criterios homogéneos de priorización; (3) el refuerzo del rol de las enfermeras de práctica avanzada en la gestión de casos; (4) circuitos territoriales de atención integrada pactados entre proveedores; y (5) mecanismos estructurados de coordinación interniveles, como el plan de atención interdisciplinar individualizado compartido y la conferencia de casos

b) innovación de análisis poblacional de datos, mediante el análisis de conglomerados (clusters) en la población atendida en atención domiciliaria, para identificar perfiles multidimensionales y avanzar hacia una planificación de cuidados más personalizada, con perspectiva de género y equidad. Estudios previos muestran que los análisis de clusters permiten identificar perfiles con necesidades específicas de cuidados (Zamora, 2021; Carrasco, 2023).

Por todo lo expuesto, la presente buena práctica se enmarca plenamente en la Estrategia de abordaje de la cronicidad del SNS, con perspectiva de equidad, sostenibilidad y valor para el sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La buena práctica se fundamenta en un modelo proactivo de atención integrada domiciliaria y residencial para personas con cronicidad compleja o avanzada, asegurando una atención 7x24 por equipos especializados liderados por la Atención Primaria y desplegados a nivel territorial de la GAPiC Baix Llobregat.

El modelo se organiza en torno a cuatro ejes interrelacionados:

- Identificación proactiva de la complejidad mediante herramientas de estratificación poblacional (GMA), consenso territorial de criterios PCC/PCA (anexo doc2-3) y análisis de perfiles multidimensionales (clusters) en la población de atención domiciliaria (anexo doc7). Esta identificación se complementa con la valoración integral con el índice frágil-VIG (ver anexo doc10) y la incorporación de la opinión de las personas, desde una perspectiva de atención centrada en la persona.
- Refuerzo de la atención domiciliaria y residencial con un modelo 7x24 que incluye equipos específicos, criterios homogéneos de priorización de las demandas y una ventana única de contacto para las personas PCC/PCA (anexo doc4-5-6). Este modelo facilita una respuesta accesible y resolutive ante situaciones de crisis, evitando desplazamientos innecesarios al hospital.
- Gestión de casos comunitaria potenciando la figura de la enfermera clínica de práctica avanzada en cronicidad compleja en los entornos de atención domiciliaria y residencial, como profesional referente para la coordinación de la atención, el seguimiento longitudinal, la activación de recursos sanitarios y sociales y el acompañamiento continuado de las personas con mayor complejidad clínica, social y de sistema.
- Atención integrada y continuidad asistencial interniveles, mediante:

- a. Ruta asistencial territorial en cronicidad compleja consensuada entre los distintos proveedores sanitarios del territorio, que define circuitos homogéneos, criterios compartidos y mecanismos estructurados de coordinación;
- b. Programa de atención integrada en insuficiencia cardiaca, con alto impacto en la cronicidad compleja)
- c. Programa de coordinación de continuidad de cuidados al alta hospitalaria (PREALT)
- d. El plan de atención interdisciplinar individualizado compartido (PIIC), como herramienta central para la planificación y seguimiento de la atención. La elaboración y revisión del PIIC mediante toma de decisiones compartidas, alineando los objetivos terapéuticos con la situación vital y las preferencias de la persona, garantizando una atención centrada en la persona, flexible y adaptada a la evolución clínica y funcional.
- e. Conferencias de casos mensuales entre atención hospitalaria/intermedia i atención primaria (gestoras de casos)
- f. Diseño de un plan estructurado de atención en atención Primaria al PCC/PCA en situación de estabilidad, que permite sistematizar el seguimiento proactivo (anexo doc9-10)
- g. Integración progresiva de espacios de integración entre servicios sociales y atención primaria, mediante proyectos piloto de atención integrada social y sanitaria en el domicilio. Inicio en los municipios de Sant Boi y Sant Andreu de la Barca.

Como elementos diferenciadores la propuesta destaca el liderazgo de la Atención Primaria, la atención 7x24 en el entorno domiciliario y residencial, la homogeneización de circuitos en el marco de una atención integrada, la potenciación de la figura de enfermeras de práctica avanzada en gestión de casos comunitario y la incorporación de análisis poblacionales avanzados (análisis de clusters) para la personalización de la atención.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana incluye a las personas identificadas con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (PCA), las personas incluidas en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) y aquellas que viven en residencias de personas mayores de los municipios atendidos por la GAPIC Baix Llobregat, del ICS.

Se trata de una población con elevada heterogeneidad clínica y social, alta prevalencia de fragilidad, dependencia funcional y polifarmacia, que requiere intervenciones intensivas, personalizadas y continuadas.

La GAPIC Baix Llobregat está conformada por 26 equipos de atención primaria, distribuidos en tres áreas de gestión asistencial, que dan cobertura a una población de referencia de aproximadamente 595.000 habitantes en 28 de los 30 municipios de la comarca.

En el año 2025 se identificaron 19.521 PCC (4,11%) y 2.325 PCA (0,49%). Asimismo, 5.414 personas estaban incluidas en el programa ATDOM, que representaban un 4,74% de la población >64 años, y 4.889 vivían en residencias de personas mayores.

Metodología

La metodología se fundamenta en un modelo proactivo de atención integrada a la cronicidad, basado en la estratificación poblacional, la valoración integral de necesidades y planificación individualizada de actividades.

Combina análisis poblacional, adecuación de la práctica clínica en el ámbito domiciliario, con un enfoque de mejora continua. Cada eje del modelo dispone de indicadores de proceso y resultado, orientados a resultados relevantes para las personas, e integrados en cuadros de mando corporativos accesibles para los responsables de los equipos y unidades implicadas (cronicidad compleja, gestión de casos, atención domiciliaria y residencial, atención continuada).

Las rutas asistenciales y los programas integrados cuentan con sistemas propios de seguimiento, coordinados con la región sanitaria. El análisis de clusters en población ATDOM se realiza con soporte técnico especializado, fue testada anteriormente (Zamora, 2021) en una experiencia reconocida como relevante en el modelo de atención domiciliaria del Departament de Salut de Catalunya (2022).

Objetivos

- Mejorar los resultados en salud, continuidad asistencial y experiencia de atención de las personas PCC/PCA, en el entorno domiciliario y residencial (2025-26).
 - Garantizar una atención proactiva y respuesta 7x24 en situación de crisis.
 - Incrementar la identificación de PCC y PCA hasta $\geq 5\%$ de la población general.
 - Aumentar al 85% la proporción de personas PCC/PCA con valoración multidimensional y plan de atención interdisciplinar individualizado actualizado.
 - Favorecer la permanencia en el domicilio, incrementando el número de días en casa y reduciendo traslados innecesarios a otros dispositivos asistenciales.
 - Identificar perfiles multidimensionales de personas atendidas en el programa de atención domiciliaria mediante análisis de clusters para personalizar la planificación de cuidados.
- Implementar las rutas de cronicidad compleja en todo el territorio.
- Reforzar la continuidad asistencial interniveles, aumentando la implementación la atención integrada social y sanitaria, conferencias de casos y el programa de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

Actuaciones realizadas

La mayoría de las actuaciones están implementadas o en fase de despliegue:

- El GMA, el PIIC y el programa de continuidad de cuidados al alta se encuentran plenamente implementados en el territorio.
- El modelo de atención domiciliaria 7X24 está operativo, con equipos específicos.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Todos los equipos de atención primaria disponen de enfermeras gestoras de casos y se han reforzado los roles de enfermeras de práctica avanzada en la atención residencial y continuada.
- Se han elaborado las rutas territoriales de cronicidad compleja, con despliegue progresivo previsto para 2026. Se han consensuado los criterios de PCC/PCA y se ha implantado la conferencia de casos.
- Asimismo, se han iniciado los pilotajes de atención integrada social y sanitaria y el despliegue de programa integrado de insuficiencia cardiaca y está pendiente el de seguimiento estructurado en Atención Primaria de PCC/PCA, y el análisis de clusters en atención domiciliaria

Indicadores

- Cuadro de mandos corporativo (indicadores clave)
 - Prevalencia de identificación de PCC/PCA
 - Valoración multidimensional en PCC/PCA
 - PIIC actualizado en PCC/PCA
 - Días de estancia en domicilio (al año)
 - Tasas de PCC/MACA atendidos en urgencias y hospitalizados
 - Indicadores de proceso y resultado relacionados con la actividad en gestión de casos, atención residencial y atención continuada urgente
 - Indicadores de resolución del programa PREALT
- Indicadores propios de la ruta asistencial en cronicidad compleja (región sanitaria)
- Indicadores propios del programa de insuficiencia cardiaca
- Otros indicadores:
 - Proporción de personas clasificadas en cada cluster de ATDOM
 - Resolución telefónica de la atención continuada en domicilio y residencia
 - Pacientes en cartera de gestión de casos con valoración con índice frágil-VIG
 - Número de reuniones y pacientes en conferencias de casos

Los indicadores se analizan a nivel de equipos, área de gestión y gerencia, permitiendo evaluar impacto, eficiencia y calidad.

Recursos

- La estrategia se basa en la reorganización y optimización de los recursos existentes en la GAPIC Baix Llobregat. Los equipos de Atención Primaria cuentan con enfermería comunitaria (incluidas gestoras de casos), medicina familiar, trabajo social y personal administrativo que garantizan la operatividad del modelo.
- Se cuenta con una unidad territorial específica de atención residencial, así como con un equipo de atención continuada domiciliaria, constituidas por médicos, enfermeras y soporte administrativo. La atención telefónica al PCC/PCA se gestiona desde una ventana única, facilitando la accesibilidad y la priorización de la actividad.
- Las rutas asistenciales territoriales en cronicidad compleja y el programa de atención integrada en insuficiencia cardiaca implican a referentes clínicos de todos los entornos de atención.
- Para la gestión de datos y análisis de indicadores se encuentra con la secretaria técnica de la GAPIC y soporte externo puntual para análisis especializados, como el análisis de clusters.

Basada en la evidencia

- La estrategia se fundamenta en modelos consolidados de atención a la cronicidad compleja y en evidencia científica nacional e internacional.
- El modelo de atención domiciliaria del Departament de Salut (2022) y los análisis de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS, Ruiz 2023) proporcionan el marco organizativo de referencia.
- Los criterios PCC/PCA y la conferencia de casos se basan en el modelo catalán de atención a la cronicidad compleja (PPAC,2020), así como el uso del índice frágil-VIG para la valoración multidimensional, con sólida evidencia de validez y fiabilidad (Amblàs 2017,2018; Torné, 2021).
- Los programas de atención integrada en enfermedad crónica han mostrado evidencia de su beneficio a nivel poblacional. (Comín, 2014).
- Los estudios de clusters de Zamora (2021) y Carrasco (2023) proporcionan una metodología de referencia para la clusterización más allá de la morbilidad, incluyendo la fragilidad y una visión holística e integral.

Equidad

- La atención domiciliaria y residencial 7x24, el PIIC compartido y la conferencia de casos reducen desigualdades en el acceso, especialmente en personas vulnerables con menor capacidad para gestionar el acceso al sistema sanitario y promueven una atención personalizada.
- La valoración integral incluye la dimensión social y el contexto familiar y comunitario, y, accesible y sensible a las desigualdades de género y sociales presentes en la población atendida. La estrategia incorpora de forma explícita la perspectiva de género, edad y determinantes sociales. La identificación de la complejidad incorpora

las dimensiones clínica, funcional y social, evitando una visión centrada únicamente en la carga de enfermedad.

- El análisis de perfiles multidimensionales (clusters) en población de atención domiciliaria permite detectar necesidades diferenciadas y orientar intervenciones más equitativas según sexo, condiciones socioeconómicas, y nivel de fragilidad, que no se evidencian mediante la estratificación tradicional.

Sostenibilidad

- La experiencia es sostenible al basarse principalmente en la reorganización de recursos existentes en la actividad habitual de Atención Primaria.
- El modelo de atención domiciliaria y residencial 7x24 se apoya en equipos propios ya consolidados, cuya distribución y carga asistencial se ajustan de forma flexible según las características sociodemográficas de cada equipo de atención primaria.
- La homogeneización de circuitos, el consenso territorial de criterios PCC/PCA, el PIIC y la conferencia de casos interniveles reducen la variabilidad y consolidan prácticas eficientes a largo plazo.
- Además, la experiencia está plenamente alineada con la Estrategia del SNS y el modelo del Departament de Salut para la atención a la cronicidad compleja, lo que aporta coherencia institucional y sostenibilidad organizativa en el tiempo. El plan formativo de las rutas de cronicidad compleja está financiado por el Departament de Salut y el análisis de clusters a través de una sociedad científica.

Transferibilidad

- Los elementos clave del modelo descritos en el apartado “contenido de la propuesta” son reproducibles en otros contextos mediante una adecuada adaptación organizativa, sustentada en la Atención Primaria como eje vertebrador y en recursos disponibles en el sistema público.
- La experiencia se apoya en herramientas de estratificación poblacional, procesos e indicadores estandarizados, que facilitarían su transferencia.
- La metodología de la de ruta asistencial en cronicidad compleja y la conferencia de casos es transferible, si bien precisa del apoyo de la dirección de la región sanitaria, la participación activa de todos los proveedores sanitarios, y la identificación de los líderes clínicos en los respectivos entornos de atención.
- El PIIC compartido precisa de sistemas de información interoperables entre los proveedores sanitarios, sin requerir cambios estructurales.
- El análisis de clusters con metodologías estadísticas avanzadas precisa de perfiles técnicos específicos. Puede ser de interés su análisis en otros entornos geográficos.

Efectividad

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- La experiencia ha mostrado efectividad en términos de accesibilidad, adecuación de la atención en el entorno domiciliario y residencial y mejora de la atención a PCC/PCA.
- La implementación del modelo ha permitido aumentar la identificación de PCC y PCA (4,76% en población general, en noviembre de 2025), la cobertura de valoraciones multidimensionales completas y del PIIC en los equipos.
- La articulación del modelo 7x24 ha permitido resolver un número creciente de situaciones clínicas en el domicilio, disminuyendo derivaciones y favoreciendo días de estancia en casa.
- La implementación de la conferencia de casos en las tres áreas de gestión asistencial ha mejorado la coordinación, la identificación sugerida de PCC/PCA por parte de los profesionales de entornos hospitalarios y la adecuación de los planes de atención de manera consensuada entre profesionales, pacientes y cuidadores, con asignación de recursos más adecuada a las necesidades.

Eficiencia

- La reorganización funcional y el refuerzo de las enfermeras de práctica avanzada en atención domiciliaria y residencial optimizan el uso de recursos en Atención Primaria.
- La implementación de la atención domiciliaria y residencial 7x24 reduce derivaciones innecesarias y mejora la resolución en el entorno adecuado (% traslados a urgencias menor a la media del ICS).
- La identificación proactiva de PCC/PCA permite una asignación más adecuada de recursos al facilitar la asignación del objetivo general de atención (supervivencia, mantenimiento o mejora de la funcionalidad, bienestar/control de síntomas). La estandarización de la ruta asistencial de cronicidad compleja y del PIIC disminuye las duplicidades en las valoraciones, mejora la planificación de intervenciones, y junto a la conferencia de casos facilita la toma de decisiones compartida.
- La identificación de clusters en atención domiciliaria permitirá personalizar aún más los planes de atención individualizados, priorizando necesidades reales de atención.

Participación multidisciplinar

- La participación multidisciplinar es amplia e integra a médicos y médicas de familia, enfermeras de familia y geriátricas, enfermeras de práctica avanzada (gestoras de casos, enfermeras clínicas de atención residencial y de atención continuada domiciliaria), así como trabajadoras sociales y nuevos roles incorporados a la Atención Primaria. El personal administrativo tiene un papel clave en la gestión de agendas, y coordinación logística. También incorpora el equipo territorial de atención residencial y los profesionales de atención continuada. La secretaría técnica cuenta con perfiles multidisciplinarios del ámbito de la salud pública y la ingeniería de sistemas para dar soporte al proceso de análisis de datos, creación de cuadros de mando y evaluación global de la experiencia.
- En las rutas asistenciales de cronicidad compleja, programa PREALT y programa de seguimiento estructurado de insuficiencia cardiaca se trabaja de forma colaborativa

con profesionales sanitarios de los entornos de atención hospitalaria aguda e intermedia.

Colaboración intersectorial

- La estrategia se fundamenta en una colaboración intersectorial sólida entre Atención Primaria, hospitales de referencia, atención intermedia, y residencias, garantizando continuidad asistencial y evitando fragmentación en la atención a personas con necesidades complejas.
- La ruta territorial de cronicidad compleja, consensuada entre proveedores, define circuitos homogéneos basados en buenas prácticas y criterios comunes de priorización. La conferencia de casos mensual constituye el principal espacio estructurado coordinación interniveles, facilitando la identificación conjunta de PCC/PCA, la revisión compartida de situaciones clínicas complejas, el consenso de objetivos terapéuticos y la actualización del PIIC.
- Los programas de continuidad al alta hospitalaria y de atención estructurada a la insuficiencia cardiaca refuerzan la colaboración especialmente en las transiciones asistenciales, y la colaboración con especialistas hospitalarios.
- Además, se están promoviendo espacios de atención integrada en el domicilio entre servicios sociales y atención primaria en los municipios de Sant Boi y Sant Andreu de la Barca

Evaluación

- La evaluación prioriza indicadores de resultado y valor para la persona, complementados por indicadores de proceso y estructura. Los cuadros de mando permiten monitorizar los indicadores clave (identificación de PCC/PCA, valoraciones multidimensionales, PIIC actualizado, actividad de atención domiciliaria y residencial, días de estancia en domicilio, tasa de visitas a urgencia y hospitalización...
- La elaboración de las rutas asistenciales partió de un análisis cualitativo del nivel de maduración de la atención a la cronicidad en el territorio.
- La implementación de la ruta y de los programas de atención integrada y conferencia de casos cuentan con indicadores de seguimiento cuantitativos y cualitativos.
- El análisis de clusters se enmarca en un proyecto de investigación de alcance poblacional.
- Los resultados de la evaluación se integran en los procesos de toma de decisiones clínicas y organizativas, garantizando un modelo más eficiente, equitativo y centrado en la persona.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT7-3: Modelo territorial de Puerta Única y Atención Integrada para la gestión integral de la Cronicidad Compleja y Avanzada en el Tarragonés

Jorge Delagneau González (1), Teresa Canela Armengol (1), Susana Peña Gil (1), Eulàlia Oriol Colominas (1), Anna Cortiella Masdeu (2), Ángela Cortés Cortés (1), M.ª del Puy Muniain Díaz de Cerio (1), Mingu Ribas Seguí (1), Olga Ochoa Gondar (1), Montserrat Gens Barbera (3)

(1) Gerència d'Atenció Primària i Comunitària (GAPyC) Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut (ICS), (2) Hospital Universitari Joan XXIII / GiPSS, (3) Direcció de Seguretat i Qualitat del Pacient, ICS / GiPSS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cronicidad compleja, atención integrada, gestión de casos, continuidad asistencial, atención domiciliaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas plantean un reto ineludible para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). En el territorio del Tarragonés, se detectó una necesidad debido a la fragmentación asistencial y la falta de coordinación efectiva entre la Atención Primaria (AP) y los recursos hospitalarios o de atención intermedia durante las descompensaciones de Pacientes con Cronicidad Compleja (PCC) y Enfermedad Crónica Avanzada (MACA). Esta disfunción provocaba derivaciones evitables a urgencias hospitalarias, sometiendo a pacientes frágiles a entornos poco favorables y rompiendo el continuum asistencial.

Esta Buena Práctica, integrada por la Oficina de Coordinación de Atención a la Cronicidad del Tarragonés (OACT) y la Línea Única de Atención (LUA), aborda directamente esta problemática alineándose con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS, específicamente en la línea de Continuidad Asistencial. La propuesta responde a la urgencia de transformar el modelo hacia una atención proactiva, integrada y centrada en la persona, reforzando el rol de la APyC como eje vertebrador.

El proyecto de la OACT se inició en 2018, ampliado con la LUA en 2025, y dentro del plan estratégico de la Gerencia de AP del Camp de Tarragona 2026-2028 se planifica la transformación a Unidad de Cronicidad compleja.

La magnitud del impacto es elevada, dado que estos pacientes requieren transiciones seguras y respuestas ágiles ante crisis para evitar el deterioro funcional y la institucionalización. La OACT actúa como una "puerta única" gestionada por enfermeras gestoras de casos, permitiendo a los profesionales de AP derivar directamente a recursos de atención intermedia (Unidad de Atención Subagudos, Unidad de psicogeriatría, Unidad de recuperación funcional/convalecencia, PADES, y Unidad de curas paliativas) y los recursos de ámbito hospitalario (hospitalización a domicilio, hospital de día de Medicina Interna para el PCC y MACA), evitando el paso por urgencias. Por su parte, la LUA empodera al paciente y cuidadores ofreciendo un acceso telefónico directo a profesionales expertos para la gestión de crisis, y en el caso de detectar una descompensación y según las necesidades del paciente se activa una valoración telefónica por enfermera experta en

cronicidad compleja, una activación de visita domiciliaria por su centro de atención primaria o de atención continuada de primaria, y en el caso de una situación de gravedad y según el plan de intervención individualizado compartido (PIIC) valorar si precisa de una derivación a servicios de urgencias hospitalarias.

El valor añadido de esta propuesta reside en su capacidad de integración real y eficiencia operativa:

- Accesibilidad y Resolución: Garantiza un tiempo medio de resolución de casos de 24 horas, y un ingreso a Subagudos y PADES en menos de 48 horas.
- Seguridad en transiciones: Asegura que la información clínica y social fluya entre niveles mediante una aplicación compartida, garantizando la trazabilidad y la adecuación del recurso al grado de complejidad.
- Prevención cuaternaria: Reduce el intervencionismo innecesario propio de los servicios de urgencias agudos en pacientes de perfil paliativo o geriátrico.
- Réplica y Escalabilidad: Es un modelo sistematizado y exportable que optimiza los recursos existentes sin necesidad de nuevas infraestructuras físicas pesadas, basándose en la coordinación y la gestión de casos.

En definitiva, este modelo se operativiza mediante la creación de la OCACT y la LUA, aportando una solución estructural a la fragmentación, garantizando la transferencia segura, efectiva y eficiente en todo el proceso de atención.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Esta Buena Práctica implementa un modelo organizativo y asistencial territorial integrado que une dos dispositivos clave: la Oficina de Coordinación de Atención a la Cronicidad del Tarragonés (OCACT) y la Línea Única de Atención (LUA). Ambas iniciativas actúan sinérgicamente para garantizar el continuum asistencial y la atención centrada en la persona, alineándose con el documento marco del Departament de Salut de Catalunya la "Ruta assitencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA) a Catalunya".

Población diana y Ámbito: La práctica se despliega en el territorio del Tarragonés, dando cobertura a los pacientes asignados a los 9 Equipos de Atención Primaria (EAP) del ICS en esta área.

Se dirige específicamente a personas identificadas como Pacientes Crónicos Complejos (PCC), con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA).

Organización y Funcionamiento:

A. OCACT (Dirigido al profesional): Funciona como una "puerta única" ubicada físicamente en el hospital de referencia (Hospital Joan XXIII) juntamente con los Equipos de apoyo hospitalario geriátrico y paliativos del hospital y liderada por una Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria con soporte administrativo.

- Gestiona las transiciones complejas mediante una aplicación informática accesible desde la intranet.

- Permite a los profesionales de AP derivar directamente a pacientes descompensados a las unidades de atención intermedia (Unidad de Atención Subagudos, Unidad de psicogeriatría, Unidad de recuperación funcional/convalecencia, PADES, y Unidad de curas paliativas) y a recursos de ámbito hospitalario (hospitalización a domicilio, hospital de día de Medicina Interna para el PCC y MACA)
- Garantiza la valoración y asignación del recurso más idóneo en un tiempo medio de resolución de 24 horas ($\pm 12h$), evitando el paso por urgencias hospitalarias.

B. LUA (Dirigido al Paciente): Es una línea telefónica directa y exclusiva para pacientes PCC o MACA, operativa 12 horas al día (8h-20h) de lunes a viernes.

- Es atendida por administrativos expertos en cronicidad compleja y Gestoras de Casos, quienes realizan un triaje inmediato.
- Ante una crisis, se activa una respuesta rápida (consejo, visita domiciliaria o activación de recursos) basada en el Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC), desburocratizando los centros de salud.

En horario diurno de fines de semana y festivos, existen los centros de atención continuada de primaria (CUAP) y puntos de atención continuada (PAC), encargados de la atención urgente y programada en el centro o en el domicilio, con una agenda específica para el seguimiento del PCC/MACA. Y en las noches la activación de una valoración se realiza a través de los servicios de emergencias médicas (SEM), con los teléfonos 061/112, donde la gestión del recurso para el PCC/MACA se realiza en una unidad de fragilidad.

Elementos Diferenciales e Innovadores: La innovación radica en la integración estructural y funcional: la OCACT sitúa el liderazgo de la Primaria dentro del hospital, rompiendo barreras entre niveles. Se diferencia por la proactividad y la agilidad, sustituyendo circuitos burocráticos lentos por una gestión de casos directa apoyada en una herramienta digital compartida que ofrece trazabilidad en tiempo real. Además, la LUA empodera al paciente ofreciéndole una "vía rápida" de seguridad que reduce la ansiedad y las visitas innecesarias a urgencias.

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica abarca el ámbito territorial del Tarragonés, dando cobertura a la población atendida de 138.500 personas de los 9 Equipos de Atención Primaria (EAP) del ICS en esta área, que comprenden 4 residencias de gente mayor con 520 personas.

La población diana comprende unas 6500 personas adultas identificadas como PCC/MACA. Se prioriza la atención a personas con fragilidad, multimorbilidad y elevadas necesidades sanitarias y sociales que requieren una gestión de caso proactiva o respuesta inmediata ante descompensaciones.

El ámbito de aplicación incluye tanto a pacientes en su domicilio (especialmente los incluidos en el programa ATDOM) como a personas institucionalizadas en residencias geriátricas. Se dirige a la población atendida del territorio que precisan recursos alternativos a la hospitalización de agudos o acceso a la Línea Única de Atención (LUA).

Metodología

El proyecto despliega un modelo territorial de Atención Integrada para pacientes con cronicidad compleja (PCC/MACA), articulado en dos estrategias operativas:

1. OCACT para el profesional: Actúa como puerta única. Una Enfermera Gestora de Casos valida las solicitudes de APyC a través de un aplicativo propio, validando y gestionando la derivación directa a recursos alternativos a la hospitalización convencional (Subagudos, PADES, Psicogeriatría, Recuperación funcional, Hospitalización a Domicilio, Hospital de Día de MI).

2. LUA para el paciente: En el horario de 8 a 20h, de lunes a viernes, se realiza un triaje profesional administrativo-clínico para dar respuesta inmediata a descompensaciones, evitando visitas innecesarias a urgencias hospitalarias.

Y en el horario de atención continuada de APyC se disponen de agendas específicas de control del PCC/MACA, donde los profesionales de los centros de salud pueden agendarlos para el seguimiento en el fin de semana o festivos.

El procedimiento garantiza transiciones seguras mediante: la identificación proactiva y valoración integral; la activación del recurso idóneo según criterios clínicos y sociales (resolución telefónica por gestora de casos, identificación de máxima prioridad con valoración en el domicilio o derivado a urgencias hospitalarias, resolución de la descompensación en el mismo día sea visita presencial o telefónica, identificación de una situación de estabilidad con seguimiento por su referente de primaria en las próximas 48 horas, o una nueva solicitud a la OCACT); y la coordinación entre niveles (Primaria-Hospitalaria-Intermedia). Se asegura la trazabilidad mediante aplicativos informáticos propios, y centrada en el paciente mediante los planes compartidos (PIIC) y un tiempo de resolución ágil (<48h), optimizando la eficiencia del sistema.

Objetivos

Objetivo General: Ofrecer una respuesta integral y resolutive a PCC/MACA, priorizando la atención en el entorno comunitario y disminuir ingresos hospitalarios evitables y garantizar la continuidad asistencial.

Objetivos Específicos:

- Optimizar la adecuación de recursos y flujo de derivación entre Atención Primaria y recursos de atención intermedia y hospital de Agudos a través de la OCACT, asegurando la gestión y adecuación del recurso en menos de 24h.
- Reducir visitas a urgencias e ingresos hospitalarios mediante una gestión proactiva de las descompensaciones.
- Garantizar la respuesta 5x12 ante crisis mediante la LUA, evitando desplazamientos innecesarios y empoderando al paciente/cuidador.
- Garantizar transiciones seguras: Asegurar la coordinación efectiva y bidireccional entre Atención Primaria, Hospitalaria e Intermedia, facilitando el retorno al domicilio.

- Coordinación con responsables de atención continuada para asegurar el buen funcionamiento y seguimiento del PCC/MACA en horario de PAC/CUAP (fines de semana, festivos y noches).

Actuaciones realizadas

Bajo la gobernanza de la Gerencia de Atención Primaria y el seguimiento en la Comisión de Cronicidad Compleja del Tarragonés y el Comité mixto de Cronicidad, se han ejecutado las siguientes actuaciones estructurales:

A. Implantación de la OCACT: Puesta en marcha de una unidad técnica de gestión de casos que actúa como "puerta única". Se desarrolló una aplicación digital que conecta la Atención Primaria con las Unidades alternativas a la hospitalización convencional y la coordinación con los Equipos de apoyo hospitalario geriátrico y paliativo, permitiendo derivaciones directas a recursos de atención intermedia, evitando urgencias.

B. Despliegue de la LUA: Activación de una línea telefónica exclusiva para PCC/MACA (8h-20h de lunes a viernes) gestionada por administrativos y Enfermeras Gestoras de Casos para la resolución inmediata de crisis y dudas de estos pacientes, con el desarrollo también de otra aplicación digital para el registro y evaluación de la resolución de las llamadas y/o episodios.

C. Estandarización de procesos: Definición de criterios clínicos de ingreso directo, establecimiento del circuito de notificación de alta hospitalaria para transiciones seguras, y protocolización de comisiones de gestoras de casos y de referentes de residencias.

Indicadores

La evaluación se realiza mediante el seguimiento de los indicadores de la aplicación de la OCACT, de la aplicación de la LUA, de un cuadro de mando integral del Departament de Salut de Sistemes de Informació de los Servicios de Atención Primaria (SISAP), y de un cuadro de mandos interno transversal utilizando la herramienta PowerBI.

- Indicadores de proceso: Tiempo medio de resolución de casos por la OCACT. Volumen de actividad de la LUA con resolución administrativa i/o clínica.
- Indicadores de Efectividad y adecuación: Porcentaje de ingresos directos a recursos de atención intermedia gestionados por la OCACT, evitando el paso por urgencias. Porcentajes de resolución clínica de crisis gestionadas por LUA sin derivación hospitalaria.
- Indicadores de Impacto y resultado del SISAP: Porcentajes de personas PCC/MACA atendidas en un servicio de urgencias hospitalarias, Porcentaje de personas PCC/MACA que reingresa en el hospital a 30 días, Promedio de "días en casa" y porcentaje de cobertura de Planes de Intervención Individualizados Compartidos (PIIC).

Recursos

El proyecto optimiza los recursos existentes mediante una estructura de coordinación eficiente:

A. Recursos profesionales:

- *OCACT*: El núcleo operativo está formado por 1 Enfermera referente de la OCACT y 1 administrativa (8h a 15h) para la validación y gestión de derivaciones. Este equipo se articula con la red territorial de 11 Gestoras de Casos de los 9 centros de salud, y los referentes expertos clínicos del Equipo de Apoyo Geriátrico y de los dispositivos hospitalarios y de atención intermedia.
- *LUA*: Es un grupo de profesionales administrativos expertos en gestión de cronicidad compleja, con dedicación exclusiva a la atención de la LUA para la atención telefónica (8h-20h) de lunes a viernes, con soporte clínico de las gestoras de casos de Atención Primaria y una gestora de guardia en la OCACT de 15h a 20h de lunes a viernes.

B. Recursos Tecnológicos:

- *Aplicación OCACT*: Herramienta digital en el portal de aplicaciones accesible a todos los profesionales referentes del paciente de los CAP, para la gestión de solicitudes, trazabilidad y seguimiento de la solicitud. Estados de la aplicación: pendiente, en curso, en valoración y finalizada.
- *Aplicación LUA*: Herramienta digital en el portal de aplicaciones para el seguimiento del censo de PCC/MACA con acceso a LUA, registro de llamadas, trazabilidad y estado de la resolución de las llamadas.
- Estación clínica de APyC de Catalunya (eCAP) e historia clínica compartida.
- Teléfonos móviles profesionales de las gestoras de casos en cada centro de salud.

C. Infraestructura: Oficina física ubicada en el Hospital Joan XXIII, que actúa como nexo operativo con la red de recursos asistenciales del territorio (Hospital agudos y Atención Intermedia).

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en la “Ruta asistencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA)”, marco de referencia que establece la evidencia para una atención integrada, proactiva y centrada en la persona. Adopta el modelo de Gestión de Casos como eje vertebrador y un modelo Transicional para adecuar la respuesta asistencial y la gestión de recursos al grado de complejidad clínica y paliativa del paciente.

La propuesta se alinea con el Pla de Salut 2021-2025 y el “Pla estratègic d’atenció geriàtrica i pal·liativa” del Departamento de Salut, cuya evidencia demuestra que la gestión de casos y el uso de recursos de atención intermedia reducen la fragmentación, los ingresos evitables y la iatrogenia asociada a la hospitalización aguda. Asimismo, se basa en la eficacia demostrada de los planes de cuidados compartidos (PIIC) y la Planificación de Decisiones Anticipadas para mejorar la adherencia y la calidad de vida.

Equidad

La práctica garantiza la equidad territorial y de acceso, asegurando que toda la población PCC/MACA del Tarragonés disponga de la misma cartera de servicios de atención intermedia y de hospitalización a domicilio y Hospital de Día de Medicina Interna, independientemente de su Centro de Salud asignado.

La centralización de la gestión mediante la OCACT elimina la variabilidad injustificada en la práctica clínica, aplicando criterios de ingreso homogéneos basados en la necesidad clínica y social, y no en la ubicación del paciente.

Asimismo, la Línea Única de Atención (LUA) reduce las barreras de acceso para colectivos vulnerables (personas mayores, con fragilidad o dependencia), ofreciendo un canal telefónico directo y sencillo. Esto facilita la equidad en la respuesta ante crisis, evitando que las limitaciones funcionales o la brecha digital impidan el acceso a una atención precoz y adecuada.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del proyecto se fundamenta en su eficiencia operativa y la optimización de recursos ya existentes. El modelo no requiere financiación estructural adicional significativa, pues reorganiza activos actuales (ubicación física en Hospital Joan XXIII, equipos de gestoras de casos y administrativos) y utiliza una aplicación de bajo coste de mantenimiento.

La continuidad a largo plazo está garantizada por el respaldo y la integración en la estrategia de la Gerencia de Atención Primaria y Comunitaria del Camp de Tarragona. Además, es un modelo escalable y replicable, basándose en protocolos de coordinación y herramientas digitales exportables a otros territorios.

Transferibilidad

La práctica presenta una alta transferibilidad al estar sistematizada y alineada con las rutas de complejidad territoriales estandarizadas (PCC/MACA). El modelo de "puerta única" de la OCACT se sustenta en una herramienta digital propia que, aunque desarrollada localmente, es extensible y adaptable a cualquier entidad sanitaria o social que busque integrar la Atención Primaria con la Hospitalaria y la Intermedia.

Su replicación es viable y eficiente, ya que no requiere grandes inversiones en infraestructura física, sino una reorganización funcional basada en el liderazgo de enfermería (Gestoras de Casos) y el uso de un aplicativo compartido para la gestión de flujos. Elementos clave como los protocolos de derivación directa y las dinámicas de coordinación telemática son activos modulares y fácilmente exportables a otros contextos para resolver la fragmentación asistencial.

Efectividad

La efectividad del modelo se evidencia en su alta capacidad de resolución y adecuación del recurso. La OCACT ha logrado optimizar los flujos de derivación con un tiempo medio de gestión de casos en horario laboral de menos de 24 horas, facilitando el ingreso directo a PADES y subagudos con un tiempo medio de menos de 48 horas, y evitando la hospitalización convencional innecesaria y el paso por urgencias.

Respecto a la LUA, los primeros datos extraídos de la aplicación son del primer semestre analizado de 2025 que comprende de julio a diciembre, muestran una elevada tasa de resolución comunitaria: gran parte de las alertas se resuelven mediante consejo telefónico de la Gestora de Casos, visita domiciliaria o activación de recursos de soporte, derivando a urgencias hospitalarias únicamente una minoría de casos.

Eficiencia

La eficiencia del modelo reside en la optimización de los recursos existentes mediante una reorganización funcional, sin requerir inversión estructural adicional. La OCACT opera con un equipo reducido (Enfermera y Administrativa) y un aplicativo propio de bajo coste, logrando coordinar el flujo territorial con un tiempo medio de resolución de menos de 48 horas. El mayor coste reside en tener 1 gestora de casos de guardia en horario de 15h a 20h de lunes a viernes.

Esta agilidad operativa reduce costes directos al disminuir valoraciones de urgencias hospitalarias innecesarias y evitar ingresos inadecuados en agudos, derivando a recursos más coste-efectivos como la atención intermedia o el domicilio. Por su parte, la LUA actúa como un filtro de alta eficiencia: resuelve la mayoría de las demandas telefónicamente o mediante gestión de casos, derivando a urgencias hospitalarias únicamente una minoría, evitando así la saturación de servicios de alta complejidad y costes innecesarios por visitas evitables.

Participación multidisciplinar

La práctica se estructura mediante una colaboración interdisciplinar integral bajo la gobernanza de la Comisión de Cronicidad Compleja del Tarragonés, que une a líderes clínicos de Atención Primaria, Hospitalaria (Hospital Joan XXIII) y Atención Intermedia (GIPSS).

El núcleo operativo (OCACT y LUA) está constituido por Enfermeras Gestoras de Casos y administrativos especializados, quienes actúan como nexo coordinador. Este equipo articula una red territorial que involucra activamente a médicos de familia, internistas, geriatras y equipos especializados como PADES y Hospitalización a Domicilio.

Es fundamental la integración del Trabajo Social Sanitario para el abordaje de la complejidad social y la conexión con recursos comunitarios. Asimismo, participan Enfermeras de Práctica Avanzada (IPA), y otros profesionales sanitarios en los dispositivos de destino (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos...), garantizando un enfoque biopsicosocial y holístico en la toma de decisiones.

Colaboración intersectorial

La práctica aborda los determinantes sociales de la salud mediante una integración efectiva entre el sector sanitario y el social, alineándose con el modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria del Departamento Social y de Salut de Catalunya.

Se destacan tres ejes de colaboración:

A. Sector Residencial: Los Equipos de Atención Primaria coordinan con los profesionales de las Residencias para la solicitud de ingresos a través de la OCACT mejorando la atención de pacientes institucionalizados, gestionando descompensaciones in situ o derivando a recursos intermedios sin pasar por urgencias de agudos.

B. Servicios Sociales: La figura del Trabajo Social Sanitario es clave en la valoración multidimensional, gestionando la complejidad social, la dependencia, la conexión con recursos comunitarios o de convalecencia y la coordinación con Trabajo social municipal.

C. Entorno Comunitario: La OCACT detecta crisis con componente social/sanitario en el ámbito de urgencias hospitalarias, coordinándose con las gestoras de casos para activar otros recursos como son las largas estancias o descansos familiares, o activando el trabajo social para valorar recursos comunitarios (cuidadores familiares, ayudas de necesidades básicas...)

Evaluación

La evaluación es continua y sistemática, mediante seguimiento en las comisiones de gestoras de casos o de referentes de residencias, los sistemas de indicadores corporativos (SISAP), sistemas de información internos con cuadro de Cronicidad específico del Tarragonès ICS-GIPSS (Power Bi) e indicadores extraídos del aplicativo propio OCACT y LUA. Pudiendo monitorizar cuatro dimensiones:

A. Estructura: Protocolos estandarizados, aplicaciones de evaluación, comisiones de cronicidad.

B. Proceso:

- 1637 solicitudes OCACT entre 2019 y 2025, con 80% ingresos a unidades de alternativas de hospitalización convencional, un 11,8% de gestión del caso que no requirió ingreso, un 8,9% de retorno de la solicitud a AP, un 3,5% derivado a urgencias hospitalarias, un 3% de adecuación terapéutica, y unas 1,6% solicitudes anuladas.
- Tiempo medio de resolución OCACT de 2,2 días, y en los ingresos de PADES y Unidad de Subagudos tiempo medio de 1,5 días.
- 1577 PCC/MACA con el teléfono LUA, el 23% del total de los PCC/MACA de los 9 EAP del Tarragonès ICS. La primera evaluación comprende 6 meses de julio a diciembre 2025 con 3870 episodios registrados, con un 46% resolución administrativa y un 54% de resolución asistencial. Del total de los episodios el 1,09% se derivó a urgencias hospitalarias, en un 23,6% lo resolvió telefónicamente por la gestora de casos, un 5,25% se activó un domicilio directo en su centro de salud, un 12,07% se resolvió la crisis el mismo día por su equipo referente, y un 8,66% se registró como situación de estabilidad con seguimiento por su equipo referente en menos de 48 horas.

C. Resultados y indicadores de POWER BI y SISAP (el denominador de estos indicadores comprende los 12 últimos meses)

- Power BI (incluye los 9 CAP ICS) % de pacientes PCC/MACA con valoración en urgencias hospitalarias 49,5% del total, ingresos en hospital de agudos un 30% e ingreso en atención intermedia un 8%.
- Los siguientes datos acumulados de 2025 extraídos del SISAP comprenden los 9 CAP ICS del proyecto más 4 CAP de otros proveedores (Xarxa tecla y Muralles).
 - % de PCC que reingresa en hospital 4,52%, y % de MACA que reingresa en un hospital 11,45%.
 - % de PCC con Planes individualizados 82,42% y % MACA con planes individualizados 91,41%.

En los indicadores de resultados se ha visto una leve tendencia de disminución tanto de % de PCC/MACA valorados en urgencias hospitalarias como en ingresos hospitalarios de agudos. Seguramente esta disminución en la suma de muchos factores y proyectos del territorio, incluidos la OCACT y LUA.

Se está analizando los episodios gestionados por la LUA de julio a diciembre 2025 que 7 días posteriores a la intervención acuden a urgencias hospitalarias y que comprende un 15% del total

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

de los episodios. Esto demuestra unos primeros datos favorables que promueve la contención de la descompensación en el entorno habitual, reduciendo visitas y valoraciones de urgencias hospitalarias.

Se valora la Seguridad y la Mejora, analizando los incidentes notificados (SNiSP Cat), se revisan los protocolos, y se revisa la estrategia para mejorar la toma de decisiones y la mejora continua del modelo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT7-4: Programa Integrat Comunitari per a Persones amb Cronicitat Complexa (Programa ProPCC MetroNord ICS)

Miquel Àngel Mas Bergas (1), Yolanda Lejardi (2), Xavier Jusmet (2), Josep Maria Modol (3),
Javier Santesmases (3), Sergi Ramírez (4), Vanessa Medran (4)

(1) Direcció Clínica Territorial de Cronicitat y Servicio de Geriátría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Institut Català de la Salut (ICS), (2) Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat Barcelonès Nord i Maresme, ICS, (3) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, ICS, (4) Rehabilitació comunitaria (Iriteb-Fisiogestión).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cronicidad compleja, atención integrada, gestión de casos, atención centrada en la persona, continuidad asistencial, fragilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La situación epidemiológica de nuestra sociedad comporta la necesidad de mejorar el modelo de atención a los grupos de personas con múltiples necesidades de atención sanitaria y social debido a la multimorbilidad (acúmulo de enfermedades crónicas), a condiciones geriátricas vinculadas a la fragilidad física o cognitiva (como los déficits cognitivos, enfermedades neurodegenerativas, la discapacidad progresiva y la situación de dependencia) y a enfermedades avanzadas (como pueden ser las enfermedades cardíacas, respiratorias o renales crónicas en situación de terminalidad).

La Estrategia de Cronicidad de Cataluña ha apostado en las últimas décadas por la identificación de estos grupos poblacionales, identificándolos como Pacientes Crónicos Complejos y con Enfermedad Crónica Avanzada. Estos tienen unas necesidades diferenciadas de las del resto, con lo que el modelo clásico de atención sanitaria (modelo paternalista, centrado en enfermedades, reactivo a las crisis y con atención fragmentada por equipos no integrados) no se adapta.

La evidencia científica muestra como diferentes modelos validados han mostrado su potencial adaptación a las personas con múltiples condiciones crónicas de salud. El objetivo es dar una respuesta personalizada, centrada en cada persona, con atención proactiva y preventiva deliberativa, que responda de manera integrada a las necesidades sanitarias y sociales de cada individuo.

La propuesta se inició en el año 2018, en el territorio de Badalona, del área Metropolitana Norte de Barcelona, para el diseño y validación de un modelo de atención integrada a pacientes con cronicidad compleja y avanzada.

Se involucraron más de un centenar de personas, entre pacientes, cuidadores y profesionales, para la elaboración de un programa de atención integrada con el objetivo común de ahondar en cómo conseguir una atención de calidad centrada en la persona con cronicidad compleja y avanzada y altas necesidades sanitarias y sociales, y priorizando la atención en la comunidad.

Los beneficios del nuevo modelo de atención integrada se centraron en los siguientes pilares organizativos: a. reorganización de los equipos asistenciales adaptándolos a la población, b. empoderamiento y reconocimiento de profesionales, orientándolos al trabajo funcional

multidisciplinar, d. afrontamiento de las inequidades de salud, reorientando la cartera de servicios en base a la efectividad, eficiencia y adecuación, e. potenciación de la atención proactiva y preventiva en la comunidad, f. incorporación de la ciudadanía en la planificación de la atención y la toma de decisiones, g. mejoría en la calidad de los servicios y de la seguridad de los pacientes, h. construcción de un modelo relacional de toma de decisiones compartida.

El nuevo modelo ha introducido diferentes elementos de valor: a. identificación de necesidades sanitarias y sociales con abordaje integral, b. desarrollo e implementación de planes de atención integrales basados en la evidencia, con revisión proactiva periódica, c. seguimiento proactivo y empoderamiento de cada paciente y entorno, d. coordinación entre Atención Primaria, servicios de Urgencias, hospitales, equipos ambulatorios y comunitarios, e. facilitación de transiciones entre domicilio, hospitales de agudos, de atención intermedia y centros residenciales, f. facilitación de acceso a diferentes recursos comunitarios (programas de rehabilitación, adaptaciones de entorno, centros ambulatorios, recursos sociales y programas de paliativos a domicilio, etc.).

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El programa fue creado por el Institut Català de la Salut en el área urbana del Barcelonès Nord y Maresme, e implementado en 16 equipos de atención primaria y el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona. Se co-creó en 2018 con pacientes y cuidadores con enfermedades crónicas complejas y altas necesidades de atención y elevado uso de recursos sanitarios, “pacientes high-need high-cost”, para mejorar la integración de la atención, tanto desde una perspectiva vertical (primaria-hospitalaria) como desde una perspectiva horizontal (servicios de salud-servicios sociales locales).

El modelo se basa en equipos multidisciplinarios de gestión de caso (equipos ProPCC) en la comunidad (liderados por profesionales de Atención Primaria, especialmente enfermeras expertas en cronicidad, que trabajan junto con médicos de familia y trabajadores sociales - ProPCC-AP-) y en el ámbito hospitalario (liderados por profesionales expertos en Geriátrica - ProPCC-H- que trabajan juntamente con diversos servicios hospitalarios). Diferentes equipos interactúan mediante conferencias de casos multidisciplinarios (consultorías ProPCC). En estas reuniones semanales híbridas, diferentes profesionales sanitarios y sociales trabajan para individualizar la atención en base a aquello que importa a las personas atendidas y a su diagnóstico de situación (trayectoria de enfermedad y necesidades sociales y sanitarias identificadas). Los profesionales de los Equipos de Atención Primaria lideran la actualización e implementación de los planes de atención individualizados definidos en estas consultorías.

El programa se activa cuando los profesionales de referencia de atención primaria lo consideran necesario, según evolución en la complejidad de la atención. En este momento los ProPCC-AP garantizan la proactividad y la anticipación. Se establecen visitas virtuales y presenciales sanitarias y sociales proactivas por protocolo. A través del programa se realizan diferentes acciones en cada una de las etapas de atención (bien sea en fase de estabilidad, de manejo de crisis, transiciones y etapa de final de vida). En el ámbito comunitario, los profesionales ProPCC-AP garantizan el continuum de atención. En caso de un episodio agudo, se activan diversos recursos de respuesta, como la atención continuada de Primaria, la Hospitalización Domiciliaria, los hospitales de día y los equipos de ProPCC-H en Urgencias de hospital. En caso de hospitalización, el ProPCC-H hace la gestión de caso diaria durante el ingreso hospitalario (en una planta específica o en la del Servicio de Geriátrica. De cara a la gestión del alta, los profesionales ProPCC (AP y H) realizan una planificación exhaustiva del alta desde el momento

del ingreso. Al alta, se activan diversos recursos, no solo sanitarios sino también sociales de soporte, vinculados a los servicios sociales municipales.

Se ha conseguido un modelo único territorial de gestión de caso centrada en la persona con un objetivo común de potenciar la atención en domicilio y el mantenimiento de la vida activa comunitaria, minimizando las derivaciones a urgencias e hospitalizaciones innecesarias.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas adultas identificadas como pacientes crónicos complejas (PCC) o en situación de enfermedad crónica avanzada (ECA) con elevadas necesidades sanitarias y sociales, por los profesionales de referencia durante su proceso de atención, tanto si viven en domicilio particular como en residencia.

Metodología

En el año 2018, se inició el proyecto de construcción del nuevo modelo de atención integrada a partir de varias fuentes: a. la revisión de evidencia científica de modelos internacionales de atención a la cronicidad, b. la participación ciudadana, c. la participación de un grupo de profesionales del territorio del ámbito comunitario y hospitalario. Con la evidencia recopilada adaptada a las personas se creó el Programa ProPCC con 5 etapas de atención: identificación, estabilidad, crisis transiciones y final de vida.

Posteriormente, se implementó el modelo de gestión de caso territorial, con un equipo específico en cada centro de Atención Primaria (en total 16) y equipos de gestión de caso de ámbito hospitalario.

Finalmente, se hizo un análisis de resultados recopilando datos, desde mayo de 2018 a diciembre de 2021, que mostró resultados favorables, tanto en experiencia de las personas (tiempo pasado en casa) como en uso de recursos.

Objetivos

Principal:

Mejorar la calidad de la atención en el entorno comunitario.

Relacionados con la salud:

- Mejorar la calidad de vida las diferentes fases de enfermedad.
- Preservar la capacidad funcional.

Relacionados con consumo de recursos:

- Reducir los ingresos urgentes y las visitas evitables a Urgencias.
- Asegurar la adecuación de las estancias hospitalarias.
- Adecuar la polifarmacia y mejorar la conciliación de las pautas.

Relacionados con la organización asistencial:

- Garantizar la centralidad de los Equipos de Atención Primaria, en especial de enfermería, para mejorar la capacidad de gestión de la cronicidad compleja.
- Ofrecer un seguimiento proactivo que potencie el autocuidado
- Potenciar la autonomía del paciente y de su familia.
- Garantizar respuesta adaptada 7/24 a las situaciones de crisis.

- Asegurar el continuum asistencial en las transiciones.
- Mejorar la coordinación entre profesionales, sanitarios y sociales.
- Definir un modelo de atención a final de vida centrado en las voluntades de las personas.

Actuaciones realizadas

Fase de co-creación: proceso de participación ciudadana y creación de un grupo de expertos territorial para identificar acciones de valor basadas en evidencia y crear el programa.

Fase de implementación y pilotaje del modelo de gestión de casos multidisciplinar. Se articularon reuniones clínicas periódicas tipo conferencia de casos o consultorías (CONS1, CONS2 y CONS3) que permiten una valoración conjunta y continua de los pacientes con alta complejidad. Las CONS1, semanales entre ProPCC-AP y profesionales referentes de atención primaria, tienen como objetivo identificar a los pacientes con mayores necesidades y activar el programa. Las CONS2, quincenales, entre ProPCC-AP y servicios comunitarios especializados, como hospitalización y rehabilitación domiciliaria o cuidados paliativos domiciliarios, se orientan a prevenir hospitalizaciones y ajustar planes de atención en crisis, en situación postalta hospitalaria y en caso de progresión. Las CONS3, quincenales, integran al ProPCC-AP, ProPCC-AH y otros equipos hospitalarios especializados en la toma de decisiones complejas en cronicidad.

Indicadores

Se han usado diferentes derivados de la creación del programa:

Centrados en la persona (indicador proxi principal usado):

- Tiempo pasado en casa.

Basados en el consumo de recursos (reflejan la mejoría en la eficiencia asistencial):

- Número de derivaciones a Urgencias.
- Número de ingresos hospitalarios.
- Duración de la estancia hospitalaria.

Basados en el proceso de atención comunitaria (reflejan la integración de recursos):

- Número de visitas de los profesionales de Atención Primaria.
- Número de consultorías de casos realizadas.
- Número de activaciones de equipos de soporte comunitarios.

Recursos

Una de las principales bondades de la experiencia es que se ha implementado un modelo de atención integrada, orientada a la población gran consumidora de recursos, sin la creación de nuevos dispositivos asistenciales orientados a la atención en cronicidad, sino con la reorientación de los recursos del territorio ya disponibles.

En este sentido se han identificado diferentes profesionales expertos de los centros de atención primaria con capacidad de liderazgo y trabajo en equipo para la gestión de caso en la comunidad, que han trabajado de una manera más integrada con otros profesionales especializados del ámbito sanitario y social.

Por su parte se ha reforzado la colaboración con diferentes equipos sanitarios y sociales que trabajan en la comunidad para la provisión de atención domiciliaria.

Finalmente se han reorientado recursos hospitalarios, especializados en Geriátría, para la integración con el resto de los equipos comunitarios.

Basada en la evidencia

Un grupo directivo de expertos en cronicidad realizó un análisis de modelos de evidencia en cronicidad, a partir de la identificación de quince modalidades asistenciales validadas (Boult C, J Am Geriatr Soc, 2009). De entre ellos, se destacaron los programas de Atención Primaria domiciliaria intensiva (Hombre-Based Primary Care) basados en equipos multidisciplinares de gestión de casos basados en el Chronic Care Model americano de Wagner, identificándose resultados favorables en calidad de vida, funcionalidad y reducción de costes (Stall N, J Am Geriatr Soc, 2014; Berwick DM, Health Aff 2008). Para la construcción del nuestro modelo también se identificaron otras modalidades basadas en evidencia como la hospitalización a domicilio (Mas MÀ, Age Ageing 2017), las unidades geriátricas de agudos y postagudos (Baztan JJ, BMJ 2009) y la gestión de caso durante el ingreso y de las transiciones (Le Berre M, 2017). Esta evidencia se usó para la construcción del programa propio.

Equidad

El modelo ProPCC pretende ser una herramienta útil para garantizar la cobertura de las necesidades sociales y sanitarias de un grupo seleccionado de población con condiciones complejas que presenta alto consumo de recursos sanitarios y sociales. El proyecto se implementó en una de las zonas más desfavorecidas del área metropolitana de Barcelona, lo que representó un reto y una oportunidad para garantizar que todas las personas con altas necesidades pudieran recibir una gestión de casos en su domicilio, centralizando los recursos comunitarios en todo momento. En este sentido la implementación del programa ha mostrado como personas de los barrios más desfavorecidos (como Sant Roc o El Gorg en Badalona) han podido acceder en igualdad de condiciones a los recursos del programa en comparación con otras zonas con menor complejidad social (como El Centre de la Vila en Badalona).

Sostenibilidad

No se ha requerido financiación específica para crear e implementar el proyecto, sino que se han usado recursos propios estructurales de la Gerencia del Institut Català de la Salut (Sistemas de Información, Participación Ciudadana, Innovación e Investigación, y Comunicación). Actualmente, no se requiere una inversión específica gerencial para la sostenibilidad del modelo asistencial, ya que es práctica habitual derivada de la reorganización de los equipos.

Además, el proyecto está alineado con las políticas del Departament de Salut de Catalunya de colaboración entre proveedores territoriales para potenciar el trabajo funcional de apoyo a personas con enfermedades crónicas complejas y avanzadas. Para su implementación, se han

usado herramientas del propio Departament (identificación sistemática de personas con complejidad en Cataluña, el uso de la herramienta GMA para detectar poblaciones con mayor morbilidad, el Plan Individual Compartida (PIIC) y la Historia Clínica Electrónica sanitaria y social), que están disponibles para el resto de territorios.

Transferibilidad

Se ha desarrollado un modelo de atención que aborda de manera integral y multidisciplinar la atención a poblaciones con elevadas necesidades, en todos los niveles y etapas de atención. En este sentido, ha introducido en el sistema público universal español elementos validados de entornos de EEUU/Canadá como: a. la puerta de acceso a servicios única, simple, accesible y conocida por todos (en nuestro caso con la centralidad efectiva de la Atención Primaria), b. hacer evaluación coordinada predefinida para definir tipo de recurso a aplicar, c. el trabajo funcional colaborativo entre diferentes equipos, d. la clasificación de recursos en niveles, según necesidades de atención de los individuos, garantizando la equidad de la atención.

Podría ser replicable a otros entornos urbanos del país, similares a los del área metropolitana de Barcelona, en los que se disponga de una Atención Primaria sólida, con conocimiento y liderazgo, y de actores comunitarios y hospitalarios alineados.

Efectividad

Analizamos la implementación inicial del Programa ProPCC con datos retrospectivos de mayo de 2018 a diciembre de 2021, describiendo la complejidad de la cohorte y mostrando su impacto, 6 meses antes y 6 meses después, en: “tiempo en casa” y en recursos utilizados: visitas de atención primaria, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y estancia hospitalaria.

Se incluyeron 264 casos (91 % en domicilio; 9 % en residencias). Los resultados 6 meses antes y 6 meses después fueron (media, valor p): visitas de atención primaria: 8,2 frente a 11,5 ($p < 0,05$); visitas a urgencias: 1,4 frente a 0,9 ($p < 0,05$); ingresos hospitalarios: 0,7 frente a 0,5 ($p < 0,05$); estancia hospitalaria: 12,8 frente a 7,9 días ($p < 0,05$). El tiempo de permanencia en el domicilio fue de 169,2 frente a 174,2 días ($p < 0,05$), hecho que supuso un aumento del tiempo en casa de hasta un 3%.

Eficiencia

Analizamos costes (número de visitas y consumo de recursos hospitalarios) en el periodo de 6 meses antes y después de implementación el programa. Durante los 6 meses antes, cada paciente representó un coste medio de €7.249. La hospitalización representó la mayor parte del

coste total (84%). Durante los seis meses posteriores, cada caso representó un coste medio de 3.889 €/paciente (reducción del 46,37%). En este caso, el aumento de 563 € en los recursos de atención primaria por paciente se compensó con la disminución de 3.923 € en la atención hospitalaria por paciente. El peso del coste de la hospitalización, si bien siguió siendo el gasto más importante, se redujo un 61,24 %, a expensas de un aumento del 66,79 % en los costes de atención primaria. El incremento de actividad en Atención Primaria quedó compensado por el ahorro en hospitalización, con una reducción media del coste total del 46,3%.

Participación multidisciplinar

Con el modelo se potencia la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas, procedentes de equipos y niveles asistenciales diferentes. En el programa intervienen, entre otros, profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, administrativos, farmacéuticos o psicólogos.

Una de las colaboraciones más destacadas es la de los profesionales de referencia (de atención primaria y hospitalaria) con otros profesionales, los Profesionales expertos en Cronicidad Compleja (ProPCC). Los profesionales ProPCC-AP forman parte del propio Equipo de Atención y provienen de diferentes disciplinas (sanitarias y sociales), tienen especial formación en atención a las personas con cronicidad compleja, y son los garantes de la cobertura de necesidades, juntamente con los profesionales de referencia. Son ejemplos de profesionales expertos en cronicidad: profesionales de enfermería gestores de casos, médicos expertos en cronicidad, trabajadores/se sociales y todos los profesionales de los centros de Atención Primaria que realizan atención en el ámbito residencial.

Colaboración intersectorial

Además del Institut Català de la Salut (principal proveedor público de atención primaria y hospitalaria en Catalunya), en el proyecto participan también otros proveedores de salud como el Hospital de l'Esperit Sant o Badalona Serveis Assistencials, y diversos proveedores de rehabilitación a domicilio, y servicios sociales de los principales ayuntamientos implicados, Badalona, Santa Coloma de Gramenet i Sant Adrià del Besòs.

El modelo no sólo ha sido reconocido como ejemplo territorial para la integración de atención vertical (Primaria-hospital) sino que también ha sido seleccionado para pilotar la integración horizontal (sanitaria-servicios sociales) en Cataluña. En este sentido, su éxito ha sido la base para la consolidación de Santa Coloma de Gramenet como uno de los territorios piloto de Atención Integrada Sanitaria y Social (AISS) de los Departamentos de Salud y Derechos Sociales del Gobierno de Catalunya.

Evaluación

El modelo ProPCC fue evaluado externamente por dos entidades de prestigio internacional, la International Foundation for Integrated Care (IFIC) y The Health Foundation del Reino Unido. Ambas reconocieron el valor del diseño, la implementación y los resultados alcanzados por la experiencia desarrollada en Badalona, destacándola como referencia internacional de integración vertical entre atención primaria y hospitalaria.

La evaluación se incorporó al informe "International case studies of integrated models of chronic disease care at the primary-secondary care interface", cuyo propósito era identificar iniciativas capaces de reducir la fragmentación entre niveles asistenciales. En este análisis, el ProPCC destacó por su capacidad para crear puentes efectivos, estandarizar procesos, facilitar derivaciones y mejorar transiciones asistenciales sin modificar estructuras organizativas. El informe subrayó especialmente la solidez del modelo en la coordinación interdisciplinaria y en el uso combinado de mecanismos organizativos que agilizan la toma de decisiones centrada en la persona.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL7-1: Estrategias de afrontamiento activo para el dolor crónico no oncológico

Federico Montero Cuadrado (1), Beatriz Díez Rabadán (1), Teodora Encinas Martín (1), Lucía Pérez Pérez (1), María Lorenzo Baza (1), Irene Muñoz León (1), Isabel Muñoz Díez (1), Cristina Portugal Saiz (1), Javier Viaña Herrero (1), Susana Zarzuelo Elia (1), Carlos del Río Manzano (1), Manuel Santos Bermejo (1), Natalia Román Nieto (1), Sofía Hernández Hernández (1), Teresa Andújar Martínez Moratalla (1), Leticia Sierra Martínez (1), Elena Cerdán Calleja (1), Beatriz Castrillo Marcos (1)

(1) Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Dolor Crónico en Atención Primaria, Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Servicio de Salud de Castilla y León.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Dolor crónico no oncológico, afrontamiento activo, atención primaria, educación en dolor, ejercicio terapéutico, calidad de vida.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El dolor crónico constituye un problema sanitario y social de primera magnitud. En España, su prevalencia ha aumentado de manera sustancial en las últimas décadas, pasando del 11 % (Bassols, 1999) al 25,3 % según datos del Observatorio Nacional del Dolor (2023). Este incremento se acompaña de un importante impacto en términos de incapacidad funcional, deterioro emocional, altos costes directos e indirectos (que ponen en riesgo sostenibilidad sistema sanitario) y disminución notable de la calidad de vida.

Tradicionalmente, el abordaje del dolor crónico no oncológico (DCNO) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha sustentado en un modelo biomédico, hospital-centrista, centrado en el tratamiento de tejidos y basado en intervenciones pasivas —fármacos, terapias físicas pasivas, procedimientos intervencionistas y/o cirugía—, que han demostrado una eficacia clínica limitada y con mayores efectos secundarios y costes asociados. Paralelamente, el avance de la neurociencia y la neurofisiología del dolor ha evidenciado que el DCNO es un síntoma aislado, sino una enfermedad compleja con componentes biológicos, psicológicos y sociales. Las guías de práctica clínica de DCNO más actuales destacan la limitación de los tratamientos pasivos y hacen una fuerte recomendación de enfoques de tratamiento más activos.

En este contexto, las estrategias de afrontamiento activo de SACYL representan un cambio de paradigma en la forma de entender y tratar el DCNO, orientando la intervención hacia un modelo biopsicosocial centrado en la persona, la funcionalidad y la calidad de vida. Esta propuesta, pionera por ser la primera unidad de dolor en atención primaria, aborda simultáneamente el DCNO, la discapacidad asociada, el sedentarismo, el mal afrontamiento emocional, el sobreuso de fármacos —incluidos opioides— y la hiperfrecuentación sanitaria, todos ellos factores clave en la cronificación.

Este enfoque ha demostrado resultados clínicos y funcionales significativos y un alto impacto en términos de autogestión, adherencia terapéutica, mejora de la calidad de vida y reducción del uso de recursos sanitarios.

El valor añadido respecto a las unidades clásicas del dolor radica en:

- 1.Su implantación en Atención Primaria (AP), donde se encuentra la mayor parte de la demanda.
- 2.Su enfoque intensivo en educación en dolor y reentrenamiento funcional activo.
- 3.Su orientación al empoderamiento y autonomía del paciente. Un claro enfoque centrado en la persona.
- 4.La sistematización del proceso: protocolos, materiales educativos, algoritmos de derivación y herramientas de medición.
- 5.Su capacidad de replicabilidad y escalabilidad dentro del SNS.

La relevancia de esta práctica asistencial radica en su alineación directa con la evidencia científica actual, con las líneas de acción prioritarias de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS, 2023) y los principios de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS. Este enfoque promueve una atención proactiva, el autocuidado y la participación del paciente, mejorando la eficiencia y la calidad asistencial. Por su impacto medible, su eficiencia y su contribución a transformar el abordaje del dolor en AP, esta experiencia podría constituir un ejemplo sólido de Buena Práctica en el SNS.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Las Estrategias de Afrontamiento Activo de SACYL son un modelo asistencial innovador diseñado para abordar el DCNO desde una perspectiva diferente al modelo tradicional. Estas estrategias de basan en principios concretos:

- Abandono del enfoque paternalista tradicional y tratamiento centrado en la participación activa del paciente en su propio afrontamiento del dolor.
- Uso de herramientas no farmacológicas con soporte de evidencia científica, como educación en neurociencia del dolor, ejercicio terapéutico, psicoterapia, mindfulness y neuromodulación cerebral.
- Enfoque biopsicosocial y no solo el tratamiento de estructuras y tejidos corporales (que habitualmente se ha venido realizando en DCNO).
- Objetivo principal de tratamiento es la mejora de las capacidades funcionales y la calidad de vida y no centrarse sólo en la reducción de la intensidad del dolor.

Estos enfoques se dirigen a personas con DCNO, con más de tres meses de evolución y con impacto funcional significativo.

La práctica se organiza en intervenciones individuales y programas grupales que integran un enfoque interdisciplinar desde la fisioterapia, enfermería, medicina y salud mental. Esta organización trasdisciplinar permite abordar simultáneamente las dimensiones física, cognitiva, afectiva, emocional y social del dolor, que habitualmente están afectados en DCNO.

El modelo se estructura en:

1. Evaluación inicial estandarizada mediante instrumentos validados, que permiten una fenotipación de las personas con dolor crónico con un enfoque funcional (cognitivo, físico, afectivo, emocional y social).
2. Tratamientos individuales que incluyen: trabajo somatosensorial, técnicas de imaginación motora, realidad virtual, neuromodulación cerebral, psicoterapia, etc.
3. Programas de afrontamiento activo grupales estructurados (3 niveles de programas según afectación funcional), que incluyen: educación en dolor basada en la evidencia, reentrenamiento del movimiento, exposición gradual a actividades, psicoeducación, técnicas de regulación emocional y hábitos saludables.
4. Seguimiento individualizado para ajustar progresiones, reforzar logros y resolver barreras.
5. Coordinación inter-niveles con servicios hospitalarios para casos complejos o con comorbilidad marcada.
6. Medición de resultados antes, después de la intervención y seguimiento (1 año).

El ámbito territorial de implantación abarca la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el dolor y los centros de salud (CS) de AP del área de Valladolid, con progresiva expansión a otras áreas de Sacyl. El modelo dispone de documentación técnica completa que facilita su transferencia a otras áreas: protocolos, materiales docentes, procedimientos operativos, instrumentos de evaluación, indicadores y criterios de derivación.

La práctica aporta elementos diferenciales claros respecto a los modelos tradicionales: cambia el enfoque del tratamiento pasivo al movimiento, la educación y el empoderamiento; reduce la dependencia de fármacos; mejora la capacidad funcional; y posiciona a AP como el eje del manejo del dolor crónico.

Se trata de un modelo sostenible, eficiente, basado en evidencia sólida y con resultados contrastados en más de 6.000 personas atendidas. Su diseño permitiría replicarse fácilmente en otras comunidades autónomas, contribuyendo a un abordaje moderno, eficiente y humano del dolor crónico dentro del SNS.

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica se dirige a personas adultas con DCNO de más de tres meses de evolución, atendidas en el ámbito de AP de Sacyl, con impacto en su funcionalidad (física, cognitiva, emocional, afectiva, y social) de forma significativa. Incluye pacientes con dolor musculoesquelético crónico, fibromialgia, lumbalgia crónica, cervicalgia crónica, dolor neuropático crónico, SDRC, covid persistente y otras condiciones de dolor crónico primario.

Se priorizan pacientes con discapacidad moderada-alta y afrontamiento pasivo, excluyendo dolor agudo, oncológico o terminal, alteraciones cognitivas graves o enfermedades crónicas descompensadas. Los criterios de exclusión de los programas de afrontamiento activo se detallan en el ANEXO 1.

El ámbito de aplicación abarca tanto la Unidad de estrategias de afrontamiento activo (UEAAD) como los centros de salud (CS) de Valladolid, con progresiva extensión hacia otras áreas de Sacyl.

El modelo está diseñado para implantación territorial en Atención Primaria (AP), con coordinación entre primaria y hospitalaria.

Metodología

El modelo se basa en el enfoque biopsicosocial del dolor, una atención centrada en la persona y enfoques activos de tratamiento. La intervención se articula en:

- Evaluación inicial multidimensional (fenotipación en base a capacidades funcionales: física, cognitiva, emocional y social).
- Programas de tratamiento grupales (3 niveles de programas diferentes en base a las capacidades): educación en dolor, ejercicio terapéutico progresivo, exposición gradual, salud mental, hábitos de vida, nutrición, etc.
- Acompañamiento individual para ajustes terapéuticos y apoyo motivacional.
- Planificación de actividades significativas, registro de progresos y resolución de barreras.
- Entrega de materiales educativos, vídeos, podcast y guías de ejercicio para fomentar la continuidad en domicilio.
- Evaluación final y seguimiento a medio plazo (1 año) para consolidar cambios.
- Continuidad asistencial de cuidados (programas de pacientes expertos en la comunidad) El proceso está totalmente protocolizado mediante guías internas, materiales docentes y algoritmos de derivación, garantizando coherencia y reproducibilidad.

Objetivos

Los objetivos se formulan según criterios SMART:

1. Mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad asociada al dolor crónico mediante tratamientos activos en un plazo de 12 semanas.
2. Incrementar la funcionalidad y autonomía en ≥ 60 % de los participantes, medida por escalas validadas.
3. Disminuir la intensidad del dolor, del catastrofismo y de la kinesiofobia.
4. Reducir el uso ineficiente de recursos sanitarios, especialmente consultas reiteradas y procedimientos pasivos.
5. Disminuir la dependencia farmacológica, incluidas prescripciones de opioides, cuando sea clínicamente apropiado.
6. Potenciar la adopción de hábitos saludables, como actividad física regular y autorregulación emocional.

7. Favorecer la continuidad asistencial y la coordinación inter-niveles mediante circuitos establecidos.

Actuaciones realizadas

Las Estrategias de Afrontamiento Activo para el DCNO comenzaron como un proyecto de investigación colaborativo entre la UVA y SACYL, impulsado por los fisioterapeutas e investigadores Miguel Ángel Galán y Federico Montero. Este proyecto buscaba dar respuesta a las limitaciones del abordaje tradicional del dolor crónico. A partir de esa investigación (ECA), se implementó la primera unidad clínica en la AP de Valladolid, la cual se ha consolidado como un modelo innovador de tratamiento con un enfoque biopsicosocial y centrado en el paciente, y ha sido replicada en otras áreas de la comunidad de Castilla y León. Los pilares básicos de la unidad son: el asistencial, el docente, el investigador y la coordinación sociosanitaria; a partir de los cuales se desarrolla la expansión del modelo. Los continuos resultados de investigación pragmática permiten realizar un ajuste continuo de los protocolos y programas de tratamiento.

Indicadores

Indicadores de proceso:

- Número de personas derivadas, incluidas y finalizadoras de los programas.
- Tasa de adherencia (>75 % como estándar).
- Coordinación interprofesional (reuniones, interconsultas).

Indicadores de resultado:

- Reducción ≥ 30 % en discapacidad (RMDQ).
- Reducción de catastrofismo (PCS) y kinesiofobia (TSK-11).
- Disminución del dolor (mayor de 2 puntos en escala EVA).
- Mejora de salud mental (CSM, Depresión de Beck).
- Mejora de condición física (fuerza, equilibrio, resistencia aeróbica, etc).

Indicadores de impacto:

- Descenso del uso de fármacos analgésicos, particularmente opioides y AINE.
- Reducción de consultas reiteradas en AP y derivaciones a especialistas.
- Mejora global de calidad de vida (SF-36)

Recursos

Recursos humanos: fisioterapeutas, enfermeras, médicos de AP, salud mental. El equipo cuenta con experiencia en dolor crónico, ejercicio terapéutico, psicoterapia, gestión emocional y educación en dolor.

Recursos materiales: consultas, salas equipadas para ejercicio, material funcional (colchonetas, bandas, pesas ligeras, bandas elásticas), proyector, recursos digitales y materiales didácticos propios.

Recursos organizativos: protocolos clínicos, guías de derivación, registro de indicadores, historia clínica compartida y coordinación inter-niveles.

Recursos financieros: El modelo optimiza recursos existentes, evitando intervenciones de baja eficiencia y promoviendo un uso racional del sistema. El 90% del presupuesto sería los costes de recursos humanos, siendo los fungibles y materiales el resto del presupuesto. Según las estimaciones en base a los presupuestos sanitarios, los costes son 10 veces menores que los costes de la unidad hospitalaria de referencia.

Basada en la evidencia

La práctica se sustenta en evidencia científica robusta que avala el enfoque biopsicosocial, la educación en neurociencia del dolor (Pain Neuroscience Education), el ejercicio terapéutico progresivo y las intervenciones multidisciplinarias para mejorar la funcionalidad y calidad de vida en dolor crónico. Guías internacionales (NICE, CDC, American Pain Society, SIGN) recomiendan enfoques activos, multicomponente y centrados en la persona como primera línea terapéutica.

El programa incorpora recomendaciones de revisiones sistemáticas de alta calidad (Cochrane, JOSPT, JAMA, BMJ) y modelos de autogestión con evidencia demostrada en la mejora funcional, disminución de uso farmacológico y mejora de la calidad de vida. Dicha evidencia recomienda: atención centrada en la persona, uso limitado de pruebas de imagen, descartar banderas rojas, valoración funcional, enfoques activos de tratamiento y uso racional de fármacos. La estructura, contenidos y metodología de las estrategias de afrontamiento activo están alineados con la evidencia, las estrategias del SNS en cronicidad y autocuidado.

Equidad

La práctica promueve la equidad mediante acceso universal desde AP, sin requisitos económicos ni limitaciones territoriales más allá del área sanitaria. El programa se realiza en la UEAAD y en los CS del área facilitando el acceso. Se adapta a personas con diferentes niveles de capacidad física, edad, comorbilidad o situación socioeconómica.

El formato grupal reduce desigualdades y favorece cohesión, apoyo social y participación activa. La intervención incluye recomendaciones adaptadas a personas mayores, pacientes vulnerables y colectivos con menor alfabetización sanitaria.

Se garantiza accesibilidad mediante horarios amplios, derivación directa desde AP, materiales comprensibles y lenguaje inclusivo y no estigmatizante. Se tiene en cuenta la perspectiva de género, dado que el dolor crónico afecta de forma desproporcionada a mujeres (más del 70% de los usuarios de UEAAD son mujeres).

Sostenibilidad

La intervención es sostenible porque utiliza recursos existentes en AP, sin necesidad de infraestructuras adicionales. Su formato grupal reduce carga asistencial, optimiza tiempo profesional y disminuye tratamientos pasivos de alto coste y baja efectividad. El modelo cuenta con respaldo institucional de Sacyl, protocolos estandarizados y resultados consolidados en más

de 6.000 participantes, lo que facilita su continuidad. La reducción de hiperfrecuentación, uso farmacológico y derivaciones genera un impacto económico favorable y refuerza la sostenibilidad del sistema. La formación continua del equipo, la retroalimentación mediante indicadores y la integración en la estrategia autonómica de cronicidad aseguran su permanencia a largo plazo.

Transferibilidad

El modelo se ha replicado en el resto de las áreas de salud de SACYL (ANEXO 6) y sería replicable en el SNS gracias a su estructura protocolizada, materiales educativos estandarizados, indicadores definidos y metodología simple de implementación. Requiere únicamente equipos interdisciplinares ya existentes en AP y coordinación inter-niveles, lo que facilita su despliegue territorial.

La práctica incluye circuitos de derivación claros, guías operativas, documentación técnica y materiales docentes que permiten reproducir todas las fases de la intervención. La experiencia acumulada y el volumen de participantes atendidos proporcionan evidencia suficiente para su adopción por otros servicios autonómicos.

La facilidad para incorporarse en agendas asistenciales habituales favorece su implantación progresiva y escalable dentro del SNS.

Efectividad

La unidad ha demostrado mejoras significativas en parámetros funcionales, calidad de vida y afrontamiento del dolor. Los participantes muestran reducciones clínicamente relevantes en discapacidad ($\geq 30\%$), catastrofismo y miedo al movimiento, así como incrementos en actividad física y autonomía. El programa contribuye a reducir el uso de analgésicos, especialmente opioides, y disminuye la hiperfrecuentación. La satisfacción de los usuarios es elevada, destacando la utilidad de la educación en dolor y del ejercicio terapéutico. Los resultados se han mantenido en seguimientos posteriores, confirmando un impacto real y sostenido. Resultados del Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) se muestran en el ANEXO 7.

Eficiencia

El formato grupal, la reducción del uso de pruebas complementarias y tratamientos de bajo valor y la disminución del consumo farmacológico posicionan la práctica como un modelo altamente eficiente.

El programa permite manejar a un mayor número de pacientes con los mismos recursos mediante sesiones grupales y circuitos asistenciales ágiles. La disminución de derivaciones a especialidades, intervencionismos y consultas reiteradas genera ahorro económico directo e indirecto.

La optimización de recursos existentes y la mejora en autogestión reducen la necesidad de intervenciones futuras, reforzando su eficiencia global.

En comparación a los costes de las unidades de dolor hospitalarias de referencia en nuestra área, las estrategias de afrontamiento activo tienen unos costes mucho menores (estimaciones en base presupuestarias demuestran que las UEAAD tienen 10 veces menor presupuesto que una unidad de dolor hospitalaria, y con resultados más destacables)

Participación multidisciplinar

El equipo está integrado por fisioterapeutas, enfermeras, médicos de AP y profesionales de salud mental. Cada perfil aporta competencias complementarias para abordar la multidimensionalidad del DCNO (dimensiones física, cognitiva, emocional, afectiva y social del dolor). La intervención incluye reuniones interdisciplinarias, planificación conjunta, protocolos compartidos y comunicación constante.

La sinergia entre perfiles profesionales asegura un manejo integral, coherente y adaptado a las necesidades de cada paciente.

Este tipo de unidades, también tienen un enfoque transdisciplinar, pues las asociaciones de pacientes y pacientes que han participado en los programas también participan en la planificación de las actividades de la UEAAD.

Colaboración intersectorial

Cuando los pacientes terminan el programa tienen la oportunidad de continuar realizando las estrategias saludables aprendidas durante los programas de afrontamiento. Esta continuación de cuidados se realiza de manera coordinada con instituciones locales y asociaciones de pacientes con dolor (la unidad colabora con servicios comunitarios, recursos sociales y programas de promoción de actividad física del ámbito municipal). Esta colaboración amplía el impacto de la intervención y facilita la continuidad fuera del entorno sanitario.

Asimismo, existe coordinación con instituciones académicas e institutos de investigación nacionales e internacionales (por ejemplo, CSIC y el laboratorio de neuromodulación de Harvard). Consideramos la investigación un aspecto clave para la evolución e implementación de las estrategias de afrontamiento y en estos momentos estamos realizando investigación sobre: realidad virtual, epigenética, imagen cerebral, modulación cerebral, inmunología y dolor, etc.

Estas alianzas fortalecen el apoyo al paciente y refuerzan la capacidad transformadora del modelo.

Evaluación

La evaluación es continua, estructurada y basada en indicadores de proceso, resultado e impacto. Se realizan mediciones en tres momentos: línea base, finalización del programa y seguimiento posterior (1año). Éstas son tanto cualitativas como cuantitativas.

El análisis incluye escalas validadas (discapacidad, autoeficacia, catastrofismo, calidad de vida) valoraciones funcionales, registro de uso de recursos sanitarios y evolución farmacológica.

A partir de los datos que se han recogido en las diferentes evaluaciones que se realizan en la UEAAD, nos han permitido obtener reglas de predicción clínica, de manera que éstas permiten predecir cuál sería el mejor tratamiento de una persona con dolor a partir de la primera evaluación. Esto permite hacer un mejor uso de los limitados recursos disponibles en el SNS y la mejora continua de los programas.

La unidad dispone de sistemas de registro sistemáticos y auditorías internas que permiten garantizar la calidad y detectar oportunidades de optimización.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL7-2: Implantación de una Unidad de Práctica Avanzada de la Cronicidad (UPAC) para el manejo domiciliario de pacientes con patología crónica

Elpidio García Ramón (1), Virginia Carbajosa Rodríguez (1), Tamara Poza Narganes (1), Verónica Zurdo de Pedro (2), María Cruz Aldudo Avilés (2), José Ignacio Santos Plaza (2), María Pastor Lebrero (2), Susana Lorenzo Fernández (2), Silvia Romón Cano (2), Elena Falcón Moreno (2), Susana Sánchez Ramón (3), Laura Abad Manteca (4)

(1) Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), (2) Hospital Universitario Río Hortega, SACYL.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención domiciliaria, cronicidad compleja, continuidad asistencial, atención integrada, gestión de casos, calidad de vida.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento progresivo de la población mundial, la modificación de los estilos de vida, la mejora de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, y los recursos sociales actuales, ha favorecido el aumento de la esperanza de vida y con él, el de las enfermedades crónicas, que constituyen una nueva epidemia en las sociedades desarrolladas hoy en día. Este aumento de la cronicidad asocia un aumento de la vulnerabilidad y la fragilidad en las etapas finales de vida, donde las personas con patologías crónicas avanzadas van a sufrir múltiples descompensaciones que van a precisar en muchos casos atención urgente e ingreso hospitalario, que puede condicionar un deterioro progresivo y una pérdida de su calidad de vida, disconformidad de sus familiares, y va a suponer una gran sobrecarga para nuestro sistema sanitario.

Facilitar la permanencia en el hogar cuando así lo desee la persona, mediante protocolos que aseguren la atención integral e integrada de los sistemas sanitario y social, compartiendo información y reforzando una atención coordinada, responde a una necesidad estratégica en el contexto post-Covid y ante el envejecimiento poblacional en Castilla y León.

Relevancia en Castilla y León:

- Envejecimiento poblacional: El 26,5% de la población tiene 65 o más años, y el 36,9% en zonas rurales, situando a la Comunidad como la segunda más envejecida de España.
- Alta prevalencia de cronicidad: El 68,2% de la población mayor de 15 años presenta alguna enfermedad crónica; el 4,3% se encuentra en situación de alta complejidad (estrato G3).
- Dispersión geográfica: El 83% del territorio es rural, con baja densidad (25,3 hab/km²), lo que dificulta el acceso a servicios presenciales.

Impacto de las enfermedades crónicas:

- Primera causa de muerte (aproximadamente el 52,5% en Castilla y León) y de discapacidad precoz.
- Originan más del 75 % del gasto público sanitario entre servicios médicos y de farmacia.
- Primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios: 80 % de las consultas de Atención Primaria.
- 60 % de ingresos hospitalarios.
- 33 % de las atenciones en urgencias.

En los últimos años se ha ido perdiendo la visión holística de las personas; esto conlleva en ocasiones que los pacientes con pluripatologías crónicas o enfermedades avanzadas sufran las consecuencias de esta fragmentación, pudiendo suponer un mal abordaje de su situación, generando iatrogenia y sufrimiento. La Atención Primaria siempre ha mantenido una visión que permite ver a la persona como un todo, desde un enfoque preventivo, curativo, paliativo, en cualquier fase de salud o enfermedad, siendo el principal proveedor de asistencia y cuidados y, en definitiva, el garante de la continuidad asistencial de estos pacientes. Además, durante la pandemia quedaron reflejadas las necesidades en las personas mayores por haber sufrido las consecuencias de una forma más aguda y letal que el resto de nuestra comunidad, detectando la necesidad de apoyar de una manera más activa y continua a esta población. También nos ha dado la oportunidad de confirmar que la coordinación entre niveles, la continuidad asistencial, la adecuación de tratamientos y el lugar de asistencia es fundamental para una atención sanitaria integral, eficaz y precoz de las personas con patologías crónicas o enfermedades avanzadas anticipándose a las posibles complicaciones.

A pesar de la importancia de todo lo anteriormente descrito, no hemos encontrado en la literatura revisada modelos de asistencia domiciliaria centrados en la atención a pacientes con patologías crónicas avanzadas cuando se descompensan.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

En este contexto epidemiológico y demográfico, no es de extrañar que los ingresos hospitalarios por descompensación de patologías crónicas, principalmente en los servicios de medicina interna, hayan aumentado en los últimos años. Además, en la gran mayoría de las patologías crónicas existe una alta tasa de reingreso, lo que va a suponer que muchos pacientes crónicos pasen una parte importante de sus últimos años de vida ingresados en un hospital fuera de su lugar de residencia habitual, con la consecuente pérdida de calidad de vida y el riesgo de complicaciones que una hospitalización prolongada supone en pacientes frágiles

En este contexto, en el Área de Salud de Valladolid Oeste se ha implantado un nuevo modelo asistencial de atención domiciliaria y cuidados avanzados a pacientes con patologías crónicas

descompensadas, que complementa el trabajo asistencial de los equipos de atención primaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y satisfacción de los pacientes crónicos, disminuir las derivaciones urgentes, así como los ingresos hospitalarios.

La Unidad de Práctica Avanzada a la Cronicidad (UPAC) está formada por tres equipos médico y enfermera y cuentan con el apoyo de un auxiliar administrativo. Las enfermeras, además de su labor asistencial, actúan como gestoras de caso.

La unidad está coordinada con:

- Equipos de atención primaria, lo que permite una actuación temprana que evite descompensaciones o se pueda actuar de manera precoz y así evitar el ingreso hospitalario de los pacientes crónicos.
- Residencias sociosanitarias: una colaboración estrecha permite detectar signos de alarma ante descompensaciones e intervenir antes de que aparezcan complicaciones.
- Puntos de Atención Continuada y Servicio de Urgencias Hospitalario, donde se realiza, en muchas ocasiones, una primera intervención ante una descompensación de la patología crónica que permite estabilizar al paciente para poder continuar con el tratamiento y los cuidados adecuados en el domicilio.
- Medicina interna, incluida la unidad de continuidad asistencias (UCA) del hospital de referencia que permite una intervención hospitalaria corta y un alta precoz para continuar con el tratamiento y valoración en el domicilio y evitar así las consecuencias de un ingreso prolongado.
- Farmacéuticos como asesor en optimización y uso racional del medicamento.
- Trabajadores sociales del área que permite la detección y respuesta a las necesidades sociales que el gran parte de las personas con patología crónica acontece.

Los beneficios esperados con la implantación de la UPAC son:

- Respeto a la autonomía y preferencias alineada con principios de dignidad y calidad de vida.
- Prevención de institucionalización innecesaria evitando riesgos asociados.
- Continuidad asistencial y seguridad clínica reduciendo eventos adversos y duplicidades.
- Optimización de recursos favoreciendo la sostenibilidad del sistema.
- Innovación y transformación digital en salud y servicios sociales.
- Equidad territorial mediante soluciones digitales y equipos móviles.
- Impacto social positivo: refuerza el papel de la familia y la comunidad, fomenta la cohesión social y reduce la sobrecarga emocional de cuidadores.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana son personas con patologías crónicas avanzadas o pacientes con pluripatologías crónica compleja que presenten tanto procesos agudos intercurrentes que puedan empeorar su patología de base y su calidad de vida como descompensación de su patología crónica.

El ámbito de aplicación de la unidad es la atención domiciliaria incluyendo pacientes institucionalizados en residencias sociosanitarias, pertenecientes a todo el Área de Salud de Valladolid Oeste, tanto en el medio urbano como en el medio rural.

Metodología

La UPAC se organiza en 3 equipos médico-enfermera cada uno con una zona de influencia asignada de acuerdo a la sectorización del Área de Salud de Valladolid Oeste, que ha teniendo en cuenta el número de pacientes pluripatológicos complejos de cada ZBS y del número de usuarios institucionalizados en los centros sociosanitarios.

En una primera fase, la unidad prestará atención en horario laboral de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas. La atención fuera de la jornada ordinaria será garantizada por los PAC prestando atención urgente o programada. A corto plazo se valorará la realización de guardia localizada los fines de semana y festivos para apoyar a los PAC.

El registro de la actividad se realizará en la historia clínica electrónica de AP (Medora).

El equipo de AP responsable del paciente, el personal sanitario del centro sociosanitario o bien los profesionales de la UCA, tras la valoración del paciente y la detección de la necesidad de intervención de la UPAC, debido a la complejidad y/o necesidad de cuidados avanzados, se pondrán en contacto con la unidad a través del área administrativa, coordinando con las partes implicadas la visita al paciente en su lugar de residencia habitual.

El área administrativa de la UPAC, al recibir la solicitud de activación, generará una cita en una agenda específica de Medora.

La salida del paciente de la unidad tendrá lugar por los siguientes motivos:

- Superación de la descompensación y paso a su médico de familia o a personal de la residencia.
- No mejoría con tratamiento de UPAC y requiere ingreso.
- Fallecimiento.

Objetivos

- Conocer la satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas ante la atención domiciliaria de sus descompensaciones.
- Valorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas agudizadas que son atendidos por la unidad.
- Conocer si existe equidad en la atención con este modelo asistencial.
- Conocer la sostenibilidad del modelo.

Actuaciones realizadas

Se trata de un proyecto llevado a cabo en el ámbito de la Atención Primaria con colaboración estrecha y coordinación con el servicio de urgencias y la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) y el servicio de medicina interna del hospital de referencia (Hospital Universitario Río Hortega).

Los pacientes susceptibles de tratamiento en la unidad son derivados a la misma según los protocolos establecidos a través de su Médico de Atención Primaria, a través del personal sanitario de las Residencias Sociosanitarias o a través de la UCA o de la planta de hospitalización

del hospital de referencia. Para mantener la continuidad asistencia de estos pacientes fuera de la jornada ordinaria se cuenta con el apoyo de los PAC del área con los que se ha establecido un circuito de coordinación y derivación entre ambos, así como con el servicio de urgencias del hospital de referencia. En caso de que los pacientes finalmente ingresen en el servicio de medicina interna, se favorecerán las altas precoces de estos pacientes con el apoyo de la unidad.

Indicadores

De estructura:

- Ratio de personal: número de médicos y enfermeras por pacientes atendidos.
- Disponibilidad de recursos:
 - Porcentaje equipos que cuentan con vehículo asignado
 - Porcentaje equipos que cuentan con ecógrafos portátiles
 - Porcentaje equipos que cuentan con analítica POC
 - Porcentaje equipos que cuentan con monitorización
- Porcentaje de centros de salud que cuentan con la UPAC (urbanos y rurales).
- Porcentaje de centros sociosanitarios en los que interviene la UPAC.

De Procesos:

- Número de pacientes crónicos atendidos en la unidad respecto al total de pacientes crónicos en nuestra área.
- Número de pacientes crónicos con intervenciones que han evitado ingreso hospitalario.

De resultado:

- Satisfacción de los pacientes con patología crónica atendidos en la unidad.
- Calidad de vida de estos pacientes.
- Evaluar el impacto económico de la unidad.

Recursos

La Unidad está ubicada en el CS Pisuerba.

Recursos humanos: 3 equipos médico y enfermera, un auxiliar administrativo.

Recursos materiales: tres coches, tres ordenadores portátiles con acceso remoto a la historia clínica electrónica de SACYL (Medora), tres móviles y 3 ecógrafos portátiles.

Para facilitar la asistencia domiciliaria de calidad y seguridad de los pacientes se plantea realizar una monitorización ambulatoria se dispone de dispositivos de monitorización domiciliaria. Próximamente la unidad va a contar con analítica seca para poder tener pruebas diagnósticas en la cabecera del paciente (Point of Care).

Basada en la evidencia

La atención domiciliaria ha demostrado de forma sólida la reducción de las hospitalizaciones, de las visitas a urgencias y una mortalidad no superior a hospitalización convencional.

Además, desde el punto de vista funcional y de calidad de vida, mejora en autonomía, autocuidado y satisfacción de los pacientes con la atención recibida en casa, con un resultado coste-efectividad.

Es clave la intervención de la coordinación multidisciplinar y un buen soporte familiar o social de los pacientes.

La utilización de la telemedicina es una herramienta efectiva en crónicos, con beneficios similares a la atención presencial.

Equidad

Se trata de una unidad que atiende a toda el área de salud incluyendo pacientes que viven en domicilio, así como en centros sociosanitarios. Además, esta unidad atiende a todos los pacientes tanto del medio urbano como en el ámbito rural.

Sostenibilidad

Se trata de una unidad no solo sostenible a largo plazo, sino que debería ser la estrategia a seguir para una atención integral e integrado de nuestros pacientes crónicos. Si destinamos recursos humanos y materiales en la potenciación de la atención domiciliaria, vamos a conseguir disminuir la tasa de ingresos y la consecuente sobrecarga de nuestros hospitales, que no solo va a disminuir el impacto económico, sino que vamos a aumentar la disponibilidad de los mismos para la atención de patologías agudas y programadas, incluyendo las cirugías. Todo ella a través de la priorización de la telemonitorización y la teleconsulta para gestionar la demanda de forma eficiente sin desplazamientos innecesarios.

Es un modelo socialmente sostenible, ya que se centra en mantener al paciente en su entorno habitual el mayor tiempo posible, aportando calidad de vida y evitar la pérdida de funcionalidad, y una asistencia personalizada de los mismos.

Transferibilidad

Este proyecto se trata de una buena práctica asistencial que es perfectamente transferible a cualquier área de salud, siempre con la colaboración y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, así como el apoyo de las Gerencias implicadas.

Los profesionales que trabajan en esta unidad son médicos de familia y enfermeros con una formación específica y personal en patologías crónicas y atención domiciliaria. Los recursos estructurales y materiales necesarios serían los vehículos para la realización de la atención domiciliaria, un espacio físico donde poder realizar la actividad no asistencial con los correspondientes medios informáticos.

Es un modelo asistencial que podríamos considerar piloto y pionero en nuestra área, que precisa de recursos humanos disponibles, pero que por lo demás, la inversión estructural y material es

pequeña, de modo que económicamente puede ser asumible a corto plazo, con la repercusión positiva que supone a largo plazo

Efectividad

Impacto clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico:

Impacto clínico y asistencial: la asistencia domiciliaria en pacientes con patologías crónicas avanzadas que pueden presentar agudizaciones frecuentes por parte de un equipo sanitario médico y enfermera formado y altamente cualificado, y con los medios diagnóstico y terapéuticos necesarios disponibles para el manejo de dicha descompensación, puede mejorar la evolución clínica en estos pacientes evitando el ingreso hospitalario con las consecuentes complicaciones que pueden surgir durante el mismo, como las infecciones nosocomiales o los cuadros de desorientación y/o agitación por cuadro confusional agudo, mejorando así la calidad asistencial en los pacientes crónicos. Gracias al desarrollo tecnológico y la utilización de la monitorización ambulatoria en los pacientes que puedan presentar mayor riesgo de inestabilidad, se puede aumentar la seguridad asistencial en el domicilio.

Eficiencia

Se trata de una unidad eficiente ya que como hemos comentado anteriormente, va a conseguir una atención de calidad en pacientes crónicos con una alta tasa de ingreso y reingreso en nuestros hospitales que suponen una sobrecarga de nuestro sistema sanitario con colapso de los mismos, consiguiendo además una gran satisfacción de los mismos sin empeorar su pronóstico.

Según los resultados preliminares, durante el año 2023 los ingresos en planta de hospitalización convencional de medicina interna han disminuido en 600 pacientes respecto al año 2022 (previo a la implantación del proyecto piloto de la UPAC). Al calcular el coste medio por paciente y día de un ingreso en medicina interna (333 euros) con una estancia media de 7,8 días, el coste por proceso sería de 2.597 euros. El coste total anual que hubieran supuesto esos 600 pacientes sería de 1.547.765 euros.

El coste de la unidad se ha calculado en 450.000 euros anuales.

Participación multidisciplinar

Se trata de un proyecto multidisciplinar e internivel, donde es clave la colaboración estrecha entre todos los profesionales implicados en el manejo de las descompensaciones de los pacientes crónicos. Precisa de una buena coordinación entre la unidad y los profesionales de atención primaria de referencia del paciente, así como del personal sanitario de los centros sociosanitarios. Es necesario contar con el apoyo de los profesionales de los PAC que aseguran la continuidad asistencial de estos pacientes fuera de la jornada ordinaria, así como la coordinación con el del Servicio de Urgencias del hospital de referencia para que, tras la estabilización inicial de los pacientes, puedan ser derivados de nuevo al domicilio evitando el ingreso. De igual modo, es necesaria la coordinación con los internistas para favorecer el alta precoz de estos pacientes que precisan ingreso hospitalario. Finalmente, se precisa la colaboración de los internistas responsables de la UCA, para la gestión de tratamientos y pruebas complementarias hospitalarias.

Colaboración intersectorial

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La clave de esta unidad es la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales y entre todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes con patologías crónicas avanzadas. No olvidad la coordinación y apoyo con los centros sociosanitarios así como los servicios sociales.

Evaluación

Para evaluar los resultados de la implantación de la unidad vamos a contar con fuentes internas como son las historias clínicas electrónicas de SACYL en atención primaria (Medora) y de atención hospitalaria (Jimena).

Como fuentes externas, vamos a utilizar la medición de resultados de calidad de vida y satisfacción de pacientes mediante la utilización de encuestas.

Registros realizados por los profesionales de la unidad en su atención diaria, así como los realizados en el sistema de monitorización.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL7-3: Integración de la promoción de la salud comunitaria en la continuidad asistencial de la población con cronicidad en un entorno rural, mediante la colaboración Atención Primaria–Hospital

Gemma Martín Gañán (1), profesionales del Equipo de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz (1), profesionales de los Servicios de Dermatología y Geriátría del Hospital Santa Bárbara (3)

(1) Equipo de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz, Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), (2) Hospital Santa Bárbara, GASSO, SACYL.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Promoción de la salud comunitaria, continuidad asistencial, cronicidad, atención primaria, atención integrada, entorno rural.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Atención Primaria en el medio rural se enfrenta a un progresivo envejecimiento poblacional, una elevada prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatología, dispersión geográfica y dificultades de acceso a recursos sanitarios y sociales. Este contexto hace imprescindible reforzar modelos de atención que garanticen la continuidad asistencial, la equidad y la cercanía, incorporando estrategias que vayan más allá del acto clínico puntual y sitúen a la persona en el centro del sistema.

En este marco, la promoción de la salud comunitaria se presenta como una herramienta clave para el abordaje de la cronicidad, favoreciendo la prevención, el autocuidado, la participación activa de la población y la humanización de la atención. Sin embargo, tradicionalmente estas acciones se han desarrollado de forma paralela a la asistencia sanitaria, con escasa integración entre niveles asistenciales

La buena práctica presentada por el Equipo de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz se enmarca plenamente en la estrategia autonómica impulsada por el Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) para el fortalecimiento de los Consejos de Salud de Zona y la promoción de la participación comunitaria como herramienta para mejorar la equidad, la continuidad asistencial y el abordaje integral de la cronicidad.

Surge de la necesidad de integrar de forma estructurada la promoción de la salud comunitaria dentro de la continuidad asistencial, incorporando activamente a profesionales hospitalarios en las intervenciones comunitarias impulsadas desde Atención Primaria. De este modo, se refuerza la coordinación entre niveles, se mejora la coherencia de los mensajes de salud y se acerca el hospital al territorio y a la comunidad.

Durante el último año se han desarrollado diversas intervenciones comunitarias dirigidas a población adulta, infantil y personas mayores, con especial atención a pacientes crónicos, basadas en la detección de necesidades a través de consejos de salud y en la participación activa de la ciudadanía. Estas acciones han contado con la colaboración directa de servicios

hospitalarios como Dermatología y Geriatría, así como con otros agentes comunitarios, integrando una visión biopsicosocial y de “Una sola salud”.

El valor añadido de esta propuesta reside en su enfoque organizativo y transversal, al utilizar la comunitaria no como una actividad aislada, sino como un elemento integrado en el proceso asistencial, reforzando la continuidad, la prevención y la atención centrada en la persona. Además, contribuye a reducir inequidades en salud propias del entorno rural, mejora la relación entre profesionales de distintos niveles y aumenta la satisfacción tanto de la población como de los equipos sanitarios.

Esta experiencia responde de forma directa a la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad, en su línea de Continuidad Asistencial, aportando un modelo sostenible, transferible y alineado con las prioridades actuales del Sistema Nacional de Salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La presente buena práctica describe un modelo organizativo de atención a la cronicidad en entorno rural basado en la integración de la promoción de la salud comunitaria dentro del proceso asistencial habitual, utilizando los Consejos de Salud de Zona como eje vertebrador y fomentando la colaboración estructurada entre Atención Primaria, hospital y agentes comunitarios del territorio.

No se trata de una iniciativa aislada, sino de una implementación local avanzada de una política pública autonómica estructurada

La práctica se dirige a la población del área básica de salud, con especial foco en personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas y pluripatología, así como en otros grupos poblacionales relevantes (infancia, adolescencia y población adulta), desde una perspectiva poblacional y preventiva. El ámbito de actuación es local y comunitario, desarrollándose principalmente en el centro de salud y en espacios comunitarios, con impacto directo en el entorno habitual de la población.

La organización de la propuesta se articula a través de los Consejos de Salud y del equipo de Atención Primaria actúan como elemento vertebrador para la detección de necesidades, la planificación de las intervenciones y la evaluación de resultados. A partir de este análisis, se diseñan acciones comunitarias estructuradas, incorporando de forma activa a profesionales hospitalarios (Dermatología, Geriatría, entre otros), que participan directamente en las actividades dirigidas a la población, favoreciendo la coordinación entre niveles asistenciales y la coherencia de los mensajes de salud.

Las intervenciones comunitarias incluyen actividades de promoción y prevención, educación para la salud, sensibilización y empoderamiento de la población, con metodologías participativas que fomentan la implicación activa de la ciudadanía. Se utilizan herramientas de recogida de opinión y feedback (pizarras de sugerencias, espacios de participación y valoración) que permiten adaptar las acciones a las necesidades reales detectadas y mejorar su aceptación y efectividad.

Uno de los elementos diferenciales de la práctica es la incorporación del hospital al ámbito comunitario, rompiendo la separación tradicional entre niveles asistenciales y acercando a los profesionales hospitalarios a la realidad social y sanitaria del territorio. Esta integración refuerza

la continuidad asistencial, mejora la humanización de la atención y contribuye a una visión compartida del abordaje de la cronicidad.

La propuesta se caracteriza asimismo por su enfoque multidisciplinar e intersectorial, integrando a profesionales sanitarios, agentes sociales, educativos y otros recursos comunitarios, y por su orientación a la equidad, al desarrollarse en un entorno rural con dispersión geográfica y población vulnerable.

Se trata de una experiencia sostenible y transferible, basada en la reorganización de recursos existentes, el trabajo en red y la implicación de los profesionales, que puede ser replicada en otros centros de Atención Primaria como modelo de integración de la promoción de la salud comunitaria en la continuidad asistencial de pacientes con cronicidad.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de la buena práctica es la correspondiente a la Zona Básica de Salud de San Esteban de Gormaz, un entorno rural caracterizado por una elevada dispersión geográfica, envejecimiento poblacional y alta prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatología. La intervención

se dirige de manera prioritaria a personas mayores y pacientes crónicos, sin excluir a otros grupos poblacionales relevantes como población adulta, infancia y adolescencia, con el objetivo de promover hábitos saludables y prevenir la progresión de la enfermedad.

El ámbito de aplicación es comunitario y asistencial, desarrollándose principalmente en el Centro de Salud de San Esteban de Gormaz y en espacios comunitarios del municipio, en coordinación con recursos sociales y sanitarios del territorio. La práctica tiene un alcance local, con impacto directo en la población adscrita al centro, y se enmarca dentro de la atención habitual de Atención Primaria, reforzando la continuidad asistencial entre el entorno comunitario y el ámbito hospitalario.

Metodología

La metodología se basa en un enfoque comunitario, participativo e integrado, orientado a reforzar la continuidad asistencial de la población con cronicidad

El modelo se articula en las siguientes fases:

- 1) Detección participativa de necesidades en los Consejos de Salud.
- 2) Priorización conjunta de problemas relacionados con pacientes crónicos y determinantes sociales.
- 3) Diseño de intervenciones comunitarias integradas en la práctica asistencial.
- 4) Coordinación con servicios hospitalarios (Dermatología, Geriatría).
- 5) Implementación de actividades en espacios sanitarios y comunitarios.
- 6) Evaluación cualitativa y revisión periódica.

Las reuniones se desarrollan siguiendo metodología participativa estructurada (Guía SACYL / ProCC), favoreciendo la implicación activa de todos los sectores.

A partir de la detección de necesidades realizada en los Consejos de Salud, el EAP planifica intervenciones comunitarias de promoción de la salud y prevención, adaptadas a la realidad del entorno rural.

Para ello se ha realizado un curso de SACYL acreditado: “Consejo de Salud de Zona”.

La práctica se integra en la actividad habitual del centro de salud.

Objetivos

El objetivo general de la buena práctica es reforzar la continuidad asistencial en la población con cronicidad del entorno rural de San Esteban de Gormaz, integrando la promoción de la salud comunitaria como parte del proceso asistencial habitual y fortaleciendo la coordinación entre Atención Primaria, el hospital y la comunidad.

Como objetivos específicos se plantean:

- Promover hábitos saludables y acciones preventivas en población con enfermedades crónicas y pluripatología.
- Favorecer el autocuidado y el empoderamiento de la ciudadanía mediante intervenciones comunitarias participativas.
- Mejorar la coordinación y colaboración entre profesionales de Atención Primaria y servicios hospitalarios, integrando su participación en el ámbito comunitario.
- Reducir inequidades en salud propias del medio rural, facilitando el acceso a actividades de promoción y prevención.
- Incrementar la satisfacción de la población y de los profesionales mediante un modelo de atención más cercano, humanizado e integrado.

Actuaciones realizadas

Durante el periodo de desarrollo de la buena práctica. Las actuaciones se han planificado a partir de las necesidades detectadas en los Consejos de Salud y en la práctica asistencial diaria. (ANEXOS I y II)

Se han desarrollado intervenciones dirigidas a distintos grupos poblacionales, con especial atención a personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas, incorporando actividades educativas, de sensibilización y de empoderamiento para el autocuidado. Destacan acciones comunitarias realizadas en colaboración directa con profesionales hospitalarios, como actividades de promoción de la salud cutánea con participación del servicio de Dermatología y actuaciones orientadas a población mayor con implicación de Geriátrica, así como intervenciones con enfoque de “Una sola salud”.

Asimismo, se ha contado con la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) mediante la instalación de una mesa informativa sobre los programas de cribado disponibles en el Sistema Nacional de Salud, favoreciendo el acceso a información, la prevención y la detección precoz. Las actuaciones han incorporado metodologías participativas y espacios de recogida de opinión ciudadana.

Indicadores

Se emplean indicadores de proceso y resultado desarrollados en el (Anexo III), junto con evaluación cualitativa continua mediante feedback ciudadano y revisión en Consejos de Salud

Se han definido y adaptado al contexto comunitario y al enfoque de continuidad asistencial. Entre indicadores de proceso: número de intervenciones comunitarias realizadas, de profesionales de Atención Primaria y del hospital implicados, de entidades y agentes comunitarios colaboradores y de personas participantes en las actividades.

Como indicadores de resultado: grado de participación de la población en las actividades comunitarias, nivel de satisfacción de la ciudadanía y de los profesionales implicados, y mejora percibida en el conocimiento sobre hábitos saludables, prevención y programas de cribado disponibles en el SNS.

Se valora la consolidación de la colaboración entre Atención Primaria y hospital y la continuidad de las acciones en el tiempo.

La recogida de información se realiza mediante registros de actividad, observación directa y feedback cualitativo de la población y de los profesionales participantes.

Recursos

La buena práctica se desarrolla fundamentalmente mediante la optimización de los recursos existentes, sin requerir inversiones adicionales significativas. Los recursos humanos implicados incluyen al equipo

de Atención Primaria del Centro de Salud de San Esteban de Gormaz, profesionales hospitalarios colaboradores (Dermatología, Geriatria) y otros agentes comunitarios, como asociaciones y entidades del entorno.

Se utilizan recursos materiales habituales del centro de salud y de los espacios comunitarios, así como material informativo y educativo facilitado por los propios servicios sanitarios y entidades colaboradoras, como la Asociación Española Contra el Cáncer. La coordinación y planificación de las actividades se integra en la organización habitual del equipo, apoyándose en los Consejos de Salud y en los canales de comunicación existentes entre Atención Primaria y hospital.

Este enfoque permite garantizar la viabilidad, sostenibilidad y continuidad de la práctica en el tiempo, favoreciendo su integración en la actividad asistencial ordinaria.

Basada en la evidencia

La buena práctica se fundamenta en la evidencia disponible que avala la efectividad de la Atención Primaria orientada a la comunidad y de la promoción de la salud como estrategia clave en el abordaje de la cronicidad. Diversos estudios y recomendaciones nacionales e internacionales señalan que las intervenciones comunitarias favorecen el autocuidado¹, mejoran la adherencia a las recomendaciones de salud y contribuyen a la prevención de complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas².

Asimismo, la coordinación entre niveles asistenciales y la integración de la Atención Primaria y el hospital se asocian a una mejora de la continuidad asistencial, la seguridad y la satisfacción de pacientes y profesionales. La participación ciudadana y el trabajo intersectorial, incorporados en esta práctica, están alineados con las estrategias del Sistema Nacional de Salud y con los principios de equidad y atención centrada en la persona.

La propuesta adapta esta evidencia al contexto rural, reforzando su aplicabilidad y efectividad.

Referencias:

- ¹ National Institute for Health Care and Excellence. NG44. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. [Internet.] 2016. Disponible en: "<https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>"<https://www.nice.org.uk/>
- ² O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. BMC Public Health. 2015 Feb 12;15:129. - Mosteiro Miguéns DG, Rodríguez Fernández A, Zapata Cachafeiro M, Vieito Pérez N, Represas Carrera FJ, Novío Mallón S. Community Activities in Primary Care: A Literature Review. J Prim Care Community Health. 2024 Jan-Dec;15:21501319231223362. - Hassen HY, Ndejjo R, Musunguzi G, Van Geertruyden JP, Abrams S, Bastiaens H. Effectiveness of community-

ba

Equidad

La buena práctica incorpora de forma transversal el principio de equidad, adaptándose a las características y necesidades de la población rural de la Zona Básica de Salud de San Esteban de Gormaz. Se desarrolla en un entorno con dispersión geográfica, envejecimiento poblacional y mayor vulnerabilidad social y sanitaria, donde el acceso a actividades de promoción de la salud y prevención puede verse limitado.

Las intervenciones comunitarias se acercan a la población en su propio entorno, utilizando espacios accesibles y conocidos, y se dirigen especialmente a personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas y colectivos con mayor riesgo de exclusión. La participación de profesionales hospitalarios en el ámbito comunitario contribuye a reducir desigualdades en el acceso a información y recursos especializados.

De este modo, la práctica favorece la igualdad de oportunidades en salud, mejora la accesibilidad y refuerza una atención más justa, cercana y centrada en la persona.

Sostenibilidad

La buena práctica se ha diseñado con un enfoque de sostenibilidad, integrándose en la actividad habitual del Centro de Salud de San Esteban de Gormaz y en las dinámicas ya existentes de trabajo comunitario y coordinación asistencial. No requiere recursos extraordinarios ni financiación específica, basándose en la reorganización de tareas, el aprovechamiento de recursos disponibles y la implicación de los profesionales.

La continuidad de la práctica se apoya en el compromiso del equipo de Atención Primaria, la colaboración estable con profesionales hospitalarios y la participación de los agentes comunitarios del territorio. La planificación a través de los Consejos de Salud facilita la identificación de necesidades y la programación de nuevas actuaciones de forma periódica.

Este modelo permite mantener las intervenciones en el tiempo, adaptarlas a nuevas prioridades de salud y consolidarlas como parte del abordaje habitual de la cronicidad en el entorno rural.

Transferibilidad

La buena práctica presenta un alto grado de transferibilidad, ya que se basa en un modelo organizativo y metodológico fácilmente adaptable a otros centros de Atención Primaria, Basado en recursos existentes, metodología validada por SACYL y estructura organizativa replicable en otras zonas rurales especialmente en entornos rurales o con población envejecida y elevada carga de cronicidad. La propuesta no depende de recursos extraordinarios, sino de la coordinación entre niveles asistenciales, el trabajo comunitario y la implicación de los profesionales.

Los elementos clave del modelo: detección de necesidades a través de Consejos de Salud, planificación de intervenciones comunitarias, participación de profesionales hospitalarios y recogida de feedback ciudadano, pueden reproducirse en otros contextos con ajustes mínimos.

Asimismo, la experiencia puede servir como referencia para fortalecer la continuidad asistencial y la integración de la promoción de la salud comunitaria en la atención habitual, contribuyendo a la mejora de la atención a la cronicidad en diferentes ámbitos territoriales.

Efectividad

La efectividad de la buena práctica se refleja en la elevada participación de la población en las intervenciones comunitarias y en la implicación activa de profesionales de Atención Primaria, del hospital y de otros agentes del territorio. Las actuaciones desarrolladas han contribuido a mejorar el conocimiento de la ciudadanía sobre hábitos saludables, prevención y programas de cribado disponibles en el Sistema Nacional de Salud, favoreciendo la detección precoz y el autocuidado.

Asimismo, la integración de profesionales hospitalarios en el ámbito comunitario ha reforzado la coordinación entre niveles asistenciales y la coherencia de los mensajes de salud, mejorando la percepción de continuidad y cercanía por parte de la población. El feedback cualitativo recogido muestra una valoración positiva de las actividades y una mayor sensibilización en relación con la prevención y el abordaje de la cronicidad, tanto por parte de la ciudadanía como de los profesionales participantes.

Eficiencia

La buena práctica destaca por su eficiencia, al desarrollarse mediante la optimización de los recursos humanos y materiales ya existentes, sin generar costes adicionales significativos para el sistema sanitario. La integración de las intervenciones comunitarias en la actividad habitual del centro de salud y la coordinación con profesionales hospitalarios permiten maximizar el impacto de las actuaciones con un uso racional de los recursos.

La colaboración intersectorial y el trabajo en red evitan duplicidades, favorecen sinergias y mejoran la coherencia de las acciones de promoción y prevención. Asimismo, el enfoque preventivo y comunitario contribuye a una utilización más adecuada de los recursos asistenciales, potenciando el autocuidado y la detección precoz, lo que puede repercutir en una reducción de complicaciones y de la demanda asistencial a medio y largo plazo.

Participación multidisciplinar

La buena práctica se caracteriza por una amplia participación multidisciplinar, integrando a profesionales de distintos ámbitos asistenciales y comunitarios. El equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de San Esteban de Gormaz actúa como eje coordinador, implicando a

médicos, personal de enfermería y otros profesionales del centro en el diseño y desarrollo de las intervenciones comunitarias.

De forma destacada, participan profesionales hospitalarios de diferentes servicios, como Dermatología y Geriátrica, que se incorporan activamente a las actividades comunitarias, reforzando la coordinación entre niveles asistenciales y aportando una visión especializada al abordaje de la cronicidad.

Asimismo, se cuenta con la colaboración de profesionales y entidades del ámbito comunitario, lo que favorece un enfoque integral, biopsicosocial y centrado en la persona, y contribuye a mejorar la calidad, la continuidad y la humanización de la atención.

Colaboración intersectorial

La buena práctica se apoya en una colaboración intersectorial activa, incorporando a diferentes agentes del entorno para abordar la salud desde una perspectiva integral. Además de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y del hospital, se ha contado con la participación de entidades sociales y comunitarias del territorio, como asociaciones locales y la Asociación Española Contra el Cáncer, que han contribuido a las acciones de promoción, prevención y sensibilización.

Asimismo, se han establecido alianzas con otros recursos comunitarios, educativos y sociales, favoreciendo un enfoque de trabajo en red y una visión compartida de las necesidades de la población. Esta colaboración intersectorial facilita la coherencia de las intervenciones, amplía su alcance y refuerza la continuidad asistencial y social, especialmente relevante en el entorno rural de San Esteban de Gormaz.

Evaluación

La evaluación de la buena práctica se realiza de forma continua y participativa, combinando indicadores de proceso y de resultado. Se recogen datos sobre el número de actividades realizadas, la participación de la población, la implicación de profesionales de Atención Primaria, hospital y agentes comunitarios, así como la continuidad de las acciones en el tiempo.

Se incorpora una evaluación cualitativa de la ciudadanía y de los profesionales implicados, utilizando espacios de opinión y valoración en las propias intervenciones comunitarias. Esta información permite identificar fortalezas, áreas de mejora y ajustar las actividades a las necesidades detectadas. Los resultados de la evaluación se comparten en el equipo y en los Consejos de Salud, contribuyendo a la mejora continua de la práctica.

Como resultados:

- Incremento de la participación comunitaria.
- Mejora de la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mayor adherencia a actividades preventivas.
- Alta satisfacción de población y profesionales.
- Consolidación de los Consejos de Salud como estructura estable.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL7-4: Modelo de comunicación digital para la continuidad de cuidados en salud mental: actuaciones sociosanitarias en Castilla y León

M.ª Ángeles de Álvaro Prieto (1), M.ª Victoria Martín Arranz (1), M.ª del Rosario Villa Carcedo (1), Ruth González Collantes (1)

(1) Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Salud mental, continuidad de cuidados, atención integrada, coordinación sociosanitaria, comunicación digital.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente)

La creciente prevalencia de los problemas de salud mental a lo largo de todo el ciclo vital — infancia, adolescencia, edad adulta y personas mayores— y su riesgo de evolución hacia la cronicidad (recaídas, deterioro funcional, comorbilidades y pérdida de autonomía) constituye una prioridad sanitaria y social. El abordaje de la cronicidad exige continuidad asistencial, coordinación sociosanitaria, apoyos comunitarios y, de forma transversal, información clara y accesible que facilite la prevención, la detección precoz, la adherencia a cuidados, la participación de las personas y el acompañamiento de familias y redes de apoyo. Sin embargo, la información para ciudadanía y profesionales suele estar dispersa, poco actualizada o centrada solo en lo asistencial, dificultando el acceso a recursos, la navegación por el sistema y la alineación de actores.

En este contexto, Castilla y León impulsa la Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024– 2030, con enfoque integral y basado en evidencia, construida con participación amplia: profesionales de salud mental y otras especialidades, ámbitos no sanitarios (social, educativo y judicial), tercer sector, pacientes y familias. Para que esta Estrategia sea transformadora —y especialmente eficaz frente a la cronicidad— no basta con definir medidas: es imprescindible hacerlas visibles, comprensibles y trazables, favorecer la corresponsabilidad y reducir barreras informativas que incrementan la vulnerabilidad y la cronificación.

Por ello se presenta esta buena práctica: Modelo de comunicación digital para la continuidad de cuidados en salud mental: actuaciones sociosanitarias en Castilla y León, articulado mediante la web www.saludmentalcastillayleon.es (complementaria a www.saludcastillayleon.es) y una newsletter mensual. Este ecosistema actúa como instrumento oficial de difusión de la Estrategia, ofreciendo información actualizada sobre recursos, actuaciones y avances, y conectando medidas preventivas, asistenciales y de apoyo a la recuperación, con un enfoque humanizador.

Su valor añadido reside en que integra lo sanitario y lo social, activa la participación de agentes clave (sanidad, servicios sociales, educación, administración local y tercer sector), y proporciona un canal común para compartir iniciativas, formación y buenas prácticas. Además, refuerza la transparencia y evaluación continua mediante seguimiento periódico de actividad e impacto comunicativo. Financiada por el Ministerio de Sanidad a través del Plan de Acción de Salud

Mental 2025, la iniciativa aporta una solución sostenible y escalable para mejorar coordinación, acceso a información fiable y confianza ciudadana, factores críticos en la prevención y manejo de la cronicidad.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024–2030 incorpora un conjunto amplio de medidas sanitarias y sociales que, para lograr impacto real, requieren un modelo de comunicación capaz de hacerlas accesibles, comprensibles y visibles para la ciudadanía y para los agentes que participan en su despliegue. Con ese propósito se ha desarrollado el Modelo de comunicación digital para la continuidad de cuidados en salud mental: actuaciones sociosanitarias en Castilla y León, una práctica estructurada y sostenida en el tiempo que traduce la Estrategia en contenidos útiles, actualizados y evaluables.

El modelo se dirige, con vocación universal, a la población de Castilla y León, y de manera prioritaria a colectivos estratégicos: profesionales del sistema sanitario, profesionales y responsables de ámbitos con intervención sobre población vulnerable (especialmente Educación, Servicios Sociales y corporaciones locales), además de personas con problemas de salud mental, sus familias, redes de apoyo y entidades del tercer sector vinculadas a la atención, acompañamiento y defensa de derechos.

Su organización se articula en torno a un plan anual de comunicación, con acciones planificadas y calendarizadas, y dos herramientas principales complementarias:

1. Web específica: www.saludmentalcastillayleon.es, como espacio de referencia para la difusión pública y permanente de la Estrategia y de sus avances. Incluye, entre otros contenidos:

- Documentación clave descargable: Estrategia 2024–2030, Plan de Humanización en Salud Mental y Estrategia de Prevención de las Conductas Suicidas.
- Recursos asistenciales específicos de salud mental disponibles en Castilla y León.
- Actualidad y noticias con enfoque sanitario, social y educativo, incorporando entrevistas, reportajes y comunicaciones de interés, con participación de los agentes implicados.
- Contenidos audiovisuales orientados a humanizar y acercar la salud mental: testimonios (“la enfermedad contada por pacientes”) y “la visión de los profesionales”.
- Video-reportaje mensual centrado en una temática alineada con las líneas estratégicas y los colectivos prioritarios (p. ej., adicciones, exclusión social, violencia de género, personas mayores, infancia y adolescencia, Atención Primaria, suicidio, emergencias, trastorno mental grave, redes de apoyo, entre otros).
- Difusión de hitos relevantes como el Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre).

- Próxima incorporación de un espacio específico de formación en salud mental.

2. Newsletter mensual, distribuida a cerca de 500 destinatarios (profesionales sanitarios, educación, servicios sociales, administración autonómica y local, entidades del tercer sector y colaboradores), que sintetiza novedades, contenidos destacados y recursos, facilitando el alcance a públicos profesionales y multiplicadores.

El ámbito territorial abarca toda la Comunidad Autónoma de Castilla y León, consolidando un canal común y coherente. Como elementos diferenciales, el modelo aporta integración intersectorial, narrativa humanizadora basada en experiencias reales, contenidos audiovisuales periódicos vinculados a medidas concretas de la Estrategia y un enfoque de seguimiento y mejora continua, mediante la evaluación mensual del acceso y la interacción con la web y la Newsletter para verificar el alcance y ajustar mensajes.

Población diana / ámbito de aplicación

La difusión de la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024–2030 se concibe con vocación universal, dirigida al conjunto de la población de Castilla y León, con el objetivo de garantizar que la ciudadanía conozca las líneas de actuación, recursos y avances vinculados a la salud mental.

De forma prioritaria, el modelo focaliza su alcance en los profesionales del sistema sanitario y en aquellos agentes de otros ámbitos con intervención directa sobre población sensible, especialmente Educación, Servicios Sociales y corporaciones locales. Asimismo, se orienta a personas con problemas de salud mental, sus familias, redes de apoyo y entidades del tercer sector que trabajan en su acompañamiento, atención y defensa de derechos, facilitando un canal común de información, coordinación y difusión de iniciativas relevantes.

Metodología

La metodología se basa en un modelo de comunicación digital planificado, multicanal y evaluable, orientado a trasladar a la ciudadanía y a los agentes implicados los contenidos y avances de la Estrategia 2024–2030. Se estructura en un plan anual con calendarización de acciones, definición de públicos (población general, profesionales sanitarios y no sanitarios, tercer sector, personas afectadas y familias) y selección de mensajes clave por líneas estratégicas.

La ejecución combina dos herramientas principales: la web como repositorio vivo de información, recursos y documentación, y la Newsletter mensual como canal de alcance directo y fidelización de públicos profesionales. Los contenidos se elaboran con criterios de rigurosidad, accesibilidad y enfoque humanizador, incorporando piezas audiovisuales y temáticas mensuales vinculadas a colectivos prioritarios.

El sistema incluye monitorización mensual (analítica web y métricas de envío/apertura) para valorar el impacto, detectar necesidades y ajustar contenidos y difusión de forma continua.

Objetivos

El objetivo principal del modelo de comunicación digital es difundir de forma clara, accesible y continuada las medidas sociales y sanitarias contempladas en la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024–2030, facilitando su conocimiento por parte de la ciudadanía y de los agentes implicados en su desarrollo.

Como objetivos específicos, se pretende: visibilizar los recursos y actuaciones sanitarias y sociales, favoreciendo el acceso a información fiable; desestigmatizar los problemas de salud mental (especialmente los trastornos mentales graves) mediante un enfoque humanizador, incorporando testimonios y contenidos que pongan el foco en la persona; impulsar la prevención y la detección precoz, promoviendo mensajes de promoción de la salud mental; reforzar la coordinación intersectorial (sanitario, social, educativo y tercer sector) como red de apoyo compartida; y garantizar la transparencia y la rendición de cuentas, informando periódicamente sobre avances, hitos y grado de implementación de las medidas previstas.

Actuaciones realizadas

En enero de 2025 se puso en marcha la web www.saludmentalcastillayleon.es como canal específico para la difusión de la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024–2030, coincidiendo con su presentación pública ese mismo mes. En su lanzamiento se incorporaron los vídeos utilizados en el acto institucional, junto con documentación de referencia para la Comunidad, como la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León 2021–2025 y el documento de definición de los recursos asistenciales específicos de salud mental en Castilla y León. Asimismo, se difundieron contenidos vinculados a la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental 2024.

A lo largo de 2025 la web se ha consolidado como un repositorio vivo, incorporando de forma progresiva contenidos y comunicaciones relacionadas con el despliegue de la Estrategia: la presentación del Plan de Humanización en Salud Mental, acciones e hitos vinculados al Día Mundial de la Salud Mental 2025, y programas e iniciativas como el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer o iSupport, entre otras actuaciones.

De manera paralela, se han publicado noticias y piezas informativas sobre temáticas prioritarias, como salud mental y violencia de género, el Día Internacional de la Terapia Ocupacional y acciones de prevención de conductas suicidas, reforzando la actualidad y la utilidad práctica del canal.

Desde enero de 2026, se complementa la web con una Newsletter mensual distribuida a cerca de 500 personas y colectivos, ampliando el alcance y la continuidad de la difusión hacia profesionales y entidades clave.

Indicadores

· Informe mensual de seguimiento con métricas de analítica web: visitas totales y únicas, páginas vistas, tiempo medio de permanencia, principales contenidos consultados y procedencia del tráfico.

- Tendencia de crecimiento: incremento progresivo del tráfico web y consolidación de usuarios recurrentes, comparando mes a mes y con el mismo periodo del año anterior.

- Actualización editorial: número de noticias/publicaciones mensuales incorporadas en la web sobre actuaciones, recursos, formación y actualidad en salud mental en Castilla y León.
- Producción audiovisual: al menos 1 video-reportaje mensual según el calendario temático del plan de comunicación, con control de visualizaciones y tasa de finalización.
- Impacto documental: número de descargas de la Estrategia 2024–2030 (y documentos asociados), con seguimiento de evolución mensual.

Recursos

El modelo cuenta con un dominio propio (www.saludmentalcastillayleon.es) como canal central y con una base de distribución segmentada de contactos para el envío de la newsletter y la difusión de contenidos a públicos clave (sanitario, social, educativo, administración local y tercer sector). Para el desarrollo técnico, mantenimiento, diseño y maquetación de la web y la Newsletter se dispone de una empresa especializada en comunicación digital, garantizando calidad visual, accesibilidad y continuidad operativa.

La planificación editorial y la validación de contenidos corresponde al Servicio de Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos, que integra aportaciones de profesionales vinculados a la atención y la promoción de la salud mental en distintos ámbitos. Además, se apoya en una red colaborativa de expertos, pacientes, familias y entidades del tercer sector que aportan recomendaciones para asegurar un enfoque humanizador, comprensible y alineado con las necesidades reales de las personas.

Basada en la evidencia

La evidencia en comunicación y salud pública muestra que la exposición repetida y coherente a mensajes clave, difundidos de forma sostenida y a través de formatos y canales complementarios, mejora el recuerdo, la comprensión y la adopción de recomendaciones, especialmente cuando se adaptan a distintos perfiles de población.

Por ello, el modelo combina web y Newsletter para asegurar continuidad y alcance, incorporando contenidos actualizados y basados en fuentes contrastadas (datos disponibles, referencias técnicas y conocimiento profesional), presentados con lenguaje claro, estructura visual y enfoque práctico. El uso de recursos audiovisuales, la participación de expertos y la integración de experiencias de personas con problemas de salud mental y familias refuerzan la credibilidad y la conexión emocional, favoreciendo la reducción del estigma y la apropiación social de las medidas. De este modo, se incrementa el conocimiento público y profesional sobre la Estrategia 2024–2030 y sus actuaciones.

Equidad

La salud mental es hoy una de las principales preocupaciones sociales, tanto por el incremento de problemas detectados como por su impacto en la vida cotidiana, la convivencia familiar, el empleo, la educación y la participación comunitaria. Esta realidad afecta a toda la población,

pero lo hace de forma desigual, con mayor vulnerabilidad en personas con trastorno mental grave o crónico, infancia y adolescencia, mayores, personas en exclusión social, víctimas de violencia, población rural o con barreras de acceso, y quienes carecen de redes de apoyo.

Desde una perspectiva de equidad, la respuesta institucional debe ser universal —porque la salud mental compete a todos— y, a la vez, proporcional a las necesidades, priorizando a quienes enfrentan mayores riesgos y dificultades para acceder a recursos. Ese es el enfoque de la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024–2030, elaborada con participación intersectorial y del tercer sector, incorporando la voz de pacientes y familias.

El modelo de comunicación digital contribuye a la equidad al ofrecer información fiable, accesible y actualizada sobre recursos y actuaciones, visibilizar colectivos y realidades diversas, y facilitar que ciudadanía y profesionales conozcan las medidas previstas y cómo beneficiarse de ellas, reforzando la transparencia y el acceso en todo el territorio.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de la práctica se apoya en un modelo estructurado, replicable y de bajo coste incremental, basado en canales digitales estables: una web propia y una newsletter periódica. La gestión se integra en la dinámica ordinaria del Servicio de Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos, que asegura la continuidad editorial, la coherencia institucional y la actualización de contenidos alineados con la Estrategia 2024–2030.

El soporte técnico y de diseño se garantiza mediante la contratación de una empresa especializada, lo que permite mantener estándares de accesibilidad, usabilidad y calidad audiovisual sin depender de recursos puntuales. La práctica incorpora monitorización mensual (analítica web y métricas de campaña) para ajustar contenidos y optimizar el impacto, asegurando eficiencia. Además, al movilizar una red colaborativa de profesionales y tercer sector, fortalece la corresponsabilidad y facilita su mantenimiento a lo largo del periodo 2024– 2030.

Transferibilidad

La práctica es altamente transferible porque se basa en una arquitectura modular y estandarizable (web temática + Newsletter periódica + plan editorial anual + sistema de métricas), aplicable a otros territorios y a otras estrategias de salud. El modelo no depende de infraestructuras complejas: requiere un dominio web, una herramienta de envío, un equipo responsable de contenidos y un soporte técnico/diseño, elementos disponibles en la mayoría de las administraciones sanitarias.

Su enfoque intersectorial (sanitario, social, educativo y tercer sector) facilita la adaptación a contextos con distintas redes de actores, manteniendo un núcleo común: información fiable, contenidos accesibles y narrativa humanizadora. Además, la metodología de planificación, calendarización temática y evaluación mensual permite replicarlo con rapidez y ajustar mensajes según necesidades locales (ruralidad, dispersión geográfica, colectivos prioritarios). Puede escalarse desde nivel autonómico a provincial o de área de salud.

Efectividad

La efectividad del modelo se fundamenta en su capacidad para aumentar el conocimiento, el alcance y la comprensión de las medidas de la Estrategia 2024–2030 mediante una comunicación continuada, multiformato y dirigida a públicos clave. La combinación de web y Newsletter mensual (canal directo) permite llegar tanto a ciudadanía como a profesionales y entidades multiplicadoras, reforzando la difusión de recursos, actuaciones y avances.

La efectividad se verifica con un seguimiento mensual de indicadores: crecimiento de visitas, consumo de contenidos, descargas de documentos, visualizaciones de piezas audiovisuales y métricas de Newsletter (envíos, aperturas y clics). Además, la incorporación de contenidos humanizadores (testimonios y experiencias) y de la perspectiva intersectorial mejora la pertinencia y la aceptación social, contribuyendo a reducir estigma, favorecer la orientación a recursos y reforzar la transparencia sobre la implementación de la Estrategia.

Eficiencia

La práctica es eficiente porque maximiza el alcance y la continuidad de la comunicación con un coste incremental reducido, al apoyarse en canales digitales propios (web y Newsletter) que permiten reutilizar, actualizar y distribuir contenidos sin costes de producción y difusión elevados. La organización combina gestión interna de contenidos —desde el Servicio de Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos— con soporte externo especializado para diseño, maquetación y mantenimiento, optimizando tiempos y asegurando calidad técnica.

El plan editorial anual facilita la programación y evita duplicidades, mientras que la Newsletter permite segmentar destinatarios y activar redes multiplicadoras (sanidad, educación, servicios sociales, administración local y tercer sector). La analítica mensual (visitas, descargas, visualizaciones, aperturas y clics) orienta la toma de decisiones, permitiendo ajustar mensajes y priorizar contenidos con mayor impacto, mejorando el rendimiento de los recursos invertidos.

Participación multidisciplinar

La práctica se sustenta en una participación multidisciplinar e intersectorial coherente con el enfoque integral de la Estrategia 2024–2030. La coordinación y validación de contenidos recae en el Servicio de Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos, que integra aportaciones de profesionales de salud mental y de otras especialidades sanitarias, así como de ámbitos no sanitarios con impacto directo en la salud mental: Servicios Sociales, Educación, corporaciones locales y el tercer sector.

Además, se cuenta con una red colaborativa de personas con experiencia en primera persona, familias y entidades representativas, que contribuyen a orientar el enfoque, el lenguaje y las prioridades temáticas, garantizando pertinencia y sensibilidad. Esta gobernanza compartida favorece mensajes más completos, reduce sesgos, refuerza la coherencia entre sistemas (sanitario-social-educativo) y mejora la capacidad de difusión mediante actores multiplicadores en todo el territorio.

Colaboración intersectorial

Aunque la responsabilidad del desarrollo de la web y de la Newsletter es del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos de la Consejería de Sanidad, para la

elaboración del contenido es precisa la participación de otras entidades involucradas en la salud mental de la comunidad de Castilla y León, esto es, la colaboración de otras Consejerías como la de Familia e Igualdad de Oportunidades, la de Educación, o la de Industria, Comercio y Empleo, corporaciones locales, entidades del tercer sector o sociedades científicas (médicas, de psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, principalmente).

Evaluación

Para la evaluar si la difusión de las actuaciones sanitarias y sociales relacionadas con la salud mental de la Estrategia es adecuada, clara y accesible se tiene en cuenta la consecución de los indicadores señalados anteriormente.

Dicha evaluación se hace con una periodicidad trimestral que permite readaptar los posibles desajustes, así como incorporar aquellas propuestas de personas clave (profesionales, administraciones (autonómicas y locales), pacientes, familias y entidades del tercer sector.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

EXT7-1: Puesta en valor de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales en el Área de Salud de Mérida con el perfil profesional de óptico optometrista

María del Mar Álvarez Díaz (1), David Agudo Medina (1), Tamara Rodríguez Torrescusa (1), Ana María Sánchez de la Morena (2), Rubén Guapo Delgado (3), Carlota Torres Fernández (4), directores y subdirectores de las Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Mérida (5), jefes de administración de las Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Mérida (5)

(1) Dirección de Atención Primaria, Área de Salud de Mérida, Servicio Extremeño de Salud (SES), (2) Servicio de Oftalmología, Complejo Hospitalario de Mérida, SES, (3) Servicio de Informática, Área de Salud de Mérida, SES, (4) Unidad de Telemedicina, SES, (5) Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Mérida, SES.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Retinopatía diabética, cribado poblacional, atención primaria, oftalmología, optometría, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El Plan Integral de Diabetes de Extremadura establece las líneas estratégicas y actuaciones a llevar a cabo para el abordaje de esta patología, que cuenta con una prevalencia del 14,8% según la Sociedad Española de Diabetes, constituyéndose como un problema de salud grave para las administraciones públicas. Entre sus principios rectores se encuentran:

- Atención integral a la diabetes.
- Reducción de inequidades y mejora de la información.
- Efectividad y eficiencia en las intervenciones.
- Coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria del Área de Salud de Mérida.
- Adecuación de los servicios a las necesidades de la población.
- Satisfacción de los usuarios.
- Sostenibilidad del sistema.

En concreto, el programa de detección y seguimiento de la retinopatía diabética tiene como finalidad efectuar el cribado de la población diana, para detectar casos de retinopatía diabética (RD) y anticipar la aplicación de tratamientos específicos para esta patología con el objetivo de disminuir los casos de ceguera en las personas diabéticas.

En Extremadura según la publicación lanzada por la Junta de Extremadura en noviembre de 2023 en relación al día mundial de la diabetes, existen 84.000 personas diagnosticadas de diabetes de los cuales el 90% son diabetes tipo II, de las cuales el Área de Salud de Mérida puede oscilar en torno a las 24.000 personas diabéticas.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La Gerencia del Área de Salud de Mérida a través de la Dirección Médica de Atención Primaria (AP) promueve la contratación de un óptico-optometrista para la realización de las retinografías incluidas en la cartera de servicio de Atención Primaria del paciente diabético, y en concreto, el programa de detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética en población diana, englobado todo dentro del Plan de Atención Integral (PAI) del paciente diabético. Además, la integración en los equipos de AP de este profesional permite abordar otro gran programa de cribado como es el de Detección Precoz del Glaucoma Familiar y detección de otras patologías oculares fuera de cribados en fases iniciales.

Con este tipo de iniciativas se mantiene el firme compromiso por la continuidad entre niveles asistenciales como pieza angular de la calidad asistencial, siendo además una forma eficiente de gestionar los recursos sanitarios, obteniendo mejores resultados en salud al menor coste posible y poniendo siempre en el centro la mejor atención al paciente.

Este programa se realiza en las 13 Zonas Básicas de Salud que componen el Área de Salud de Mérida mediante la itinerancia entre estas zonas de los recursos humanos contratados, en este caso con perfil de óptico optometrista, así como la itinerancia entre sus centros de salud del aparataje necesario para llevarlo a cabo (retíngrafos y tonómetros).

En este proyecto es fundamental la figura del técnico de la dirección como coordinador y enlace entre niveles, siendo el responsable de:

- El número de Jornadas de trabajo en cada ZBS y la recogida de datos (Óptico optometrista).
- El desplazamiento del aparataje entre las diferentes ZBS (Jefe de celadores).
- La puesta en marcha y conexión del aparataje con los equipos informáticos y programa JARA (Jefe de informática).
- La solicitud de listados con pacientes con criterios de inclusión en el programa de cribado y detección de la retinopatía diabética (Responsable de telemedicina).
- La comunicación con indicaciones e instrucciones para comenzar y poner en marcha el programa en las diferentes Zonas Básicas de Salud (Directores y Subdirectores de las diferentes Zonas Básicas de Salud).

También hay que destacar la función de los enfermeros de AP que depuran los listados de pacientes seleccionados, así como de los Administrativos, encargados de citar a los pacientes en la consulta del óptico.

A nivel hospitalario la función del oftalmólogo es fundamental no solo para la lectura de las retinografías sino también en la gestión de citas preferente ante la detección de patología ocular grave.

Población diana / ámbito de aplicación

Toda persona mayor de 14 años en cuya historia clínica electrónica figure haber sido diagnosticado de DM ya sea tipo I o tipo II, con codificación del Problema de Salud en Atención Primaria.

Se excluyen a:

- Pacientes con DM tipo 1 con menos de 5 años de evolución. (Existen estudios que evidencian que en ese periodo no se desarrolla aún ningún grado de retinopatía).
- Paciente con diagnóstico de Diabetes Gestacional en la gestación actual.
- Pacientes con DM con retinopatía diabética instaurada (F83). (Nuestro objetivo es diagnosticar precozmente a aquellos pacientes con algún grado de retinopatía que aún no han sido diagnosticados).
- Pacientes con DM en situación terminal e inmovilizados, ya que no se pueden desplazar a los centros de salud para la toma de fotografías. (Todos aquellos pacientes que por diferentes circunstancias no sean susceptibles de beneficiarse de este recurso)

Metodología

La metodología del programa se basa en un modelo organizado, secuencial y coordinado entre Atención Primaria y el Hospital de Mérida. En primer lugar, el responsable de telemedicina genera los listados de pacientes con criterios de inclusión en el cribado de retinopatía diabética. Posteriormente, enfermería depura dichos listados y el personal administrativo cita a los pacientes en las consultas del óptico-optometrista. El profesional se desplaza de forma itinerante por las 13 Zonas Básicas de Salud realizando retinografías y mediciones tonométricas con el equipamiento portátil. Las imágenes se integran en el sistema JARA para su lectura por parte del oftalmólogo, quien determina la necesidad de derivación preferente o seguimiento habitual. Todo el proceso es supervisado por un técnico de la dirección encargándose de la coordinación logística, tecnológica y organizativa. La metodología prioriza accesibilidad, continuidad asistencial y detección precoz en la población diabética.

Objetivos

GENERAL:

1. Cumplir al 100% con la cartera de servicio del SES y con el Plan integral de Extremadura, relativo a la realización de retinografías a los pacientes diabéticos.

ESPECÍFICOS:

1. El objetivo específico es que todos los diabéticos tengan realizadas las retinografías cada dos años.
2. Abordar el programa de detección precoz del glaucoma.
3. Detección precoz de otras patologías oculares en la población diana.
4. Establecer vías rápidas de atención a patología graves detectadas en los pacientes objeto del programa, basadas en una buena coordinación entre niveles asistenciales.
5. Disminuir las listas de espera en Consultas externas en el servicio de oftalmología.
6. Disminuir las listas de espera en Consultas externas hospitalarias de Agudeza Visual.

7. Profesionalizar las prestaciones de retinografías y tonometrías, al efectuarla un óptico-optometrista , en lugar de una enfermera de atención primaria como se venía realizando.

Actuaciones realizadas

Desde la puesta en marcha del programa en abril de 2024, se inició la primera vuelta completa por las 13 Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Mérida, realizando 4.252 retinografías a pacientes con criterios de inclusión en el cribado de retinopatía diabética. Esta fase permitió evaluar la efectividad del circuito, optimizar la logística de desplazamiento del equipamiento y afianzar la coordinación entre Atención Primaria y el Servicio de Oftalmología. Tras completar esa primera ronda, en septiembre de 2025 comenzó la segunda vuelta por las distintas zonas, alcanzando ya más de 700 retinografías realizadas en esta nueva fase. Estas actuaciones han consolidado el papel del óptico-optometrista en Atención Primaria, han fortalecido la detección precoz de patología ocular y han facilitado la priorización de casos graves, mejorando los tiempos de respuesta asistencial y la continuidad entre niveles.

Indicadores

DE RESULTADOS

- Número de retinografías realizadas por cada ZBS en el Área de salud de Mérida
- Tasa de detección de retinopatías diabéticas.
- Paciente con criterios de inclusión y con retinografías realizadas / total de los pacientes con criterios de inclusión X 100
- Porcentaje de pacientes detectado en el programa y tratados precozmente.
- Porcentaje de otras patologías oculares detectadas precozmente
- Tiempo medio de atención por parte de segundo nivel asistencial

DEL PROCESO

- Tasa de participación de los pacientes incluidos en la población diana.
- Número de incidencias logísticas detectadas durante el proceso

INDICADORES DEL SISTEMA SANITARIO

Indicadores de efectividad/ adecuación;

- Tasa de morbilidad por Glaucoma
- Tasa de morbilidad por Retinopatía diabética

Indicadores de Calidad /seguridad:

- Tasa de retinografías realizada por Óptico vs enfermería
- Detección de otras patologías detectadas por óptico

Indicadores de Sostenibilidad del programa:

- Gasto sanitario público destinado al programa según número de pacientes incluidos en el mismo

Recursos

La implementación del programa requiere recursos humanos especializados, destacando la contratación de un óptico-optometrista encargado de realizar las retinografías y las pruebas de cribado vinculadas a la retinopatía diabética y al glaucoma familiar. Además, se precisa un equipo coordinador compuesto por personal técnico de la Dirección de Atención Primaria, profesionales de informática, celadores, responsables de telemedicina, directores de Zonas Básicas de Salud y personal administrativo y de enfermería. Entre los recursos materiales destacan los retinógrafos y tonómetros itinerantes que se desplazan entre las 13 Zonas Básicas de Salud del Área de Mérida, junto con los equipos informáticos necesarios para su conexión al sistema JARA. La colaboración del servicio de Oftalmología del hospital resulta esencial para la lectura de pruebas y la gestión de citas preferentes. En conjunto, se trata de un modelo eficiente basado en recursos ya disponibles.

Basada en la evidencia

El programa se sustenta en las recomendaciones del Plan Integral de Diabetes de Extremadura y en la evidencia científica que respalda el cribado sistemático de la retinopatía diabética como estrategia eficaz para reducir la ceguera evitable. Numerosos estudios internacionales han demostrado que la detección precoz mediante retinografía disminuye de manera significativa la progresión de la retinopatía en pacientes con diabetes tipo II, población mayoritaria en Extremadura. Asimismo, la literatura especializada respalda la incorporación del óptico-optometrista como profesional capacitado para realizar cribados de patología ocular en atención primaria, optimizando la accesibilidad y la continuidad asistencial. La coordinación entre niveles y el uso de sistemas de telemedicina se consideran prácticas efectivas para mejorar resultados en salud, especialmente en áreas geográficas amplias con población dispersa, como es el caso del Área de Salud de Mérida.

Equidad

La iniciativa contribuye a reducir desigualdades en el acceso al cribado de la retinopatía diabética y del glaucoma mediante la itinerancia del profesional óptico-optometrista y del aparataje por todas las Zonas Básicas de Salud del Área de Mérida. Esto garantiza que pacientes residentes en zonas rurales o con dificultades de movilidad reciban la misma calidad de atención que aquellos próximos al hospital.

El proceso de depuración de listados de pacientes y la citación activa desde Atención Primaria aseguran que ningún paciente con criterios de inclusión quede excluido. La coordinación con Oftalmología permite priorizar de forma equitativa los casos graves.

En conjunto, el programa favorece la igualdad de oportunidades en el acceso al diagnóstico precoz, independientemente de la ubicación geográfica, nivel socioeconómico o capacidad para desplazarse, avanzando hacia una atención sanitaria más justa y universal.

Sostenibilidad

El proyecto es sostenible porque optimiza recursos existentes y evita duplicidades diagnósticas, reduciendo la carga asistencial del nivel hospitalario. La incorporación del óptico-optometrista en atención primaria permite realizar un cribado eficaz sin necesidad de nuevas infraestructuras, aprovechando el equipamiento ya disponible y articulando su itinerancia. La detección precoz de patologías oculares evita tratamientos avanzados de elevado coste y reduce complicaciones asociadas a la diabetes, lo que genera un impacto económico positivo a medio y largo plazo.

Además, el modelo basado en coordinación multidisciplinar y telemedicina favorece una organización flexible y replicable, con bajo requerimiento de inversión adicional. Su alineación con las líneas estratégicas del Plan Integral de Diabetes asegura continuidad y respaldo institucional, lo que garantiza su mantenimiento en el tiempo como parte estructural de la atención al paciente diabético.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible a otras Áreas de Salud y comunidades autónomas, ya que se basa en recursos profesionales y tecnológicos ampliamente disponibles en el Sistema Nacional de Salud. La estructura organizativa—con un óptico-optometrista itinerante, coordinación técnica y conexión al sistema de historia clínica electrónica—puede adaptarse fácilmente a diferentes realidades territoriales.

Los procesos clave (identificación de pacientes, citación, realización de pruebas, lectura especializada vía telemedicina y priorización de casos) están claramente protocolizados y pueden implementarse sin requerir inversiones elevadas.

La experiencia en el Área de Salud de Mérida demuestra que el modelo favorece la accesibilidad, reduce tiempos de diagnóstico y refuerza la coordinación entre niveles asistenciales, por lo que constituye una buena práctica extrapolable tanto a zonas urbanas como rurales.

Efectividad

El programa incrementa de manera significativa la capacidad de cribado en atención primaria, lo que mejora la detección precoz de retinopatía diabética y otras patologías oculares, disminuyendo el riesgo de ceguera evitable. La participación activa del óptico-optometrista y la revisión sistemática de pruebas por parte del servicio de Oftalmología garantizan un circuito diagnóstico ágil y seguro.

Además, la depuración de listados y citación estructurada aumentan la adherencia al cribado, especialmente en pacientes crónicos con menor contacto con el sistema.

La reducción de derivaciones innecesarias y la priorización adecuada de los casos con gravedad contribuyen a mejorar los tiempos de respuesta y el flujo asistencial global del Área de Salud de Mérida. Estos resultados demuestran que el modelo mejora los indicadores clínicos, organizativos y de satisfacción del paciente.

Eficiencia

El uso de un profesional especializado itinerante permite maximizar la productividad del equipamiento existente y minimizar la necesidad de inversiones adicionales. Al trasladar el cribado a atención primaria, se reduce la presión asistencial sobre oftalmología hospitalaria, permitiendo que los recursos especializados se concentren en los casos que realmente lo requieren.

La detección precoz evita intervenciones más costosas asociadas a complicaciones avanzadas de la retinopatía diabética. Asimismo, la coordinación interprofesional y la integración con el sistema JARA reducen duplicidades y tiempos de espera.

El modelo favorece un uso racional de los recursos sanitarios, combinando eficiencia económica con una mejora de resultados en salud, lo que lo convierte en una iniciativa de alto rendimiento coste-beneficio.

Participación multidisciplinar

El programa es un ejemplo de trabajo multidisciplinar coordinado. Intervienen óptico-optometristas, enfermería de atención primaria, administrativos, técnicos de la Dirección Médica, personal de informática, celadores, responsables de telemedicina, directores de Zona Básica de Salud y oftalmólogos del hospital.

Cada perfil desempeña funciones complementarias: desde la selección y citación de pacientes hasta la realización de pruebas, soporte técnico, logística, conexión con historia clínica y valoración especializada.

Esta integración garantiza continuidad asistencial, reduce tiempos de respuesta y mejora la experiencia del paciente. La participación activa de distintos profesionales permite abordar de forma integral la salud ocular del paciente diabético, fortaleciendo la cohesión del sistema sanitario.

Colaboración intersectorial

El proyecto promueve una colaboración fluida entre diferentes sectores dentro del propio sistema sanitario, conectando atención primaria, atención hospitalaria, servicios técnicos, logística e informática. Esta interacción asegura la puesta en marcha del programa en cada Zona Básica de Salud y el correcto funcionamiento de los equipos y circuitos diagnósticos. La integración con el sistema de telemedicina y la coordinación con Oftalmología refuerzan la continuidad asistencial y permiten una gestión centralizada y eficiente de los casos. Además, el enfoque colaborativo facilita la comunicación entre responsables territoriales y profesionales del Área, optimizando los tiempos y garantizando una respuesta homogénea en todo el territorio. El resultado es un modelo cohesionado que fortalece la red asistencial y mejora la calidad de la atención al paciente diabético.

Evaluación

La evaluación del programa se realiza mediante un seguimiento sistemático de indicadores cuantitativos y cualitativos que permiten valorar su funcionamiento y resultados. Entre los indicadores principales figuran: número de pacientes cribados por Zona Básica de Salud, porcentaje de cobertura respecto a la población diana, prevalencia de hallazgos clínicos detectados, número de derivaciones justificadas a Oftalmología y tiempos de lectura y respuesta.

Asimismo, se analizan indicadores organizativos como la eficiencia en la itinerancia del equipamiento, la adherencia al cronograma planificado y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

La información recogida se revisa periódicamente en reuniones técnicas, permitiendo identificar áreas de mejora y ajustar los circuitos. Este sistema de evaluación continua garantiza la calidad del programa y facilita su consolidación como práctica asistencial estable.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

EXT7-2: Taller de espalda sana

Isabel Torrecusa Pujol (1), Alberto Fontán Jiménez (1), Susana Agudo Garzón (1), María Silva Corbacho (1), Miguel Ángel Romero Aguedo (1)

(1) Centro de Salud San Roque de Almendralejo, Área de Salud de Mérida, Servicio Extremeño de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Dolor crónico de espalda, promoción de la salud, ejercicio terapéutico, educación en dolor, autocuidado, atención primaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El dolor crónico de espalda constituye una de las principales causas de discapacidad, consumo farmacológico y demanda asistencial en Atención Primaria, generando un elevado impacto funcional, emocional y socioeconómico. Según el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, existe una prevalencia de dolor crónico en España del 25,9%, siendo la lumbalgia la causa más común en el 58,1% de los casos y la artrosis en el 33%. En

Extremadura, la prevalencia es del 31,7%. El 50% de los pacientes derivados a la Unidad de Fisioterapia de Almendralejo (Badajoz) presentan patología o dolor en la región cervical, dorsal, lumbar o caderas. La ineficacia del enfoque actual del tratamiento aplicado en estos pacientes evidenció la necesidad de implementar una intervención integral, estructurada y basada en la evidencia que proporcionara herramientas de autocuidado, redujera la dependencia terapéutica pasiva y abordara los factores que perpetúan la cronificación.

El taller "Espalda Sana" se fundamenta en las guías de práctica clínica y en la evidencia científica nacionales e internacionales, que recomiendan la educación en neurociencia del dolor, la actividad física progresiva y la intervención multidisciplinar como estrategias de primera línea. La literatura científica demuestra que los programas grupales combinados con ejercicio, reentrenamiento funcional y educación terapéutica mejoran la autogestión, disminuyen el miedo al movimiento, aumentan la adherencia al ejercicio y reducen la intensidad del dolor y el consumo farmacológico.

La propuesta aporta un valor añadido relevante en el marco de la convocatoria por su carácter multidisciplinar, integrando a fisioterapeutas, enfermeras y médicos en un abordaje coordinado que permite una visión amplia, coherente y complementaria del proceso doloroso. La intervención se estructura en seis sesiones temáticas que incluyen educación activa, demostraciones prácticas, técnicas de relajación, conocimiento corporal, promoción de actividad física, abordaje de factores de estilo de vida y uso racional de analgésicos. El enfoque orientado al empoderamiento del paciente y la reducción de la medicalización contribuye directamente a mejorar la eficiencia asistencial del centro de salud.

La urgencia de intervenir en dolor crónico se justifica además por su alta prevalencia, su asociación con comorbilidad psicológica, su impacto sobre la productividad laboral y su contribución al consumo innecesario de pruebas diagnósticas y tratamientos de escaso valor. El taller se plantea como una alternativa estructurada, accesible, coste-efectiva y sostenible, alineada con los objetivos de promoción de salud, adecuación terapéutica y fortalecimiento de

la Atención Primaria. Finalmente, su transferibilidad a otros centros y su potencial de mejora continuada mediante evaluación sistemática refuerzan su pertinencia como buena práctica reproducible.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El taller es un programa grupal de seis sesiones, desarrollado en el Centro de Salud de San Roque de Almendralejo, orientado a mejorar el afrontamiento activo del dolor crónico de espalda mediante educación, ejercicio terapéutico y promoción de hábitos saludables. Está dirigido a personas con dolor de espalda crónico de más de tres meses de evolución, con repercusión funcional y necesidad de estrategias activas de autocuidado. Se implementa mediante la colaboración coordinada de fisioterapeutas, enfermeras y médicos de Atención primaria.

El programa se estructura en sesiones semanales de 90 minutos que combinan exposición teórica, práctica guiada y discusión grupal. La secuencia pedagógica se basa en la educación terapéutica activa, orientada a mejorar las creencias, reducir conductas de evitación y promover la recuperación funcional progresiva y el movimiento controlado y consciente.

La primera sesión incluye contenidos de neurofisiología del dolor crónico y sensibilización central. La segunda sesión se centra en la alimentación, el manejo del estrés y técnicas de relajación. La tercera sesión se enfoca en la actividad física, el ejercicio, el fortalecimiento muscular y la movilidad. La cuarta sesión aborda el manejo y el uso adecuado de la medicación y el impacto de los hábitos tóxicos. La quinta sesión se orienta al reconocimiento postural. La sexta sesión se hace una recopilación de toda las herramientas trabajadas y un compendio de lo expuesto.

Para garantizar la aplicabilidad, las actividades se adaptan al nivel funcional del grupo, integrando estrategias de aprendizaje significativo, la práctica supervisada, la escucha activa y el refuerzo positivo. El trabajo grupal favorece la interacción, la adherencia, la normalización de experiencias y la adquisición de estrategias de afrontamiento. Se utilizan materiales de apoyo, fichas de ejercicios, recursos audiovisuales y se facilita un diario para que cada sujeto recoja las actividades y hábitos que va implementando. Los profesionales valoran las necesidades y barreras individuales, ajustan la intensidad del ejercicio y fomentan la participación mediante dinámicas que fortalecen la comunicación y expresión de las vivencias y experiencias de cada participante.

El nivel territorial de actuación es local, en el marco de los pacientes adscritos a la zona básica de salud de San Roque de Almendralejo, aunque la estructura modular y el bajo coste lo hacen fácilmente transferible a otros centros. El programa destaca por su multidisciplinariedad real, con sesiones codirigidas que aseguran coherencia en los mensajes y optimización de competencias. La combinación de educación, ejercicio y abordaje de estilos de vida constituye un elemento innovador que alinea la intervención con recomendaciones internacionales basadas en evidencia.

Población diana I ámbito de aplicación

La intervención se dirige a personas adultas con dolor lumbar, dorsal o cervical crónico de más de tres meses de evolución, independientemente de su etiología, siempre que no existan banderas rojas como dolor de origen oncológico, fractura o intervención quirúrgica en el raquis en el último año o deterioro cognitivo ni limitaciones clínicas que contraindiquen la actividad

física supervisada. Las características a destacar de los participantes es que el dolor curse con repercusión funcional, miedo al movimiento, baja actividad física o elevada dependencia de abordajes pasivos.

El ámbito de aplicación es la zona básica de salud de San Roque de Almendralejo, donde los médicos del equipo de Atención Primaria captan a los posibles candidatos a beneficiarse de los talleres creando una orden clínica dirigida a la unidad de fisioterapia de Almendralejo con el motivo de consulta "espalda sana".

Metodología

La metodología que se sigue en el conjunto del taller combina contenidos teóricos con actividades prácticas y siempre se facilita la participación y expresión activa por parte de los pacientes. En la primera y última sesión se evalúa el estado de cada sujeto mediante la Escala Visual Analógica sobre dolor, el Cuestionario de Sensibilización Central y el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

Cada sesión comienza con una actividad física de baja intensidad combinada con ejercicios de conciencia corporal, una explicación teórica basada en educación terapéutica del dolor empleando exposiciones breves con apoyo visual y una actividad práctica final de ejercicios supervisados y dinámicas grupales orientadas. La intervención prioriza la participación activa, el razonamiento clínico compartido y la adquisición de habilidades transferibles a la vida diaria. El equipo multidisciplinar codirige las sesiones, garantizando coherencia y complementariedad de perspectivas clínicas.

Objetivos

Implantar un programa de salud comunitaria multidisciplinar para mejorar la comprensión del dolor crónico mediante un enfoque biopsicosocial actualizado coherente con las guías clínicas y la evidencia actual que permita reinterpretar síntomas y reducir creencias disfuncionales asociadas a la amenaza corporal.

Entre los objetivos específicos se incluyen mejorar la capacidad para identificar factores que exacerban o mantienen el dolor, promover hábitos de vida saludables vinculados a alimentación, el sueño, el ejercicio físico y la regulación del estrés, favorecer la participación continuada en actividades de autocuidado, disminuir la dependencia de intervenciones pasivas y el consumo no racional de fármacos analgésicos.

Actuaciones realizadas

La intervención se articula en seis sesiones estructuradas. La primera aborda conceptos de neurofisiología del dolor, sensibilización central y factores biopsicosociales implicados en la cronificación. La segunda trata la relación entre alimentación, inflamación y dolor persistente y se realiza un paseo consciente por los alrededores del centro de salud. La tercera sesión se centra en actividad física terapéutica, incluyendo movilidad articular, ejercicios de fortalecimiento progresivo y control motor. La cuarta introduce técnicas de relajación, regulación del estrés y estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual, analiza el impacto de hábitos tóxicos, principalmente tabaco y alcohol, y se revisan principios de uso racional de analgésicos, desescalada terapéutica y manejo seguro de la medicación. La quinta sesión se trata la importancia de evitar posturas mantenidas en el tiempo y el reconocimiento corporal y postural.

La sexta sesión sirve como repaso de las diferentes herramientas expuestas y se finaliza con un masaje champi.

Indicadores

Los indicadores cuantitativos utilizados incluyen medidas de intensidad del dolor mediante Escala Visual Analógica y el Cuestionario de Sensibilización Central y sobre la actividad física realizada medido con el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

La evaluación pre y post intervención permite analizar la efectividad global del programa y orientar ajustes metodológicos. La comparación entre ediciones del taller contribuye a medir su estabilidad, consistencia y evolución, garantizando la trazabilidad y la mejora continua del proceso formativo en Atención Primaria.

Recursos

El taller requiere recursos humanos compuestos por fisioterapeuta, profesional de enfermería y médico de Atención Primaria, quienes participan en diseño, impartición y evaluación. Se emplea una sala polivalente equipada con colchonetas, proyectores, sillas y superficie adecuada para actividades de movilidad y ejercicio terapéutico. Entre los recursos materiales se incluyen bandas elásticas, material audiovisual de apoyo, fichas educativas, cuadernos de seguimiento dispositivos básicos para demostraciones clínicas. La coordinación interna se facilita mediante reuniones periódicas del equipo, planificación conjunta de contenidos y distribución de responsabilidades según competencias profesionales. La agenda asistencial del centro reserva espacios específicos para actividades grupales, lo que permite integrar la intervención sin afectar negativamente la actividad habitual. El conjunto de recursos necesarios es reducido, fácilmente replicable y compatible con la sostenibilidad de la Atención Primaria.

Basada en la evidencia

La intervención se fundamenta en las recomendaciones de guías clínicas nacionales e internacionales sobre el manejo del dolor lumbar y cervical crónico, incluyendo la guía de la OMS, la NICE y documentos del Ministerio de Sanidad. Estas guías establecen la educación en neurociencia del dolor, el ejercicio terapéutico y las intervenciones biopsicosociales como primera línea de tratamiento. La evidencia científica respalda que la combinación de educación, activación conductual y actividad física reduce la discapacidad, mejora la autogestión y disminuye el uso de tratamientos pasivos de escaso valor. Revisión de literatura reciente demuestra que los programas grupales multidisciplinarios presentan resultados consistentes en intensidad de dolor, función, adherencia terapéutica y satisfacción del paciente.

Equidad

El taller está diseñado para garantizar la accesibilidad universal, sin restricciones de género, edad, económicas, culturales o educativas, al realizarse en un recurso público y gratuito. La información se presenta en lenguaje claro, reforzada con ejemplos prácticos y materiales visuales que facilitan la comprensión independientemente del nivel de alfabetización en salud. La adaptación del ritmo, la intensidad del ejercicio y la carga cognitiva permite integrar personas con diferentes capacidades funcionales, comorbilidades o limitaciones previas. Todos los asistentes firman un compromiso de confidencialidad al iniciar el taller para permitir la expresión libre de todas las experiencias y vivencias de los participantes y así fomentar dinámicas grupales

inclusivas. No requiere ninguna compra de material por los pacientes, lo que evita desigualdades por nivel socioeconómico. El enfoque biopsicosocial contribuye a identificar factores sociales y culturales que influyen en el dolor, permitiendo abordajes sensibles a la diversidad y favoreciendo mejoras homogéneas en salud y bienestar.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del programa se basa en su bajo requerimiento de recursos, aprovechamiento de infraestructuras existentes y utilización de material económico o reutilizable. La participación multidisciplinar permite distribuir la carga asistencial y minimizar el impacto en las personas individuales, favoreciendo su continuidad en el tiempo. La estructura modular facilita la repetición periódica del taller sin necesidad de un rediseño complejo. Al promover el autocuidado, la actividad física y los hábitos saludables, la intervención reduce consultas reiteradas por dolor, el consumo farmacológico y la dependencia de técnicas pasivas, se generan beneficios duraderos que mejoran la eficiencia del sistema y refuerza la sostenibilidad organizativa y disminuyen la demanda asistencial futura. La intervención puede integrarse de forma estable en la cartera de servicios del centro y su replicabilidad permite extender su impacto a otros equipos. La evaluación continua asegura ajustes que fortalecen calidad, viabilidad y permanencia del programa a largo plazo.

Transferibilidad

El taller está diseñado para ser aplicable en cualquier centro de Atención Primaria con disponibilidad de una sala multifuncional y un equipo básico compuesto por fisioterapia, enfermería y medicina. Su estructura modular, materiales estandarizados y metodología replicable permiten su adopción sin necesidad de equipamiento especializado ni inversiones significativas. Los contenidos están basados en evidencia robusta y organizados en sesiones independientes que pueden adaptarse a distintos perfiles poblacionales o cargas asistenciales y actualizarse según nuevas recomendaciones clínicas. La intervención resulta compatible con distintos modelos organizativos y puede integrarse en programas comunitarios o iniciativas de promoción de la salud. La experiencia del equipo de Almendralejo proporciona un modelo de referencia reproducible, con indicadores claros para evaluar resultados y asegurar la fidelidad del programa, facilitando su implementación en otras zonas básicas de salud.

Efectividad

Los datos obtenidos en las cuatro ediciones realizadas muestran mejoras significativas en intensidad del dolor y aumento de actividad física. Los participantes refieren mayor comprensión del dolor, disminución del miedo al movimiento y capacidad para aplicar estrategias de autocuidado. La evaluación post intervención evidencia una disminución media del 16% del valor del Cuestionario de Sensibilización Central, reducción de una media de 2 puntos en el valor del dolor medido por la Escala Visual Analógica y una mejoría del 50% de media del valor del Cuestionario Internacional de Actividad Física. La combinación de educación terapéutica y entrenamiento físico supervisado contribuye a mantener beneficios más allá del periodo de intervención ya que mejora en autocuidado, regulación emocional y adherencia a ejercicio regular.

Eficiencia

El formato grupal del programa permite atender simultáneamente a varios pacientes, optimizando el tiempo profesional ampliando el alcance de la intervención sin incrementar recursos. La multidisciplinariedad evita duplicidades, homogeneiza mensajes clínicos y favorece un abordaje integral con menor necesidad de derivaciones externas. El uso de infraestructuras existentes y material de bajo coste minimiza gastos y facilita su inclusión estable en la cartera de servicios. Las herramientas facilitadas para el autocuidado disminuyen la demanda asistencial posterior.

Participación multidisciplinar

El programa se desarrolla mediante la participación coordinada de fisioterapeutas, enfermeras y médicos de Atención Primaria, quienes actúan de manera complementaria según sus competencias. Fisioterapia lidera contenidos relacionados con la biomecánica, el ejercicio terapéutico, el control motor, la movilidad y el reconocimiento corporal y postural. Enfermería desarrolla educación sanitaria vinculada a estilos de vida, el autocuidado, la relajación y la prevención de hábitos tóxicos. Medicina aporta perspectiva diagnóstica, seguridad clínica, adecuación farmacológica y orientación en procesos de desprescripción. El diseño de cada sesión se realiza de forma conjunta mediante reuniones estructuradas que garantizan coherencia pedagógica y alineación con guías clínicas. La codirección de las sesiones permite transmitir mensajes integrados, reducir discrepancias y reforzar la comprensión de los participantes. El trabajo multidisciplinar favorece un abordaje holístico, la detección precoz de barreras individuales y la elaboración de estrategias conjuntas para mejorar adherencia y resultados.

Colaboración intersectorial

La intervención tiene potencial para integrarse en redes comunitarias y establecer sinergias con recursos municipales y asociaciones locales. Puede servir como puerta de entrada al programa sociosanitario de la Junta de Extremadura "El ejercicio te cuida" que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida y la salud de las personas mayores a través de la actividad física, a los programas de pilates y yoga de los centros de mayores, a los grupos de ansiedad y malestar emocional del centro de salud de San Roque o a diferentes asociaciones locales.

Evaluación

La evaluación se realiza mediante un diseño pre y post intervención que incluye medidas de dolor y actividad física. Se aplican escalas validadas, registros de asistencia y cuestionarios estructurados. La recopilación sistemática de datos cuantitativos y cualitativos permite analizar tendencias, identificar áreas de mejora y ajustar contenidos o metodología según necesidades detectadas. El equipo multidisciplinar revisa los indicadores al finalizar cada edición, valorando la efectividad y eficiencia garantizando rigor, coherencia y trazabilidad, asegurando que el programa mantiene alineación con guías clínicas, optimiza recursos y cumple los objetivos establecidos en Atención Primaria.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

EXT7-3: Adecuación de la Práctica Asistencial en el Paciente Crónico Complejo mediante Buenas Prácticas Clínicas basadas en evidencia.

Jean Carlo Heredia Pons (1), Zineb Mojtahid (2), Lizbeth Herrera Díaz (3), Marina Gómez Morales (4), Miguel Ángel García Martín (5), María Carmen Álvarez Silveira (6), Vicente Robles Alonso (7)

(1) Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo, Servicio Extremeño de Salud (SES); Servicio de Geriátrica, Hospital Virgen del Puerto, (2) Área de Salud de Plasencia, SES, (3) Residencia Asistida de Cáceres, SES, (4) Hospital Don Benito-Villanueva, SES, (5) Farmacia de Área, SES, (6) Hospital Virgen del Puerto, SES, (7) Unidad de Cuidados Paliativos, SES

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Paciente crónico complejo, adecuación terapéutica, continuidad asistencial, atención integrada, polifarmacia, seguridad del paciente.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Justificación de la propuesta: El Paciente Crónico Complejo (PCC) constituye uno de los grupos poblacionales con mayor necesidad de atención continuada, multidisciplinar y coordinada dentro del Sistema Nacional de Salud. Suelen presentar multimorbilidad, fragilidad, polifarmacia, deterioro funcional o cognitivo, y requieren intervenciones integrales que aborden tanto su situación clínica como su realidad social. La evidencia disponible demuestra que la falta de adecuación terapéutica, la variabilidad en la práctica clínica y la insuficiente coordinación entre niveles incrementan la iatrogenia, el riesgo de eventos adversos, los ingresos hospitalarios evitables y la dependencia.

La Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS identifica como áreas prioritarias la continuidad asistencial, la atención domiciliaria, la coordinación social y sanitaria, y la adecuación de la práctica clínica basada en la evidencia. En este contexto, Extremadura ha desarrollado el Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo (PAI PCC), que proporciona un marco organizativo común. Sin embargo, su implantación requiere herramientas operativas que faciliten la homogeneización de criterios, la mejora de la seguridad del paciente y el trabajo multidisciplinar en Atención Primaria, hospital, atención domiciliaria y recursos sociosanitarios.

La presente propuesta incorpora un conjunto estructurado de Buenas Prácticas Clínicas basadas en evidencia, diseñadas para mejorar la adecuación de la práctica asistencial en el PCC. Incluyen recomendaciones de desprescripción, uso racional de medicamentos, manejo de síndromes geriátricos, coordinación interprofesional, valoración integral, detección de necesidades nutricionales, planificación anticipada y fortalecimiento de la atención domiciliaria. Estas prácticas se apoyan en indicadores accesibles en JARA y SPFAR, lo que permite medir resultados, reducir variabilidad y establecer ciclos de mejora continua.

El valor añadido de esta propuesta reside en su capacidad para unificar criterios clínicos, mejorar la continuidad asistencial, fortalecer la coordinación sociosanitaria, reducir la iatrogenia y avanzar hacia un modelo de atención centrado en la persona, plenamente alineado con la

Estrategia de Cronicidad del SNS. Su diseño modular facilita la replicación en otros centros y comunidades autónomas.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La Buena Práctica consiste en la implementación de un conjunto de Buenas Prácticas Clínicas basadas en evidencia destinadas a mejorar la adecuación de la práctica asistencial en pacientes incluidos en el PAI PCC. Este paquete de intervenciones combina actuaciones clínicas, organizativas y de coordinación, estructuradas para mejorar la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y la integración sociosanitaria.

Las Buenas Prácticas incluyen recomendaciones para reducir la prescripción potencialmente inapropiada (IBP, AAS, antipsicóticos, fármacos anticolinérgicos, diuréticos de asa), la valoración de síndromes geriátricos (nutrición, delirium, deterioro cognitivo, fragilidad), la planificación anticipada de decisiones, la disminución de la medicalización y la mejora de la educación sanitaria. Además, se establecen procedimientos para la coordinación multidisciplinar entre medicina, enfermería, farmacia, trabajo social, fisioterapia, geriatría y equipos sociosanitarios.

La implantación se realiza en Atención Primaria, atención domiciliaria, residencias y hospitales. Incluye sesiones clínicas, formación a profesionales, difusión regional y soporte técnico. Cada práctica incorpora indicadores específicos, medibles en JARA, que permiten evaluar el impacto y realizar ajustes.

El enfoque es transversal y replicable, lo que facilita su incorporación sistemática en distintos equipos. La propuesta contribuye directamente a los objetivos de la Estrategia de Cronicidad: continuidad asistencial, atención proactiva, coordinación sociosanitaria y adecuación terapéutica.

Población diana / ámbito de aplicación

La población destinataria son los pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo, caracterizados por multimorbilidad, fragilidad, polifarmacia, deterioro funcional o cognitivo, dependencia o necesidad de apoyo social. La Buena Práctica se aplica en todos los niveles asistenciales implicados en su atención: Atención Primaria, atención domiciliaria, residencias, hospitales y recursos sociosanitarios. Se dirige también a los profesionales responsables de su cuidado: medicina y enfermería de Atención Primaria, farmacia, geriatría, trabajo social, fisioterapia y profesionales vinculados a la atención social.

Metodología

La propuesta se desarrollará mediante revisión de literatura científica reciente, guías de práctica clínica, Estrategia de Cronicidad del SNS y documentos técnicos del SES. Se priorizaron intervenciones basadas en evidencia con alto impacto en seguridad y adecuación clínica. Se elaboró un conjunto de Buenas Prácticas con recomendaciones operativas y se asociaron indicadores medibles. La implantación se llevó a cabo mediante formación, sesiones clínicas y acompañamiento a equipos. Se emplean indicadores de JARA y SPFAR para monitorización continua.

Objetivos

- Mejorar la adecuación de la práctica clínica en el PCC.
- Reducir la iatrogenia, la polifarmacia y los tratamientos inapropiados.
- Fortalecer la continuidad asistencial y la coordinación sociosanitaria.
- Impulsar la atención domiciliaria y la valoración integral.
- Proporcionar herramientas basadas en evidencia para decisiones clínicas seguras.

Actuaciones realizadas

- Elaboración de Buenas Prácticas clínicas priorizadas.
- Integración en el PAI PCC y difusión regional.
- Formación a equipos de Atención Primaria y atención a centros residenciales.
- Revisión de casos y apoyo técnico a equipos multidisciplinares.
- Implementación de indicadores para monitorización y mejora continua.

Indicadores

- Porcentaje de pacientes con IBP sin indicación.
- Porcentaje de pacientes con AAS sin antecedente cardiovascular.
- Porcentaje de PCC con antipsicóticos prescritos.
- Carga anticolinérgica total (ACB).
- Porcentaje con PAP registrado.
- Porcentaje con valoración nutricional (MNA).
- Porcentaje con plan de cuidados actualizado en JARA.

Recursos

Participación de profesionales de medicina, enfermería, farmacia, geriatría, trabajo social, fisioterapia y equipos sociosanitarios. Utilización de herramientas asistenciales existentes: JARA, escalas geriátricas, MNA, ACB y PAP. No requiere recursos extraordinarios, favoreciendo su sostenibilidad.

Basada en la evidencia

La propuesta se apoya en literatura científica actualizada (2018–2025), guías de práctica clínica nacionales e internacionales, documentos del SES y recomendaciones de sociedades científicas. Las Buenas Prácticas seleccionadas tienen respaldo científico sólido y alto impacto clínico.

Equidad

Garantiza una atención homogénea basada en evidencia, especialmente relevante para pacientes de zonas rurales y dispersas. Reduce inequidades en acceso, variabilidad clínica y calidad asistencial.

Sostenibilidad

Reduce eventos adversos, ingresos evitables y polifarmacia, optimizando recursos. Incrementa eficiencia mediante intervenciones de bajo coste y alto impacto.

Transferibilidad

El diseño modular y las recomendaciones operativas permiten replicación inmediata en cualquier área sanitaria del SNS. Aplicable en AP, hospital, residencias y atención domiciliaria.

Efectividad

Se observan mejoras en adecuación terapéutica, seguridad del paciente, conciliación y planificación anticipada. Reduce complicaciones y mejora calidad de vida.

Eficiencia

Disminuye tratamientos innecesarios, duplicidades y eventos adversos, reduciendo costes asociados. Facilita un uso más racional de los recursos sanitarios.

Participación multidisciplinar

Participación de medicina y enfermería de AP, geriatría, farmacia, trabajo social, fisioterapia, atención domiciliaria y profesionales sociosanitarios del SEPAD. Fomenta enfoques integrales.

Colaboración intersectorial

Coordinación con servicios sociales, SEPAD, residencias, cuidadores formales e informales y recursos comunitarios. Permite una respuesta conjunta a las necesidades del PCC.

Evaluación

Evaluación continua mediante indicadores JARA y SPFAR, análisis trimestral y retroalimentación a equipos. Ajustes progresivos basados en resultados.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL7-1: Programa de abordaje conservador de la artrosis de rodilla y cadera en Atención Primaria: educación grupal previa y ejercicio terapéutico estructurado en el Área Sanitaria Pontevedra-Salnés

Guillermo Bilbao Ogando (1), Nerea Carrera Fernández (1), Lourdes Rosales Docampo (1), Isabel Jiménez Guerra (1), Pedro Barbolla Benito (1), Rosalía Soler Lomba (1), Eva Corral Solla (1), Paz Rivas Pereiro (1), Silvia Búa Treviño (1), Fátima Crespo de la Torre (1), Antonio A. Regueiro Martínez (2), Mónica Romero Martínez (2), Irene Pardo Planas (2), Irene Espasandín Duarte (2), María Luisa Casal García (2), Eugenia Santomé Cidras (2), Esther Rodríguez Patiño (2), Jorge Filgueira Vázquez (2), Paula Mariño Lorenzo (3)

(1) Fisioterapia de Atención Primaria, Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés, Servicio Gallego de Salud (SERGAS),
(2) Medicina Familiar y Comunitaria, Atención Primaria, Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés, SERGAS, (3)
Dietética y Nutrición de Atención Primaria, Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés, SERGAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Artrosis de rodilla, artrosis de cadera, ejercicio terapéutico, atención primaria, educación para la salud.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las guías de práctica clínica y recomendaciones internacionales para la artrosis de rodilla y de cadera sitúan el ejercicio terapéutico, la educación para el autocuidado, el control del peso y la promoción de actividad física como pilares del abordaje conservador, priorizando intervenciones coste-efectivas y evitando prácticas de bajo valor. Sin embargo, en la práctica habitual persisten itinerarios asistenciales fragmentados, con variabilidad clínica, alta dependencia de farmacoterapia y derivaciones/consultas repetidas, y acceso desigual a programas estructurados. Esta Buena Práctica implanta en Atención Primaria un circuito estandarizado, grupal y medible (evaluación pre-post con WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) y batería funcional OARSI (Osteoarthritis Research Society International)), alineado con la cartera de servicios de fisioterapia en Atención Primaria del Servicio Galego de Saúde, que integra educación, ejercicio progresivo y coordinación multidisciplinar (medicina, enfermería y dietética-nutrición) para mejorar dolor, función y capacidad física, con potencial de reducir la carga asistencial y el consumo de recursos.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica consiste en un programa conservador estructurado para artrosis de rodilla y/o cadera en Atención Primaria del Área Sanitaria Pontevedra-Salnés, organizado por cohortes grupales de 6–10 personas. La entrada es por derivación desde Medicina de Familia con criterios clínicos (p. ej., dolor de rodilla y/o cadera relacionado con la actividad en personas de 45 años o más, compatible con artrosis según la guía del National Institute for Health and Care Excellence

(NICE)), priorizando por limitación funcional. Tras una entrevista clínica individual (cribado y seguridad), se realiza una valoración basal T0 (inicio) con el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) y la batería funcional recomendada por Osteoarthritis Research Society International (OARSI): 30-s Chair Stand, 40-m Fast-Paced Walk y Stair Climb y, además, 2-min Step Test (2-MST) para capacidad aeróbica. Aunque OARSI recomienda el 6-Minute Walk Test (6-MWT), se utiliza 2-MST por limitación de espacio, coherente con la Senior Fitness Test (Rikli y Jones) como alternativa. A continuación, se imparte una sesión educativa estandarizada (autogestión, analgesia no farmacológica, actividad física, control de peso y expectativas realistas), con confirmación de comprensión mediante metodología teach-back e incorporación de educación entre iguales (peer-to-peer) mediante testimonio de una persona de la cohorte previa y resolución de dudas.

El núcleo del programa son 12 sesiones supervisadas en 6 semanas (2/semana) de ejercicio terapéutico progresivo (fuerza, potencia funcional, resistencia cardiorrespiratoria y movilidad). La progresión se guía por tolerancia (dolor durante el ejercicio y a 24 h) y escala de esfuerzo percibido (RPE), con criterios de regresión (reducción de carga/volumen o pausa) y derivación/consulta si dolor >5/10 persistente, inflamación marcada o signos de alarma. El programa se estructura en 2 mesociclos de 3 semanas: en el primero se prioriza el componente aeróbico y el aprendizaje del circuito (cinta/bicicleta o alternativa disponible); en el segundo se realizan 2 vueltas a un circuito de 12 estaciones con 3 niveles de dificultad por ejercicio, progresando la densidad reduciendo descansos (30/20/15 s) según dinámica del grupo. La vuelta a la calma se centra en movilidad lumbopélvica y de extremidades inferiores.

Se define y registra evento adverso/incidencia (p. ej., caída, mareo/síncope, disnea no habitual, dolor agudo intenso o empeoramiento >48 h) en la hoja de cohorte y se comunica a Medicina de Familia cuando procede. Se realiza reevaluación post-intervención T1 (final) y seguimiento a 6 meses (WOMAC + OARSI) para monitorizar mantenimiento. Para equidad, se ofertan horarios cuando es posible (incluida tarde) y una modalidad domiciliaria simplificada para barreras de transporte o cuidados, con revisiones presenciales periódicas. La coordinación con enfermería y dietética-nutrición (derivación a consulta de referencia disponible para todos los centros) refuerza mensajes coherentes y el abordaje de comorbilidades. El programa se apoya en materiales y plantillas estandarizadas (paquete de implementación), registro en Excel por cohorte, revisión anual de indicadores y auditoría simple (10%) para asegurar calidad del dato y mejora continua.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas de 45 años o más atendidas en Atención Primaria con dolor de rodilla y/o cadera relacionado con la actividad, compatible con artrosis, y limitación funcional que puedan beneficiarse de un programa conservador estructurado, en línea con NICE NG226 (diagnóstico clínico: dolor relacionado con la actividad y ausencia de rigidez matutina prolongada). El programa está implantado en 6 Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) del Área Sanitaria Pontevedra-Salnés: A Parda (58.609), Marín (24.901), Tenorio (13.716), Cambados (23.853), Vilagarcía de Arousa (39.800) y Vilanova de Arousa (14.791). Habitualmente personas con dolor mecánico >3 meses y limitación funcional moderada. Acceso por derivación desde Medicina de Familia con criterios clínicos a la unidad de fisioterapia de referencia. Exclusiones: banderas rojas, procesos agudos no estabilizados, limitaciones que impidan participación segura en programa o rigidez matutina >30 min. Priorización por limitación funcional e impacto en actividades de la vida diaria (AVD).

Metodología

Intervención asistencial estructurada con evaluación pre y post en todas las personas participantes. Secuencia: inclusión y citación, valoración inicial, sesión educativa estandarizada, 12 sesiones grupales de ejercicio terapéutico supervisado (6 semanas, 2/semana) con progresión individual, y valoración final. Estructurado en 2 mesociclos (3+3 semanas) con progresión de volumen/intensidad y densidad (30/20/15 s), y 3 niveles por ejercicio. La progresión se guía por tolerancia (dolor aceptable durante el ejercicio y recuperación en 24 h), RPE y objetivos funcionales; se registran incidencias y eventos adversos. Se contemplan criterios de regresión: si el dolor es $>5/10$, aumenta y persiste >24 h, aparece inflamación marcada u otros signos de alarma, se reduce carga/volumen o se detiene el ejercicio y se revalora. Se emplean plantillas comunes (WOMAC y OARSI) y sesión clínica de alineamiento para homogeneizar criterios, mensajes y dosificación. Los datos se registran por cohorte y se analizan de forma agregada para mejora continua.

Objetivos

Objetivo general: mejorar dolor, función y capacidad física en personas con artrosis de rodilla o cadera mediante un programa conservador basado en la evidencia.

Objetivos específicos (SMART, al finalizar 6 semanas):

1. Reducir el WOMAC total ≥ 8 puntos de media en participantes con registro pre-post
2. Aumentar el 30-s Chair Stand ≥ 2 repeticiones de media
3. Mejorar el rendimiento funcional objetivo reduciendo el tiempo en 40 m Fast-Paced Walk y en Stair Climb $\geq 10\%$ de media en participantes con registro pre-post, utilizando el cambio porcentual individual para asegurar comparabilidad entre sedes con tramos de escaleras distintos
4. Aumentar el 2-min Step Test (2-MST) ≥ 10 repeticiones de media
5. Mantener una tasa de abandono $\leq 15\%$ por cohorte
6. Garantizar completitud del registro pre y post (WOMAC + OARSI principales) $\geq 90\%$ de las personas que inician la cohorte.

Actuaciones realizadas

Se implementa un circuito asistencial estandarizado de abordaje conservador de la artrosis de rodilla y cadera en unidades de fisioterapia de Atención Primaria: captación/derivación desde Medicina de Familia con criterios clínicos, valoración inicial (WOMAC y pruebas OARSI), sesión educativa grupal y 12 sesiones supervisadas en 6 semanas (2/semana) con progresión individualizada y criterios de regresión por tolerancia.

Se emplean materiales de implementación: presentación para participantes, dossier de ejercicios, manual de administración pruebas OARSI, y plantillas de registro (WOMAC y hojas de resultados); además, se realiza sesión clínica de alineamiento profesional para homogeneizar criterios y mensajes.

Se establece coordinación con medicina y enfermería para derivación, manejo de comorbilidades y coherencia educativa, y con dietética-nutrición para apoyo en control de peso cuando procede.

Como medida de equidad, existe modalidad domiciliaria alternativa con revisiones periódicas y control evolutivo.

Producto replicable: protocolo operativo + materiales educativos + plantillas de registro = paquete de implementación.

Indicadores

Se monitorizan indicadores de resultados, proceso/calidad del dato, seguridad e impacto.

- Resultados (pre-post): WOMAC total (y subescalas si procede) y pruebas OARSI principales (30-s Chair Stand, 40 m Fast-Paced Walk, Stair Climb; 2-min Step Test).
- Proceso/calidad:
 - Completitud de registro pre y post = nº con pre y post / nº que inicia cohorte (objetivo $\geq 90\%$)
 - Abandono = nº que no finaliza / nº que inicia (objetivo $\leq 15\%$)
 - Adherencia = sesiones realizadas (n) y % realizadas/programadas (objetivo deseable $\geq 75\%$).
- Seguridad: eventos adversos/incidencias (n y %), definidos como cualquier acontecimiento no esperado relacionado con la sesión; registro 100% (fecha y actuación) y comunicación a Medicina de Familia si procede.
- Impacto (en desarrollo): consumo de analgésicos/antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y frecuentación de consultas de Medicina de Familia en los 6 meses posteriores (comparación con periodo basal cuando sea factible), con apoyo de prestación farmacéutica y control de gestión.

Recursos

Recursos humanos: fisioterapeuta de Atención Primaria (ejecución, progresión/regresión, reevaluaciones T0–T1 y seguimiento) y coordinación del programa.

Coordinación con Medicina de Familia para la derivación según criterios clínicos, soporte clínico (descartar banderas rojas, ajuste terapéutico cuando proceda) y coherencia de mensajes; y con enfermería para apoyo en educación en estilos de vida (actividad física, sedentarismo, autocuidados) y manejo de comorbilidades frecuentes.

Colaboración con dietética-nutrición para control de peso cuando procede.

Organización: grupos de 6–10 participantes, 1 sesión educativa y 12 sesiones supervisadas en 6 semanas (2/semana), con evaluación pre y post, y seguimiento a 6 meses.

Recursos materiales: espacio grupal en centro de salud/instalación comunitaria y material básico para ejercicio terapéutico. Material aeróbico (bicicleta estática y/o tapiz rodante cuando disponible; alternativa: marcha/circuito), además de cronómetro y elementos para administración estandarizada de pruebas OARSI. Registro mediante plantillas comunes (WOMAC y hoja de resultados) para explotación y control de calidad.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en guías y recomendaciones internacionales vigentes que sitúan el ejercicio terapéutico, la educación para el autocuidado, la actividad física regular y el control del peso como intervenciones de primera línea en artrosis de rodilla y cadera (National Institute for Health and Care Excellence, NICE NG226, 2022; Osteoarthritis Research Society International, OARSI, 2019; European Alliance of Associations for Rheumatology, EULAR, 2023/2024; American College of Rheumatology/Arthritis Foundation, ACR/AF, 2020).

Aborda la brecha evidencia-práctica y reduce la variabilidad clínica al estandarizar un circuito en Atención Primaria que prioriza intervenciones conservadoras coste-efectivas y evita prácticas de bajo valor (p. ej., reposo, pasividad terapéutica o escalada precoz a pruebas/derivaciones sin criterios).

Incorpora evaluación sistemática con WOMAC y batería funcional OARSI para objetivar resultados, guiar progresión y sostener mejora continua. Se alinea con recomendaciones de primera línea y con un enfoque de desmedicalización/alto valor.

Equidad

Acceso universal por derivación desde Medicina de Familia a las UFAP, con criterios explícitos de inclusión y priorización por impacto funcional para evitar inequidades por orden de llegada.

Medidas operativas:

- a. Planificación de cohortes con opciones horarias cuando es posible, ofertando horario de tarde cuando existe disponibilidad en la unidad/centro (objetivo: extenderlo a todos los centros con fisioterapeuta en turno de tarde)
- b. Materiales en lenguaje claro y confirmación de comprensión mediante teach-back en la sesión educativa
- c. Adaptación individual de carga/progresión según nivel funcional y tolerancia, garantizando seguridad (patología que contraindique ejercicio moderado/intenso = criterio de exclusión y derivación a soporte clínico)
- d. Uso de recursos próximos/instalaciones comunitarias para reducir barreras de transporte/ruralidad.

Alternativa: modalidad domiciliaria (5 ejercicios, dosis individual) indicada ante barrera de transporte, limitación de movilidad/fragilidad o rol de cuidador/a informal; revisiones presenciales cada 2 semanas (si hay disponibilidad/aceptación) para corrección, dudas, progresión/regresión y seguimiento (WOMAC/OARSI).

Sostenibilidad

La sostenibilidad se apoya en un diseño de bajo coste incremental: utiliza recursos existentes de las UFAP (grupos, material básico) y estandariza un circuito conservador basado en evidencia que reduce variabilidad y favorece intervenciones de alto valor.

El programa es escalable mediante el “paquete de implementación” (protocolo + materiales + plantillas), facilitando formación, replicación e incorporación de nuevos profesionales.

Se integra en la práctica asistencial habitual de AP como itinerario específico dentro de la atención a patología neuromusculoesquelética crónica, con coordinación con Medicina de Familia/enfermería y dietética-nutrición cuando procede.

La responsabilidad de seguimiento recae en el/la Coordinador/a de Fisioterapia de Atención Primaria del Área Sanitaria, con revisión anual de indicadores (resultados, proceso, seguridad e impacto cuando sea factible) y revisión extraordinaria si se detectan desviaciones relevantes (p. ej., seguridad o calidad del dato).

Transferibilidad

La intervención es transferible a otras UFAP/áreas al disponer de un paquete de implementación (protocolo, materiales educativos, dossier de ejercicios, manual OARSI y plantillas de registro/resultado en carpeta corporativa).

Requisitos mínimos: 1 fisioterapeuta con agenda por cohortes, espacio para grupo, material básico de fuerza/acondicionamiento y coordinación con MF/enfermería; material aeróbico cuando disponible (alternativa marcha/circuito).

Despliegue:

1. Acción formativa anual (4 h) para formar nuevas incorporaciones y actualizar el programa según mejoras derivadas de la revisión anual de indicadores; y sesión clínica local (1 h) para alinear criterios y circuito de derivación
2. Configurar agenda/logística de cohorte (entrevistas, fechas T0/T1 y 6 meses, cupos 6–10, horarios, lista de espera)
3. Ejecución y registro. Tiempo profesional por cohorte: 12 sesiones (60–70 min) + 15 min preparación/registro por sesión + 1 sesión educativa + valoraciones grupales T0/T1 y 6 meses (60–90 min) + entrevista individual previa (30 min/persona).

Efectividad

La efectividad se evalúa con diseño pre-post registrando WOMAC-batería funcional OARSI (30-s Chair Stand, 40 m Fast-Paced Walk y Stair Climb; y 2-min Step Test). En cohortes finalizadas con registro disponible (n=77), se dispuso de pares pre-post para WOMAC total (n=63) y para pruebas OARSI principales (n=69). Se observó mejora: WOMAC total disminuyó 9,3 puntos (–27%; IC95% –12,8 a –5,8; p<0,001) y mejoró el rendimiento físico (+3,7 repeticiones en 30-s Chair Stand; –3,1 s en 40 m; –1,9 s en Stair Climb; todas p<0,001). En 2-min Step Test (n=19), el cambio fue +18,2 repeticiones (p<0,001). El 2-min Step Test se incorporó posteriormente; por ello el análisis pre-post está disponible en una submuestra (n=19). La reducción media (–27%) WOMAC supera umbrales habituales de mejoría clínicamente relevante y el cambio fue consistente en las tres pruebas OARSI principales.

Resultados pre-post (media $\pm$ desviación estándar (DE)) e intervalo de confianza del 95% (IC95%)

Indicador	n	Pre media (DE)	Post media (DE)	Cambio media [IC95%]	% cambio	p
WOMAC total (0-96, menor es mejor)	63	34.9 (16.3)	25.6 (15.3)	-9.3 [-12.8, -5.8]	-27%	<0.001
30-s Chair Stand (reps, mayor es mejor)	69	14.4 (4.4)	18.1 (4.7)	3.7 [2.8, - 4.6]	26%	<0.001
40 m Fast- Paced Walk (s, menor es mejor)	69	28.5 (6.1)	25.4 (4.9)	-3.1 [-4.0, - 2.2]	-11%	<0.001
Stair Climb (s, menor es mejor)	69	9.6 (4.3)	7.7 (3.2)	-1.9 [-2.5, - 1.3]	-20%	<0.001
2-min Step Test (reps, mayor es mejor)	19	87.5 (15.1)	105.6 (18.4)	18.2 [12.5, -23.8]	21%	<0.001

Figura 1. Indicadores de efectividad

Eficiencia

El formato grupal y la estandarización del circuito optimizan recursos: una misma sesión educativa y un mismo bloque de ejercicio supervisado atienden a varias personas en paralelo, reduciendo citas individuales y mejorando la capacidad por hora profesional.

Cada cohorte (6–10) incluye 12 sesiones (2/semana) + 1 sesión educativa y valoraciones, generando 72–120 “sesiones-paciente”. Con los tiempos operativos, la estimación es ≈23–28 h por cohorte (12×60–70 min + 12×15 min de preparación/registro + sesión educativa + valoraciones grupales T0/T1 y 6 meses [60–90 min] + entrevista individual 30 min/persona). Se integra en recursos existentes y prioriza actuaciones de alto valor (ejercicio/educación), con potencial para reducir uso continuado de analgésicos/AINEs, consultas repetidas y derivaciones/pruebas evitables.

Medición: indicadores en desarrollo con apoyo de prestación farmacéutica y control de gestión, comparando 6 meses pre vs 6 meses post cuando sea factible.

Participación multidisciplinar

Participación coordinada de fisioterapia de Atención Primaria (diseño del circuito, educación, prescripción y seguimiento del ejercicio), medicina de familia (criterios clínicos, manejo farmacológico cuando procede y derivación), enfermería (captación, educación sanitaria, promoción de estilos de vida y control de comorbilidades) y dietética-nutrición (apoyo en control de peso y adherencia a hábitos saludables; derivación disponible desde todos los centros a consulta de referencia). La coordinación se apoya en circuito común y materiales estandarizados (carpeta corporativa compartida entre fisioterapeutas), y en canales de coordinación (correo corporativo/Teams). Se establecen sesiones clínicas periódicas para alinear mensajes, reducir variabilidad y compartir resultados con medicina de familia, incorporando testimonio de persona participante como refuerzo motivacional y de centrado en la persona.

Colaboración intersectorial

El programa incorpora colaboración intersectorial para facilitar la implantación y la equidad de acceso. En Vilanova de Arousa, la intervención grupal se desarrolla en instalaciones municipales (polideportivo), al no disponer la unidad de fisioterapia del centro de salud de espacio suficiente para actividades grupales, manteniendo el mismo protocolo, criterios y registro. Esta coordinación con el ámbito local permite ampliar capacidad, reducir barreras logísticas y acercar el recurso a la población. El modelo es replicable en otros municipios mediante acuerdos operativos para uso de espacios comunitarios, asegurando condiciones básicas de seguridad, accesibilidad y privacidad, y alineamiento de mensajes con Atención Primaria. Se priorizan espacios comunitarios con buena accesibilidad (transporte y barreras arquitectónicas) y disponibilidad horaria, favoreciendo sostenibilidad y escalabilidad.

Evaluación

La evaluación incluye indicadores de resultados (WOMAC y pruebas OARSI), proceso/calidad del dato (completitud pre-post, abandono, adherencia), seguridad (eventos adversos/incidencias) e impacto en desarrollo (consumo farmacológico y frecuentación). Se realiza evaluación pre (T0), post (T1) y seguimiento a 6 meses, con revisión anual de indicadores para mejora continua y actualización del programa. Los datos se registran en plantillas estandarizadas y se consolidan en Excel como fuente de referencia para análisis por cohorte y UFAP. Validación y control básico de calidad: el/la Coordinador/a de Fisioterapia de Atención Primaria del Área Sanitaria valida el cierre anual (coherencia de n, rangos plausibles, ausencia de duplicados y consistencia pre-post) y realiza una auditoría simple mediante revisión aleatoria de $\geq 10\%$ de registros, verificando completitud y coherencia de los campos obligatorios y corrigiendo incidencias antes del cierre.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL7-2: Donde la salud echa raíces

M.^a Candelaria Fraga González (1), equipo multidisciplinar de Atención Primaria y Comunitaria del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos (2)

(1) *Gerencia de Atención Primaria, Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), (2) Profesionales de Atención Primaria y Comunitaria de los Servicios de Atención Primaria del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos, SERGAS.*

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Salud comunitaria, atención primaria, participación comunitaria, promoción de la salud, equidad en salud.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La salud comunitaria es una línea de trabajo prioritaria de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud, como se refleja en el Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021, en el que se recogía el objetivo de implantar la acción comunitaria como una actividad normalizada en los centros de salud. En el documento estratégico “Por una Atención Primaria vertebradora del sistema de salud”, se puso de manifiesto la necesidad de reforzar el actual modelo de salud comunitaria desarrollado en la atención primaria a través de los planes locales de salud. La orientación comunitaria de la atención primaria conlleva un cambio de paradigma que supone la evolución de una atención sanitaria centrada en la enfermedad a otra centrada en las personas y en su contexto social.

Así, muchos de los problemas de salud que afectan a la población tienen su origen en los determinantes sociales, y frente a ellos lo más efectivo es un abordaje intersectorial y multidisciplinar, a través de intervenciones comunitarias que tienen un alto impacto sanitario y social (1).

La primera de las líneas estratégicas recogidas en este documento es reforzar la estructura organizativa de la salud comunitaria, implementando las medidas organizativas necesarias para promover la orientación comunitaria dentro de la actividad cotidiana de la atención primaria. La segunda de las líneas es facilitar herramientas y recursos para la atención comunitaria.

La tercera línea se centra en desarrollar los tres niveles de orientación comunitaria (educación sanitaria del paciente, de un grupo de pacientes y de la población en general) con un enfoque de equidad. En cuarto lugar, se intenta impulsar la innovación y el conocimiento en salud comunitaria, favoreciendo la investigación y la difusión de resultados para mejorar continuamente.

“Donde la salud echa raíces” surge de la convicción de que la salud no solo se atiende, se construye colectivamente. Este ecosistema permite tejer redes de apoyo mutuo, prevención activa, promoción de hábitos saludables, acompañamiento a la vulnerabilidad y fortalecimiento del capital social como verdadero determinante de salud.

El valor añadido de esta propuesta no es únicamente su impacto local, sino su capacidad de replicarse de forma sistemática en otros centros de Atención Primaria del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos, generando un modelo exportable, sostenible y medible.

La propuesta responde a un problema común donde se busca la desconexión entre el sistema sanitario y el entorno social del paciente. Frente a ello, se construye una red estructurada de acción comunitaria integrada en el sistema sanitario, que transforma la forma de cuidar, prevenir, acompañar y empoderar.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

“Donde la salud echa raíces” es un proyecto de promoción de la salud y atención comunitaria que busca fortalecer la Atención Primaria desde la proximidad, situando al territorio, la comunidad y las personas como pilares fundamentales en la construcción de la salud. Parte de la premisa de que la salud no se genera únicamente en el ámbito asistencial, sino que se construye de manera colectiva mediante la implicación activa de la ciudadanía, los profesionales sanitarios y las instituciones locales.

El proyecto propone un modelo participativo, intersectorial y orientado a la equidad, en el que población, profesionales de la salud y agentes del territorio colaboran en el análisis de la situación de salud comunitaria, la identificación de necesidades y activos, y el diseño de intervenciones adaptadas a cada contexto local. Este enfoque permite responder de forma más eficaz a los determinantes sociales de la salud y avanzar hacia un modelo de Atención Primaria más resolutivo, cercano y sostenible.

Para garantizar la gobernanza, la coordinación y la sostenibilidad, se constituyen grupos motores en cada centro de salud, que actúan como núcleo operativo de la acción comunitaria. Estos grupos están liderados por dos profesionales del equipo multidisciplinar —procedentes de perfiles como trabajo social, enfermería, medicina, nutrición o fisioterapia—, lo que asegura un abordaje integral y transversal. Los grupos motores trabajan en red mediante reuniones periódicas y una estructura de coordinación horizontal y vertical, favoreciendo la corresponsabilidad, el aprendizaje compartido y la toma de decisiones colaborativa.

La propuesta se articula en cinco líneas estratégicas de actuación:

1. Consolidación de grupos motores en los centros de salud, integrados por profesionales sanitarios y agentes comunitarios, como espacios estables de liderazgo compartido y coordinación de la salud comunitaria.
2. Refuerzo de la estructura organizativa mediante acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios, centradas en acción comunitaria, participación ciudadana, trabajo en red y enfoque de equidad.
3. Implicación activa del personal sanitario en formación (MIR, EIR y FIR), favoreciendo la adquisición de competencias en salud comunitaria, la innovación metodológica y el compromiso futuro con modelos comunitarios de atención.
4. Dotación de herramientas y metodologías innovadoras, incorporando recursos didácticos y digitales, así como tecnologías emergentes como plataformas virtuales y en-tornos de realidad virtual aplicados a la formación y la intervención comunitaria.

5. Desarrollo de los tres niveles de orientación comunitaria —individual, grupal y poblacional—con enfoque de equidad, facilitando el vínculo entre los centros de salud y los activos comunitarios del territorio.

De manera transversal, el proyecto apuesta por la innovación, la evaluación y la generación de conocimiento, promoviendo la investigación aplicada, la medición de resultados y la difusión de buenas prácticas, con el objetivo de garantizar su transferibilidad y escalabilidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, el proyecto cuenta con la colaboración de la Red Gallega de Promoción de la Salud (REGAPS), que contribuye a la difusión, visibilización e impacto social de las acciones comunitarias desarrolladas, reforzando su proyección institucional y su valor como modelo replicable.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana está constituida por la población general adscrita al Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos, con una atención prioritaria a personas mayores, personas con enfermedades crónicas, personas con problemas de salud mental, personas en situación o riesgo de exclusión social, mujeres y otras personas en contextos de especial vulnerabilidad, así como niñas, niños y población adolescente.

El ámbito de aplicación del proyecto es comunitario y territorialmente definido, desarrollándose en los Servicios de Atención Primaria del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos, tanto en entornos urbanos como rurales. Las actuaciones se llevan a cabo en centros de salud, así como en espacios comunitarios del entorno, en coordinación con entidades sociales, asociaciones vecinales, centros educativos y recursos sociosanitarios locales, favoreciendo un abordaje integral, intersectorial y centrado en las personas.

Metodología

El proyecto se desarrolla mediante una metodología estructurada en fases secuenciales, interrelacionadas y evaluables, que garantizan el diseño, la implementación y la mejora continua de las intervenciones comunitarias en el ámbito de la Atención Primaria.

En una primera fase se constituye el grupo motor, integrado por profesionales de Atención Primaria y referentes comunitarios, definiendo zonas de actuación, población prioritaria, cronograma y mecanismos de coordinación intersectorial. A continuación, se realiza un diagnóstico comunitario participativo que permite identificar necesidades, activos y prioridades de intervención mediante técnicas cualitativas y análisis de información sociosanitaria.

Con base en este diagnóstico, se diseñan intervenciones comunitarias adaptadas a cada territorio, con objetivos claros, actividades definidas, responsables, recursos e indicadores de seguimiento y evaluación. Las actividades se implementan en entornos comunitarios, fomentando la participación activa de la población y el fortalecimiento de redes locales.

El seguimiento y la evaluación permiten aprendizaje compartido, mejora continua y sostenibilidad del proyecto.

Objetivos

Objetivo general:

- Diseñar, desarrollar y evaluar intervenciones comunitarias en Atención Primaria en el Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos, orientadas a la implementación de la Estrategia de Atención Comunitaria en Galicia mediante la participación activa de la comunidad y la coordinación con recursos locales.

Objetivos específicos:

- Identificar durante el primer año las necesidades y prioridades comunitarias mediante procesos participativos y herramientas de diagnóstico comunitario.
- Diseñar e implementar al menos una intervención comunitaria por zona de actuación, promoviendo el papel activo de la población.
- Mejorar los cuidados comunitarios mediante actividades de promoción de la salud, prevención y apoyo psicosocial, coordinadas desde Atención Primaria y en colaboración con recursos del territorio.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con enfermedad crónica y personas cuidadoras, evaluando cambios mediante indicadores de calidad de vida, satisfacción y empoderamiento comunitario, y participación en decisiones relacionadas con salud y bienestar.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones realizadas se orientaron al cumplimiento del objetivo principal mediante la creación de un grupo motor comunitario en cada zona de actuación, integrado por profesionales de Atención Primaria, representantes vecinales, asociaciones locales y servicios sociales, con reuniones periódicas de coordinación.

Se elaboró un plan comunitario de zona consensuado con la comunidad y se establecieron canales estables de coordinación entre centros de salud, ayuntamientos y entidades comunitarias. Las intervenciones fueron evaluadas de forma continua mediante indicadores de proceso y resultados, con devolución pública de los mismos.

En relación con los objetivos específicos, se desarrollaron mapas de activos comunitarios, encuestas comunitarias y grupos focales con población específica. Se realizaron paseos comunitarios para identificar barreras y se analizó la información de forma participativa. Se pusieron en marcha talleres comunitarios, espacios intergeneracionales y una red de personas voluntarias como agentes de salud. Asimismo, se reforzó la coordinación con servicios sociales, se elaboraron materiales.

Indicadores

Para el objetivo principal se consideran el número de procesos participativos realizados, personas participantes desagregadas por sexo, edad y zona, herramientas de diagnóstico aplicadas e identificación consensuada de prioridades comunitarias. Su medición se realiza mediante registros de actividades, listas de asistencia, análisis de encuestas, actas, mapas de activos e informes de diagnóstico.

En relación con los objetivos específicos, se evalúa el número y adecuación de intervenciones comunitarias por zona, el grado de participación comunitaria y los recursos implicados, a través de memorias, actas y entrevistas breves. Asimismo, se miden las actividades de promoción y prevención, la participación de colectivos vulnerables, la coordinación intersectorial y la satisfacción de las personas participantes mediante registros y encuestas.

El impacto se valora mediante cambios percibidos en calidad de vida, bienestar emocional, apoyo social, empoderamiento y autocuidado, utilizando cuestionarios.

Recursos

La práctica se apoya en una combinación de recursos humanos, comunitarios y organizativos que garantizan su viabilidad y sostenibilidad. Participan profesionales de Atención Primaria (medicina, enfermería y trabajo social), personal de servicios sociales, educadores, voluntariado y agentes comunitarios, favoreciendo un enfoque multidisciplinar e intersectorial. Se utilizan infraestructuras ya existentes, como centros de salud, locales vecinales, centros educativos y espacios municipales, optimizando los recursos.

Como recursos clave destacan la Red Gallega de Promoción de la Salud (REGAPS--SERGAS) y la iniciativa Sanidad Mediaverso. El proyecto cuenta además con la colaboración de centros educativos de Infantil, Primaria y Secundaria; la Universidad de Santiago de Compostela, incluida la Escuela de Enfermería de Lugo; Cruz Roja Española; la Asociación de Mujeres Gitanas de Lugo; Radio Galega ("Ponte en las ondas"); el Centro de Drogodependencias de Lugo; servicios del Hospital Universitario de Lugo; AFALU; colectivos LGTBIQA; Fundación NOVE, Fundación ABANCA y las Mesas Locales de Salud.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en la evidencia científica sobre Atención Primaria orientada a la comunidad, promoción de la salud y enfoque de determinantes sociales, recogida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud y la Estrategia de Promoción de la Salud. Estos marcos sitúan la orientación comunitaria como eje para mejorar la salud poblacional, reducir desigualdades y reforzar la capacidad resolutoria de los sistemas sanitarios públicos.

La literatura nacional e internacional demuestra que la acción comunitaria, el trabajo en red intersectorial, la participación ciudadana y el enfoque de activos en salud mejoran resultados en salud, fortalecen la equidad, reducen la demanda asistencial evitable y aumentan la sostenibilidad del sistema sanitario (OMS, 2018; Ministerio de Sanidad, 2022).

El proyecto incorpora estos principios mediante intervenciones participativas, evaluables y transferibles, alineadas con las recomendaciones internacionales y las políticas públicas vigentes.

Equidad

La práctica incorpora la equidad como principio transversal del proyecto, garantizando que todas las personas tengan iguales oportunidades de acceso, participación y beneficio, con independencia de su situación socioeconómica, género, edad, origen cultural, diversidad funcional o lugar de residencia. Se prioriza activamente a colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, como personas mayores, mujeres en contextos de desigualdad, población en

riesgo de exclusión social, personas con problemas de salud mental o adicciones y minorías sociales, mediante acciones de proximidad, acompañamiento comunitario y adaptación cultural y lingüística de las intervenciones. El modelo fomenta la participación comunitaria, refuerza los activos locales y adapta horarios, espacios y metodologías para facilitar la inclusión. Asimismo, reduce barreras geográficas, económicas y sociales, combate desigualdades territoriales y promueve una atención integral, accesible y culturalmente competente desde la Atención Primaria, contribuyendo a la cohesión social, la justicia social y la mejora de los resultados en salud de la población.

Sostenibilidad

La práctica está diseñada desde su origen para garantizar su continuidad a medio y largo plazo, integrándose en las estructuras organizativas de la Atención Primaria y en las dinámicas habituales del tejido comunitario. Se fundamenta en el aprovechamiento de recursos ya existentes, el fortalecimiento de redes locales y la corresponsabilidad entre instituciones y ciudadanía, minimizando la dependencia de financiación externa. La capacitación de profesionales y agentes comunitarios, junto con la generación de alianzas estables y el respaldo institucional progresivo, aseguran la permanencia del modelo, su adaptación al territorio y su evolución continua sin comprometer su viabilidad.

Transferibilidad

El modelo desarrollado es transferible a otras zonas básicas de salud al haberse diseñado con una estructura metodológica clara, flexible y adaptable a distintos contextos territoriales, tanto urbanos como rurales. Dispone de un marco de actuación basado en mapeo de activos, creación de redes comunitarias, mesas intersectoriales y evaluación por indicadores, lo que facilita que sea replicable en otros centros de Atención Primaria. Su implantación progresiva en diferentes zonas del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos demuestra su viabilidad real. Además, la práctica cuenta con herramientas formativas, protocolos y materiales que permiten su expansión sin pérdida de calidad ni esencia comunitaria.

Efectividad

Durante el período 2023—2025, el Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte evidenció un incremento sostenido de las actividades comunitarias desarrolladas en Atención Primaria, pasando de 1.648 en 2023 a 1.746 en 2024 y 2.144 en 2025, lo que supone un aumento global aproximado del 30%. En 2025 la media de asistencia fue de 21 personas por actividad, con predominio de población adulta, seguida de personas mayores y cuidadores.

Los indicadores de proceso muestran consolidación del modelo comunitario, con integración progresiva de ACOM en la planificación ordinaria, mejora del registro y seguimiento, una tasa media de asistencia del 75% y continuidad de participación del 49%. La satisfacción global alcanzó 8,5 sobre 10.

En resultados preliminares, el 70% de participantes incrementó conocimientos en autocuidado, el 56% incorporó cambios saludables y el 44% de personas con enfermedad crónica mejoró la percepción de control. Los equipos identificaron mayor cohesión comunitaria local.

Eficiencia

En primer lugar, se ha priorizado el aprovechamiento de recursos comunitarios existentes como asociaciones locales espacios municipales redes vecinales y activos comunitarios reduciendo la creación de nuevas estructuras y costes asociados Esta estrategia ha ampliado el alcance de las intervenciones y reforzado la implicación corresponsable de la comunidad.

La coordinación entre los Servicios de Atención Primaria y los recursos comunitarios ha evitado duplicidades en promoción de la salud y apoyo psicosocial optimizando tiempos profesionales y coherencia de actuaciones La planificación conjunta y el trabajo en red han facilitado una distribución eficiente de tareas y recursos humanos.

El uso de metodologías participativas y grupales ha permitido atender a más personas simultáneamente con impactos comparables o superiores a intervenciones individuales y menor inversión de recursos La implicación activa en el diseño ha mejorado adecuación y efectividad.

Finalmente, el seguimiento mediante indicadores ha permitido ajustar actuaciones priorizando las eficientes y sostenibles a plazo.

Participación multidisciplinar

El proyecto se sustenta en una participación multidisciplinar real y coordinada. Profesionales de Atención Primaria, incluyendo trabajo social, nutrición, medicina, enfermería, psiquiatría, y rehabilitación, participan activamente en la detección de necesidades, derivación de personas, diseño técnico de intervenciones y seguimiento de resultados en salud, aportando una visión clínica y preventiva alineada con la Estrategia de Atención Comunitaria.

Los servicios sociales comunitarios colaboran en la identificación de vulnerabilidad, la coordinación de apoyos y el acompañamiento de personas y familias, garantizando la integración social y sanitaria. Educadores y orientadores participan en acciones de promoción y prevención dirigidas a infancia, juventud y familias.

Profesionales de drogodependencias aportan experiencia en prevención, reducción de riesgos y apoyo psicosocial. Mediadores comunitarios facilitan la participación, accesibilidad y adaptación cultural. Comunicadores locales difunden las actividades. El voluntariado apoya la dinamización y el acompañamiento.

La coordinación se articula mediante reuniones periódicas, comunicación compartida y evaluación conjunta, asegurando eficiencia global.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial constituye uno de los pilares estratégicos de la práctica, al integrar de forma activa, estable y organizada a los distintos sectores que influyen en los determinantes sociales de la salud. Sanidad, servicios sociales, educación, asociaciones vecinales, entidades del tercer sector, centros colaboradores, recursos culturales, medios de comunicación local y administraciones públicas trabajan de manera coordinada en torno a objetivos comunes de salud y bienestar. Esta cooperación se articula mediante mesas locales e intersectoriales, circuitos de derivación compartidos, planificación conjunta de actividades y evaluación común de resultados. La suma de recursos, saberes y capacidades permite generar respuestas más eficaces y sostenibles, reforzar la cohesión social y abordar de manera integral las necesidades complejas de la población desde una perspectiva comunitaria y transformadora.

Evaluación

La evaluación del proyecto se diseñó alineada con objetivos, actuaciones e indicadores, mediante un sistema de indicadores de proceso (186 de procesos participativos, herramientas diagnósticas y 145 de zonas con diagnóstico validado), de resultado (90% de intervenciones y actividades, participación comunitaria, recursos locales implicados, satisfacción y conocimientos adquiridos) y de impacto percibido. Durante el primer año se realizaron 186 procesos participativos con más de 3.900 personas y se aplicaron 145 herramientas diagnósticas, logrando que el 100 % de las zonas contaran con diagnóstico comunitario validado. Se diseñó al menos una intervención por zona, alcanzando 112 intervenciones, con participación comunitaria activa en el 68 % y la implicación de 107 recursos locales. Se desarrollaron 128 actividades de promoción, prevención y apoyo psicosocial; el 85 % mostró satisfacción alta y el 69 % adquirió conocimientos de autocuidado. Globalmente, confirma coherencia, eficacia, sostenibilidad y transferibilidad del sistema gallego.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL7-3: Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del Plan Gallego de Atención Domiciliaria en Atención Primaria 2024–2025

Elena María Vilar Moreda (1), Amador Pajares Domínguez (1), Patricia María Beiro Sanromán (1), José Manuel Iglesias Moreno (1), Ana Tiago González (1), Miguel Blach Italiani (1), María Dolores Fernández Estévez (1), María Cristina Alonso Posada (1), Avelina Domínguez Álvarez (1), Purificación Leal Docampo (1), Fe Framil Martínez (1), María Otero Bouzón (1), Consuelo Rial Verde (1), Miguel Miguélez Silva (1), Dolores Crespo Nalgo (1), Isabel Fernández Domínguez (1), María Teresa Fernández Herrero (1), María Jesús Garrido Fernández (1), Andrea Ellacuria Torres (1), Beatriz Arnal López (1), María Elena Lorenzo Llauger (1), Carolina Valcarce Rodríguez (1), entidades y servicios colaboradores del área de Val Miñor (2)

(1) Servicio de Atención Primaria Val Miñor, Área Sanitaria de Vigo, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), (2) Entidades y servicios colaboradores: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Galicia (AFAGA), Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Cruz Vermella, Servicio de Axuda no Fogar de la Xunta de Galicia y Servicios Sociales Municipales.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención domiciliaria, cronicidad compleja, atención integrada sociosanitaria, continuidad asistencial, fragilidad, cuidados paliativos.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Galicia presenta una de las tasas de envejecimiento más elevadas del entorno nacional e internacional y, de acuerdo con las proyecciones demográficas, este fenómeno se intensificará en los próximos años. Este contexto condiciona un incremento sostenido de la cronicidad, la pluripatología, la fragilidad y la dependencia, al tiempo que los cambios en la estructura familiar y social (menor disponibilidad de personas cuidadoras informales e incremento de personas en soledad no deseada) generan nuevas necesidades de apoyo sanitario y social.

Ante esta realidad, resulta necesaria una reorientación del modelo asistencial hacia un enfoque basado en:

1. Proximidad, garantizando atención lo más cercana posible al entorno habitual de la persona
2. Proactividad, anticipando necesidades y descompensaciones mediante estratificación de riesgo y seguimiento planificado
3. Seguridad, priorizando la prevención cuaternaria y la minimización de intervenciones innecesarias
4. Continuidad asistencial, asegurando una visión integrada del proceso asistencial centrada en la persona, sus valores y preferencias, y con coordinación efectiva entre niveles (atención primaria, hospitalaria y ámbito social).

En este marco, la atención domiciliaria constituye un dispositivo clave para proporcionar cuidados efectivos y seguros a pacientes en los que, por su situación clínica, funcional y/o social, el domicilio representa la opción asistencial más adecuada. Este abordaje favorece una atención longitudinal, reduce la fragmentación y refuerza la coordinación entre profesionales y recursos, con transiciones asistenciales más fluidas y comunicación estructurada entre equipos de atención primaria, hospitalaria y servicios sociales. Para ello, se propone un trabajo interdisciplinar, incorporando perfiles sanitarios y sociales, con el fin de ofrecer una respuesta integral e individualizada, alineada con la complejidad clínica y social de cada caso.

La propuesta se sustenta en la elaboración de un plan de atención personalizado, consensuado con la persona y su entorno cuidador, que promueva la participación activa en la toma de decisiones y en la gestión de su salud (empowerment). Como base metodológica, se plantea una valoración integral que trascienda el enfoque centrado exclusivamente en la enfermedad e incorpore dimensiones clínicas, funcionales, cognitivas, afectivas y sociales. A tal efecto, se empleará una evaluación estructurada apoyada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, integrando, entre otros aspectos: funcionalidad (incluida fragilidad y riesgo de caídas), cognición, estado emocional, circunstancias sociofamiliares y uso de medicamentos.

La optimización terapéutica constituye un eje esencial del modelo, mediante revisión y simplificación de regímenes farmacológicos, priorizando pautas de menor complejidad (p. ej., menor frecuencia posológica y/o combinaciones a dosis fijas cuando proceda) para mejorar la adherencia y reducir riesgos asociados a la polimedicación. Asimismo, se contempla el apoyo a las personas cuidadoras, no solo a través de formación y acompañamiento en cuidados, sino también mediante la detección precoz de sobrecarga y riesgo de claudicación familiar, facilitando intervenciones de soporte y derivación a recursos adecuados.

De forma complementaria, se reforzará la atención sanitaria en centros residenciales, acercando la capacidad resolutoria al entorno institucionalizado y evitando derivaciones y traslados potencialmente innecesarios, en el marco de una atención integrada y coordinada. Igualmente, se impulsará la planificación anticipada de decisiones, promoviendo el cumplimiento y registro del documento de instrucciones previas, como instrumento para alinear la atención con los valores y preferencias de la persona.

Finalmente, la atención integrada social y sanitaria se justifica desde una perspectiva de ética y equidad, al facilitar el acceso a servicios coordinados, mejorar la continuidad de cuidados y contribuir a reducir desigualdades que afectan especialmente a personas en situación de vulnerabilidad, con independencia de su lugar de residencia. En consecuencia, la integración sociosanitaria se configura como una estrategia imprescindible para responder de manera eficaz, eficiente y justa a los desafíos derivados del envejecimiento poblacional, la cronicidad y la complejidad social.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La atención integrada social y sanitaria en el domicilio en Galicia se concibe como un modelo organizativo y asistencial de carácter holístico, que sitúa a la persona en el centro y articula de forma coordinada a todos los agentes implicados en su cuidado. No se limita a la prestación de servicios en el hogar, sino que persigue configurar un ecosistema de atención continua, proactiva y multidisciplinar, en el que los ámbitos sanitario, social y comunitario operan como un único sistema integrado, evitando la fragmentación.

Este enfoque se alinea con el marco estratégico autonómico definido por el Modelo de Atención Integral e Integrada (MAII) y con el marco nacional, a través de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2025–2028) y del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (2025–2027), que promueven una intervención transversal e intersectorial, especialmente pertinente en una comunidad con características demográficas y geográficas singulares como Galicia.

El modelo gallego de atención integrada domiciliaria se estructura desde una perspectiva centrada en la persona, situando al paciente y a su entorno como eje del proceso asistencial. Para ello, se realiza una valoración integral multidimensional que incorpora no solo aspectos clínicos, sino también dimensiones funcionales, cognitivas, sociales, económicas y ambientales, con el objetivo de adecuar las intervenciones al contexto vital y respetar la preferencia mayoritaria por permanecer en el domicilio.

Galicia es la segunda comunidad autónoma con mayor índice de envejecimiento de España, lo que se asocia a una mayor carga de fragilidad, cronicidad y dependencia. En el Val Miñor (Gondomar–Baiona–Nigrán), además, el carácter rural y la dispersión poblacional refuerzan la necesidad de una territorialización efectiva, que acerque los servicios a las comunidades locales, aproveche los recursos comunitarios disponibles y garantice la continuidad de cuidados.

Un elemento clave del modelo es el papel del equipo sociosanitario (ESAD y trabajador social) como enlace continuo entre atención primaria y atención hospitalaria, asegurando comunicación bidireccional, continuidad asistencial y criterios homogéneos de actuación. Este equipo desempeña funciones de coordinación operativa, facilitando la derivación adecuada, la planificación anticipada, la revisión de objetivos terapéuticos y la integración de intervenciones sociales y sanitarias en un plan centrado en la persona.

El enfoque es proactivo, orientado a la prevención de descompensaciones y a la detección precoz de deterioro, apoyado por teleasistencia avanzada y seguimiento periódico. El trabajo multidisciplinar integra la perspectiva de profesionales sanitarios, sociales y del ámbito comunitario, incluyendo el soporte de ayuda en el hogar.

Asimismo, el modelo promueve el autocuidado y reconoce el papel esencial de la persona cuidadora, proporcionando formación, apoyo emocional y programas de respiro. Finalmente, contribuye a mejorar la accesibilidad y la seguridad en el domicilio y mantiene una orientación comunitaria que valora la red social y los recursos locales como componentes clave del bienestar y de la atención integral.

Población diana / ámbito de aplicación

La comarca cuenta con 45.877 habitantes; las personas ≥ 65 años representan el 22,8% de la población y las ≥ 75 años, el 16,5%. La intervención se dirige prioritariamente a perfiles con necesidades complejas, incluyendo: pacientes con necesidades paliativas y/o en situación de final de vida; personas mayores con pérdida de autonomía funcional, cronicidad o deterioro cognitivo; personas con discapacidad; pacientes con enfermedad crónica compleja; personas con trastornos de salud mental y situaciones de vulnerabilidad social.

Metodología

La metodología se fundamenta en un enfoque proactivo, interdisciplinar, coordinado y basado en la evidencia, orientado a identificar necesidades sanitarias y/o sociales urgentes y a activar de forma inmediata los recursos. Se articula en un circuito integrado de identificación,

intervención y seguimiento, con registro digital y evaluación continua. La inclusión se realizará mediante identificación en la historia clínica, a partir del problema de salud, etiqueta clínica o condicionante que justifique su incorporación al programa. Los cuidados se prestan en el domicilio y en centros sociosanitarios, residencias y centros de día, y se extienden a la atención primaria y comunitaria, donde el equipo multidisciplinar planifica y ejecuta actuaciones preventivas, educativas y de seguimiento. Se realiza una valoración sociosanitaria integral y multidimensional, que culmina con la elaboración de un plan individualizado de atención, con un seguimiento estructurado con reevaluaciones periódicas para ajustar objetivos y garantizar continuidad asistencial.

Objetivos

El objetivo principal es avanzar hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria proactiva, de alta calidad, continuada y equitativa, dirigido a personas con dificultades de acceso a los centros sanitarios.

Como objetivos específicos se establecen:

- Mejorar la calidad de vida y autonomía de los pacientes, evitando descompensaciones de patologías crónicas y desplazamientos/ingresos evitables
- Mejorar la experiencia del paciente y personas cuidadoras
- Optimizar la gestión de recursos y tiempos profesionales
- Impulsar la formación, docencia e investigación en atención domiciliaria
- Potenciar la coordinación sociosanitaria y comunitaria, garantizando continuidad asistencial

La atención domiciliaria sociosanitaria busca la integración efectiva entre dispositivos sociales y sanitarios, ofreciendo una respuesta única y coherente a las necesidades de la persona y su entorno. Configurándose como un recurso esencial en situaciones de dependencia o vulnerabilidad, mediante un modelo integral, cercano y adaptado a las necesidades reales del individuo.

Actuaciones realizadas

Las actuaciones del equipo se estructuran en tres ámbitos: asistencial, formativo y de coordinación.

El ESAD actúa facilitando la atención en el entorno del paciente, evitando desplazamientos al hospital y garantizando la continuidad asistencial.

En el ámbito asistencial se realiza seguimiento del paciente crónico complejo, captación para vacunación en pacientes inmovilizados y centros sociosanitarios, control y seguimiento de lesiones crónicas, atención a pacientes con necesidades paliativas y seguimiento de población vulnerable.

Se ofrece información y acompañamiento en enfermedad avanzada, valoración social y asesoramiento para trámites de dependencia, discapacidad y acceso a recursos sociales.

Asimismo, se impulsa la realización y registro del Documento de Instrucciones Previas y el seguimiento de soledad no deseada.

En el ámbito formativo se desarrollan sesiones clínicas con el equipo multidisciplinar y sesiones comunitarias para cuidadores formales e informales. La coordinación se articula con centros de salud y hospitales, actuando el ESAD entre Atención Primaria y Hospitalaria.

Indicadores

Se realiza un seguimiento sistemático mediante un marco de indicadores que integra métricas de proceso, impacto y resultados percibidos, para evaluar implantación, actividad y experiencia de las personas atendidas por la ESAD del Servicio de Val Miñor (2023-2025)

Entre los indicadores globales de impacto se incluyen:

- Pacientes atendidos: 2774 que supone un incremento del 41,28%.
- Consultas totales: 4596 que supone un incremento del 48,05 %.
- Consultas domiciliarias: 1671 que supone un incremento del 57,65 %.

En cuanto a los indicadores de proceso se monitoriza la carga y complejidad asistencial mediante:

- Actividades CAPNOR (Catálogo de Actividades vinculadas a Procesos Diagnósticos y Terapéuticos)²⁴: 7625 (junto con registros de identificación y priorización)

Por último, los indicadores de percepción recogen la satisfacción del paciente y de la persona cuidadora:

- 94,2% volvería a solicitar el servicio, predominando valoraciones muy buenas/excelentes en trato, asistencia y competencia, con 85,0% de adecuación del tiempo de visita.

Recursos

Para el desarrollo se dispone de recursos tecnológicos, humanos, materiales y financieros.

En el ámbito tecnológico, el modelo se apoya en herramientas corporativas que garantizan trazabilidad, coordinación y continuidad asistencial: TELEA, IANUS 5, e-Interconsulta, Sergas Móvil, e-Saúde, Conecta 72.

En cuanto a recursos humanos, el dispositivo cuenta con 1 equipo ESAD en el servicio del Val Miñor integrado por 1 enfermera, en coordinación funcional con Atención Primaria y con unidades hospitalarias de referencia (p. ej., Cuidados Paliativos y Hospitalización a Domicilio).

Respecto a los recursos materiales, cada equipo dispone de vehículo propio y equipamiento portátil avanzado (Plan MINAP 2023), incluyendo MESI-m Tablet (espirometría, ECG 12 derivaciones, ITB, etc.) y Point of Care (gasometría, función renal, HbA1c...), con volcado directo de datos en historia clínica electrónica, teléfono móvil corporativo y dotación completa de material sanitario fungible y no fungible para la realización de cuidados en domicilio.

Basada en la evidencia

La intervención se sustenta en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria y en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2025–2028), y toma como referencia modelos europeos de atención domiciliaria basados en la continuidad y la personalización del cuidado. Se apoya en la evidencia disponible sobre atención domiciliaria proactiva y multidisciplinar, incorporando experiencias nacionales y europeas de HADO y programas de soporte en domicilio. La normalización de procesos, el uso de herramientas validadas de valoración (Barthel, Lawton, MNA, Downton, escalas cognitivas, etc..) y la integración de registros en la historia clínica electrónica garantizan trazabilidad y posibilitan evaluaciones cuasi-experimentales. La recogida sistemática de datos facilita una mejora continua, alineada con la investigación aplicada y la docencia.

Equidad

El modelo garantiza el acceso sanitario a personas con imposibilidad de desplazamiento, contribuyendo a la igualdad de oportunidades en salud en todo el territorio gallego. Su diseño prioriza la equidad territorial y de género, ubicando y organizando los ESAD según criterios demográficos y de carencia de recursos, con especial atención a áreas rurales y semiurbanas y a zonas con alta proporción de población mayor.

Para reforzar la equidad se incorporan: identificación automatizada de situaciones de vulnerabilidad, priorización operativa en áreas de difícil acceso, adaptación cultural y lingüística de materiales e intervención, y monitorización por estratos socioeconómicos para detectar y corregir brechas de acceso y calidad.

Asimismo, se promueve una distribución equilibrada de responsabilidades para evitar sobrecargas profesionales y asegurar una prestación homogénea.

En el Val Miñor, la diversidad territorial y sociocultural exige equipos preparados para ofrecer respuestas personalizadas, respetuosas e inclusivas, condición clave para un sistema justo y sostenible.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del modelo se fundamenta en su integración organizativa y financiera en la estructura del SERGAS, con financiación plurianual del Ministerio de Sanidad en el año 2023 y fondos propios durante el período 2024-2028, y con mantenimiento condicionado a la evaluación de eficiencia.

La asignación de recursos se optimiza mediante rutas y agendas estructuradas, uso compartido de equipamiento y telemonitorización, reduciendo visitas presenciales cuando no aporten valor clínico. La evaluación continua permite monitorizar actividad y resultados, ajustar dotaciones, y rediseñar protocolos para mejorar eficiencia sin comprometer calidad.

Asimismo, la inversión en formación y digitalización refuerza la estandarización, la escalabilidad y la replicabilidad, disminuyendo costes de mantenimiento a medio plazo. El plan incorpora mecanismos de revisión anual y marcos de financiación estables para asegurar continuidad del servicio.

Transferibilidad

Desde su implantación en 2023, la unidad ESAD ha contribuido a mejorar los resultados en salud, a ofrecer una atención más homogénea y a reducir desigualdades, facilitando además el acceso de pacientes y familias al trabajador social y al resto de profesionales implicados.

El modelo se ha diseñado con un enfoque claramente transferible y adaptable: dispone de protocolos operativos, criterios de inclusión/exclusión, plantillas de valoración, guías de actuación y formatos de registro estandarizados que facilitan su replicabilidad. La operativa sobre una historia clínica electrónica única refuerza la comunicación entre niveles asistenciales y mejora la continuidad de cuidados.

Asimismo, se observa un alto grado de satisfacción por parte de pacientes, familias y profesionales. Con base en la experiencia acumulada, la extensión del modelo ESAD integrado con servicios sociales a otros territorios resulta factible y recomendable.

Efectividad

La efectividad del modelo se espera en términos de mejora de la continuidad asistencial, prevención de complicaciones y reducción de hospitalizaciones evitables, asegurando una respuesta ajustada a las necesidades reales de la persona y su familia, y maximizando el impacto con un uso eficiente de los recursos.

En nuestro servicio se ha observado una reducción del 12% en hospitalizaciones evitables y un aumento del 18% en la satisfacción de pacientes y cuidadores. Asimismo, los pilotos previos evidencian disminución de urgencias, mejor control de parámetros clínicos y mayor adherencia a los planes terapéuticos. La combinación de intervención presencial especializada y telemonitorización permite respuestas tempranas ante descompensaciones, reduciendo reingresos y mejorando resultados funcionales y calidad de vida.

Eficiencia

El proyecto optimiza los recursos humanos y materiales mediante coordinación intersectorial y priorización de pacientes según necesidad clínica y nivel de riesgo. La planificación de intervenciones se apoya en estratificación y agendas estructuradas, junto con rutas eficientes y el uso de herramientas digitales, reduciendo duplicidades, demoras y tiempos improductivos.

El modelo ESAD concentra soportes especializados y acerca la capacidad resolutoria al domicilio, posibilitando atención in situ y evitando derivaciones y traslados innecesarios. De forma complementaria, el seguimiento de indicadores permitirá monitorizar la eficiencia, valorar la rentabilidad del dispositivo y reorientar recursos hacia actuaciones de mayor impacto sanitario y social.

Participación multidisciplinar

El abordaje de la cronicidad ha transitado desde un modelo reactivo, centrado en episodios agudos, hacia un enfoque proactivo, integral y centrado en la persona, orientado a anticipar descompensaciones, promover el autocuidado y garantizar la continuidad asistencial entre niveles.

En este marco, los ESAD operan mediante un modelo multidisciplinar, coordinando la intervención de enfermería, medicina de familia, trabajo social, fisioterapia, farmacia, nutrición, salud mental y otros perfiles según necesidad. La operativa incluye reuniones clínicas periódicas,

revisión estructurada de casos y protocolos de derivación y contrarreferencia, que aseguran homogeneidad y trazabilidad en las decisiones.

Asimismo, la coordinación con agentes comunitarios y servicios municipales se formaliza mediante circuitos establecidos, promoviendo la participación de asociaciones y personas cuidadoras en la planificación de cuidados. En conjunto, el modelo propuesto constituye un ejemplo sólido de atención integral multidisciplinar orientada a la cronicidad.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial constituye un eje central del modelo: el ESAD trabaja en red con servicios sociales, ayuntamientos, entidades de apoyo a la persona cuidadora, recursos del sistema de atención a la dependencia y organizaciones comunitarias. Esta coordinación se articula mediante acuerdos operativos y circuitos de comunicación que facilitan la derivación ágil a recursos sociales, la activación de apoyo domiciliario no sanitario y la conexión con programas municipales de prevención y promoción de la salud. La actuación conjunta permite incorporar de forma efectiva los determinantes sociales de la salud en la planificación de cuidados y diseñar respuestas integradas, adaptadas al contexto, especialmente relevantes en población en situación de vulnerabilidad.

Evaluación

El Plan incorpora un sistema de evaluación mixto (cuantitativo y cualitativo), con seguimiento mensual del equipo, análisis periódico de resultados y evaluación anual. Se establece una batería de indicadores clave de actividad, calidad asistencial, resultados clínicos, PROMs/PREMs, costes y cobertura, con reporte trimestral y revisión global anual para identificar variabilidad y oportunidades de mejora.

Se realizarán auditorías técnicas semestrales de desempeño, junto con análisis comparativos entre áreas y estudios de coste-efectividad, orientados a valorar impacto y eficiencia. Complementariamente, se recogerán encuestas y testimonios de pacientes, personas cuidadoras y profesionales para evaluar la calidad percibida, contrastar hallazgos cuantitativos y alimentar un ciclo estructurado de mejora continua.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

GAL7-4: Proyecto AICOMTA: Compartir talento médico potenciado por Inteligencia Artificial

Juan Turnes Vázquez (1), Marta Castro González (1), Martín Gómez Loira (1), Ana Enériz Janeiro (1), Santiago Pérez Cachafeiro (2), María del Coro Sánchez Hernández (2), Luis Ricardo Fransi Galiana (2), Sandra Daponte Angueira (1)

(1) Servicio del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (CHUP), Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), (2) Atención Primaria, Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés, SERGAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Inteligencia artificial en salud, atención primaria, continuidad asistencial, soporte a la decisión clínica, gastroenterología, endocrinología.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La atención primaria es el pilar de nuestro sistema de salud, pero sus profesionales a menudo trabajan bajo una presión inmensa y en cierto aislamiento respecto a la atención hospitalaria. Bajo el lema "Compartir Talento", AICOMTA nace no solo como una solución tecnológica, sino como una respuesta humana a la necesidad de reconectar estos dos mundos.

Más allá de la eficiencia, la justificación principal de este proyecto es la seguridad del paciente y la confianza del profesional. La colaboración estrecha entre diferentes niveles asistenciales podría reducir errores diagnósticos y terapéuticos, pero las herramientas actuales a menudo son rígidas o burocráticas. Por eso AICOMTA surge de la escucha activa: los propios médicos y médicas de atención primaria transmitieron la necesidad de un apoyo a la consulta de información inmediato y, sobre todo, fiable.

Esta iniciativa representa una oportunidad estratégica para avanzar hacia una medicina personalizada y de precisión, transformando la relación entre el médico de familia y el especialista. No se trata solo de agilizar consultas, sino de crear un ecosistema de conocimiento compartido que podrá impulsar la innovación sanitaria a nivel regional y nacional.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El proyecto AICOMTA tiene como principal herramienta un chat de consulta de información que permite obtener respuestas inmediatas y científicamente avaladas sobre información de gastroenterología y endocrinología, facilitando el acceso a información médica fiable de forma sencilla. Esta herramienta está orientada a médicos y médicas de atención primaria para que pueda ser utilizada en su práctica clínica habitual como herramienta de consulta, no para reemplazar el juicio clínico del profesional.

Es una herramienta conversacional basada en inteligencia artificial (IA) generativa co-creada con profesionales sanitarios de gastroenterología, endocrinología y atención primaria. Técnicamente

utiliza un sistema Generación Aumentada por Recuperación (RAG), alimentado con información validada de gastroenterología y endocrinología, pero en la práctica actúa como un compañero experto en la consulta de atención primaria.

Su valor diferencial reside en el factor humano: ha sido concebida de manera participativa con profesionales del Área Sanitaria de Pontevedra. A diferencia de un buscador genérico, entiende el contexto local gracias al diseño y al sistema RAG. La información y documentación en la que basa sus respuestas incluye artículos científicos publicados, guías de práctica clínica, documentos de consenso y contenido propio del área sanitaria (protocolos asistenciales, procesos asistenciales integrados, entre otros). De este modo si un médico o médica tiene una duda en su centro de salud, AICOMTA ofrece respuestas apoyadas en evidencia científica y en protocolos validados por el hospital de referencia, mostrando incluso algoritmos visuales o documentación administrativa específica de su área sanitaria o sistema de salud.

El proyecto se estructura en torno a la comunicación, de forma que esta herramienta funciona como puente entre atención primaria y atención hospitalaria (gastroenterología y endocrinología). Para garantizar que cada respuesta esté sustentada en evidencia verificada, utiliza el enfoque RAG, lo que reduce al mínimo el riesgo de respuestas incorrectas o no fundamentadas, aportando mayor seguridad en el uso clínico. Su implantación consistió en un proceso cuidado y acompañado, que incluyó formación y una evaluación continua. Se recogieron de manera sistemática las experiencias, dudas, miedos y sugerencias de los médicos y médicas, incorporándolas para mejorar la herramienta día a día.

El funcionamiento de la herramienta es intuitivo y sencillo. Durante el piloto de la herramienta los médicos y las médicas accedieron a la herramienta a través de una plataforma web, mediante usuario y contraseña, en una URL externa segura donde se aloja el sistema. Una vez autenticados, los y las profesionales pueden plantear consultas en lenguaje natural, como si se tratara de una conversación, para resolver dudas clínicas relacionadas con gastroenterología y endocrinología. La herramienta genera respuestas en texto basadas en la documentación incorporada al sistema RAG y, cuando procede, incluye enlaces o referencias a las fuentes utilizadas, así como recursos complementarios visuales extraídos de la documentación disponible (por ejemplo, algoritmos visuales, tablas o imágenes).

A fin de promover un uso seguro y responsable, durante el piloto se realizaron sesiones de formación y la interfaz muestra de forma permanente un aviso de buenas prácticas: “Recuerde que AICOMTA es un sistema en pruebas; el juicio clínico siempre prevalece sobre su respuesta. No introduzca datos personales ni información sensible”. Asimismo, AICOMTA no prescribe ni toma decisiones automatizadas y no utiliza datos de pacientes para su funcionamiento ni accede a datos clínicos.”

Población diana / ámbito de aplicación

El proyecto pone a las personas en el centro: tanto a los profesionales como a los pacientes que se benefician de una atención más segura. El ámbito del estudio piloto se ha centrado en los médicos de atención primaria de dos centros de salud en Pontevedra, cubriendo una población de referencia de unas 77.000 tarjetas sanitarias: Centro de salud Virxe Peregrina y centro de salud de Lárez.

Aunque nació en el ámbito de gastroenterología y endocrinología, la vocación de la herramienta es universal. Su éxito ha despertado el interés para expandirse a otras especialidades y geografías, con un foco especial en llevar esta equidad en el acceso al conocimiento a zonas rurales y remotas.

Metodología

La metodología del proyecto abarca el ciclo de vida completo de la herramienta, estructurado en tres fases integradas: diseño tecnológico, implementación y evaluación. Se partió de un enfoque de diseño participativo, donde un equipo clínico definió y validó el corpus de conocimiento previo a su desarrollo técnico. Posteriormente, se ejecutó una validación en entorno real bajo un diseño de métodos mixtos. Este enfoque combinó la evaluación objetiva de la calidad técnica, realizada por profesionales de medicina externos con rúbricas estandarizadas sobre conversaciones reales, con el análisis de la experiencia de usuario y usabilidad percibida. Este esquema configura un ciclo de mejora continua que permite refinar el sistema basándose tanto en el desempeño algorítmico como en el feedback directo de la práctica clínica.

Objetivos

El objetivo fundamental del proyecto es optimizar la coordinación entre niveles asistenciales para incrementar la seguridad del paciente. Específicamente, se busca:

- Facilitar la integración tecnológica: utilizar la IA como una herramienta funcional que agilice la comunicación interprofesional.
- Dar soporte a médicos y médicas de atención primaria: proveer acceso inmediato a conocimiento especializado y validado para la resolución de consultas complejas en tiempo real.
- Optimizar conocimientos: minimizar la incertidumbre clínica para reducir la tasa de errores diagnósticos y evitar derivaciones
- Evaluación y mejora continua: identificar y responder a las necesidades funcionales de los profesionales mediante metodologías de análisis cualitativo.

Actuaciones realizadas

AICOMTA ha completado su transición de diseño teórico a validación clínica a través de un proceso integral. A nivel tecnológico, se desplegó una arquitectura RAG, alimentado con protocolos locales y guías de referencia nacional e internacional. La fase de implementación piloto se llevó a cabo entre noviembre de 2024 y abril de 2025 en dos centros de salud de Pontevedra, donde 16 facultativos integraron la herramienta en su práctica habitual. El ciclo concluyó con una evaluación de calidad realizada por un panel mixto de 13 especialistas: 8 de digestivo y endocrinología, y 5 médicos de familia, quienes corroboraron la precisión técnica y la utilidad del sistema en el ámbito asistencial.

Además, se llevaron a cabo sesiones de formación para fomentar buenas prácticas y buen uso de herramientas de IA generativa las cuales se realizaron de forma periódica presencialmente en los centros de salud.

Indicadores

Los resultados del piloto confirman el éxito del proyecto con métricas sólidas:

- Adopción y Recomendación: El 100% de los usuarios recomendaría AICOMTA a sus colegas y el 87,5% la integraría en su flujo de trabajo habitual.

- Usabilidad y Confianza: la herramienta obtuvo una usabilidad de 4,4/5, con una satisfacción global de 4,1/5. a diferencia de la desconfianza hacia IAs genéricas, el 87,5% confió en las recomendaciones de AICOMTA.
- Calidad Clínica: en la auditoría de respuestas, la puntuación media fue de 4,21/5, destacando en precisión científica (4,31) y claridad (4,43), demostrando que la herramienta es segura y útil.
- Impacto Real: se gestionaron 328 consultas de gastroenterología y endocrinología durante el piloto, demostrando su utilidad directa en consulta.

Recursos

El proyecto ha movilizadado un ecosistema de recursos técnicos y humanos de alta especialización. A nivel técnico, hemos desplegado una arquitectura eficiente, procesando guías clínicas mediante extracción automática de texto y algoritmos de búsqueda semántica.

Pero el recurso más valioso ha sido el capital humano: un equipo híbrido compuesto por ingenieros informáticos, sociólogos, expertos en comunicación, médicos y médicas de endocrinología y gastroenterología, de atención primaria e investigadores. El proceso de validación recayó en un equipo multidisciplinar de especialistas en aparato digestivo, endocrinos y de atención primaria externos al proyecto, cuya auditoría garantiza que el asistente responda con precisión a las necesidades reales de la consulta.

Basada en la evidencia

En un contexto donde los profesionales sanitarios manifiestan cautela ante las IAs genéricas debido a la falta de transparencia y el riesgo de información no verificada, AICOMTA ofrece una alternativa basada en el rigor. Nuestra arquitectura RAG restringe la generación de respuestas exclusivamente a fuentes validadas, eliminando la generación de contenido no fundamentado.

La fiabilidad del sistema ha sido avalada mediante una auditoría clínica ciega, obteniendo una puntuación en precisión científica de 4,62/5 por parte de médicos y médicas de atención primaria y 4,58/5 por gastroenterólogos. Asimismo, el estudio confirmó que la trazabilidad es el factor diferencial para superar la desconfianza: el 93,8% de los facultativos señaló que la visualización de la autoría médica y las citas explícitas fue determinante para su aceptación, validando que la confianza clínica se construye sobre la transparencia.

Equidad

El piloto ha demostrado que AICOMTA actúa como un igualador de oportunidades asistenciales. Al obtener una puntuación alta en adecuación para atención primaria y utilidad clínica, la herramienta asegura que cualquier médico o médica, independientemente de su ubicación o experiencia, acceda al mismo estándar de excelencia que un especialista de gastroenterología y endocrinología. Los resultados mostraron una calidad de respuesta homogénea y alta en gastroenterología, lo que sugiere que la herramienta reduce la variabilidad en la práctica clínica. Esto es crucial para la equidad ya que se fomenta el conocimiento compartido entre niveles asistenciales, concibiendo la herramienta como un mecanismo para reducir la distancia entre hospital y centros de salud: el acceso a la información se entiende como un recurso común y actualizado, no como compartimentos estancos entre ámbitos asistenciales.

Sostenibilidad

Hemos diseñado AICOMTA pensando en el futuro. Técnicamente, optamos por una arquitectura RAG que permite actualizar el conocimiento médico de forma inmediata añadiendo nuevos documentos, sin necesidad de costosos procesos de reentrenamiento computacional. Además, la elección de modelos eficientes asegura un coste operativo bajo.

En términos de adopción, la sostenibilidad se apoya en la utilidad percibida: el hecho de que el 68,8% de los usuarios identifique claramente en qué situaciones clínicas aplicar la herramienta sugiere una integración natural y duradera en la rutina médica, más allá del entusiasmo inicial. Como vía adicional para reforzar la sostenibilidad de la implementación, se contempla la creación de una spin-off que permita estructurar la operación, el mantenimiento y la evolución del proyecto. La implantación y mantenimiento se articularán mediante un modelo de suscripción/licencia, que garantice la continuidad del servicio y su soporte.

Transferibilidad

El estudio piloto ha validado no solo una herramienta, sino un método de trabajo exportable al Sistema Nacional de Salud. La experiencia demuestra que el proyecto es altamente transferible, pero requiere adaptación: mientras que en gastroenterología los resultados fueron excelentes, en endocrinología fueron algo inferiores, lo que evidencia que la calidad depende de la curación del corpus documental específico de cada especialidad.

El conocimiento aprendido durante el diseño, implementación y validación de la herramienta está sistematizado y documentado para establecer una hoja de ruta en otros centros, especialidades clínicas y contextos sanitarios. Este valor y aprendizaje se concreta en un paquete de transferencia que incluye: criterios y procedimiento de curación del corpus por especialidad, requisitos técnicos, y un plan de formación para profesionales y referentes clínicos locales.

Por otra parte, la transferibilidad de la herramienta se ve favorecida por la posibilidad de una futura integración en la plataforma IANUS, al haber sido seleccionada por la Subdirección de Sistemas y Tecnologías de la Información del SERGAS como una solución con potencial de integración en este sistema.

Efectividad

La efectividad de AICOMTA ha sido validada mediante una auditoría clínica exhaustiva sobre casos reales. La herramienta demostró una elevada precisión científica, obteniendo una puntuación de 4,62/5 por parte de los médicos y médicas de atención primaria y 4,58/5 por los gastroenterólogos evaluadores. Además, alcanzó una puntuación global de calidad de respuesta de 4,21/5, destacando especialmente en claridad y estructura.

Estos resultados técnicos se traducen en una alta efectividad percibida en el entorno asistencial: el 87,5% de los usuarios integraría el sistema en su rutina diaria y el 100% lo recomendaría a sus colegas, validando su capacidad para resolver incertidumbres clínicas complejas y proporcionar soporte seguro y en tiempo real.

Eficiencia

AICOMTA optimiza recursos tanto a nivel tecnológico como asistencial. Técnicamente, se ha priorizado una estrategia de bajo coste operativo y alta sostenibilidad, evitando los elevados

gastos y tiempos de cómputo asociados al reentrenamiento de modelos fundacionales. Esta eficiencia estructural se traslada directamente a la práctica clínica: el 75% de los usuarios reportó un ahorro efectivo de tiempo en consulta gracias al uso de la herramienta. Al centralizar el acceso inmediato a protocolos locales y ofrecer respuestas estructuradas, el sistema elimina ineficiencias y tiempos muertos en la búsqueda de información, agilizando el flujo de trabajo en un entorno caracterizado por la alta presión asistencial.

Participación multidisciplinar

El éxito del proyecto reside en su enfoque híbrido y transversal, ejecutado por el Grupo de Investigación IDARA. El equipo integró diferentes perfiles clínicos, incluyendo médicos y médicas de gastroenterología, endocrinología y de atención primaria, quienes lideraron el diseño funcional y la validación de contenidos. A este núcleo clínico se sumaron ingenieros informáticos responsables del desarrollo de la arquitectura RAG y expertos en comunicación y sociología para garantizar la usabilidad y la adopción de la herramienta. Esta sinergia entre la visión asistencial, social y la técnica permitió crear una solución adaptada a la realidad, validada finalmente por un panel externo multidisciplinar de distintos niveles asistenciales.

Colaboración intersectorial

La titularidad de la herramienta pertenece al grupo de investigación vinculado al Servicio de Digestivo de Pontevedra perteneciente a la Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur (FPGIBGS). Liderado desde el Servicio de Digestivo de Pontevedra del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y la FPGIBGS, cuenta con el respaldo académico y científico de centros de excelencia como el CITIUS y la Cátedra CAMELIA de la Universidad de Santiago de Compostela, así como el grupo Rnasa-Imedir de la Universidad de A Coruña.

El proyecto integra al sector privado a través de AbbVie y Novo Nordisk que financiaron los primeros pasos del desarrollo de la herramienta con las que no existe dependencia comercial actual ni futura. Nuestra iniciativa se alinea con ecosistemas de innovación regional como el Hub Digital DIH DATAlife y proyecta su expansión internacional mediante alianzas con la Universidad de Heidelberg e instituciones de Latinoamérica para fomentar la equidad en salud. Además, ha sido Premio Ennova Health 2025 a mejor iniciativa de IA en Salud.

Evaluación

Se ha implementado un riguroso sistema de evaluación continua, basado en métodos mixtos. Cuantitativamente, se auditó la calidad técnica de una muestra representativa de las 328 conversaciones reales generadas durante el piloto, utilizando una rúbrica de cinco dimensiones y una escala Likert evaluada por un panel externo de 13 expertos. Cualitativamente, se midió la experiencia de usuario mediante cuestionarios que evaluaron usabilidad, confianza y satisfacción, alcanzando una valoración de usabilidad de 4,4/5.

Este enfoque dual, complementado con grupos focales para el análisis en profundidad, permite monitorizar no solo el desempeño algorítmico y la seguridad clínica, sino también la aceptación profesional y las barreras de implementación en el entorno real.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

I-BAL7-1: Implementación del modelo de conferencia del caso interdisciplinar. Herramienta para la atención integral e integrada para la mejora de los cuidados y la continuidad asistencial desde atención primaria

José Antonio Rodríguez Varela (1), Lucía Gorreto López (1), María Elena Terrón Rodríguez (1),
Antonia Alonso Tapia (1)

(1) Centro de Salud Coll d'en Rabassa – Unidad Básica de Salud Es Molinar, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Servicio de Salud de las Illes Balears.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Conferencia de caso interdisciplinar, atención integrada, continuidad asistencial, paciente crónico complejo.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento poblacional, la pluripatología y la fragilidad creciente generan un volumen de pacientes con alta complejidad clínica y social que demandan intervenciones coordinadas entre profesionales y niveles asistenciales. La atención fragmentada provoca duplicidades, ingresos evitables y sobrecarga de cuidadores.

Desde el Centro de Salud Coll d'en Rabassa se desarrolla la Conferencia del Caso Interdisciplinar (CdC-I), metodología que institucionaliza reuniones mensuales de coordinación clínica-social, con una duración de 60 minutos, lideradas por la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC) e integrando Medicina, Enfermería, Trabajo Social y otros recursos según el caso.

El modelo se basa en el Modelo Catalán de Conferencia de Caso (Departament de Salut, 2020), adaptado y evolucionado al contexto balear. Estructura el proceso asistencial en cinco fases: selección del caso, valoración multidimensional, diagnóstico situacional, consenso de objetivos y plan único de atención. La persona y su cuidador participan activamente, reforzando la atención centrada en la persona.

La práctica responde a la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad y al Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 al promover continuidad asistencial, coordinación sociosanitaria y eficiencia organizativa.

La Hoja de Registro de CdC, diseñada por la EGCC, sistematiza la información clínica, funcional, mental y social, permite identificar necesidades, asignar responsables y transferir el plan a NEXA/MEAP. Esta trazabilidad refuerza la seguridad clínica y la equidad en el acceso a los recursos.

El modelo, ya implantado en Coll d'en Rabassa y UBS Molinar, demuestra una mejor comunicación interprofesional, mayor coherencia en las intervenciones y reducción de incidencias derivadas de la fragmentación. Su bajo coste y alto potencial de replicabilidad lo convierten en una herramienta eficaz para consolidar la coordinación entre sanidad y servicios sociales en las Islas Baleares.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La CdC-I es una reunión estructurada y multidisciplinar del equipo de Atención Primaria en la que se analizan casos complejos desde una perspectiva biopsicosocial. Su metodología incluye preparación previa de casos, valoración integral, discusión interprofesional y elaboración de un plan único de atención. Participan Médico/a, Enfermero/a, Trabajadora Social y EGCC, con intervención de ESAD, SAD, psicología u otras disciplinas según necesidad.

La estructura es constante:

- Preparación del caso y selección según criterios de complejidad.
- Exposición de la situación actual de la persona y su entorno.
- Valoración multidimensional (clínica, funcional, mental y social).
- Consenso de objetivos (supervivencia, funcionalidad y bienestar).
- Elaboración del Plan Único de Atención con acciones, responsables y fechas de revisión.
- Evaluación del plan de actuación.

Los acuerdos se registran en la Hoja de CdC y se trasladan a NEXA/MEAP, asegurando su seguimiento. La persona y/o cuidador validan el plan y participan en la toma de decisiones.

El proyecto ha incluido formación interna en coordinación sociosanitaria, presentación en jornadas y publicación científica en DOI: [10.3306/AJHS.2023.38.06.47](https://doi.org/10.3306/AJHS.2023.38.06.47), lo que avala su rigurosidad y transferibilidad. El modelo está alineado con las Estrategias Nacionales de Cronicidad y Cuidados Paliativos y contribuye a la implantación efectiva de la Atención Integrada centrada en la persona.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas adultas y mayores con pluripatología, dependencia funcional o situaciones de fragilidad, identificadas como Pacientes Crónicos Complejos (PCC), Avanzados (PCA) o IDC-Pal. Incluye a sus cuidadores principales y red de apoyo. El modelo se aplica en el CS Coll d'en Rabassa y UBS Molinar (Palma), ámbito urbano con alta comorbilidad y diversidad sociocultural, y articula la coordinación entre Atención Primaria, especializada, servicios sociales municipales y recursos comunitarios (a través de la prescripción social).

Metodología

Se siguen cinco etapas operativas:

- 1) Selección de casos según criterios de complejidad
- 2) Preparación de información clínica y social;
- 3) Reunión mensual de 60 minutos dirigida por la EGCC;
- 4) Consenso de objetivos y plan único de atención;
- 5) Registro y seguimiento en NEXA/MEAP.

Se utiliza la Hoja de CdC como instrumento de trabajo y documentación. El modelo favorece la participación de la persona, la planificación anticipada y la evaluación periódica del plan. Metodología basada en Amblàs-Novellas et al. (2020) y adaptada a IB-Salut por el equipo de AP.

Objetivos

1. Favorecer un abordaje biopsicosocial y centrado en la persona.
2. Garantizar continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria en personas con alta complejidad.
3. Fortalecer la colaboración interdisciplinar e intersectorial entre profesionales sanitarios y sociales.
4. Optimizar recursos y evitar duplicidades.
5. Mejorar la satisfacción de pacientes, familias y profesionales.
6. Desarrollar una herramienta replicable y sostenible que sirva de modelo para otros centros de IB-Salut.

Actuaciones realizadas

- Creación y validación de la Hoja de Registro de CdC.
- Pilotaje en centro de salud y su unidad básica (2023-2025).
- Formación del equipo de atención primaria y a través de formación intermensual (para todos los niveles asistenciales).
https://www.youtube.com/watch?v=XeIX2IY4_u8&feature=youtu.be
- Difusión del modelo en reuniones de EGCC Mallorca y Subdirección de Cronicidad.
- Elaboración de material formativo y presentación en jornadas científicas.
- Integración de la CdC en la agenda institucional de Atención Primaria.
- Publicación del artículo “Reuniones Interdisciplinares en Atención Primaria” DOI: [10.3306/AJHS.2023.38.06.47](https://doi.org/10.3306/AJHS.2023.38.06.47)

Indicadores

La valoración del impacto se realiza actualmente de forma cualitativa y observacional, a través del seguimiento de los casos y de la experiencia compartida del equipo interdisciplinar.

Se emplean indicadores descriptivos:

- Número de conferencias del caso realizadas (registro interno de reuniones mensuales).
- Nivel de coordinación y comunicación interprofesional, valorado por el equipo tras cada sesión.
- Grado de cumplimiento del plan de atención acordado, revisado en la siguiente reunión.

- Percepción de mejora en la continuidad asistencial por parte de la persona y el equipo.

En fases posteriores se prevé incorporar recogida sistemática de datos en NEXA (planes activos, reingresos evitables, etc.) para disponer de métricas objetivas.

Recursos

Recursos humanos ya existentes (Médico/a, Enfermero/a, TS, Enfermera gestora de casos comunitaria “EGCC”). Tiempo dedicado: 1 h/mes. Soporte material: sala de reuniones, ordenador y acceso a NEXA. Apoyo institucional de GAP Mallorca y Subdirección de Cronicidad. Coste económico nulo, financiación ordinaria del servicio. La CdC se integra en la planificación de Atención Primaria sin aumentar carga asistencial gracias a la optimización de reuniones ya existentes.

Basada en la evidencia

Sustentada en la literatura sobre atención integrada y equipos interdisciplinarios (Amblàs-Novellas et al., 2020; Briggs et al., 2018; WHO 2022). Cuenta con validación empírica local mediante la publicación “Reuniones Interdisciplinarias en Atención Primaria” (DOI: [10.3306/AJHS.2023.38.06.47](https://doi.org/10.3306/AJHS.2023.38.06.47)). Integra principios de la Atención Centrada en la Persona y de la Estrategia de Cronicidad del SNS. El uso de valoraciones multidimensionales estandarizadas y planes únicos de atención responde a recomendaciones europeas de Integrated Care (ICIC framework).

Equidad

El modelo garantiza acceso equitativo a una atención integral para personas en situación de vulnerabilidad, dependencia o soledad no deseada. Al incorporar la voz de la persona y su cuidador, se asegura que las decisiones se tomen según valores, preferencias y contexto social. La CdC permite detectar brechas de atención social, vivienda o soporte familiar y coordinar respuestas entre sanidad y servicios municipales. Se aplica sin barreras económicas ni idiomáticas gracias a intérpretes y acompañamiento social.

Sostenibilidad

Integrada plenamente en la organización de Atención Primaria, no requiere nuevos recursos. Su estructura modular (1 reunión mensual, 60 minutos) garantiza continuidad en el tiempo y compatibilidad con la actividad asistencial. El modelo ha mostrado alta aceptación profesional y escasa rotación de participantes. Su uso de herramientas digitales existentes (NEXA, MEAP) y documentación normalizada permite una implantación sin coste adicional y con mínimo impacto ambiental (papel cero).

Transferibilidad

La CdC-I es replicable en cualquier centro de Atención Primaria con equipo interdisciplinar. Dispone de Hoja de Registro normalizada, guía metodológica y material formativo (PDF y presentación). Ha sido compartida en reuniones de la red EGCC y presentada a la Subdirección de Cronicidad. Se prevé su adopción progresiva en otras zonas básicas de salud. Su alineación

con la Estrategia Nacional de Cronicidad y su base en evidencia internacional facilitan la homologación a nivel SNS.

Efectividad

Aunque la evaluación cuantitativa está en desarrollo, se observa una mejora clara en la continuidad asistencial y coordinación interprofesional. Las familias refieren mayor acompañamiento y claridad en la planificación de cuidados. Los equipos reportan disminución de incidencias, mejor comunicación con servicios sociales y toma de decisiones más coherente. Estas evidencias cualitativas se documentan en actas de CdC y retroalimentación interna. La CdC-I ha permitido también detectar precozmente deterioros funcionales y activar recursos de soporte con mayor rapidez.

Eficiencia

La centralización de casos complejos en reuniones estructuradas reduce la necesidad de múltiples contactos individuales, llamadas o derivaciones, optimizando el tiempo profesional. La CdC permite optimizar el tiempo de coordinación y reducir contactos dispersos entre profesionales. La eficiencia se evidencia en la práctica cotidiana, al disminuir los circuitos administrativos y mejorar la planificación anticipada de recursos. El modelo se apoya exclusivamente en recursos humanos ya existentes, sin coste añadido, lo que garantiza su viabilidad en el tiempo.

Participación multidisciplinar

Participan profesionales de Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Enfermería Gestora de Casos y otros servicios según el caso (ESAD, SAD, fisioterapeuta, psicóloga, geriatra...). La CdC favorece liderazgo compartido y comunicación horizontal, reforzando la cultura de trabajo en equipo. La metodología permite incorporar a la persona y cuidador como parte activa del equipo, reconociendo su conocimiento experiencial.

Colaboración intersectorial

El modelo articula la coordinación entre sanidad, servicios sociales municipales y tercer sector mediante la participación directa de la trabajadora social y la EGCC. Permite activar recursos de apoyo domiciliario, teleasistencia o programas comunitarios. La CdC actúa como punto de enlace operativo entre IB-Salut y el Ayuntamiento de Palma, facilitando respuestas integradas. Ha favorecido la comunicación con otros profesionales asistenciales, asociaciones de mayores y programas comunitarios del barrio.

Evaluación

La evaluación del modelo se basa en la revisión sistemática de las actas de las conferencias y en la reflexión compartida del equipo al cierre de cada trimestre. Este análisis permite identificar puntos fuertes (mejor comunicación, visión integral del paciente) y áreas de mejora (registro estandarizado, medición de resultados). El equipo prevé, para la siguiente fase, implantar un sistema básico de indicadores en NEXA/MEAP que facilite la evaluación cuantitativa continua y la comparación entre equipos.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

I-BAL7-2: Implementación de un programa interdisciplinar de movilización y rehabilitación precoz en pacientes crónicos complejos hospitalizados

Enriqueta Márquez Villaverde (1), Miquel Alou Mas (1), Maria Antònia Mascaró Mascaró (1), Maria Isabel Galva Borrás (1), Marina Payeras Mas (1), David Rodríguez Cortés (1), Joana Maria Julià Mora (1), Antonia Cuerva Rodríguez (1), Ana Aurelia Iglesias Iglesias (1), Josefa Muñoz Abad (1), Raquel Fernández García (1), Maria del Pilar Cardell Cerdà (1), Antonio Jesús Romero Escobar (1)

(1) Unidad de Cronicidad y Atención al Paciente Crónico Complejo, Hospital de Manacor, Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-Salut)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Paciente crónico complejo, movilización y rehabilitación precoz, deterioro funcional, atención interdisciplinar, continuidad asistencial.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de pacientes con enfermedades crónicas, tanto pacientes crónicos complejos (PCC) como avanzados (PCA), suponen un reto creciente para los hospitales de pacientes agudos. Estos pacientes presentan una elevada fragilidad y un alto riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización. Este deterioro se relaciona con la inmovilidad, la desorientación y la fragmentación de los cuidados.

El modelo de cuidado más tradicional, orientado principalmente al abordaje de procesos agudos, no siempre responde de forma adecuada a las necesidades específicas de los pacientes crónicos, lo que favorece la aparición de complicaciones evitables, pudiendo prolongar la estancia hospitalaria y condicionar un mayor grado de dependencia al alta.

En este contexto el Hospital de Manacor, en el marco de su estrategia institucional de abordaje de la cronicidad iniciada en 2018, identificó la necesidad de implementar una intervención estructurada y transversal dirigida a la prevención del deterioro funcional durante el ingreso hospitalario. Esto llevó a diseñar e implementar un programa interdisciplinar de movilización y rehabilitación precoz, integrado en la práctica asistencial habitual, que prioriza la valoración funcional temprana, movilización desde el principio del ingreso e intervención rehabilitadora precoz en los pacientes crónicos (PCC y PCA) con potencial de mantenimiento o recuperación funcional.

Esta intervención se basa en la coordinación efectiva entre enfermeras, fisioterapeutas, médicos y otros perfiles profesionales y la eliminación de barreras organizativas que pudieran retrasar el inicio de la rehabilitación como podría ser la interconsulta indirecta. El programa pretende reducir la variabilidad en la práctica clínica, mejorar los resultados funcionales de los pacientes, disminuir complicaciones asociadas a la inmovilidad y optimizar el uso de recursos disponibles.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

En el Hospital de Manacor se ha implementado un programa interdisciplinar de movilización y rehabilitación precoz dirigido a PCC y PCA hospitalizados, con el objetivo de prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización y reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.

La práctica se desarrolla en el ámbito de hospitalización de un hospital de agudos y forma parte de una estrategia institucional más amplia de abordaje de la cronicidad, orientada a ANEXO II 3 enfocar el modelo asistencial hacia una atención integral, coordinada y centrada en las necesidades de las personas con alta complejidad clínica. Está dirigida a pacientes PCC y PCA con riesgo de deterioro funcional o movilidad limitada, especialmente aquellos con potencial de mantenimiento o recuperación funcional.

La intervención consiste en la identificación precoz de pacientes PCC/PCA con riesgo de deterioro funcional o inmovilidad, mediante una valoración enfermera sistemática al ingreso que incluye la situación funcional basal y actual, utilizando escalas como el índice de Barthel. Esta valoración se integra con la información clínica, nutricional, farmacológica, cognitiva y social, permitiendo consensuar de manera interdisciplinar un plan terapéutico individualizado desde las primeras 24-48 horas de hospitalización.

Un elemento diferencial de la práctica es la activación precoz de la movilización y la rehabilitación, potenciando la sedestación, bipedestación y marcha siempre que la situación clínica lo permita. También iniciar de forma temprana la intervención del fisioterapeuta y no previa al alta hospitalaria. Con la intención de agilizar el proceso se ha establecido un circuito de interconsulta directa a fisioterapia que puede ser activado indistintamente por enfermeras o médicos, sin necesidad de derivación previa a otros niveles favoreciendo de esta manera una respuesta más rápida y adaptada al paciente.

El programa está dirigido principalmente a PCC hospitalizados con un índice de Barthel aproximado de 35-40 puntos y con un potencial de mantener o recuperar su capacidad funcional. Aunque también contempla la inclusión de pacientes con mayor dependencia cuando el equipo valora que la intervención puede aportar beneficio clínico y funcional. Se apoya en una estructura organizativa estable, integrada en el área de cronicidad del hospital, formada por una enfermera supervisora y tres enfermeras gestoras de casos que trabajan de manera coordinada con fisioterapeuta, trabajadoras sociales, nutricionista, logopeda y profesionales de los distintos servicios de hospitalización.

A nivel territorial, la práctica se desarrolla en el Hospital de Manacor, hospital de referencia de la comarca de Llevant y se enmarca en las líneas estratégicas del Servei de Salut de les Illes Balears y de la Estrategia Nacional de Abordaje de la Cronicidad. Su diseño estructurado permite ser replicado en otros hospitales de características similares contribuyendo a mejorar la calidad asistencial.

Población diana / ámbito de aplicación

Intervención dirigida a PCC y PCA ingresados en unidades de hospitalización del Hospital de Manacor, centro de referencia de la comarca de Llevant. La población diana incluye a personas adultas con elevada carga de comorbilidad y riesgo de deterioro funcional asociado a la hospitalización, especialmente aquellas con limitación de la movilidad previa o actual y riesgo de complicaciones derivadas de la inmovilidad.

De forma operativa la intervención se realizará a pacientes PCC/PCA cuya situación clínica permita la movilización y que presenten un índice de Barthel basal o al ingreso en torno a 35-40 puntos, con potencial mantenimiento o recuperación funcional. De manera individualizada, también pueden incluirse pacientes con Barthel inferior cuando el equipo interdisciplinar considera que la actuación puede aportar beneficio clínico o funcional. El ámbito de aplicación es intrahospitalario, integrándose en el plan terapéutico durante el ingreso desde las primeras 24-48 horas.

Metodología

La práctica se desarrolló mediante una metodología estructurada y participativa, liderada por el Comité de Cronicidad del Hospital de Manacor. En una fase inicial se realizó un análisis de la situación a través de un diagnóstico participativo, utilizando un árbol de problemas y soluciones que permitió identificar el deterioro funcional asociado a la hospitalización como un problema prioritario, así como las barreras organizativas para una intervención precoz.

A partir de ese análisis se diseñó la intervención, definiendo la población diana, los objetivos, actuaciones e indicadores de proceso y resultado. Se elaboró un procedimiento normalizado de actuación que integra la valoración funcional enfermera al ingreso, activación precoz de movilización e interconsulta directa a fisioterapia.

La implementación se acompañó de un plan de formación dirigido a los profesionales implicados y de un sistema de seguimiento basado en la monitorización periódica de indicadores, permitiendo introducir mejoras progresivas en función de los resultados obtenidos.

Objetivos

General:

Preservar y mejorar la capacidad funcional de los PCC/PCA hospitalizados mediante la implementación de un programa de movilización precoz y rehabilitación temprana, reduciendo las complicaciones derivadas de la inmovilidad y favoreciendo una recuperación más rápida, segura y autónoma durante el ingreso hospitalario.

Específicos:

Reducir el deterioro funcional asociado a la hospitalización, medido mediante la diferencia en el índice de Barthel entre el ingreso y el alta.

Prevenir la aparición de complicaciones relacionadas con la inmovilidad prolongada, como úlceras por presión y caídas intrahospitalarias.

Favorecer una recuperación funcional más eficiente, disminuyendo la estancia media hospitalaria y los reingresos relacionados con el deterioro funcional.

Estandarizar el proceso asistencial de movilización y rehabilitación precoz mediante circuitos y protocolos compartidos por los profesionales implicados.

Actuaciones realizadas

Al ingreso hospitalario, se realiza una valoración enfermera sistemática de la capacidad funcional basal y actual, utilizando el índice de Barthel, junto con la valoración clínica, nutricional, cognitiva

y social. Esta información se comparte con el equipo interdisciplinar para consensuar el plan terapéutico individualizado.

Desde el primer día de ingreso y siempre que la situación clínica lo permita, se promueve activamente la movilización precoz. En los pacientes con indicación se activa una interconsulta directa a fisioterapia, que puede ser solicitada indistintamente por la enfermera o médico.

Durante el ingreso se realiza un seguimiento funcional periódico, se ajusta el plan de movilización según la evolución del paciente y se coordinan las actuaciones entre enfermería, fisioterapia y el resto de los profesionales implicados. La intervención se integra en los circuitos habituales del hospital garantizando continuidad asistencial y una práctica más homogénea.

Indicadores

Indicadores de proceso:

- Número de interconsultas realizadas a fisioterapia.
- Tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la primera intervención de fisioterapia.
- Número medio de sesiones de fisioterapia por paciente durante el ingreso.

Indicadores de resultado:

- Cambio en la capacidad funcional medido mediante el índice de Barthel al ingreso y al alta.
- Días de estancia hospitalaria.
- Número de úlceras por presión intrahospitalarias.
- Número de caídas registradas durante el ingreso.

Indicadores de impacto:

- Tasa de reingreso a 30 días relacionado con deterioro funcional o complicaciones asociadas a la inmovilidad.

Recursos

La implementación se ha realizado con la optimización de recursos ya existentes.

Recursos humanos: Para esta intervención se requiere de, al menos, un fisioterapeuta con dedicación para esta intervención y la existencia del área de cronicidad con una supervisión de enfermería y tres enfermeras gestoras de casos. La mayor parte de esos recursos existen para otros fines en la institución o, su disposición no es únicamente para este proyecto.

Respecto a los recursos materiales se utilizan los propios de las unidades de hospitalización y servicio de fisioterapia, aunque la existencia de material exclusivo y pertinente para esta intervención ha mostrado ser eficaz (material para ayudar a la deambulación, por ejemplo).

Basada en la evidencia

La movilización temprana y la rehabilitación precoz en unidades de hospitalización se consideran prácticas basadas en evidencia porque múltiples estudios han demostrado que el reposo prolongado durante la estancia hospitalaria provoca pérdida acelerada de masa y fuerza muscular, deterioro funcional y mayor riesgo de dependencia al alta, especialmente en adultos mayores. Iniciar actividad física desde el inicio del ingreso, como sedestación, bipedestación y marcha asistida, reduce la inmovilidad, mejora la función física y acelera la recuperación. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas muestran que la movilización temprana disminuye la duración de la estancia hospitalaria, reduce complicaciones como caídas posteriores, reingresos y pérdida de autonomía, y mejora la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. La evidencia concluye que es una intervención segura, efectiva y esencial para preservar la funcionalidad y favorecer una recuperación integral durante la hospitalización.

Equidad

La intervención se basa en criterios objetivos, garantizando un acceso equitativo a la movilización y rehabilitación precoz de todos los PCC y PCA hospitalizados, independientemente de su edad, sexo, diagnóstico principal, situación socioeconómica o lugar de procedencia.

La identificación de los pacientes candidatos se realiza de manera proactiva por las enfermeras, mediante valoración funcional sistemática al ingreso, lo que evita sesgos derivados de la solicitud puntual o de la capacidad de demanda del paciente o su entorno.

El programa presta especial atención a pacientes con mayor vulnerabilidad, como personas mayores, con fragilidad, dependencia funcional previa o riesgo elevado de deterioro durante la hospitalización, contribuyendo a reducir desigualdades en resultados en salud asociadas a la inmovilidad, la cronicidad y la hospitalización prolongada.

Sostenibilidad

La intervención se integra en la estructura organizativa del Hospital de Manacor a través del Área de Cronicidad, lo que garantiza su continuidad en el tiempo. No se trata de un proyecto piloto, sino de una práctica consolidada, incorporada a los circuitos asistenciales habituales y respaldada por liderazgo institucional.

La sostenibilidad se apoya en la utilización optimizada de recursos ya existentes, sin necesidad de financiación externa adicional, y en la capacitación progresiva de los profesionales implicados.

Asimismo, el seguimiento de indicadores facilita la identificación de áreas de mejora y la toma de decisiones para asegurar la viabilidad y el impacto sostenido de la práctica.

Transferibilidad

La práctica está sistematizada mediante protocolos, circuitos de actuación y criterios claros de inclusión, lo que facilita su replicabilidad en otros hospitales de características similares. El modelo no depende de tecnología específica sino de una reorganización funcional del trabajo interdisciplinar y de la priorización de la movilización precoz como intervención clave.

La interconsulta directa a fisioterapia, la valoración funcional estandarizada al ingreso y la coordinación entre profesionales son elementos fácilmente adaptables a otros contextos hospitalarios.

Además, la experiencia se apoya en principios ampliamente reconocidos en la atención a la cronicidad y la prevención del deterioro funcional, lo que favorece su transferibilidad.

Efectividad

La efectividad de la intervención se evalúa mediante indicadores clínicos que permiten medir de forma objetiva su impacto en los pacientes atendidos. Entre los principales resultados observados se encuentran la preservación o mejora de la capacidad funcional durante el ingreso hospitalario, medida mediante el índice de Barthel al ingreso y al alta. Asimismo, la intervención contribuye a reducir complicaciones asociadas a la inmovilidad, como úlceras por presión y caídas, y se asocia a una disminución de la estancia hospitalaria y de los reingresos relacionados con deterioro funcional.

Estos resultados evidencian que la movilización y rehabilitación precoz, integradas de forma sistemática en la atención hospitalaria a pacientes crónicos complejos, generan beneficios clínicamente relevantes y alineados con los objetivos del abordaje integral de la cronicidad.

Eficiencia

La intervención se caracteriza por una utilización eficiente de los recursos disponibles, al priorizar actuaciones de alto impacto clínico sin requerir inversiones adicionales significativas. La identificación precoz de pacientes candidatos y la interconsulta directa a fisioterapia optimizan los tiempos de respuesta y evitan duplicidades innecesarias en el proceso asistencial.

La prevención del deterioro funcional y de las complicaciones asociadas a la inmovilidad contribuye a reducir estancias hospitalarias prolongadas, reingresos evitables y la necesidad de recursos sociosanitarios posteriores, generando un impacto positivo tanto en costes directos como indirectos.

Participación multidisciplinar

La práctica se fundamenta en un enfoque claramente multidisciplinar, coordinado desde el Área de Cronicidad y el comité de cronicidad del hospital. En su desarrollo participan de forma activa enfermeras gestoras de casos, enfermeras asistenciales, fisioterapeutas, médicos de diferentes especialidades, trabajadoras sociales, nutricionistas, logopeda y farmacéutica.

Cada perfil profesional aporta una visión complementaria que permite una valoración integral del paciente y la elaboración consensuada del plan terapéutico.

Este trabajo interdisciplinar es clave para garantizar la implementación efectiva de la movilización precoz y la rehabilitación temprana como parte del cuidado habitual de los pacientes crónicos complejos.

Colaboración intersectorial

Aunque la intervención se desarrolla principalmente en el ámbito hospitalario, mantiene ANEXO II 7 una estrecha coordinación con otros niveles asistenciales y recursos sociosanitarios implicados en la atención a PCC y PCA. La colaboración con atención primaria, servicios sociales y recursos comunitarios facilita la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria.

Las trabajadoras sociales desempeñan un papel clave en la conexión con recursos sociales y en la planificación del alta, especialmente en pacientes con mayor dependencia o vulnerabilidad.

Esta coordinación contribuye a asegurar que los beneficios de la intervención iniciada durante la hospitalización se mantengan en el domicilio o en otros dispositivos asistenciales.

Evaluación

La evaluación se realiza a nivel interno, donde el equipo multidisciplinar, a través de la utilización de Power BI, una herramienta de análisis y visualización de datos que permite recopilar y analizar datos para poder presentarlos mediante informes interactivos, gráficos y paneles.

Esta herramienta facilita el seguimiento de los indicadores y la evaluación de resultados en tiempo real para garantizar una implementación adecuada, ir midiendo la efectividad clínica y la sostenibilidad.

I-BAL7-3: Modelo integral para la detección precoz e intervención en soledad no deseada en personas mayores en atención intermedia: continuidad asistencial y acompañamiento terapéutico

María Viña García-Bericua (1), Nicolás Flaquer (1), Aina Mir (1), Carmen Tarrafeta (1), Carlota Pons (1)

(1) Hospital Sant Joan de Déu Palma-Inca, Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-Salut).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Soledad no deseada, detección precoz, personas mayores, atención integrada sociosanitaria, continuidad asistencial, acompañamiento terapéutico.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La soledad no deseada (SND) se ha consolidado como determinante social de la salud en personas mayores, con impacto clínico, funcional y emocional comparable a factores de riesgo tradicionales. La evidencia disponible demuestra que incrementa el riesgo de deterioro funcional, depresión, delirium, institucionalización y reingresos, especialmente en personas mayores frágiles. En Baleares, donde un número creciente de personas mayores vive sola, con redes familiares insuficientes, este fenómeno constituye una necesidad sociosanitaria prioritaria, con repercusiones directas en la utilización de recursos sanitarios y sociales y en la calidad de vida.

En el marco de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad, que promueve la atención integrada, la continuidad asistencial y la atención centrada en la persona, el Hospital Sant Joan de Déu Palma · Inca ha desarrollado un modelo integral de detección precoz e intervención en SND dirigido a personas mayores hospitalizadas.

El modelo articula tres líneas complementarias. En primer lugar, la detección precoz y sistemática de la SND al ingreso, mediante un cribado estandarizado. Durante el periodo enero-octubre de 2025, 121 pacientes constituyeron la población evaluable del proyecto, al cumplir criterios de inclusión y completar el cribado. Los resultados se refieren a esta población, identificando una distribución de riesgo de 44,35% bajo, 49,19% medio y 6,45% alto, permitiendo adaptar el plan terapéutico individual desde el inicio y activar precozmente los recursos necesarios.

En segundo lugar, la intervención terapéutica y el acompañamiento durante la hospitalización, a través de Ágora, un programa estructurado de actividades lúdico-terapéuticas orientadas a reducir el aislamiento, mejorar el bienestar emocional y humanizar la atención. Los datos de participación en Ágora corresponden a usuarios totales (pacientes y familiares acompañantes). En el periodo evaluado, han participado una media de 13 usuarios por sesión, en 86 sesiones, y con una valoración de satisfacción global de 3,8/5. Este enfoque se refuerza mediante el voluntariado, que aporta acompañamiento relacional, escucha activa y apoyo a la participación, incorporando un componente comunitario de alto valor social, y en los casos en que se identifica

necesidad, con el apoyo espiritual del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER), coordinado con el equipo asistencial.

Finalmente, cuando hay riesgo medio o alto, se ha puesto en marcha un pilotaje de continuidad asistencial con Atención Primaria, coordinado por la enfermera gestora de casos. Este circuito garantiza la transmisión estructurada de la información sobre el riesgo de SND al alta, facilita el seguimiento y la coordinación con recursos comunitarios, y contribuye a prevenir situaciones de aislamiento persistente al alta.

El valor añadido del modelo radica en la incorporación de un cribado sistemático de la SND al ingreso, inexistente hasta el momento, y en la estructuración de un circuito asistencial completo que integra detección, estratificación del riesgo, intervención durante la hospitalización y continuidad asistencial al alta, con registro y evaluación de resultados. Su carácter sistematizado, su bajo coste operativo y su elevada transferibilidad lo convierten en una buena práctica innovadora, sostenible y alineada con los objetivos estratégicos del SNS para la atención a personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta consiste en el diseño, implantación y evaluación de un modelo integral y protocolizado para la detección precoz y la intervención en SND en personas mayores ingresadas en el Hospital Sant Joan de Déu Palma · Inca. El modelo aborda la SND como un determinante social de la salud con impacto directo en resultados clínicos, experiencia del paciente y continuidad asistencial, integrando intervenciones clínicas, sociales y comunitarias mediante un enfoque estructurado y evaluable.

Diseño y enfoque metodológico

Se ha desarrollado un modelo de intervención multimodal, con un diseño cuasi-experimental descriptivo, basado en la implantación progresiva de un protocolo asistencial común. El modelo se estructura en fases secuenciales y complementarias, permitiendo su evaluación mediante indicadores de proceso, resultado e impacto.

1. Detección sistemática al ingreso

En el momento del ingreso hospitalario, la enfermera responsable realiza un cribado estructurado de SND, utilizando la escala ESTE-II, una herramienta estandarizada integrada en la valoración inicial. El resultado se registra de forma normalizada en la historia clínica, permitiendo la clasificación de los pacientes en niveles de riesgo bajo, medio o alto. Durante el periodo de implantación, el cribado se ha realizado en 121 pacientes, generando una base de datos homogénea y trazable para el análisis posterior.

2. Estratificación y planificación de la intervención

En función del nivel de riesgo identificado, se activa un plan de intervención escalonado, con criterios explícitos de actuación. Todos los pacientes acceden a intervenciones universales orientadas a reducir el aislamiento durante la hospitalización, mientras que los pacientes con riesgo moderado o alto reciben intervenciones específicas adicionales, incluyendo valoración social y coordinación con otros dispositivos.

3. Intervención durante el ingreso

La intervención durante la hospitalización se articula a través del Proyecto Ágora, un programa ANEXO II 4 estructurado de actividades lúdico-terapéuticas grupales, diseñado con objetivos terapéuticos definidos (estimulación social, bienestar emocional, participación activa). El programa se desarrolla con periodicidad establecida (semanalmente), protocolos de funcionamiento y registro de participación. De manera complementaria, el programa de voluntariado hospitalario y el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER) realizan visitas programadas en planta, siguiendo pautas comunes de actuación y coordinación con el equipo asistencial.

4. Continuidad asistencial al alta

Para los pacientes con riesgo medio o alto, el modelo incorpora un circuito de continuidad asistencial con Atención Primaria, actualmente en fase piloto. A través de la enfermera gestora de casos, la información relevante sobre el riesgo de SND se comunica al equipo de referencia, facilitando el seguimiento tras el alta y la activación de recursos comunitarios y sociales.

5. Evaluación y mejora continua

El modelo incluye un sistema de evaluación continua, basado en indicadores previamente definidos: porcentaje de pacientes cribados, distribución del riesgo, participación en Ágora, satisfacción, y activación de continuidad asistencial. Los resultados se analizan periódicamente para introducir mejoras y garantizar la calidad y sostenibilidad del modelo.

El uso de herramientas estandarizadas, circuitos definidos y registros estructurados confiere al modelo una alta transferibilidad y replicabilidad, con una elevada relación coste-efectividad y alineación con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS.

1. Población diana / ámbito de aplicación

La población diana del proyecto son personas mayores ingresadas en el hospital, especialmente pacientes con cronicidad compleja/avanzada, fragilidad, deterioro funcional o riesgo social. Se incluyen pacientes procedentes del ámbito domiciliario y de otros dispositivos asistenciales, ya que la soledad no deseada constituye un factor transversal que condiciona la evolución clínica y la continuidad de cuidados.

El ámbito de aplicación es hospitalario, centrado en las unidades de atención intermedia, con extensión al momento del alta mediante un circuito de continuidad asistencial con Atención Primaria para los pacientes identificados con riesgo medio o alto de SND. El modelo se desarrolla en coordinación con profesionales sanitarios, trabajo social, voluntariado, SAER y Atención Primaria, garantizando una intervención integrada y adaptada a la vulnerabilidad de la población atendida.

Metodología

La práctica se basa en un modelo de intervención multimodal, protocolizado y evaluable, con un diseño cuasi-experimental descriptivo. La metodología se estructura en fases secuenciales: detección, estratificación del riesgo, intervención durante el ingreso, continuidad asistencial al alta y evaluación continua.

La detección de la SND se realiza de forma sistemática al ingreso, mediante un cribado estandarizado con herramienta validada, la escala ESTE-II, integrado en la valoración enfermera

y registrado en la historia clínica. En función del nivel de riesgo (bajo, medio o alto), se activa un plan de intervención escalonado que combina actividades terapéuticas grupales, acompañamiento relacional por voluntariado y, en los casos necesarios, acompañamiento espiritual y coordinación sociosanitaria.

El modelo incorpora indicadores de proceso, resultado e impacto, con análisis periódico para la mejora continua y la sostenibilidad de la práctica.

Objetivos

Objetivo general:

Implementar y evaluar un modelo integral para la detección precoz y la intervención en soledad no deseada en personas mayores ingresadas en atención intermedia, mejorando el bienestar emocional, la experiencia del paciente y la continuidad asistencial.

Objetivos específicos:

Detectar de forma sistemática la soledad no deseada en los pacientes ingresados.

Estratificar el riesgo de soledad (bajo, moderado, alto) y adaptar la intervención a cada perfil.

Reducir la percepción de aislamiento durante la hospitalización mediante actividades lúdico-terapéuticas estructuradas.

Incrementar la satisfacción y la participación activa de los pacientes durante el ingreso.

Facilitar la continuidad asistencial al alta en pacientes con riesgo moderado o alto mediante coordinación con Atención Primaria.

Actuaciones realizadas

- Implantación del cribado sistemático de SND al ingreso, realizado por enfermeras y registrado de forma estructurada.
- Clasificación según nivel de riesgo y activación de planes de intervención escalonados.
- Desarrollo de actividades lúdico-terapéuticas grupales programadas, orientadas a la interacción social y el bienestar emocional.
- Implementación de un programa de acompañamiento mediante voluntarios coordinados con el equipo asistencial.
- Puesta en marcha de un piloto de continuidad asistencial al alta, coordinado por enfermera gestora de casos, con comunicación estructurada del riesgo de soledad a Atención Primaria.
- Complementariamente se desarrollan acciones de sensibilización y concienciación a través de programas institucionales como Educa SJD, en colegios, y Café contra la SND, en barrios. Estas iniciativas tienen un carácter preventivo y divulgativo, están ANEXO II 6 alineadas con los valores institucionales y contribuyen a visibilizar la SND como problema de salud pública, sin formar parte del núcleo asistencial ni de la evaluación de la presente buena práctica.

Indicadores

Se han definido indicadores cuantitativos y cualitativos para evaluar el proceso y los resultados del modelo:

Indicadores de proceso:

- Porcentaje de pacientes cribados sobre el total de ingresos.
- Distribución por niveles de riesgo se obtiene a partir de la estratificación realizada mediante la escala ESTE-II, conforme a los umbrales definidos en el protocolo asistencial.
- Porcentaje de usuarios participantes en el Programa Ágora.

Indicadores de resultado:

- Nivel de satisfacción global de los usuarios, medido mediante encuesta estructurada.
- Percepción de mejora del bienestar emocional, recogida mediante valoración subjetiva al alta.

Indicadores de impacto:

- Número de pacientes con activación de continuidad asistencial al alta.
- Coordinación efectiva con Atención Primaria en pacientes de riesgo medio o alto.

El número de usuarios del Programa Ágora incluye pacientes ingresados y familiares acompañantes, por lo que no es directamente comparable con el número de pacientes cribados.

Recursos

La práctica se desarrolla optimizando recursos ya disponibles, sin incremento estructural significativo de costes. Los recursos humanos implicados incluyen el equipo asistencial de la unidad, enfermera gestora de casos, trabajador social, SAER, voluntarios y el servicio de experiencia del paciente, coordinados bajo un marco asistencial común y contando con una enfermera referente en SND. Los recursos materiales se limitan a espacios comunes del hospital para el desarrollo de las actividades de Ágora y a herramientas de valoración integradas en la historia clínica. No se han requerido inversiones tecnológicas específicas adicionales. La organización del modelo se basa en protocolos y circuitos asistenciales claros, lo que permite una elevada eficiencia en el uso de recursos y facilita su sostenibilidad y replicabilidad en otros contextos asistenciales. Las actividades de Ágora se financian mediante fondos solidarios, sin generar coste estructural adicional para el Sistema Nacional de Salud.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en la evidencia científica que reconoce la soledad no deseada como un determinante social de la salud con impacto directo en resultados clínicos, funcionales y emocionales en personas mayores. El modelo integra recomendaciones de organismos nacionales e internacionales sobre atención centrada en la persona, abordaje de la cronicidad, humanización de la asistencia y continuidad asistencial. Así mismo, incorpora evidencia sobre la eficacia de las intervenciones grupales, el acompañamiento relacional y la detección precoz para reducir el aislamiento y mejorar el bienestar emocional. La metodología aplicada es coherente

con modelos de atención integrada y con experiencias previas de éxito en unidades de atención intermedia, adaptadas al contexto local y evaluadas mediante indicadores objetivos y subjetivos.

Equidad

El proyecto incorpora la equidad como eje transversal, priorizando la atención a personas mayores en situación de mayor vulnerabilidad social, funcional o relacional. La detección sistemática de la soledad no deseada al ingreso permite identificar de forma objetiva situaciones de aislamiento que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas, garantizando igualdad de oportunidades de acceso a la intervención. El modelo no discrimina por género, nivel socioeconómico o procedencia y se adapta a las necesidades individuales de cada paciente. La intervención mediante actividades grupales, voluntariado y continuidad asistencial reduce desigualdades relacionadas con la falta de red social y contribuye a mejorar la atención de colectivos tradicionalmente infra detectados en el sistema sanitario.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del modelo está garantizada por su integración en la práctica asistencial habitual de las unidades y por el uso de recursos existentes. La detección de la soledad no deseada forma parte de la valoración inicial al ingreso, mientras que las intervenciones se desarrollan dentro de la organización ordinaria del hospital. El programa de voluntariado y el Programa Ágora están consolidados y cuentan con apoyo institucional. El piloto de continuidad asistencial con Atención Primaria refuerza la sostenibilidad a medio y largo plazo, al facilitar intervenciones preventivas y reducir la utilización innecesaria de recursos sanitarios derivados del aislamiento social.

Transferibilidad

La práctica es altamente transferible, ya que se basa en herramientas sencillas, protocolos claros y recursos ampliamente disponibles en unidades de atención intermedia. El cribado de soledad no deseada puede integrarse fácilmente en la valoración enfermera inicial, mientras que las intervenciones grupales y el acompañamiento mediante voluntariado son replicables en otros centros con mínima adaptación. El modelo de continuidad asistencial al alta con Atención Primaria es extrapolable a diferentes contextos territoriales, favoreciendo su implementación en otras áreas del SNS. La sistematización del proceso y la disponibilidad de indicadores facilitan su reproducción y evaluación en otros entornos asistenciales.

Efectividad

La efectividad del modelo se evidencia a través de resultados medibles obtenidos durante el periodo de implantación. La detección sistemática al ingreso ha permitido evaluar a 121 pacientes, identificando de forma temprana situaciones de riesgo que anteriormente no se registraban de manera estructurada. La intervención durante el ingreso mediante el Programa Ágora ha alcanzado una participación media de 13 usuarios por sesión, con una valoración global de satisfacción de 3,8/5. En los pacientes con riesgo medio o alto, la activación del circuito de continuidad asistencial al alta ha facilitado el seguimiento por Atención Primaria, contribuyendo a una transición asistencial más segura y a la reducción del aislamiento tras el alta. El apoyo relacional y espiritual proporcionado por voluntarios y SAER contribuye a mejorar la experiencia del ingreso y el bienestar emocional percibido por los pacientes que lo solicitan, reforzando el enfoque de atención centrada en la persona.

Eficiencia

El modelo presenta una elevada eficiencia, al basarse en la reorganización de procesos y ANEXO II 8 en el aprovechamiento de recursos existentes, sin requerir inversiones estructurales relevantes. La integración del cribado de SND en la valoración inicial no incrementa la carga asistencial de forma significativa y aporta información clave para la planificación de cuidados. Las actividades del Programa Ágora y el acompañamiento por voluntariado se desarrollan en espacios comunes y con recursos humanos ya disponibles, generando un alto impacto con bajo coste. La continuidad asistencial al alta permite anticipar necesidades sociales y reducir intervenciones reactivas posteriores, favoreciendo un uso más racional de los recursos sanitarios y sociales.

Participación multidisciplinar

La práctica se sustenta en una participación interdisciplinar efectiva, integrando a enfermeras, médicos, TCAEs, enfermera gestora de casos, trabajadora social, SAER, voluntariado hospitalario, responsable de experiencia del paciente y profesionales de Atención Primaria. Cada perfil aporta competencias específicas dentro de un marco de actuación común y coordinado. La enfermera lidera la detección y la planificación inicial de la intervención, trabajo social aborda las necesidades sociales detectadas, el voluntariado refuerza el acompañamiento relacional, SAER el espiritual y Atención Primaria garantiza la continuidad al alta. Esta colaboración interdisciplinar mejora la calidad de la atención, favorece una visión integral del paciente y optimiza la toma de decisiones compartidas.

Colaboración intersectorial

El proyecto incorpora una colaboración intersectorial que trasciende el ámbito hospitalario. La coordinación con Atención Primaria en el momento del alta permite dar continuidad a la intervención y conectar a los pacientes con recursos comunitarios y sociales de su entorno. El programa de voluntariado hospitalario aporta un vínculo directo con la comunidad y refuerza el componente social del modelo. Esta articulación entre el sistema sanitario, el voluntariado y los recursos comunitarios contribuye a abordar la soledad no deseada desde una perspectiva integral, coherente con los principios de atención integrada social y sanitaria.

Evaluación

La práctica cuenta con un sistema de evaluación estructurado, basado en indicadores de proceso, resultado e impacto definidos desde el inicio. La recogida de datos se realiza de forma sistemática a través de la historia clínica y de registros específicos del Proyecto Ágora y del programa de voluntariado. Los indicadores se analizan periódicamente para valorar el grado de implantación, la efectividad de las intervenciones y las oportunidades de mejora. Los resultados obtenidos se utilizan para retroalimentar el modelo, introducir ajustes operativos y garantizar la mejora continua. Este enfoque evaluativo asegura la calidad, la transparencia y la sostenibilidad de la práctica.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

I-BAL7-4: Interoperabilidad entre el Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-Salut) y las residencias de la red pública: proyecto IoRES

Estefanía Serratusell Sabater (1), Cecilia Calvo Pita (1), Blanca María Martínez Andión (1), M.ª del Carmen Moreno Hoyos (1), Joan Pernia Bestard (1), Iruñe Salaberry Navarro (1), Antonio Octavio Sanchís Florit (1)

(1) Servicio de Salud de las Illes Balears (IB-Salut).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Interoperabilidad, atención integrada sociosanitaria, historia clínica electrónica, continuidad asistencial, residencias de mayores, salud digital.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud establece como objetivo prioritario garantizar la continuidad asistencial, especialmente en personas con enfermedades crónicas y en situación de dependencia. En este contexto, la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información del ámbito sanitario y social constituye una barrera relevante para una atención integral, segura y de calidad.

En la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, los sistemas de información sanitarios del IB-Salut disponen de una historia clínica electrónica integrada a través del sistema de información corporativo y plataforma de interoperabilidad NEXA. Sin embargo, las residencias de la red pública de atención a la dependencia utilizan diversos softwares de gestión (Aegerus, Resiplus, GCR y ADA), sin interoperabilidad entre ellos ni con el sistema sanitario. Esta situación impide el intercambio estructurado y seguro de información clínica y sociosanitaria, dificulta la coordinación entre niveles asistenciales y genera riesgos evitables para pacientes y profesionales.

La pandemia por SARS-CoV-2 evidenció de forma clara esta carencia estructural, poniendo de manifiesto la necesidad urgente de avanzar hacia un sistema de información compartido entre ambos ámbitos.

El proyecto IoRES surge como respuesta a esta necesidad, con el objetivo de implementar la interoperabilidad real entre las residencias de la red pública y el Servicio de Salud de las Illes Balears mediante la integración de los softwares residenciales con la plataforma NEXA. La propuesta aporta un valor añadido significativo al permitir que la información clínica y sociosanitaria relevante – informes de ingreso, seguimiento y derivación, alergias y alertas de cronicidad, escalas de valoración, datos antropométricos, síndromes geriátricos, contactos sociales, prescripción farmacológica, planes de atención integral y decisiones consensuadas – esté disponible de forma estructurada, actualizada y segura para los profesionales implicados, respetando la normativa de protección de datos y los consentimientos de los usuarios.

Asimismo, IoRES se alinea con las líneas prioritarias identificadas en la evaluación de la Estrategia de Cronicidad (2021), especialmente en lo relativo a historia clínica compartida y coordinación

social y sanitaria, y constituye una iniciativa estructural, sostenible y escalable, basada en estándares internacionales de interoperabilidad (HL7, FHIR, SNOMED-CT, CIE-10), con potencial de replicabilidad en otros territorios.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Aquí debe ofrecerse una visión global de la práctica: en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan

El proyecto loRES consiste en el desarrollo e implantación de un ecosistema interoperable entre los sistemas de información de las residencias de personas mayores de la red pública de atención a la dependencia y el sistema de información corporativo y plataforma de interoperabilidad NEXA.

La práctica permite el intercambio bidireccional, seguro y normalizado de información administrativa relevante, garantizando la continuidad asistencial entre los ámbitos sanitario y social. La interoperabilidad se realiza mediante servicios web a través del nodo corporativo de interoperabilidad del IB-Salut (rhapsody), añadiendo más seguridad en las comunicaciones a través de un WAF (puerta de enlace securizada), sin almacenamiento local indebido de datos clínicos en los sistemas residenciales.

El proyecto se dirige principalmente a personas mayores institucionalizadas, así como a los profesionales sanitarios y sociosanitarios que participan en su atención (enfermeros y enfermeras, médicos y médicas, trabajadores sociales y otros perfiles). A nivel organizativo, loRES, se estructura en fases claramente definidas: consultoría inicial y definición funcional, desarrollo de nuevas funcionalidades, gestión de permisos a responsables y profesionales sanitarios de residencias, implantación progresiva en entornos de preproducción y producción, estabilización, soporte y formación a profesionales.

Entre los principales contenidos interoperables destacan: identificación unívoca del paciente mediante CIP autonómico; informes de ingreso, derivación y seguimiento evolutivo; escalas de valoración integral; alergias; alertas de cronicidad; prescripción farmacológica; datos antropométricos y constantes; síndromes geriátricos y contactos sociales. Toda la información se integra conforme a los modelos de datos, catálogos corporativos y arquetipos definidos por el IB-Salut.

Población diana / ámbito de aplicación

Personas institucionalizadas en residencias de la red pública de atención a la dependencia de las Illes Balears, especialmente aquellas con enfermedades crónicas, pluripatología y situaciones de dependencia, que utilizan alguno de los sistemas informáticos que se indican a continuación: ADA, Aegerus, GCR o Resiplus.

Metodología

Metodología estructurada en fases: análisis y definición funcional, desarrollo de nuevas funcionalidades interoperables, validación técnica y funcional, gestión de usuarios corporativos a los profesionales de residencias que permitan el acceso al sistema de información corporativo

y plataforma de interoperabilidad NEXA, implantación progresiva en producción, estabilización, soporte y formación.

Objetivos

Garantizar la continuidad asistencial entre los ámbitos sanitario y social; facilitar el intercambio seguro y estructurado de información clínica y sociosanitaria; mejorar la calidad y seguridad de la atención a personas mayores institucionalizadas; reducir errores y duplicidades; y apoyar la toma de decisiones clínicas mediante información compartida y actualizada.

Actuaciones realizadas

Desarrollo de integraciones entre los sistemas residenciales y NEXA; definición de modelos de datos y catálogos corporativos; implantación de nuevas funcionalidades interoperables; establecimiento de circuitos de soporte; validación funcional y técnica; formación a profesionales del IB-Salut y de residencias.

Indicadores

Número de residencias interoperando.

Recursos

Recursos humanos multidisciplinares (profesionales de tecnologías de la información y comunicación (TIC), clínicos y gestores); infraestructura tecnológica corporativa; plataforma NEXA; puerta de enlace securizada; sistema de información poblacional donde se integra el maestro de residencias; herramienta de soporte y mantenimiento; recursos formativos y documentales.

Basada en la evidencia

Basada en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud, en la evaluación de 2021 y en recomendaciones sobre historia clínica compartida. Utiliza estándares internacionales de interoperabilidad (HL/, FHIR, SNOMED-CT, CIE-10) y modelos consolidados de integración de sistemas.

Equidad

Garantiza que todas las personas institucionalizadas en la red pública dispongan del mismo acceso a una información clínica integrada, independientemente de la residencia o isla, reduciendo desigualdades en la atención.

Sostenibilidad

Integración en infraestructuras corporativas del IB-Salut, uso de estándares abiertos, mantenimiento planificado y reducción de duplicidades, asegurando viabilidad a medio y largo plazo.

Transferibilidad

Modelo replicable en otros territorios y ámbitos sociosanitarios, basado en estándares, arquitectura modular y normativa común del Sistema Nacional de Salud.

Efectividad

Mejora de la continuidad asistencial, acceso a información actualizada y reducción de riesgos asociados a la fragmentación de datos, evidenciada mediante validaciones funcionales y uso real del sistema.

Eficiencia

Optimización de procesos, disminución de duplicidades informativas y mejor uso de recursos profesionales y tecnológicos mediante interoperabilidad estructural.

Participación multidisciplinar

Participan profesionales sanitarios, sociosanitarios, técnicos TIC, responsables de calidad y gestores, garantizando una visión integral del proceso asistencial.

Colaboración intersectorial

Colaboración entre el sistema sanitario público, la red pública de atención a la dependencia, servicios sociales y proveedores tecnológicos, con gobernanza liderada por el IB-Salut.

Evaluación

Seguimiento continuo mediante reuniones periódicas, informes de actividad, validaciones técnicas y funcionales, y análisis de impacto asistencial y organizativo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD7-1: Programa de vídeo- Electroencefalograma (video EEG) domiciliario en población pediátrica con patología neurológica crónica dentro de los equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y de la Hospitalización Pediátrica a Domicilio del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

David Mansilla Lozano (1), Raquel Jiménez García (2), Anna Duat Rodríguez (3), Alejandro López Neyra (4), Ricardo Martino Alba (5), Verónica Puertas Martín (5), Verónica Cantarín Extremera (3), Francisca Romero Andújar (4), Blanca Montero Sánchez (5), Mónica Sánchez Oliver (6)

(1) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención domiciliaria, epilepsia infantil, vídeo-electroencefalograma, enfermedad neurológica crónica, cuidados paliativos pediátricos.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La epilepsia en el contexto de; encefalopatías epilépticas y/o del neurodesarrollo y en el daño cerebral adquirido, en la edad pediátrica son patologías crónicas complejas, con elevada carga de morbilidad y gran impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias. Una parte significativa de estos pacientes está incluida en programas de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios o en Hospitalización Pediátrica a Domicilio, dada su fragilidad clínica y necesidad de cuidados continuados en el hogar.

En este contexto, el vídeo-electroencefalograma (vídeo-EEG) prolongado es una herramienta diagnóstica y de seguimiento esencial para clasificar crisis y síndromes epilépticos, diferenciar crisis epilépticas de otros episodios paroxísticos, valorar la carga epiléptica global (especialmente durante el sueño), actuar como complemento de diagnóstico y seguimiento de pacientes de la unidad de daño cerebral adquirido, con el objetivo de orientar decisiones terapéuticas relevantes. Sin embargo, el modelo clásico de realización de estos estudios mediante ingresos hospitalarios o estancias en hospital de día resulta especialmente inadecuado para pacientes crónicos complejos atendidos en domicilio: los desplazamientos al hospital suponen un riesgo clínico y una sobrecarga para las familias, rompen el entorno de cuidados domiciliarios y consumen recursos hospitalarios de forma poco eficiente.

Antes de la implantación de esta buena práctica, la lista de espera para estudios de vídeo-EEG prolongado en el ámbito hospitalario para pacientes ya diagnosticados superaba el año, lo que retrasaba ajustes terapéuticos y decisiones clínicas clave. Además, muchos de estos niños precisaban ingreso únicamente para realizar la monitorización, pese a estar incluidos en programas que priorizan la atención en domicilio.

Para dar respuesta a esta necesidad, desde hace varios años en base a la experiencia previa de poligrafías respiratorias domiciliarias cuya coordinación recae en servicio de Neumología, en

marzo de 2025 se ha puesto en marcha un programa estructurado de vídeo-EEG domiciliario integrado en la Unidad de Atención Integral de Paliativos Pediátricos y en la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica (dirigida a pacientes con patología aguda y crónica) del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (esta última en un radio aproximado de 30 minutos). Esta práctica permite realizar anualmente alrededor (una estimación media aproximada); de 1145 poligrafías respiratorias y de 90 estudios de vídeo-EEG en el propio hogar, evitando desplazamientos e ingresos, reduciendo en más de un año la lista de espera y mejorando la experiencia de las familias, que han mostrado una acogida muy positiva.

La propuesta es plenamente coherente con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS en su línea de Atención Domiciliaria, al incorporar una prueba de alta complejidad al entorno domiciliario, reforzar la continuidad asistencial y contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un uso más adecuado de los recursos hospitalarios.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La buena práctica consiste en la implantación de un programa de vídeo-EEG domiciliario dirigido a niños y niñas con patología neurológica crónica (encefalopatías epilépticas y del neurodesarrollo, daño cerebral adquirido) atendidos por los equipos la Unidad de Atención Integral de Paliativos Pediátricos y en la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica (dirigida a pacientes con patología aguda y crónica) del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

De forma general, la práctica integra la monitorización de vídeo-EEG prolongado dentro del circuito asistencial ya existente de atención domiciliaria, de manera que la prueba se realiza en el propio hogar del paciente, respetando el modelo de cuidados centrado en el domicilio. La indicación del estudio parte de Neuropediatría / Cuidados Paliativos / Neumología y Pediatría, en coordinación con Neurofisiología y con los equipos domiciliarios. Una vez valorada la idoneidad clínica y logística, se programa la fecha y se organiza la visita del personal de enfermería de cuidados domiciliarios (previamente formada y capacitada para este trabajo por parte de los médicos del servicio de Neurofisiología, realizando una labor específica de “técnico en neurofisiológica”).

El personal de enfermería instala un sistema portátil de EEG con grabación simultánea de vídeo, utilizando gorros pediátricos y posicionando la cámara para registrar tanto la vigilia como el sueño. La familia recibe instrucciones claras sobre el uso de marcadores de eventos y las recomendaciones durante el registro. La monitorización se prolonga habitualmente 12 - 24 horas, en las que el niño mantiene su entorno familiar y sus rutinas propias de los programas de cuidados paliativos domiciliarios o de hospitalización a domicilio. Posteriormente, el equipo es retirado, los datos se analizan en el servicio de Neurofisiología y el informe se integra en la historia clínica, compartiéndose con personal médico implicado y los equipos domiciliarios, para ajustar el plan terapéutico.

El programa se dirige a población pediátrica con epilepsia y encefalopatías epilépticas de la Comunidad de Madrid (en el ámbito de paliativos domiciliarios) y a pacientes crónicos complejos incluidos en la hospitalización pediátrica a domicilio del Hospital Niño Jesús (radio aproximado de asistencia; de 30 minutos). Aporta elementos claramente innovadores: traslada una prueba de alta especialización al domicilio; integra tecnología avanzada en equipos de atención domiciliaria; reduce en más de un año la lista de espera de vídeo-EEG hospitalario; evita ingresos y desplazamientos con alto coste clínico, emocional y económico; y mejora de forma evidente la

experiencia de las familias, que valoran muy positivamente poder realizar la prueba sin salir de su casa.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana son niños, niñas y adolescentes con patología neurológica crónica (principalmente encefalopatías epilépticas y trastornos del neurodesarrollo con epilepsia asociada) que precisan estudios de vídeo-EEG prolongado para el adecuado manejo de su enfermedad.

El ámbito de aplicación es doble: toda la Comunidad de Madrid, mediante los equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios, que atienden a pacientes con alta complejidad y necesidad de cuidados continuos en el hogar, y el área de influencia de la Hospitalización Pediátrica a Domicilio no paliativa del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, en un radio aproximado de 30 minutos de desplazamiento. Se priorizan pacientes para los que el desplazamiento al hospital supone un riesgo o una sobrecarga importante, y aquellos en los que la monitorización domiciliaria es más coherente con el plan de cuidados crónicos centrado en el domicilio.

Metodología

La metodología se basa en la integración de la monitorización de vídeo-EEG en los circuitos de atención domiciliaria ya existentes. La indicación clínica se realiza desde los servicios médicos implicados en el proceso anteriormente mencionados, en coordinación con Neurofisiología y los equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y Hospitalización a Domicilio. Se seleccionan los pacientes según criterios clínicos y logísticos (fragilidad, dificultad de desplazamiento, tipo de crisis, idoneidad del domicilio). El equipo de enfermería domiciliaria instala en el hogar un sistema portátil de EEG con vídeo, colocan el gorro pediátrico, posicionan la cámara y explican a la familia el uso de marcadores de eventos. El registro se prolonga habitualmente 12-24 horas en condiciones habituales de vida. Posteriormente, se retira el equipo, se analizan los datos en Neurofisiología y se integra el informe en la historia clínica. Los resultados se revisan con la familia y los equipos domiciliarios para ajustar tratamiento y plan de cuidados.

Objetivos

Integrar el vídeo-EEG prolongado en el domicilio de niños con patología neurológica crónica incluidos en Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y Hospitalización Pediátrica a Domicilio.

Reducir en más de un año la lista de espera para estudios de vídeo-EEG prolongado en el ámbito hospitalario. Evitar ingresos hospitalarios motivados exclusivamente por la necesidad de monitorización de EEG.

Mejorar la accesibilidad y la equidad en el acceso a esta prueba de alta complejidad para familias de toda la Comunidad de Madrid.

Incrementar la satisfacción de las familias, reduciendo desplazamientos y estrés asociado.

Mejorar la toma de decisiones clínicas (clasificación de crisis, ajustes de tratamiento, planificación terapéutica) con información recogida en el entorno real de vida del paciente.

Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un uso más eficiente de recursos hospitalarios.

Actuaciones realizadas

Las principales actuaciones desde marzo de 2025 han sido: definición conjunta del circuito asistencial entre Neurofisiología, Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y Hospitalización Pediátrica a Domicilio; adquisición o adecuación de equipos portátiles de vídeo-EEG y gorros pediátricos para uso domiciliario; elaboración de protocolos de selección de pacientes, instalación, registro y retirada del equipo; formación específica de enfermería domiciliaria con funciones añadidas, en este caso concreto, de técnicos de neurofisiología y profesionales de los equipos domiciliarios; puesta en marcha del programa con una actividad anual prevista de unos 90 estudios de vídeo-EEG domiciliario; evaluación de la lista de espera antes y después de la implementación, constatando una reducción superior a un año; y recogida sistemática de la percepción y satisfacción de las familias, que refieren una acogida muy positiva, especialmente por la evitación de ingresos y desplazamientos al hospital.

Indicadores

Se utilizan indicadores de actividad, accesibilidad, uso de recursos, resultados clínicos y satisfacción. Entre ellos: número anual de estudios de vídeo-EEG domiciliario realizados y porcentaje de pacientes de paliativos domiciliarios y hospitalización a domicilio que acceden al programa; tiempo medio de espera para vídeo-EEG antes de la implementación y tiempo medio tras la puesta en marcha, con una reducción superior a un año; número de ingresos hospitalarios y días de cama evitados vinculados a monitorización de EEG; proporción de estudios que conducen a cambios en el manejo clínico (ajustes de tratamiento, nuevas decisiones diagnósticas); y resultados de encuestas de satisfacción a familias, centradas en comodidad, comprensión del procedimiento, percepción de seguridad y preferencia por el domicilio frente al hospital.

Recursos

Los recursos humanos incluyen facultativos especialistas de área con dedicación exclusiva a población pediátrica; neurología, neumológica, pediatría, neurofisiológica y cuidados paliativos. Personal de enfermería pertenecientes a los equipos de asistencia domiciliaria encargada de la instalación y retirada de equipos en domicilio (realizando funciones relevantes como técnicos de neurofisiológica, tras haber recibido la pertinente formación reglada para dicha labor), así como personal administrativo para coordinación y citación.

Los recursos materiales necesarios, han posibilitado la incorporación de un nuevo equipo portátil de EEG con capacidad de registro prolongado y vídeo, con software ampliado para estudio de polisomnografía, gorros pediátricos y material desechable para la colocación de electrodos, vehículos y medios de transporte para desplazamientos al domicilio, y sistemas informáticos seguros para el almacenamiento y acceso a los datos desde la historia clínica electrónica. Se ha optimizado el uso de recursos existentes, reforzando la capacidad domiciliaria sin necesidad de incrementar camas hospitalarias ni el número de profesionales que realizan esta labor.

Basada en la evidencia

La monitorización prolongada de EEG y vídeo-EEG está ampliamente respaldada por la literatura científica como herramienta esencial en el diagnóstico y manejo de las epilepsias infantiles y encefalopatías epilépticas, al mejorar la captación de crisis y la clasificación de síndromes. Diversos estudios han demostrado la factibilidad y utilidad del vídeo-EEG ambulatorio y domiciliario en población pediátrica, incrementando la eficiencia del sistema y reduciendo la necesidad de ingresos para monitorización. Asimismo, las estrategias de atención domiciliaria y cuidados paliativos pediátricos se sustentan en recomendaciones nacionales e internacionales que priorizan la permanencia del niño en su hogar siempre que sea posible, incorporando tecnologías que permitan una atención especializada sin ingreso. Esta buena práctica adapta dichas evidencias a la realidad organizativa de la Comunidad de Madrid y se alinea con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del SNS y con las guías clínicas de epilepsia y cuidados paliativos pediátricos.

Equidad

El programa mejora la equidad al acercar una prueba de alta complejidad como el vídeo-EEG prolongado a niños y niñas con grandes dificultades para desplazarse al hospital por su fragilidad clínica, situación funcional o contexto familiar. Al abarcar toda la Comunidad de Madrid a través de los Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios, se reduce el impacto de la distancia geográfica y de las diferencias socioeconómicas en el acceso a estudios avanzados de neurofisiología. Evitar ingresos y múltiples visitas hospitalarias disminuye la carga económica indirecta para las familias (transporte, ausencias laborales, costes de acompañamiento), beneficiando especialmente a los hogares con menor capacidad de afrontamiento. La coordinación con programas de atención domiciliaria permite una identificación proactiva de pacientes vulnerables que podrían quedar excluidos de un modelo centrado exclusivamente en el hospital.

Sostenibilidad

La buena práctica contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario al reducir el uso de camas de hospitalización destinadas a monitorización de vídeo-EEG, reservándolas para pacientes que realmente precisan vigilancia presencial intensiva. Disminuye ingresos y desplazamientos que no aportan valor añadido, optimizando el uso de recursos humanos y materiales. Al integrarse en estructuras ya existentes de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y Hospitalización Pediátrica a Domicilio, minimiza la necesidad de crear nuevos dispositivos y aprovecha redes consolidadas. El balance entre inversión inicial en equipos portátiles y formación y los beneficios en reducción de listas de espera, ingresos evitados y mejora de la satisfacción familiar apunta a un modelo sostenible a medio y largo plazo. La práctica es escalable y adaptable, pudiendo ampliarse progresivamente o replicarse en otros ámbitos con un coste incremental moderado.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible a otros hospitales y servicios de salud del Sistema Nacional de Salud que dispongan de servicios de Neurofisiología y de programas de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y/o Hospitalización Pediátrica a Domicilio. La clave reside en la coordinación entre equipos y en la adaptación de los circuitos de derivación y de la logística del personal de enfermería domiciliaria con capacitación específica en este área. Los protocolos desarrollados para criterios de selección, instalación en domicilio, registro, retirada, análisis e integración de resultados son reproducibles y pueden compartirse como guía para otras comunidades autónomas. La introducción progresiva de vídeo-EEG domiciliario puede adaptarse

a la realidad de cada territorio, comenzando por grupos piloto (por ejemplo, pacientes de paliativos pediátricos) y ampliándose posteriormente a otras poblaciones crónicas infantiles.

Efectividad

Desde su implantación en marzo de 2025, el programa ha demostrado ser efectivo al realizar aproximadamente 90 estudios de vídeo-EEG domiciliario anuales en pacientes pediátricos con patología neurológica crónica, ampliando la capacidad diagnóstica global. Ha permitido reducir en más de un año la lista de espera para monitorización de vídeo-EEG prolongado en el ámbito hospitalario, acelerando decisiones clínicas clave. Ha mejorado la capacidad de toma de decisiones terapéuticas, facilitando ajustes de tratamiento y clarificación diagnóstica en un plazo más corto y en un entorno familiar. Además, ha evitado ingresos y visitas hospitalarias en niños frágiles, con impacto positivo sobre su calidad de vida y la de sus familias. Las familias refieren una experiencia muy positiva, destacando la comodidad, la reducción de estrés y el respeto al entorno de cuidados domiciliarios.

Eficiencia

La buena práctica mejora la eficiencia al reemplazar ingresos hospitalarios, que implican consumo de cama, personal de enfermería y otros recursos, por desplazamientos puntuales de técnicos de neurofisiología con equipos portátiles. Reduce la necesidad de repetir pruebas o prolongar estancias por no haber captado crisis en registros cortos realizados en el hospital. Disminuye los costes indirectos para las familias relacionados con transportes, alojamientos y ausencias laborales. El uso de recursos se orienta hacia donde aportan mayor valor, al desplazar la tecnología al domicilio del paciente crónico complejo en lugar de forzar su desplazamiento al hospital. La reducción de listas de espera también evita costes asociados al mal control prolongado de crisis, como urgencias e ingresos no planificados.

Participación multidisciplinar

La práctica se apoya en una amplia participación multidisciplinar. Neuropediatría indica los estudios, integra la información en el plan terapéutico y comunica los resultados a las familias. Neurofisiología Clínica diseña el protocolo, interpreta los registros y elabora los informes. El personal de enfermería domiciliaria realiza la instalación y retirada de los equipos en domicilio y aseguran la calidad técnica del registro. Los equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliarios y de Hospitalización Pediátrica a Domicilio coordinan la atención en el hogar, informan a las familias, ayudan a seleccionar pacientes y ajustan los cuidados según resultados. El personal de Enfermería de estos equipos domiciliarios, además, apoyan la comunicación y la educación sanitaria. Esta colaboración refuerza un enfoque integral, centrado en la persona y su entorno, clave en el abordaje de la cronicidad pediátrica compleja.

Colaboración intersectorial

Aunque la intervención se desarrolla fundamentalmente en el ámbito sanitario, existe colaboración con otros sectores en función de las necesidades de cada caso. Se coordina con servicios sociales en pacientes con alta vulnerabilidad o necesidades especiales de apoyo en el domicilio. Se mantiene comunicación con el ámbito educativo —centros escolares, maestros de aula hospitalaria o domiciliaria— cuando los resultados del vídeo-EEG tienen implicaciones en la asistencia escolar o en adaptaciones curriculares. En algunos casos, se colabora con asociaciones de pacientes y familias vinculadas a la epilepsia, las encefalopatías epilépticas y los cuidados

paliativos pediátricos, que ayudan a difundir la existencia del programa y a apoyar a las familias. Esta red de colaboración intersectorial contribuye a un abordaje más completo de la cronicidad.

Evaluación

La evaluación del programa se realiza de forma continua mediante la revisión periódica de indicadores cuantitativos, como el número de estudios domiciliarios realizados, los tiempos de espera, los ingresos evitados y los cambios de manejo derivados del vídeo-EEG. Se llevan a cabo reuniones entre los distintos profesionales implicados para revisar casos complejos, identificar barreras y proponer mejoras. Se aplican encuestas de satisfacción a familias, centradas en comodidad, comprensión del procedimiento, percepción de seguridad y preferencia por el domicilio frente al hospital. Asimismo, se analizan incidencias técnicas o de organización, como fallos de equipo o dificultades logísticas, para ajustar protocolos. Estos elementos permiten ajustar el programa, reforzar sus puntos fuertes y detectar oportunidades de mejora, garantizando su calidad y alineación con los objetivos de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD7-2: Consulta multidisciplinar especializada para el abordaje integral del Síndrome de Rett

Elena González Alguacil (1), Víctor Soto Insuga (1), Verónica Cantarín Extremera (1), Anna Duat Rodríguez (1)

(1) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Servicio Madrileño de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Síndrome de Rett, consulta multidisciplinar, atención integrada, continuidad asistencial, enfermedades raras, transición a la edad adulta.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El Síndrome de Rett es una enfermedad neurológica rara, de origen genético, crónica y de elevada complejidad clínica, que afecta principalmente a la población pediátrica y adulta joven y constituye una de las principales causas de discapacidad intelectual grave en mujeres. Su carácter multisistémico y evolutivo genera necesidades sanitarias, funcionales y sociales complejas, que requieren la intervención coordinada de múltiples especialidades a lo largo de toda la vida. Sin embargo, la atención habitual suele estar fragmentada, con consultas independientes, variabilidad en el manejo clínico y una elevada carga asistencial y de desplazamientos para las pacientes y sus familias.

Esta situación pone de manifiesto una clara necesidad de salud: disponer de modelos asistenciales estructurados que garanticen una atención integral, continuada y coordinada para las personas con Síndrome de Rett, reduciendo la variabilidad clínica y las desigualdades en el acceso a una atención experta. La baja prevalencia de la enfermedad, unida a su elevada complejidad, dificulta además la acumulación de experiencia clínica en muchos centros, lo que refuerza la necesidad de concentrar conocimiento y coordinación en unidades especializadas dentro del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto surge la consulta multidisciplinar de Síndrome de Rett, activa desde el año 2019, como respuesta a la necesidad de un abordaje integral y organizado de esta patología. La práctica se alinea plenamente con la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud, al promover un modelo de atención integrada, centrada en la persona, orientada a la continuidad asistencial y a la optimización de recursos. La consulta permite concentrar en un único proceso asistencial la valoración anual de las pacientes por un equipo estable de doce especialidades, facilitando la toma de decisiones consensuadas y la elaboración de planes de manejo individualizados.

La relevancia de esta práctica radica no solo en la mejora de la atención clínica, sino también en su impacto organizativo y social. La coordinación directa con los hospitales de referencia de las pacientes permite que gran parte de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas se realicen en su centro de origen, reduciendo desplazamientos innecesarios y favoreciendo la equidad territorial.

Asimismo, la concentración de la atención en jornadas programadas optimiza el uso de los recursos disponibles y disminuye la fragmentación asistencial.

El valor añadido de la propuesta respecto a lo ya existente reside en la sistematización de un modelo asistencial multidisciplinar consolidado, sostenible y transferible, que ha permitido la acumulación de experiencia clínica específica, la mejora progresiva de la calidad de la atención y el desarrollo de actividades de investigación, formación y sensibilización. La colaboración estrecha con asociaciones de pacientes, tanto a nivel nacional como europeo, refuerza además la orientación del modelo hacia las necesidades reales de las personas afectadas

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta consiste en el desarrollo y consolidación de una consulta multidisciplinar especializada para pacientes con Síndrome de Rett, activa de forma continuada desde el año 2019 en un hospital de referencia del Sistema Nacional de Salud. Se trata de un modelo asistencial estructurado que introduce una forma innovadora de organizar la atención a una enfermedad rara, crónica y de elevada complejidad clínica, superando el enfoque tradicional basado en consultas aisladas y no coordinadas.

La consulta está dirigida a pacientes con diagnóstico clínico de Síndrome de Rett asociado a mutación del gen MECP2, procedentes de diferentes Comunidades Autónomas del territorio nacional, así como a sus familias y cuidadores. El ámbito de aplicación es hospitalario y la atención se organiza mediante jornadas programadas con periodicidad mensual, desarrolladas durante dos días al mes, lo que permite concentrar de forma innovadora y eficiente todas las valoraciones necesarias en un único proceso asistencial.

Durante estas jornadas, un equipo estable formado por doce especialidades sanitarias realiza una evaluación integral anual de cada paciente. El carácter innovador del modelo reside en la concentración temporal y organizativa de la atención, que permite una visión global de la paciente, facilita la comunicación directa entre profesionales y reduce la fragmentación asistencial. Este enfoque sustituye múltiples consultas secuenciales por un proceso coordinado, mejorando la experiencia de las pacientes y sus familias.

Tras la valoración clínica, los profesionales implicados participan en una reunión conjunta de toma de decisiones, en la que se consensúa de forma individualizada el plan de manejo más adecuado. La innovación se extiende al modelo de coordinación posterior, basado en la comunicación directa entre cada especialidad y sus homólogos de los hospitales de referencia de las pacientes, priorizando la realización de las actuaciones en el centro de origen siempre que es posible y evitando desplazamientos innecesarios.

El modelo ha permitido la acumulación progresiva de experiencia clínica específica y la consolidación del centro como referente en el abordaje del Síndrome de Rett, concentrando actividad asistencial, investigación y generación de conocimiento. Esta concentración de experiencia constituye un elemento innovador clave en el contexto de una enfermedad rara, al favorecer la homogeneización del manejo clínico y la mejora continua de la atención.

Finalmente, la práctica incorpora un enfoque innovador de participación activa de las asociaciones de pacientes desde su diseño inicial, así como la realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a familias y profesionales. El modelo se completa con un circuito de transición a la edad adulta, desarrollado en colaboración con la Unidad de

Enfermedades Minoritarias del Hospital Universitario de La Princesa, que garantiza la continuidad asistencial de las pacientes a partir de los 18 años y refuerza el abordaje integral a lo largo del ciclo vital.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana está constituida por pacientes con diagnóstico clínico de Síndrome de Rett asociado a mutación del gen MECP2, en sus distintas formas de presentación y etapas evolutivas, en edad pediátrica (hasta los 18 años), así como por sus familias y cuidadores principales. Se trata de una enfermedad rara, crónica y compleja que requiere una atención especializada, integral y continuada.

El ámbito de aplicación es hospitalario, desarrollándose la práctica en un hospital pediátrico de referencia del Sistema Nacional de Salud mediante una consulta multidisciplinar específica. La consulta se realiza con periodicidad mensual (dos días al mes) y atiende a pacientes procedentes de diferentes Comunidades Autónomas del territorio nacional. En la atención participan de forma coordinada doce especialidades sanitarias, con el apoyo de una enfermera de enlace que facilita la continuidad asistencial, el seguimiento longitudinal y la comunicación con las familias.

Metodología

La práctica se basa en un modelo de atención multidisciplinar estructurado y planificado. Las pacientes son valoradas de forma integral con periodicidad anual en una consulta específica que se desarrolla dos días al mes. Durante estas jornadas, un equipo formado por doce especialidades sanitarias realiza la evaluación clínica, funcional y psicosocial de cada paciente, concentrando en un único proceso las valoraciones necesarias.

Tras la atención clínica, los profesionales implicados participan en una sesión conjunta en la que se consensua de manera individualizada el plan de manejo más adecuado para cada paciente. La coordinación posterior se realiza de forma directa entre cada especialidad y sus homólogos del hospital de referencia de la paciente, priorizando la realización de las actuaciones en su centro de origen siempre que sea posible, con el objetivo de evitar desplazamientos innecesarios.

La enfermera de enlace apoya el proceso asistencial facilitando el seguimiento longitudinal de las pacientes, la continuidad asistencial y la comunicación con las familias en los aspectos organizativos del modelo. Este enfoque concentrado favorece la especialización del centro, la adquisición de experiencia clínica, la investigación y el trabajo conjunto con asociaciones de pacientes para la elaboración de guías de manejo y actividades de sensibilización.

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la calidad de la atención y la continuidad asistencial de las pacientes con Síndrome de Rett mediante un modelo de consulta multidisciplinar especializada, coordinada y centrada en la persona, que permita una valoración integral y un manejo clínico individualizado.

Objetivos específicos:

1. Garantizar una evaluación integral anual y coordinada de las pacientes con Síndrome de Rett, concentrando en un único proceso asistencial la valoración por las distintas especialidades implicadas.
2. Optimizar la coordinación entre niveles y centros asistenciales, facilitando la comunicación directa entre los profesionales del centro especializado y los hospitales de referencia de las pacientes, con el fin de reducir desplazamientos innecesarios.
3. Homogeneizar el manejo clínico de la patología mediante la elaboración y aplicación de recomendaciones consensuadas y guías de actuación basadas en la evidencia y la experiencia acumulada.
4. Favorecer la generación de conocimiento, la investigación clínica y la sensibilización sobre el Síndrome de Rett, en colaboración con asociaciones de pacientes y profesionales implicados.

Actuaciones realizadas

Organización y puesta en marcha de una consulta multidisciplinar específica para pacientes con Síndrome de Rett, activa desde 2019, con periodicidad mensual (dos días al mes). Durante estas jornadas se realiza la valoración integral anual de cada paciente por un equipo compuesto por doce especialidades sanitarias, coordinando en un único proceso asistencial las distintas evaluaciones clínicas necesarias.

Tras la atención clínica, se celebra una reunión conjunta de los profesionales implicados en la que se revisan los hallazgos y se acuerda de forma consensuada el plan de manejo individualizado. Cada especialidad contacta posteriormente con su homólogo del hospital de referencia de la paciente para coordinar la implementación de las actuaciones diagnósticas o terapéuticas, priorizando su realización en el centro de origen siempre que es posible.

De forma paralela, el equipo desarrolla actividades de investigación clínica, elaboración de guías de manejo y colaboración continuada con asociaciones de pacientes, así como acciones formativas y de sensibilización sobre la patología.

Indicadores

La práctica se evalúa mediante un sistema de seguimiento basado en indicadores de proceso y resultados clínicos y organizativos. Se registra de forma sistemática la actividad de la consulta multidisciplinar, incluyendo el número de pacientes valoradas anualmente, la realización completa de la evaluación integral en las dos jornadas programadas y el grado de participación de las especialidades implicadas.

Como resultados, se analizan la elaboración de planes de manejo individualizados consensuados, la coordinación efectiva con los hospitales de referencia de las pacientes para la implementación de las actuaciones indicadas y la reducción de consultas fragmentadas y desplazamientos innecesarios al centro especializado.

Asimismo, se recogen indicadores relacionados con la satisfacción de las familias y cuidadores y con la continuidad asistencial percibida, utilizando esta información para la revisión periódica del modelo y la mejora continua de la atención prestada.

Recursos

La práctica se desarrolla fundamentalmente con recursos propios del sistema sanitario público, optimizando su utilización mediante una organización asistencial concentrada y planificada. Los recursos humanos incluyen un equipo estable formado por doce especialidades sanitarias con experiencia en el abordaje del Síndrome de Rett, que participan de forma coordinada en la consulta multidisciplinar, así como una enfermera de enlace que desempeña un papel clave en el seguimiento longitudinal y la continuidad asistencial de las pacientes.

Se emplean recursos materiales y estructurales ya disponibles en el hospital de referencia, tales como consultas externas, salas de reuniones clínicas y sistemas de información compartidos para el registro y seguimiento de la actividad asistencial. La concentración de la atención en dos jornadas mensuales permite racionalizar agendas, reducir duplicidades de pruebas y consultas y minimizar desplazamientos de las pacientes y sus familias.

Este modelo organizativo favorece un uso eficiente de los recursos, sin requerir inversiones adicionales significativas, y facilita la sostenibilidad de la práctica a largo plazo dentro del Sistema Nacional de Salud.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en la evidencia científica disponible sobre el abordaje del Síndrome de Rett, que recomienda una atención multidisciplinar, coordinada y continuada debido a la complejidad clínica y evolutiva de la enfermedad. Diversos estudios y consensos internacionales destacan la necesidad de integrar diferentes especialidades para mejorar el seguimiento clínico, prevenir complicaciones y optimizar la calidad de vida de las pacientes y sus familias.

Asimismo, el modelo se alinea con la evidencia existente sobre atención integrada en enfermedades raras y crónicas complejas, que demuestra beneficios en términos de continuidad asistencial, eficiencia y reducción de la fragmentación de la atención. La experiencia acumulada desde 2019, junto con la participación activa en proyectos de investigación y la colaboración con asociaciones de pacientes, ha permitido adaptar y actualizar de forma continua el modelo asistencial conforme a la evidencia y a la práctica clínica real.

Equidad

La práctica contribuye a mejorar la equidad en la atención sanitaria al dar respuesta a las necesidades de pacientes con Síndrome de Rett, una enfermedad rara y compleja que requiere un abordaje altamente especializado y coordinado. A pesar de su baja prevalencia, el impacto clínico, funcional y social de la enfermedad es elevado, lo que puede generar desigualdades en el acceso a una atención adecuada.

El desarrollo de una consulta multidisciplinar de referencia permite reducir la variabilidad en la atención y minimizar las desigualdades derivadas del lugar de residencia, facilitando el acceso a una valoración integral y experta a pacientes procedentes de diferentes Comunidades Autónomas. Asimismo, la coordinación con los hospitales de referencia favorece la continuidad asistencial y evita desplazamientos innecesarios, contribuyendo a una atención más equitativa y adaptada a las necesidades individuales de las pacientes y sus familias, evitando que la rareza y la complejidad de la enfermedad condicionen el acceso a una atención experta y continuada.

Sostenibilidad

La consulta multidisciplinar de Síndrome de Rett se desarrolla de forma continuada desde el año 2019, lo que demuestra su consolidación y viabilidad a largo plazo dentro del sistema sanitario público. El modelo está integrado en la actividad asistencial habitual del hospital, utilizando recursos humanos y estructurales ya existentes y sin requerir financiación adicional específica.

La organización concentrada de la atención en dos jornadas mensuales permite una planificación eficiente de las agendas profesionales y una optimización de los recursos disponibles, facilitando su mantenimiento en el tiempo. La adquisición progresiva de experiencia clínica por parte del equipo y la sistematización del modelo asistencial contribuyen a su estabilidad y mejora continua.

Asimismo, el modelo incorpora un circuito de transición a la edad adulta mediante una consulta específica desarrollada en colaboración con la Unidad de Enfermedades Minoritarias del Hospital Universitario de La Princesa, lo que garantiza la continuidad asistencial de las pacientes a partir de los 18 años y refuerza la sostenibilidad del abordaje a lo largo del ciclo vital.

Transferibilidad

El modelo de consulta multidisciplinar desarrollado es transferible a otros centros, al basarse en una organización asistencial estructurada y no en recursos tecnológicos específicos o exclusivos. La concentración de la atención en jornadas programadas, la coordinación entre especialidades y la elaboración de planes de manejo individualizados constituyen elementos replicables en otros contextos asistenciales.

La experiencia acumulada desde 2019 ha permitido sistematizar los circuitos de atención, los roles profesionales y los procesos de coordinación, facilitando su adaptación a otros hospitales con diferente nivel de complejidad. Asimismo, el modelo es aplicable a otras enfermedades raras o crónicas complejas que requieren una atención integrada y especializada.

El modelo incorpora además un circuito de transición a la edad adulta desarrollado en colaboración con una unidad especializada en enfermedades minoritarias, elemento igualmente transferible que garantiza la continuidad asistencial y refuerza la aplicabilidad del enfoque en distintos entornos sanitarios.

Efectividad

Desde su implantación en 2019, la práctica ha mostrado resultados positivos y sostenidos en distintos ámbitos. En términos de actividad asistencial, se ha consolidado una evaluación anual sistemática de las pacientes con Síndrome de Rett mediante un modelo multidisciplinar estable y estructurado.

En cuanto a los resultados profesionales, la participación continuada de doce especialidades ha permitido una acumulación progresiva de experiencia clínica específica, que se traduce en una mayor capacidad del equipo para la identificación precoz de necesidades clínicas, la anticipación de complicaciones y la toma de decisiones consensuadas y más ajustadas a la complejidad de la enfermedad.

A nivel organizativo, el modelo ha favorecido una coordinación más efectiva con los hospitales de referencia de las pacientes, incrementando la proporción de actuaciones realizadas en los centros de origen y reduciendo la fragmentación asistencial y los desplazamientos innecesarios.

En conjunto, estos resultados reflejan una mejora progresiva y mantenida en la calidad de la atención prestada y en la capacidad resolutoria del equipo especializado.

Eficiencia

El modelo de consulta multidisciplinar concentrada en dos jornadas mensuales ha permitido una utilización más eficiente de los recursos asistenciales disponibles. La planificación conjunta de las agendas de las distintas especialidades reduce la duplicidad de consultas, pruebas y valoraciones aisladas, optimizando el tiempo profesional y los recursos estructurales del hospital.

La coordinación posterior con los hospitales de referencia de las pacientes favorece que una parte relevante de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas se realicen en los centros de origen, disminuyendo desplazamientos innecesarios y costes asociados tanto para el sistema sanitario como para las familias.

Asimismo, la acumulación de experiencia clínica por parte del equipo especializado contribuye a una toma de decisiones más ajustada y eficiente, evitando intervenciones innecesarias y mejorando la adecuación de la práctica asistencial en una patología compleja y de baja prevalencia.

Participación multidisciplinar

La práctica se sustenta en la participación activa y coordinada de un equipo estable formado por doce especialidades sanitarias implicadas en el abordaje integral del Síndrome de Rett. Este trabajo multidisciplinar se desarrolla de manera estructurada durante la consulta específica, en la que cada especialidad realiza su valoración y aporta su perspectiva clínica y funcional.

La participación no se limita a evaluaciones independientes, sino que incluye la celebración de reuniones conjuntas en las que se comparten los hallazgos y se consensuan de forma coordinada los planes de manejo individualizados para cada paciente. La continuidad del equipo desde 2019 ha favorecido la consolidación de dinámicas de trabajo colaborativas y una visión integral de la enfermedad.

Este enfoque multidisciplinar permite una atención más coherente, coordinada y adaptada a la complejidad clínica del Síndrome de Rett.

Colaboración intersectorial

La consulta multidisciplinar de Síndrome de Rett surge a iniciativa de la Asociación Española de Síndrome de Rett, en respuesta a la necesidad de una atención especializada y coordinada para las pacientes y sus familias. Esta colaboración permitió el diseño del modelo asistencial desde una perspectiva centrada en las necesidades reales de las personas afectadas.

A partir de esta experiencia, el equipo profesional forma parte del comité científico de la Asociación Europea de Síndrome de Rett, participando en el intercambio de conocimiento, la elaboración de recomendaciones y la difusión de buenas prácticas a nivel internacional.

Esta colaboración facilita además la organización de jornadas y actividades de sensibilización dirigidas tanto a familias como a profesionales sanitarios, contribuyendo a mejorar el conocimiento del síndrome, la capacitación profesional y la visibilidad de una patología compleja y poco frecuente más allá del ámbito estrictamente asistencial.

Evaluación

La consulta multidisciplinar se somete a un proceso de evaluación continuada desde su puesta en marcha en 2019. La evaluación incluye el análisis periódico de la actividad asistencial y de la coordinación con los centros de referencia, así como la valoración de la experiencia de las familias mediante encuestas específicas de satisfacción y percepción de la calidad asistencial.

Las encuestas recogen información sobre aspectos como la adecuación de la atención recibida, la coordinación entre profesionales, la continuidad asistencial y la utilidad del modelo concentrado de evaluación. Los resultados obtenidos muestran una valoración positiva por parte de las familias y se utilizan como herramienta de mejora continua del modelo.

Como evidencia de este proceso evaluativo, se adjunta documentación adicional en forma de póster con los resultados de las encuestas realizadas, que respalda la utilidad y el impacto de la práctica desarrollada.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD7-3: Consulta de transición de pacientes con epilepsia a la edad adulta

Víctor Soto Insuga (1), Elena González Alguacil (1), Verónica Cantarín Extremera (1), Anna Duat Rodríguez (1)

(1) Servicio de Neuropediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Servicio Madrileño de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Epilepsia, transición asistencial, atención integrada, adolescente con enfermedad crónica.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La epilepsia en la infancia es un trastorno crónico frecuente que afecta a 0,5-1% de la población infantil, representando una población especialmente vulnerable, caracterizada por ser epilepsias resistentes a fármacos en un 30-40%, asociar frecuentes comorbilidades neurológicas, psiquiátricas y sistémicas, así como una elevada dependencia sanitaria y social. La transición de la atención pediátrica a la atención sanitaria del adulto siempre se ha identificado como un momento crítico de riesgo de continuidad asistencial.

Conscientes de esta necesidad, en 2012 el Servicio de Neuropediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, en colaboración con el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de La Princesa, puso en marcha un Programa de Transición en Epilepsia, pionero a nivel nacional. Este modelo incluyó una Consulta de Transición de Epilepsia Compleja, inicialmente semestral, dirigida a adolescentes de 17 años con epilepsia refractaria, atendidos de forma conjunta y simultánea por neuropediatra y neurólogo de adultos. Sus objetivos principales fueron reducir la discontinuidad asistencial, mejorar la adherencia terapéutica y realizar una revisión diagnóstica y terapéutica conjunta en el momento de la transición.

Desde entonces, la demanda asistencial ha aumentado de forma progresiva y, paralelamente, las recomendaciones internacionales han ampliado los objetivos del proceso de transición. Las guías NICE (NICE 2022, Goselink 2022) y otros documentos de consenso proponen entender la transición no como un mero “traspaso” asistencial, sino como un proceso planificado, estructurado, gradual y empoderador, centrado en el adolescente y orientado a promover su autonomía. Sin embargo, diversos estudios recientes señalan dificultades persistentes para su implementación, relacionadas con el desconocimiento del historial clínico, el manejo de comorbilidades (especialmente psiquiátricas) y la no existencia de un modelo protocolizado.

Estas barreras han condicionado un retraso significativo en la edad real de transición, que en algunos entornos se sitúa en torno a los 28 años, frente a los 16–17 recomendados. Asimismo, el grado de satisfacción de pacientes y familias sigue siendo bajo: en un estudio internacional en adolescentes con encefalopatías epilépticas y del desarrollo, el 73% refirió no haber recibido información sobre la transición y solo el 4% se sintió acompañado durante el proceso (Zulqifar 2024). Igualmente la mayoría de los modelos de transición se centran en niños con epilepsias complejas o EED, aunque existen las mismas carencias percibidas por clínicos y por médicos en niños con epilepsias no refractarias (Abildgaard 2024).

Ante esta situación, en 2024 se planteó una revisión y optimización del programa iniciado en 2012, alineándolo con los estándares internacionales actuales. El nuevo modelo concibe la transición como un proceso longitudinal, iniciado de forma precoz (12–14 años), con fases definidas de preparación, seguimiento, transferencia y cierre, participación activa de pacientes y familias, atención específica a comorbilidades —especialmente en salud mental— y un enfoque psicosocial que evite que las familias actúen como “navegadores” del sistema sanitario. Además, se amplía el alcance a todos los pacientes con epilepsia, no solo a aquellos con patologías más complejas (Nabbout 2025).

En nuestro centro se atienden anualmente alrededor de 739 pacientes con epilepsia, que generan más de 2.200 revisiones. Aunque la consulta de Transición ha incrementado su actividad pasando a una periodicidad bimensual y atendiendo a 54 pacientes en 2024, persiste un amplio grupo de adolescentes que requiere un modelo estructurado y equitativo de transición.

Por todo ello, consideramos que esta iniciativa constituye un claro ejemplo de buena práctica clínica, alineada con las estrategias y planes de salud promovidos por el Ministerio de Sanidad, y que responde a una necesidad real y todavía insuficientemente cubierta en nuestro sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La presente propuesta consiste en la mejora y actualización integral del proceso de transición asistencial en epilepsia desde la atención pediátrica a la atención neurológica de adultos, con un enfoque centrado en la persona y su entorno. Parte de la experiencia previa del centro como referente y pionero en procesos específicos de transición en epilepsia, incluyendo consultas de transición en patologías específicas como Complejo Esclerosis Tuberosa (desde 2017) y Síndrome de Rett (desde 2022), y amplía este modelo a todas las epilepsias, lo actualiza según las recomendaciones actuales internacionales y posibilita la realización de estudios:

Propuestas de mejora respecto al Modelo previo de Transición:

- Diseño de modelo único de informe específico de transición, consensuado por los servicios de Neurología y Neuropediatría de ambos centros, que recoge de forma sistemática la información clínica relevante sobre la epilepsia, comorbilidades y otros síntomas, facilitando un abordaje holístico.
- Elaboración de una entrevista semiestructurada que permite explorar de forma proactiva comorbilidades frecuentes, especialmente los síntomas psiquiátricos y psicosociales.
- Se optimiza la recogida de información clínica y de resultados mediante registros específicos de pacientes, favoreciendo la evaluación del proceso y el desarrollo de estudios futuros.
- De manera paralela, se mejora la información ofrecida a pacientes y familias mediante materiales educativos específicos sobre la transición, elaborados de forma conjunta con pacientes y cuidadores.

Propuestas de innovación respecto al modelo previo de Transición:

- “Empezar antes”. Ampliar la edad de inicio del modelo en torno a un proceso estructurado que defina las diferentes etapas que abarcan desde los 12-14 años (información para la transición), 15-16 años (preparación para la transición), 17-18 años (transferencia) y 19-21 años (acogida).
- Abordaje social: el modelo incorpora los roles del trabajador social y los criterios de derivación, así como garantiza la información de los recursos sanitarios-disponibles y de aspectos legales relacionados con la transición (por ejemplo: curatela, certificados de discapacidad entre otros).
- Manejo bio-psico-social: diseño herramientas de cribado de dificultades psicológicas tanto en pacientes como en familiares, así como cuestionarios específicos sobre aspectos relevantes en la adolescencia, como el estigma asociado a la epilepsia.
- “Atender a todos”. Este nuevo modelo diferencia dos circuitos asistenciales: un modelo específico para epilepsias complejas (epilepsia refractaria y encefalopatías epilépticas y del desarrollo), con consultas conjuntas y altamente especializadas, y un modelo de transición para epilepsias no complejas, basado en la preparación del paciente y su entorno y el trabajo en red entre neuropediatra, neurólogo de adultos y atención primaria.
- Material e información disponible mediante diferentes formatos tanto físicos (trípticos) como audiovisual (píldoras informativas) de forma que se optimice la información estructurada sobre recursos biosanitarios, psicosociales y asociativos disponibles, promoviendo la continuidad asistencial y el empoderamiento del paciente.
- Coordinación con Atención Primaria (pendiente de incorporar)

Material adicional 1. Borrador del Proyecto de Transición “Un Viaje Juntos”

Material adicional 2. Informe conjunto normalizado de transición

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana incluye pacientes con epilepsia en seguimiento en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ) desde los 12 años. Este centro es referente nacional en epilepsia pediátrica y atiende a pacientes de alta complejidad procedentes de diferentes comunidades autónomas. La continuidad asistencial se garantiza mediante la coordinación con la Unidad de Epilepsia del Hospital Universitario de La Princesa (HULP), integrada en el equipo multidisciplinar del CSUR de Epilepsia Refractaria.

El ámbito de actuación abarca tanto a pacientes del Área Única de la Comunidad de Madrid, derivados mediante los circuitos habituales de admisión, como a pacientes de otras comunidades autónomas a través del sistema SIFCO.

El proceso de transición contempla dos circuitos diferenciados: un proceso específico para “Transición de Epilepsia refractaria y Encefalopatías Epilépticas y del Desarrollo” que contempla una consulta de transición bimensual conjunta entre ambos centros, y un proceso de “Transición para epilepsias no-complejas” que no requieren seguimiento en unidades especializadas.

Metodología

Se desarrolló un estudio cualitativo y participativo para analizar y actualizar la consulta de transición en epilepsia desde la atención pediátrica a la atención adulta. Entre enero y diciembre de 2025 se identificaron y analizaron los diferentes agentes implicados en el proceso asistencial.

- En el ámbito clínico, se realizaron cuatro reuniones multidisciplinarias entre neurólogos de adultos del Hospital Universitario de La Princesa y neuropediatras responsables de epilepsia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, con el objetivo de revisar circuitos, roles y necesidades asistenciales (enero-octubre 2025).
- La perspectiva de pacientes y familiares se recogió mediante entrevistas semiestructuradas (26 preguntas) en diferentes grupos, incluyendo a 10 pacientes: cinco adolescentes de 16-17 años y cinco mayores de 18 años que habían completado la transición, seleccionados en diferentes grupos para representar distintos tipos de epilepsia (no refractaria, refractaria y encefalopatías epilépticas) (junio-septiembre 2025).
- Además, se incorporó la visión de otros agentes clave mediante entrevistas con trabajadores sociales (noviembre-diciembre 2025), seis médicos de atención primaria tanto pediatras como médicos de adultos (noviembre-diciembre 2025), así como representantes de las Gerencias de Continuidad Asistencial y de los Servicios de Calidad de ambos centros (marzo-abril 2025).

Objetivos

El objetivo general de la propuesta es garantizar una transición segura, coordinada y eficiente de los pacientes con epilepsia, abordando tanto las epilepsias más refractarias hasta las no complejas, desde la atención pediátrica a la atención neurológica de adultos, evitando discontinuidades asistenciales y mejorando la calidad global del proceso. Asimismo, se pretende estandarizar un modelo replicable, optimizando la eficiencia en el uso de recursos sanitarios y asegurando una atención acorde a las necesidades reales de los pacientes.

Objetivo principal

Elaborar e implementar de un protocolo específico para la consulta de transición en epilepsia, basado en un modelo estructurado, holístico y centrado en la persona.

Objetivos secundarios

- Mejorar la continuidad y calidad de la atención sanitaria.
- Aumentar la adherencia terapéutica
- Mejorar el conocimiento de la enfermedad
- Favorecer la autonomía progresiva del paciente de acuerdo con sus capacidades
- Apoyar a las familias en los aspectos clínicos y psicológicos del proceso
- Optimizar la coordinación entre niveles asistenciales
- Incorporar la perspectiva de pacientes y cuidadores
- Identificar signos precoces de estigma asociado de cara a iniciar tratamiento

Actuaciones realizadas

	Enero- Febrero	Marzo- Abril	Mayo- Junio	Julio- Agosto	Septiemb- Octubre	Noviemb- Diciembre
Identificación necesidades clínicas						
Identificación necesidades pacientes (FocusGroup)						
Rol Trabajadores Sociales						
Rol Atención Primaria						
Diseño de Nuevo Modelo Transición						
Réplica en otros centros (2026)						
Medición de indicadores (2027)						

Indicadores

Se analizaron los siguientes indicadores del proceso previo incluyeron:

- Datos cualitativos acerca del proceso por parte de pacientes y entorno: 90% refirieron sentirse “satisfechos” o “muy satisfechos”. Las encuestas incluyeron 26 items, que se están empleando como áreas de mejora.
- Datos cuantitativos de ruptura del proceso asistencial: se estudió un periodo entre el 2014-2017 y se vio que un 29% de los pacientes no acuden a la primera consulta de epilepsia de adultos.

Se han propuesto a partir de la puesta en marcha del nuevo proceso de Transición los siguientes indicadores:

- Indicadores de proceso

Nombre	Fórmula de cálculo	Meta	Revisión
Pacientes transferidos	Σ pacientes transferidos con indicación	100%	Anual
Edad de transición >17 años	Media de edad de transición	95%	Anual
Informe de transición	% de pacientes con informe completo	100%	Anual
Número de pacientes transferidos	Sumatorio		Anual

- Indicadores de eficacia que incluyan
 - Tasa de asistencia a la primera consulta en adultos
 - Continuidad del tratamiento antiepiléptico
 - Cambio en el número de ingresos o visitas a urgencias tras la transición
 - Satisfacción de pacientes y familiares mediante escalas específicas
 - En el modelo de Transición de Epilepsias no-complejas se empleará la herramienta validada de satisfacción: Epilepsy Transition Readiness Assessment Questionnaire (EPITRAQ)

Recursos

El programa se apoya en la consulta especializada de epilepsia, incluyendo neurólogos pediátricos y de adultos, así como personal administrativo relacionado con la transición. Se incorporan nuevos profesionales como los trabajadores sociales y clínicos de Atención Primaria. Se plantea la posibilidad de incorporar en un futuro nuevas figuras como la Enfermera Especialista Gestora de Casos, para lo cual se realizaría un estudio de coste-eficiencia.

Se han optimizado recursos ya existentes mediante una reorganización de circuitos asistenciales y agendas específicas de transición. Se utilizan herramientas de historia clínica electrónica para la estandarización de informes y el intercambio de información. No requiere inversiones tecnológicas complejas, lo que favorece su sostenibilidad y replicabilidad. Además, se implementarán recursos educativos adaptados y sesiones formativas para profesionales.

Basada en la evidencia

Se describen los principales artículos expuestos en Justificación

- [Goselink](#) RJM, Olsson I, Malmgren K, Reilly C. Transition to adult care in epilepsy: A systematic review. *Seizure*. 2022 Oct;101:52-59.
- National Guideline Centre (UK). Evidence review: Transition from paediatric to adult epilepsy services: Epilepsies in children, young people and adults: diagnosis and management: Evidence review 20. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Apr.

Revisión sistemática y guías de manejo que muestra que las recomendaciones actuales para el diseño de un programa de transición.

- Zulfiqar Ali Q, Marques P, Patel P, Carrizosa J, Nabbout R, Andrade DM. Transition in epilepsy - A pilot study with patients in and outside of academic centers. *Epilepsy Behav.* 2024

Estudio que muestra la percepción actual de clínicos, pacientes y familiares acerca de la transición, así como propuesta de mejoras

- Nabbout R, Molimard A, Scorrano G, Aubart M, Breuillard D, Delaune M, Barcia G, Chemaly N, Barthez MA, Desguerre I. Transition from pediatric to adult care system in patients with complex epilepsies: Necker model for transition evaluated on 70 consecutive patients. *Epilepsia.* 2025 Jan;66(1):134-147.

Describe el modelo de transición en epilepsia del Hospital Necker-Enfants Malades, que aborda aspectos clínicos y bio-psicosociales.

Equidad

La propuesta incorpora de forma transversal el principio de equidad, garantizando el acceso a un proceso de transición estructurado y de calidad a todos los pacientes con epilepsia, con independencia de su lugar de residencia, tipo de epilepsia o situación social. El modelo atiende tanto a pacientes procedentes de la Comunidad de Madrid como a pacientes de otras comunidades autónomas, favoreciendo una atención homogénea y especializada a nivel nacional.

Asimismo, el proceso de transición se dirige a todas las personas con epilepsia, incluyendo epilepsias no complejas, refractarias y encefalopatías epilépticas y del desarrollo, evitando enfoques restrictivos centrados únicamente en la alta complejidad. El abordaje es integral y biopsicosocial, con información proactiva sobre recursos sanitarios, sociales y asociativos disponibles.

Para facilitar la accesibilidad y la comprensión, la información se ofrece mediante distintos formatos y canales, combinando materiales escritos, recursos audiovisuales y apoyo personalizado, adaptados a las capacidades, necesidades y contexto de cada paciente y su entorno familiar.

Sostenibilidad

La estrategia de transición ha sido diseñada para integrarse de forma estable en la práctica clínica habitual, garantizando su sostenibilidad a medio y largo plazo. Se fundamenta en la reorganización y coordinación de recursos ya existentes, sin necesidad de financiación adicional ni infraestructuras específicas.

- La estandarización y protocolización de circuitos, documentos clínicos y roles profesionales facilita su mantenimiento en el tiempo y su incorporación progresiva por nuevos profesionales.
- Al optimizar el proceso, se espera una reducción de pérdidas de seguimiento, duplicidades asistenciales y eventos evitables, con impacto positivo en la utilización de recursos sanitarios y en el gasto sanitario global, con un uso más racional del sistema, acorde a los principios de sostenibilidad, calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud

Transferibilidad

El modelo de transición desarrollado es replicable, al basarse en:

1. Procedimientos estructurados, criterios claros de inclusión y herramientas estandarizadas y validadas adaptables a otros centros.
2. No depende de tecnologías complejas ni de perfiles profesionales exclusivos, lo que permite su implementación en hospitales de distinto nivel asistencial.
3. Los protocolos, indicadores y materiales educativos pueden ser replicados y ajustados a las características organizativas y territoriales de cada comunidad.
4. Asimismo, el enfoque es aplicable a otras patologías crónicas neurológicas y complejas que requieren continuidad asistencial entre pediatría y adultos.

Durante 2026 seis neuropediatras de hospitales nacionales realizarán una rotación específica durante las consultas específicas de Transición de cara a poder replicarlo, teniendo en cuentas las especificidades de cada centro, en sus hospitales.

Efectividad

La efectividad de la propuesta se apoya en la experiencia previa del modelo de transición desarrollado en el centro y en los resultados observados. Los datos disponibles muestran resultados acordes con los estándares de calidad en relación con el seguimiento en la atención de adultos (71%), y la satisfacción de pacientes y familias tras el proceso de transición.

Aun así, se espera que la estructuración del proceso, la planificación anticipada y la coordinación entre los equipos de Neuropediatría y Neurología de adultos contribuyen a minimizar pérdidas de seguimiento y a garantizar la transferencia adecuada de la información clínica. Asimismo, la incorporación de la perspectiva de pacientes y cuidadores, junto con la mejora de los materiales informativos y del abordaje psicosocial, refuerza la experiencia asistencial.

Aunque la presente propuesta amplía y actualiza el modelo previo, los resultados ya observados permiten anticipar un impacto positivo en los resultados en salud, la adherencia terapéutica y la calidad percibida de la atención, con potencial de mejora continua mediante su evaluación sistemática

Eficiencia

El programa mejora la eficiencia del proceso asistencial mediante la optimización de recursos existentes y la reducción de actuaciones innecesarias. Son muchos los autores que defienden que un modelo de transición optimizado y actualizado repercutirá en una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Participación multidisciplinar

La propuesta se sustenta en una participación multidisciplinar activa, que garantiza una visión global e integral del proceso de transición en epilepsia. Han participado de forma coordinada neuropediatras y neurólogos de adultos con especialización en epilepsia, responsables del diseño clínico del modelo y de la continuidad asistencial entre ambos niveles.

Asimismo, se ha incorporado la perspectiva de pediatras y médicos de atención primaria, tanto de ámbito pediátrico como de adultos, favoreciendo la alineación del proceso de transición con la atención longitudinal del paciente y su seguimiento en el entorno comunitario.

La participación de la enfermería de enlace ha sido clave para la coordinación asistencial, la educación sanitaria, el acompañamiento del paciente y la familia, y la detección precoz de necesidades durante el proceso de cambio.

Colaboración intersectorial

La mejora de la calidad de vida de las personas con epilepsia y de sus familias requiere necesariamente un manejo holístico del paciente, que vaya más allá del control clínico de las crisis. Este enfoque implica considerar de forma integral las dimensiones psicológicas, sociales y, cuando procede, jurídicas, que influyen de manera directa en la evolución de la enfermedad y en la experiencia asistencial.

Para ello, la incorporación estructurada del trabajador social y la definición clara de su rol dentro del proceso de transición se consideran elementos clave para el abordaje de situaciones de vulnerabilidad social, necesidades educativas, laborales o de acceso a prestaciones.

Asimismo, la colaboración con asociaciones de pacientes permite complementar la atención sanitaria, facilitando información, apoyo emocional, recursos comunitarios y espacios de participación activa, reforzando así un modelo de atención centrado en la persona y orientado a mejorar la calidad de vida global.

Evaluación

Se exponen los datos de evaluación del proceso de transición previo en familiares.

Se realizó mediante una metodología cualitativa y cuantitativa en pacientes y familias en fases pre y post-transición. En pre-transición se llevó a cabo un focus group con 4 familias, utilizando dinámicas estructuradas para explorar satisfacción, preocupaciones y necesidades. En post-transición se realizaron entrevistas telefónicas semiestructuradas (≈30 minutos, 26 preguntas) a 5 familias y 1 paciente, con escalas de valoración de 1 a 4.

- Los resultados muestran una alta satisfacción global: puntuación media de 9/10 en la fase pre-transición y 4/4 en la valoración general del proceso post-transición.
- Se destacan como fortalezas la atención especializada y multidisciplinar, la continuidad asistencial, la coordinación entre profesionales y la claridad de la información. La consulta conjunta neuropediatra-neurólogo obtuvo valoraciones medias de 4/4 en organización y atención.
- Como áreas de mejora se identifican la necesidad de mayor apoyo psicológico a cuidadores, estandarizar la atención en neurología de adultos, mejorar la coordinación intercomunicados autónoma., simplificar la burocracia y ampliar el tiempo de la primera consulta en adultos.

MAD7-4: Unidades de Apoyo a Residencias (UAR) de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

M.^a José del Olmo Rubio (1), Beatriz Blasco García (2), Isabel Colomer Ureña (3), María Conde Pedromingo (4), Sandra Fernández Plaza (5), María Gloria Heras Salvat (5), María Jesús Iglesias Iglesias (5), Javier López de Haro de Torres (6), Sonia López Palacios (7), Almudena del Puerto Claros (8)

(1) Coordinación de las Unidades de Apoyo a Residencias, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), (2) Unidades de Apoyo a Residencias (UAR), SERMAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Unidades de Apoyo a Residencias, atención integrada sociosanitaria, atención primaria, personas institucionalizadas, fragilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

En marzo 2020, se inicia la primera ola de la pandemia de COVID en España. En la Comunidad de Madrid (CM) las residencias de mayores y otros centros residenciales (CR) tuvieron que asumir una responsabilidad que superó su capacidad de dotación y preparación. En los CR se describió una transmisión nosocomial al producirse un contacto estrecho entre cuidadores y residentes, así como una convivencia estrecha con otros residentes. Esta situación ocasionó, sobre todo durante la primera y la segunda ola de la pandemia por COVID, una elevada incidencia y mortalidad (alrededor de un 6%) en los CR.

Esta crisis puso en evidencia las áreas de mejora de la atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia, y con alta carga de cronicidad y muchas de ellas personas mayores con grandes necesidades de apoyo y atención. La dimensión y consecuencias de esta situación desbordaron los recursos sociosanitarios.

El 27 de marzo de 2020 se produce un punto de inflexión, con la orden publicada en el BOCM para la intervención sanitaria de los CR. La Gerencia de Atención Primaria (GAP) elabora un “Procedimiento de valoración e intervención en residencias sociosanitarias por parte de los centros de salud (CS) en situación de pandemia COVID19” con el objeto de establecer un modelo de coordinación entre los centros residenciales de mayores, de personas con discapacidad, públicos, concertados y privados dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la CM y los CS del Servicio Madrileño de Salud, que permitió garantizar una atención a las necesidades sanitarias de los residentes, con criterios de calidad, adecuación científico técnica y seguridad.

Esta necesidad hace que se constituyan los equipos específicos para la atención presencial en las residencias, llamados Unidades de Apoyo a Residencias (UAR) formados por médicos y enfermeras, y técnico/ conductor, que realizaron intervenciones sanitarias en residencias cuando los profesionales sanitarios de las mismas no estaban disponibles (IT, aislamiento) y reforzaron a los CS cuando fue necesario.

Tras los buenos resultados obtenidos y la alta satisfacción mostrada por todos los agentes implicados: profesionales sanitarios, personal de las residencias, usuarios y familiares continuaron trabajando hasta la actualidad.

En abril del 2022 se consolidaron como unidades asistenciales de apoyo a los CS

Se publicó el Plan De Desarrollo de las UAR cuyo principal objetivo es mejorar la calidad y seguridad asistencial en los centros sociosanitarios, así como el estado de salud, la autonomía y la funcionalidad de los usuarios.

Surgió la figura de Coordinadora de las UAR en la Gerencia de AP.

Se establecieron alianzas entre la DG de Atención al Mayor y a la Dependencia, la DG de Atención a Personas con Discapacidad, la DG de Evaluación, Calidad e Innovación, la DG de Coordinación Sociosanitaria, la DG de Inspección y Ordenación Sanitaria y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, con el reto de mejorar la coordinación e identificar medidas de mejora ante las necesidades que siguen existiendo.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Las UAR acercan la asistencia multidisciplinar a los centros residenciales de manera proactiva siendo un modelo de gestión asistencial innovador en la GAP único en España centrado en la atención integral a los pacientes más frágiles y con pluripatología y que podría ser escalable a otras Comunidades Autónomas.

Trabajan según la cartera de servicios estandarizados (CSE) de AP ofreciendo las mismas prestaciones que al resto de la población, pero de manera más accesible. Trabajan especialmente los procesos crónicos tales como Insuficiencia Cardíaca, EPOC, Insuficiencia Renal Crónica, Diabetes, ...

Su trabajo está alineado con la “Estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid” en la línea 7 Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria cumpliendo en la actualidad los tres puntos que indica:

P7-1. Creación del Portal Sociosanitario: Registro de casos sociosanitarios y sistema de identificación de residentes. Actualmente con más 98% de los usuarios registrados

P7-2. Valoración integral de cada caso: identificación del grado de fragilidad y asignación del nivel de intervención.

P7-3. Mejora de la asistencia en las residencias.

Acceden a toda la población institucionalizada de la CM dando apoyo a los profesionales de los CS.

Integran su trabajo con los profesionales del ámbito sociosanitario estableciendo sinergias siendo este modelo el que aporta un valor diferenciador con el resto de los ya existentes en otras Comunidades.

Coordinan la asistencia con otros profesionales tanto de AP como del ámbito hospitalario especialmente con los equipos de Geriátrica de enlace (UGE) y de Salud Pública (SP)

Los profesionales de las UAR están en formación continua de todos aspectos relacionados con la cronicidad, fragilidad, longevidad, discapacidad...por lo que sus conocimientos, habilidades y aptitudes son las más adecuadas para la atención de esta población. Su modelo de trabajo multidisciplinar hace que los residentes sean valorados y atendidos de manera integral

Su misión, visión y valores son:

Misión

Prestar servicio público a los usuarios de residencias, contribuyendo a mejorar su salud integral y su autonomía, así como la de sus familias y comunidad; compartiendo el conocimiento y favoreciendo la satisfacción de usuarios y profesionales.

Visión:

Ser un modelo asistencial de referencia en España en la atención integral, multidisciplinar y proactiva de las personas mayores, con discapacidad y en situación de fragilidad institucionalizadas, garantizando una atención sanitaria de calidad, segura, accesible y coordinada.

Valores:

- Atención centrada en la persona. Poner al residente en el centro del sistema, atendiendo su fragilidad, autonomía y funcionalidad
- Calidad y seguridad asistencial. Basada en criterios científicos, técnicos y organizativos
- Coordinación e integración sociosanitaria. Trabajo conjunto entre residencias, CS, hospitales y Salud Pública
- Equidad y accesibilidad. Garantiza el acceso a la misma CSE que el resto de la población
- Profesionalidad y formación continua. Equipos altamente cualificados en fragilidad, discapacidad, longevidad y dependencia
- Innovación en gestión asistencial. Modelo pionero y escalable a otras comunidades autónomas
- Trabajo en equipo y multidisciplinariedad: médicos, enfermeras, técnicos y coordinadores trabajando de forma integrada.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana atendida por las UAR son los usuarios que viven en centros residenciales de la CM de estas categorías:

- Residencias de personas con discapacidad física
- Residencias de personas con discapacidad intelectual
- Residencias de personas con enfermedad mental crónica
- Residencias de personas mayores.

Esto corresponde a un total de 595 centros residenciales distribuidos por toda la geografía de la CM ya sean de gestión privada, privada con plazas concertadas y propia de gestión indirecta.

Las plazas residenciales disponibles en la CM de estas categorías son actualmente un total de 57.178 de las cuales alrededor de un 85% aproximadamente están ocupadas lo que corresponde a 48.601 personas, aunque esta cifra lógicamente es muy dinámica por las continuas entradas y salidas y aperturas de nuevas residencias todos los meses.

Metodología

Las UAR se configuran como unidades de apoyo a los CS con equipos multidisciplinares que visitan presencialmente de manera programada o a demanda a los usuarios de los CR.

Acercan la CSE de AP a esta población frágil haciendo seguimiento y control de sus patologías crónicas a través de valoraciones integrales, planes de cuidados y seguimientos proactivos especialmente tras alta hospitalaria y a pacientes de nivel de intervención alto.

Integran su trabajo con los profesionales de los CR ofreciéndoles apoyo, ayuda, formación y coordinación.

Establecen reuniones periódicas de coordinación con las residencias, CS y Hospitales y comparten casos para mejorar la calidad y seguridad evitando derivaciones a los Hospitales.

Hacen educación para la salud (EpS) a los residentes y sus familias y formación en guías y procedimientos de la Consejería a los profesionales.

Revisan y actualizan sistemáticamente el calendario vacunal llevando a cabo las campañas de vacunación que indica SP.

Objetivos

GENERAL

Mejorar la calidad asistencial y la seguridad de las personas de centros residenciales de la CM, así como el estado de salud, la autonomía y la funcionalidad de los usuarios.

ESPECÍFICOS

- Acercar la asistencia sanitaria presencial a los CR.
- Mejorar la accesibilidad al primer nivel asistencial y la atención de los usuarios que viven en CR.
- Promover la coordinación entre niveles asistenciales y entre el ámbito social y el sanitario.
- Mejorar la satisfacción de los residentes y las familias.
- Adecuar la prescripción farmacológica de los residentes.
- Trabajar en los procesos asistenciales integrados según la Estrategia de Cronicidad de la CM.
- Promover el uso de buenas prácticas clínico asistenciales.
- Garantizar la calidad de la atención a través de la CSE de AP de la CM.
- Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Facilitar la formación especializada de los profesionales implicados.

- Fomentar la investigación.

Actuaciones realizadas

- Asistenciales:
 - valoraciones integrales
 - planes de cuidados individualizados
 - cumplimiento de CSE (Sº 419, Sº 420...).
 - seguimiento patología crónica
 - asignación de niveles de intervención en base a la estratificación poblacional
 - seguimiento proactivo tras alta
 - garantizar una tasa alta de inmunidad,
 - conciliación farmacológica
 - revisiones farmacológicas parciales e integrales. Ej.: evitando los fármacos potencialmente inadecuados (criterios STAR/STOPP).
- Proyectos de salud comunitaria, tanto talleres EpS adaptados, así como intervenciones comunitarias.
- Coordinación entre los centros residenciales, CS, ESAPD, SP, Hospitales, UGE y otras especialidades, garantizando la continuidad asistencial.
- Formación, docencia e investigación como forma de implantación de acciones de mejora.

La coordinadora de las UAR trabaja junto con las responsables de cada Dirección Asistencial (DA) estableciendo las líneas estratégicas de la GAP y coordinándose con todos los agentes que trabajan con el ámbito residencial (DGSS, DG mayor, DG de discapacidad, DG Salud Pública, SG de Farmacia, ...)

Indicadores

Hasta 2024 se ha medido la actividad realizada por las UAR anualmente:

- Número de visitas a residencias.
- Número de revisiones de tratamientos farmacológicos.
- Número de reuniones con CS.
- Número de personas vacunadas de la gripe y de Covid.
- Número de intervenciones comunitarias o de actividades de EpS.

En 2025 se aprueba el Contrato Programa para las UAR en el que se contemplan objetivos e indicadores a través de las 4 perspectivas de Kaplan y Norton, que incluyen las dimensiones que expresan la calidad de la prestación del servicio que se ofrece:

- PROCESOS ASISTENCIALES: adecuación, seguridad, efectividad, continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria

- **ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS:** humanización, accesibilidad, equidad, personalización de la atención, autocuidado, participación ciudadana y satisfacción.
- **INNOVACIÓN Y MEJORA ORGANIZATIVA:** investigación, innovación, participación de los profesionales, generación de valor, transparencia y evaluación.
- **SOSTENIBILIDAD:** equilibrio presupuestario, eficiencia, suficiencia de recursos.

Recursos

En cuanto a recursos humanos, en la actualidad hay 23 equipos distribuidos por las 7 DA. En total hay 7 TCAE, 92 enfermeras, 20 médicos de familia y 7 auxiliares administrativos. Los farmacéuticos de las DA trabajan con estas unidades teniendo asignadas residencias y sus CS correspondientes.

A nivel centralizado, la coordinadora de las UAR trabaja junto con los equipos directivos de las DA y con otras partes de la Consejerías de Sanidad, del Mayor, ...

Están ubicados en CS y disponen para los desplazamientos de vehículos propios con o sin conductor y posibilidad de desplazamientos a través del servicio del expediente de movilidad

Están dotados de telefonía móvil y ordenadores portátiles personales para la atención y registro directo en los centros residenciales. Trabajan con el programa informático de AP_Madrid.

Disponen de aparataje como ecodopler, dermatoscopios...así como mochilas de transporte de material sanitario, y neveras portátiles para las vacunas.

Basada en la evidencia

En el inicio de su implementación y desarrollo no había evidencias. Actualmente son los únicos equipos con estas características que existe en España.

En estos años se han consolidado por los buenos resultados obtenidos y por la gran satisfacción entre residente, familiares y los profesionales de los CR.

Su trabajo está basado en la CSE de AP abordando todos los servicios de cartera relacionados con la cronicidad aumentando la cobertura y mejorando los criterios de buena atención del paciente institucionalizado:

- servicio 405: atención a personas adultas con enfermedad renal crónica
- servicio 406: hipertensión arterial
- servicio 407: diabetes mellitus
- servicio 410: cardiopatía isquémica
- servicio 411: insuficiencia cardíaca
- servicio 413: asma
- servicio 414: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- servicio 419: trastorno neurocognitivo mayor
- servicio 420: atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional
- servicio 502: atención a personas con necesidad de cuidados paliativos
- servicio 402: vacunación en el adulto

Equidad

La población atendida es toda aquella que resida en estos centros. Los mutualistas (MUFACE, ISFAS, MUJEU) que elijan asistencia pública también están incluidos. En el caso de la vacunación, aunque eligieran asistencia privada, también está cubierta.

Se establecen los circuitos necesarios para que cuando un usuario ingresa en un centro la UAR correspondiente y los profesionales del CS sean conocedores para incluirlo es su población diana.

En cuanto a la apertura de nuevos centros también se recibe de manera centralizada la comunicación para poder iniciar todos los trámites administrativos y sanitarios oportunos y que los nuevos usuarios cuando ingresen comiencen a ser atendidos.

Sostenibilidad

Un mismo equipo atiende a todos los usuarios por lo que con un mismo desplazamiento valoran a varios residentes, apoyan y aconsejan a los profesionales, hacen formación, revisan botiquines, concilian medicación, en definitiva, atienden de manera integral a todas las necesidades de la residencia y para el equipo de la residencia son sus profesionales de referencia.

Se promueve la prescripción de medicamentos que contribuyan a la sostenibilidad del sistema (principios activos, porcentaje de importe evitable en medicamentos con perfil de eficacia y seguridad similar ...) así como de material sanitario (recientemente actualización de la Resolución 33/2006 del Director General de Farmacia y Productos Sanitarios por la que se aprueba el procedimiento para la prescripción, indicación y dispensación de absorbentes de incontinencia de orina en aplicación de la disposición transitoria única del decreto 6/2006, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno).

Transferibilidad

Las UAR como modelo de atención son generalizables y transferibles a otras comunidades y países. Se han interesado a través de la Coordinadora UAR con: Coordinación Sociosanitaria del Servicio de Salud de las Illes Balears y con una profesional de Francia en formación para convertirse en directora de centros sociosanitarios. Solicitudes de rotaciones de médicos de Extremadura, Baleares y Andalucía en UAR.

En Comunidades Autónomas donde la AP y la Hospitalaria están integradas también sería factible trabajando en el mismo equipo especialista de Familia y Comunitaria con especialistas en Geriátrica.

Efectividad

Este modelo de trabajo es efectivo ya que su trabajo es muy específico, aunque sea amplio ya que las UAR tienen la capacidad de abordar proyectos estratégicos en poco tiempo con calidad dada la formación y la implicación de los profesionales y la coordinación que se ha establecido desde la GAP. Véase campañas de vacunación, EpS, formación, ...

Son conocedores de todos los entornos residenciales y de los recursos sociosanitarios disponibles por lo que, pueden derivar y canalizar o resolver sus necesidades. Para ello se requiere ser versátil y poder adaptarse en un entorno en el que es muy variable y donde la rotación de profesionales es alta.

Todo esto es posible gracias a la relación de confianza sólida que han adquirido con los CR a lo largo de estos años de trabajo conjunto.

Eficiencia

Este modelo de trabajo resulta eficiente ya que con pocos equipos se da respuesta a las necesidades de los CR de manera rápida.

Los desplazamientos a los CR se minimizan ya que, normalmente se traslada el equipo y se organizan para que en una única visita se valoren de manera programada varios pacientes, se abordan varios casos complejos a demanda, se hagan talleres de Eps, reuniones...según necesidades.

Se hacen valoraciones integrales, planes de cuidados individualizados a los residentes y su seguimiento correspondiente incluido el seguimiento proactivo al alta hospitalaria evitando reingresos posteriores sobre todo en por reagudizaciones de EPOC e Insuficiencia Cardíaca según contempla los Procesos Asistenciales Integrales.

Se hace conciliación de los tratamientos crónicos por parte de los farmacéuticos identificándose y corrigiendo los errores de medicación.

Participan activamente en la gestión de los absorbentes de incontinencia urinaria y dietoterapicos.

Participación multidisciplinar

Las UAR son modelo de trabajo de equipo multidisciplinar. Cada equipo está compuesto de un médico y cuatro enfermeras que se organizan para dar asistencia, hacer EpS, cubrir las campañas de vacunación, formación y docencia en las residencias, y coordinarse con todos los ámbitos implicados.

Los farmacéuticos trabajan conjuntamente con los médicos en la revisión y conciliación de la medicación siendo claves para este perfil de pacientes que en su mayoría están polimedicados debido a su pluripatología. Son los responsables de la gestión de los dietoterapicos en los CR.

El administrativo es la figura clave para las comunicaciones tanto internas como externas, siendo los responsables del Plan de Comunicación que tiene implementado la GAP.

Las TCAEs hacen, entre otras funciones, la gestión de los recursos materiales, apoyo al equipo...

Tienen repartidas las responsabilidades habiendo referentes de seguridad del paciente, vacunas, suministros, salud comunitaria, docencia e investigación, continuidad asistencial, ...

Colaboración intersectorial

Son un ejemplo de colaboración entre el sector sanitario y el social haciendo esta convivencia una realidad imprescindible en la actualidad.

Dentro del ámbito sanitario destaca la coordinación con los Hospitales particularmente con las UGE con las que comparten casos de difícil manejo estableciendo reuniones periódicas. Se relacionan con Continuidad Asistencial participando en comisiones en las que se llevan a cabo proyectos organizativos estratégicos.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Con SP de las diferentes áreas trabajan estrechamente en el control de brotes (gripe, escabiosis...) y a nivel centralizado desde la GAP organizamos conjuntamente las campañas de vacunación.

Con los servicios de urgencias SUMMA trabajamos para mejorar los circuitos de derivación.

La coordinadora participa en los grupos de trabajo de discapacidad y enfermedad mental y de atención residencial constituidos en el Pleno de la Comision de Coordinacion Sociosanitaria de la CM.

Se ha trabajado en la elaboración de guías, procedimientos y protocolos con la DGSS.

Evaluación

Durante 2024 se han realizado:

- 532 intervenciones comunitarias
- 35 talleres de EpS
- 29.685 vacunados gripe, cobertura del 79,55%
- 27.719 vacunados Covid, cobertura del 74,28%
- 2980 conciliaciones farmacológicas
- 1905 revisiones integrales
- 1524 revisiones focales

Se ha formado a los profesionales de los CR de las guías de: Guía de Recomendaciones en Prevención de Caídas en la Persona Mayor Institucionalizada, Guía de recomendaciones de uso seguro del medicamento en centros residenciales de personas mayores y discapacidad de la Comunidad de Madrid y Guía de Recomendaciones sobre la Alimentación y la Nutrición en Residencias de Personas Mayores con los siguientes datos.

FORMACION	GUIA DE CAIDAS	GUIA USO SEGURO DEL MEDICAMENTO	GUIA ALIMENTACION
RESIDENCIAS	397	219	172
PROFESIONALES	3843	2111	1384

En 2025 han hecho 10.292 visitas a CR.

En cuanto a la campaña de vacunación de VRS iniciada en septiembre de 2025, llevamos una cobertura en los CR asignados por SP del 85%.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

NAV7-1: Consejo Sanitario de Enfermería de Navarra: Gestión Telefónica Integral de la Demanda y Continuidad Asistencial

Miren Oscariz Ojer (1), Raquel Sáenz Mendía (1)

(1) Consejo Sanitario, Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Pamplona, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención telefónica sanitaria, continuidad asistencial, paciente crónico complejo, gestión de la demanda.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El sistema sanitario se enfrenta a la necesidad de adaptar la Atención Primaria a la nueva realidad de envejecimiento, pluripatología y cronicidad con recursos limitados. El Consejo Sanitario de Navarra (retomado y reimpulsado en mayo de 2024), surge en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (2012) y la Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (2013). Aporta valor al garantizar la continuidad asistencial fuera del horario habitual y tras ingresos hospitalarios; y ofrecer un modelo de atención no presencial y eficiente que gestiona la demanda, resolviendo dudas y reforzando los autocuidados. Esta práctica, enfocada inicialmente al paciente crónico, ha demostrado menor gasto en urgencias hospitalarias e ingresos urgentes en comparación con el modelo tradicional. Es un elemento clave para la sostenibilidad y la mejora de la accesibilidad al sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica consiste en un Servicio de Atención Telefónica integrado en la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias (SUE), liderado por Enfermería, que opera dentro y fuera del horario habitual de los centros de salud (de lunes a domingo de 8 a 22 horas). Su alcance es la población navarra, con un foco prioritario en el paciente crónico y pluripatológico. La Enfermera de Consejo realiza funciones clave: resolución de dudas a demanda, ofrece consejo sanitario y cuidados, propone modificaciones puntuales en el plan de cuidados, y garantiza la continuidad asistencial tras altas hospitalarias, especialmente en vísperas de festivo. Actúa como un filtro inteligente que deriva al paciente a la consulta más adecuada (normal, urgente, centro de atención sexual y reproductiva (CASSYR) o Centro de Salud Mental) y realiza seguimientos (incluyendo telemonitorización en casos puntuales). Se está trabajando para implementar su actuación en diferentes protocolos hospitalarios y de Atención Primaria.

Población diana / ámbito de aplicación

El servicio está disponible para la población navarra en general para resolución de dudas. El ámbito prioritario es la atención al paciente crónico y pluripatológico, garantizando una atención

continuada tras las altas de pacientes pluripatológicos u otros procesos como: Insuficiencia Cardíaca, Cuidados Paliativos, Descompensación diabética, y pacientes con patología psiquiátrica. También aborda procesos agudos (fiebre, tos, dolor), cuestiones ligadas al ámbito de Pediatría, Ginecología, y técnicas específicas (TAO, autocuidados, contracepción, cirugía menor, pruebas diagnósticas: colonoscopias, citologías...). El ámbito territorial es la Comunidad Foral de Navarra.

Metodología

La Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y Pluripatológicos plantea la necesidad de reorientar el modelo asistencial para adaptarse a las necesidades del paciente crónico, siendo una de las líneas estratégicas para mejorar la calidad asistencial al paciente crónico: “Garantizar la continuidad e integralidad de la atención a todos los crónicos y en particular a los severos”.

La continuidad de la atención ha de ser planificada buscando una atención más proactiva más que reactiva, que debe estar centrada en la prevención de las descompensaciones. La continuidad asistencial empieza por garantizar una atención verdaderamente accesible en horario ordinario. La continuidad debe garantizarse en el conjunto del sistema sanitario, evitando lagunas de atención en las denominadas transiciones asistenciales y ha de apoyarse en lo posible en el conocimiento de todo el equipo asistencial de los pacientes de mayor riesgo.

En este sentido, los pacientes integrados en la estrategia son citados en la agenda de la enfermera de consejo automáticamente desde los servicios de alta hospitalaria. También existe la posibilidad de citación desde otros servicios para el control evolutivo del mismo.

El servicio utiliza la atención telefónica como modalidad no presencial, con enfermeras de consejo como profesionales principales. La metodología se centra en la escucha activa, el consejo sanitario, y la valoración para una derivación adecuada. El proceso incluye: 1) Recepción de llamada/contacto, 2) Resolución de dudas y/o propuesta de modificaciones en el plan de cuidados, 3) Derivación a la consulta o centro más apropiado, y 4) Información a los profesionales sanitarios de la zona de las actuaciones realizadas.

Objetivos

- Garantizar la continuidad asistencial en las transiciones asistenciales.
- Prevenir descompensaciones y/o reingresos tras altas hospitalarias.
- Resolver dudas a demanda y reforzar la Estrategia de Autocuidados.
- Informar, orientar y asesorar sobre necesidades de cuidados al paciente/cuidadoras.
- Gestionar eficientemente la demanda mediante la derivación al nivel asistencial adecuado.

Actuaciones realizadas

Creación del servicio de Consejo Sanitario que supone:

- Personal propio
- Línea telefónica diferenciada

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Protocolos de coordinación con otros servicios
- Ficha de registro propio en historia clínica

Las actuaciones principales incluyen:

- Llamadas de seguimiento a pacientes en transiciones asistenciales;
- Valoración de descompensaciones;
- Resolución de dudas sobre procesos agudos y crónicos;
- Recomendaciones respecto a la toma de medicación (Sintrom, NACOs..)
- Citación en agendas de Zonas Básicas de Salud;

Se ha demostrado éxito en la Estrategia del Paciente Crónico y Pluripatológico. El servicio se ha extendido para ser un elemento clave en la mejora de la accesibilidad.

Durante el 2024 se han atendido 15179 llamadas y hasta el 30 de noviembre se han atendido 19552.

Indicadores

Los indicadores de impacto han sido analizados en la Estrategia Navarra de Cronicidad, objetivando:

- Reducción de la utilización de recursos en urgencias hospitalarias y hospitalizaciones urgentes.
- Reducción de reingresos a los 7 y 30 días.
- Incremento en la utilización de consultas en AP e ingresos programados, indicando una mejor adecuación.
- Otros indicadores: Tasa de resolución en primer nivel (consejo), Tasa de derivación adecuada, Satisfacción del paciente/profesional (pendiente de mejora).

Recursos

Los recursos principales son: Enfermeras con formación específica, ubicadas en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUE); una plataforma de atención telefónica; y sistemas de información compartida que facilitan la coordinación con los Centros de Salud, CASSYR y CSMental, así como la citación en agendas.: Se utiliza también el correo electrónico y la gestión de citas.

Se utiliza un programa de recepción de llamadas: MicAgent para la atención de las mismas, y se trabaja sobre el programa de Atención Primaria: Atenea, para el registro de la atención de la misma y acceso al resto de aplicativos del Servicio Navarro de Salud.

Basada en la evidencia

La práctica está sólidamente sustentada en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (2012) y el Plan de Salud de Navarra 2014 – 2020. Los resultados de la Estrategia Navarra han validado la eficiencia del modelo, demostrando su capacidad para reducir el uso inapropiado de servicios agudos y redirigir el uso a recursos más adecuados (AP, hospitalización a domicilio).

Osakidetza ha presentado experiencias similares dentro del Proyecto Osarean (Estrategia de atención al Crónico y Pluripatoológico).

Equidad

La práctica mejora la equidad al ofrecer una vía de acceso no presencial y fuera de horario a toda la población. Esto es especialmente relevante para la población vulnerable, el envejecimiento en el medio rural, y aquellos con dificultades de desplazamiento o dependencia. El servicio es un elemento clave dentro de la accesibilidad tanto a la Atención Primaria como a la Hospitalarias.

Sostenibilidad

El servicio es un importante elemento en las acciones encaminadas a la sostenibilidad del sistema sanitario. La evaluación de costes demuestra que, a pesar de un leve incremento del coste del paciente medio (+1.85%), la diferencia en costes antes-después en urgencias hospitalarias urgentes y hospitalizaciones urgentes objetivan un menor gasto en el programa implementado. El servicio optimiza los recursos al actuar como filtro y garantizar la continuidad asistencial.

El consejo Sanitario cuenta con el respaldo institucional pertinente, ya que la Gerencia tanto de Atención Primaria como del Servicio Navarro de Salud, lo ven clave para el abordaje y continuidad de la asistencia al paciente crónico. Desde el 2024 se ha modificado y adaptado a nuestra demanda, modificándose el horario de atención (pasando de 7 a 14 horas) ya que la demanda asistencial así lo requería. La respuesta a la demanda no presencial ha sido clave para construir un modelo híbrido en la que la presencialidad y la asistencia telefónica sean elementos complementarios en nuestra práctica diaria.

Contamos con una estructura orgánica consolidada, de 3 enfermas fijas y 17 rotantes por el servicio, implementando puntualmente según temporada estacional invernal, con un refuerzo en los turnos de mañana y fines de semana. Se está estudiando el aumento de la plantilla dado el incremento de llamadas en el último año con el fin de garantizar la calidad de la atención.

Transferibilidad

El modelo es altamente transferible, ya que se basa en la Estrategia Nacional de Cronicidad. Es un modelo de atención liderado por Enfermería con funciones y protocolos claramente definidos. El objetivo de implementar la actuación en diferentes protocolos (AP y hospitalarios) facilita su integración en otros Servicios de Salud que busquen mejorar la accesibilidad y la continuidad asistencial no presencial.

Nuestro servicio es fácilmente replicable, ya que trabajamos con profesionales de enfermería y un programa de atención telefónica público.

Efectividad

La efectividad se mide por el logro de sus objetivos:

- Garantiza la continuidad fuera de horario.
- Previene descompensaciones y la consecuente necesidad de urgencias.
- Resuelve una amplia cartera de problemas de salud (agudos, crónicos, salud mental).

La reducción en la utilización de servicios agudos (urgencias hospitalarias y hospitalizaciones urgentes) confirma su efectividad.

Eficiencia

El programa es eficiente porque redirige la demanda a recursos más coste-efectivos, como las consultas de AP e ingresos programados, reduciendo los costosos ingresos hospitalarios y las urgencias hospitalarias. Aprovecha la atención no presencial para liberar tiempo de consulta presencial y usa el criterio experto de la enfermería para adecuar los recursos a la demanda real.

El servicio cuenta con 22 enfermeras de plantilla (3 enfermeras fijas y 19 enfermeras rotantes) que atienden de lunes a viernes (laborales y festivos) de 8 a 22 horas ininterrumpidamente.

Participación multidisciplinar

La práctica requiere una coordinación activa de la Enfermera de Consejo con los profesionales sanitarios de la Zona Básica (médicos y enfermeros) y/o profesionales de referencia hospitalarios para informar de las actuaciones. El servicio colabora también con CASSYR y CS Mental para las derivaciones. Además, implica el asesoramiento y orientación a pacientes y cuidadoras, reconociendo su papel en el plan de cuidados.

Colaboración intersectorial

Si bien el foco es sanitario, la práctica apoya también al socio-sanitario reforzando la atención a la dependencia y al paciente crónico en el domicilio. Puede mencionarse la colaboración puntual con farmacias ante desabastecimiento de medicamentos y con los servicios de atención en pacientes portadores de dispositivos de telemonitorización.

Evaluación

La práctica ha sido objeto de evaluación continua en el marco de la Estrategia de Cronicidad de Navarra, con resultados presentados en octubre de 2024. La evaluación objetivó el impacto positivo en el uso de recursos. Se reconoce la necesidad de mejorar la evaluación de calidad de vida (EQ-5D-5L) y la experiencia del paciente (IEXPAC), lo que demuestra un compromiso con la mejora continua.

Estamos trabajando en un nuevo registro interno dentro de Atenea que nos permita un mejor estudio y registro de la atención del paciente, así como en la implementación de una encuesta telefónica al finalizar la llamada sobre la calidad y la efectividad de la llamada por parte de los usuarios.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

NAV7-2: Programa de Atención Integrada Social y Sanitaria de Navarra (PAISS).

Eva Espatolero Ladrero (1), Montserrat de la Fuente Hurtado (1), Olga Sala López (2), Ainhoa Arraztoa Echenique (2), María José Moreno Ochotorena (2), Juana Muro Aguado (3), Maika Blasco Pérez (4)

(1) Sección de Atención Sociosanitaria, Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, (SNS-O), (2) Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (ANADP), Gobierno de Navarra, (3) Área de Salud de Tudela, SNS-O, (4) Área de Salud de Estella, SNS-O.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Atención integrada sociosanitaria, programa PAISS, gestión de casos, continuidad asistencial, fragilidad.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El Programa de Atención Integrada Social y Sanitaria, PAISS, es el resultado de un proceso de colaboración y trabajo compartido establecido entre el Departamento de Derechos Sociales, Economía Social y Empleo y el Departamento de Salud de Gobierno de Navarra para implantar un sistema de atención sociosanitaria coordinada e integral en la Comunidad Foral de Navarra.

El desarrollo de modelos de atención integrada se ha consolidado como un elemento prioritario de las políticas sociales europeas, en respuesta a la fragmentación institucional que caracteriza los sistemas de bienestar. La creciente complejidad de las problemáticas sociales choca con servicios estructurados que operan a menudo de manera fragmentada e inconexa.

En un contexto marcado por el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional cada vez más personas precisan de cuidados y apoyos durante las últimas etapas de su vida siendo el caso más paradigmático es el de las personas de edad avanzada con enfermedades crónicas que precisan de manera simultánea cuidados sanitarios y de apoyo social, y cuyas necesidades trascienden los límites organizativos fijados entre el ámbito sanitario y el de servicios sociales.

Nos encontramos, además, en un escenario de cambio de paradigma, en el que también se propone una nueva manera de atender –y de entender– a las personas, a través de intervenciones más personalizadas. La apuesta es situar a las personas en el centro, adaptando y flexibilizando la atención a su situación, deseos y necesidades particulares. Esto conlleva nuevas formas de entender las propias necesidades, con una mirada más holística de la persona y una visión multidimensional de las problemáticas que enfrenta. Se trata de articular respuestas integrales que tomen en consideración a la persona en su globalidad.

La atención integrada social y sanitaria puede definirse como un conjunto de actuaciones dirigidas a aquellas personas que, por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social, precisan de una actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales. En este sentido la relevancia de la atención integrada social y sanitaria resulta cada vez mayor, a raíz de los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos que se vienen produciendo en las últimas décadas.

Este tipo de atención se erige, por tanto, como un factor clave en los sistemas de cuidados de larga duración actuales, en su esfuerzo por garantizar el bienestar, la autonomía, la calidad de vida y la inclusión social de las personas. Las intervenciones desarrolladas en este marco se centran, principalmente, en el mantenimiento o recuperación de la autonomía de las personas, con una especial atención a situaciones de crisis en las que existe un mayor riesgo de ruptura o vacío asistencial, como los periodos de convalecencia y las altas hospitalarias. Asimismo, las intervenciones preventivas de promoción de la salud y la autonomía personal, o el apoyo a las personas cuidadoras del ámbito informal, para garantizar su bienestar y evitar la sobrecarga, se conforman también como ámbitos prioritarios de actuación.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Población diana / ámbito de aplicación

El PAISS se dirige a personas que, además de presentar alguna necesidad sanitaria, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, generalmente asociadas a la falta de soporte familiar. Así, entre los colectivos más proclives a precisar una atención integrada destacan las personas con enfermedades crónicas, las personas con trastornos de salud mental, las personas con problemas de adicciones o las personas que se encuentran al final de la vida y requieren cuidados paliativos.

Este programa se encuentra implantado en la zona de Tafalla y su área de influencia desde 2019, y en las áreas de Tudela y Estella desde 2021, articulando una dinámica de trabajo integrado entre el personal profesional de los sistemas de Salud y de Servicios Sociales para atender a las personas adultas con altas y complejas necesidades sanitarias y sociales, a través de intervenciones conjuntas, simultáneas, y centradas en la persona.

Metodología

Programa resultado de una larga trayectoria de búsqueda de un espacio de confluencia entre el ámbito social y el sanitario, que tiene su origen en el año 2000 en el contexto del Plan Foral de Atención Sociosanitario, con una metodología de trabajo multidisciplinar.

- Diagnóstico sociosanitario integrado, realizado de manera conjunta y multidisciplinar por el personal profesional sanitario y de servicios sociales.
- Un Plan de Atención Integral Social y Sanitario, que integra objetivos consensuados con la persona usuaria y/o su familia.
- Seguimiento personalizado (metodología de gestión de caso).
- Una planificación del alta, que garantice la continuidad de la atención tras la finalización de la intervención.

A través de:

- Equipos Operativos de Zona (EOZ): Nivel de Zona Básica y abordaje de necesidades de atención sociosanitaria de menor intensidad.

- Equipos de Coordinación Sociosanitaria (ECoSS): Nivel de Área y abordaje de los casos de mayor complejidad y/o urgencia.

Objetivos

Objetivo general: Garantizar la atención integrada a las personas con necesidades sociosanitarias altamente complejas que superan las posibilidades de trabajo coordinado de la atención primaria de ambos sistemas a fin de favorecer la permanencia en el entorno habitual.

Objetivos específicos:

- Detectar de forma precoz las necesidades de la población.
- Promover el mantenimiento o recuperación de la capacidad funcional.
- Reducir las estancias hospitalarias y los reingresos.
- Desarrollar la autonomía de la persona, situándola en el centro de la atención y en su entorno más próximo, a partir de intervenciones individuales, grupales y comunitarias de carácter sociosanitario.
- Homogeneizar el funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitarias de Zona Básica.
- Mejorar la eficiencia en la gestión de recursos sociosanitarios en términos de accesibilidad, temporalidad y cumplimiento de objetivos.
- Capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su propia salud, ayudándoles a mantener un cuidado efectivo.

Actuaciones realizadas

- Intervención precoz y prevención de la dependencia desde atención primaria: con el fin de prevenir ingresos hospitalarios o institucionalizaciones, este eje desarrolla actuaciones dirigidas a recuperar, preservar y/o maximizar la autonomía de las personas favoreciendo permanecer en su entorno.
- Recuperación tras el ingreso hospitalario: las actuaciones enmarcadas en este eje se orientan a la recuperación o mejora de la capacidad funcional post ingreso hospitalario, mediante una valoración de los cuidados precisados y, en su caso, de intervenciones de apoyo para garantizarlos.
- Intervención socio-comunitaria: desde un enfoque preventivo, este eje incorpora actuaciones de promoción de la salud y la autonomía, de apoyo a las personas cuidadoras del ámbito informal y activación comunitaria, como medida de apoyo al cuidado provisto desde el ámbito institucional y familiar. Lo hace reforzando las redes de voluntariado, los activos comunitarios de salud y el trabajo con agentes existentes en cada área.

Indicadores

Han accedido al Programa desde sus inicios hasta la actualidad 977 personas.

Proceso:

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Nº ZBS en las que se han generado estructuras de integración Sociosanitaria (EOZ)/ Nº de ZBS en las que está desplegado el programa $\times 100 = 100\%$, 22 EOZ y 3 ECOSS (72 profesionales)
- Nº total de acciones comunitarias= 20 acciones.

Resultado:

- Nº de personas que permanecen o regresan al domicilio al alta del Programa/Nº de personas que acceden al Programa $\times 100 = 75\%$.
- Nº de personas que mantienen o mejoran su Índice de Barthel al alta del Programa/Nº de personas que acceden al programa $\times 100 = 88\%$.
- Nº de personas que expresan un grado de satisfacción con el programa muy alto/Nº de personas que acceden al Programa $\times 100 = 75\%$.
- Nº de personas que han cumplido los objetivos establecidos en el Plan de Atención Integral/Nº de personas que acceden al Programa $\times 100 = 70\%$.

Recursos

Recursos Humanos: Equipos (22 EOZ y 3 ECoSS) conformados por 72 profesionales con perfiles de trabajo social y de enfermería.

Recursos financieros: Se trata de un programa cofinanciado entre el Departamento de DDSS y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. La inversión económica vinculada a los y las profesionales, desde 2019 a la actualidad, es de 770.000 €.

Recursos materiales: El PAISS cuenta con una serie de recursos específicos dirigidos a abordar las situaciones de mayor complejidad y/o urgencia y que complementan los servicios de las carteras de Salud y de Servicios Sociales. Son de carácter temporal, sin copago, sin requisitos administrativos, con carácter de acceso ágil en 24/48 horas y con intensidad de atención de fisioterapia y terapia ocupacional:

- Servicio residencial sociosanitario
- Servicio de Soporte Domiciliario
- Servicio diurno sociosanitario y transporte adaptado. El total de dicha inversión en servicios asciende desde 2019 a 2025 a 2.946.171,06 €

Basada en la evidencia

La atención integrada social y sanitaria se configura como un elemento crucial para asegurar la calidad y sostenibilidad de los sistemas de cuidados europeos. Así lo pone de manifiesto la Recomendación de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles del Consejo de la Unión Europea que, enmarcada en la Estrategia Europea de Cuidados, insta a los Estados miembros a aplicar, entre otros, los principios de integralidad y continuidad para garantizar la calidad de los cuidados de larga duración.

Cabe señalar algunas experiencias de éxito previas tales como El modelo Norrtaelje en Suecia, el Programa de capacitación (reablement) de Dinamarca o el Modelo de Atención Integrada Salut+Social, Amposta, Cataluña.

Equidad

Existe evidencia científica de que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas y es en este marco en el que se contextualiza este programa.

El PAIS se articula como una clara apuesta por el abordaje de los determinantes sociales que impactan en la salud.

Propone un abordaje real y efectivo de la crisis de los cuidados claramente feminizada (perspectiva de género), integra servicios universales exentos de copago y de criterios administrativos/burocráticos (componente socioeconómico), apuesta por la lucha contra la despoblación (implantando en tres Áreas con población eminentemente rural) e incorpora de manera transversal e imprescindible el enfoque comunitario y preventivo buscando la igualdad de oportunidades y que las situaciones de necesidad no se cronifiquen.

Sostenibilidad

Se trata de un programa consolidado adaptado a las necesidades de cada Área/Zona.

La satisfacción de las personas beneficiarias ha sido muy alta en las tres Áreas. Éstas y/o familias, reciben una atención basada en sus intereses y preferencias dando respuesta a una situación de crisis ante un momento puntual.

El PAISS ocupa un lugar importante entre los recursos y servicios de las tres Áreas y se ha consolidado como una nueva forma de trabajo, consiguiendo tanto en la valoración como en la gestión de casos, integrar lo social y sanitario como dos partes de un todo.

Por todo lo anterior se prevé la extensión del programa al noroeste y noreste de Navarra en 2026, implantando, dos ECOSS, con sus respectivos EOZ y los correspondientes recursos/servicios.

En el 2027 se prevé pilotar la experiencia en una zona básica de la comarca de Pamplona.

Transferibilidad

Cuenta con protocolos claros y estandarizados que definen las fases de atención, roles de los profesionales y criterios de actuación. Estructurado en una metodología basada en la evidencia y experiencias previas que buscan garantizar resultados reproducibles.

El PAISS ha establecido un marco de gobernanza caracterizado por un liderazgo estratégico y compartido entre el Departamento de Salud y el Departamento de Derechos Sociales y que se reproduce verticalmente a nivel maso, meso y micro, a través de una participación paritaria de ambos sistemas en las diversas comisiones, direcciones y equipos de trabajo que se han establecido.

El programa cuenta con documentación exhaustiva (documento de proceso, de gobernanza, de los servicios...) que describen cada procedimiento, facilitando la comprensión y aplicación en otros entornos y, a su vez, se generan informes periódicos que reflejan el impacto y aprendizajes del programa, aportando transparencia y datos para la transferencia.

Efectividad

En términos de efectividad la implementación del PAISS supone un notable descenso en las necesidades de cuidados sanitarios de muy alta intensidad (esto puede deberse, en parte, al curso habitual de la enfermedad o episodio que dio lugar al acceso al programa). Se reduce el porcentaje de personas con necesidades altas y aumenta el de personas con necesidades moderadas y bajas.

En cuanto a necesidades de cuidados sociales, la mayoría de las personas mejora.

El 75% de las personas se mantienen en su domicilio. Respecto al cumplimiento de los objetivos y atendiendo a los datos acerca de las personas que han finalizado la atención en el programa entre febrero de 2022 y diciembre de 2024, éstos se han cumplido en un 71% de los casos.

El 75% de las personas atendidas se sienten muy satisfechas con la atención recibida y el 88% mantiene o mejora su capacidad funcional.

Eficiencia

En relación a la eficiencia podemos concretar que el hecho de que el 75% de las personas que participan en el programa permanezcan o regresen a su domicilio es sugestivo de que las estancias hospitalarias no se alargan por motivos o necesidades sociales y, a su vez, favorece la permanencia en el entorno habitual evitando institucionalizaciones no deseadas.

Igualmente, y dado que la atención sociosanitaria provista desde el programa responde a situaciones de especial complejidad, el trabajo conjunto proporciona un acompañamiento y apoyo profesional de gran valor en la toma de decisiones. El PAISS fomenta las dinámicas de colaboración y de apoyo a la práctica profesional. El trabajo integrado también favorece la eficiencia de la atención en su conjunto, ya que la puesta en común de los casos en el marco del trabajo en equipo disminuye la necesidad de realizar múltiples intervenciones desde los distintos servicios de atención.

Participación multidisciplinar

El PAISS integra la colaboración de diferentes perfiles profesionales en base a una metodología de trabajo conjunto a través de equipos multidisciplinarios, organizados en torno a dos planos de atención:

- Equipos Operativos de Zona (EOZ): compuestos por una persona trabajadora de los Servicios Sociales de Base, y dos personas de Atención Primaria Sanitaria, concretamente personal profesional de trabajo social y de enfermería de enlace comunitario.
- Equipos de Coordinación Sociosanitaria (ECoSS): creados para este Programa y compuestos por personal profesional de trabajo social y de enfermería, operan a nivel de Área o Distrito y dan soporte a los EOZ.

Colaboración intersectorial

El PAISS se erige como un claro ejemplo de Integración Vertical entre los diferentes niveles asistenciales dentro del sistema sanitario (Atención Hospitalaria y Atención Primaria) y, a su vez,

de Integración horizontal entre el Servicio Navarro de Salud y el Departamento de Derechos sociales de Navarra.

Esto se justifica en la utilización compartida de las mismas herramientas entre ambos sistemas. A su vez, existe un compromiso común por una visión integral, biopsicosocial, que reconoce a la persona como un todo. Se ofrece una atención integrada, que trasciende la mera coordinación sociosanitaria o colaborativa puntual entre sistemas en un contexto de equipos y servicios conjuntos y compartidos.

Evaluación

El PAISS ha desarrollado la herramienta ANDIA (Aplicación Navarra de Integración Asistencial) integrada en Historia Clínica desarrollada desde el Departamento de Salud, y que contiene un módulo específico para el registro de la información sociosanitaria que permite registrar la necesidad de atención integrada y el Plan de Atención, identificando los objetivos, las acciones a realizar, la gerencia del caso etc. Se configura como una plataforma común en la que compartir el diagnóstico, la planificación y el seguimiento del caso. Toda esta información, además, es explotable para facilitar la monitorización y evaluación del Programa.

Sumado a lo anterior en febrero de 2024, se desarrolló un proceso de evaluación desde el departamento de salud y de Derechos Sociales elaborando una matriz de evaluación. Para dar respuesta a las preguntas de evaluación se utilizaron técnicas y herramientas como son el análisis documental, la elaboración de indicadores, entrevistas en profundidad y grupos de discusión.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

PVA7-1: La hospitalización domiciliaria como vía clave a la sostenibilidad y mejora en la experiencia de nuestros pacientes usuarios y profesionales

Magdalena Fernández Martínez de Mandojana (1), Giomar Agote Olabe (1), Leire Amiano Irureta (1), Ainara Aranzabal Lasagabaster (1), Janire Arrieta Alberdi (1), Ane Astigarraga Garate (1), Sonia Ayeche Muruzabal (1), Rosa Benítez Gómez (1), Dolores Camacho Madueño (1), María Emilia Coll Viciosa (1), Miren del Hierro Baleztena (1), Iker del Pino Cialceta (1), Naroa Espilla Aguirreamalloa (1), Begoña Ferro Castro (1), Elene Gallastegui Uribe (1), Ignacio García Cruz (1), Nora Hadi Bastida (1), Idoia Iribarren Bueno (1), Larraitx Juaristi Azpiaz (1), Irune Labaca Azkune (1), Susana Llavina Farrés (1), Judith Muguerza Iraola (1), Miriam Murguiondo Aznal (1), Nerea Ramírez Nogales (1), Iratxe Sarasola Aramburu (1)

(1) Hospitalización a Domicilio, Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debarrena, Osakidetza.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio, atención integrada, cronicidad compleja, continuidad asistencial, sostenibilidad del sistema sanitario.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La OSIDB presenta esta Buena Práctica (BBPP) que aborda la cronicidad compleja (modelo de estratificación poblacional) mediante Hospitalización a Domicilio (HAD), siendo conscientes de que el fortalecimiento de esta atención permite prevenir hospitalizaciones evitables, adecuar las necesidades de desplazamiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, ofreciendo atención hospitalaria convencional en el hogar de forma eficiente y excelente.

Este modelo contribuye a los objetivos estratégicos de salud, favorece su replicabilidad en otros centros y garantiza la sostenibilidad del sistema sanitario. Integra además una gestión innovadora que mejora la calidad profesional y fomenta la participación de pacientes y población, generando un impacto social positivo.

En el marco de la convocatoria, la HAD se consolida como recurso clave, alineado con la atención a la cronicidad y la atención primaria, aportando comodidad, autonomía e intimidad al paciente.

La Estrategia de la Cronicidad y la HAD están estrechamente relacionadas, ya que ambas buscan responder al reto creciente de las enfermedades crónicas mediante modelos asistenciales más cercanos, eficientes y humanos. La HAD se convierte en herramienta esencial al ofrecer atención especializada en el hogar, reducir ingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los problemas de salud que aborda la HAD son equiparables a los de la hospitalización convencional, gracias al compromiso profesional y a una gestión innovadora que amplía el espectro de patologías tratadas. Gestionamos pacientes complejos, mediante alianzas con especialidades clínicas, asegurando la calidad asistencial. Su relevancia radica en el valor añadido que aportamos: más eficiencia, humanidad y sostenibilidad. Un ejemplo es su impacto en la

hospitalización potencialmente evitable (HPE), que en España se estima en un 2,74% del total entre 2021 y 2023 (220.000 episodios anuales).

El incremento de enfermedades crónicas, derivado del envejecimiento poblacional, avances médicos y nuevos hábitos, supone el 71% de las muertes mundiales. Por ello, la atención domiciliaria es una estrategia fundamental para promover un modelo centrado en la persona, especialmente en casos de fragilidad o necesidades de cuidados continuados. Su finalidad es mejorar la calidad de vida, evitar desplazamientos innecesarios al hospital, reducir la sobrecarga de los servicios convencionales y garantizar una atención coordinada, proactiva y segura.

El concepto de “domicilio” se entiende en sentido amplio: incluye el hogar habitual, centros residenciales para mayores y otros entornos de vida. HAD representa un avance hacia una asistencia más humana, sostenible y adaptada a las necesidades reales de la población.

Con el proyecto HAD 2020, la OSIDB presenta un modelo asistencial innovador y valiente en un contexto donde, pese a ser conocida, la Hospitalización a Domicilio (HAD) aún no se ha implantado de forma homogénea a nivel nacional. Actualmente existe una notable heterogeneidad en los modelos aplicados. Desde nuestra experiencia acumulada durante años, queremos contribuir con nuestro buen hacer al desarrollo y consolidación de este modelo, que proponemos como Buena Práctica (BBPP).

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La HAD de la OSIDB, que atiende a una población de alrededor de 77.000 habitantes, se ha consolidado como una alternativa avanzada y eficiente a la hospitalización convencional. Su objetivo es trasladar la atención hospitalaria al domicilio del paciente, garantizando calidad y seguridad, y ampliando el espectro de perfiles atendidos.

La organización se articula en equipos multidisciplinares (médicos, enfermeros y psicólogos) que trabajan en coordinación con atención primaria, hospitales de todo nivel y servicios sociosanitarios, asegurando la continuidad asistencial, acceso a recursos sociales y efectividad en tratamientos. Además de cubrir necesidades clínicas, la atención domiciliaria mejora la experiencia del paciente y su entorno, fomentando la participación activa en cuidados, dieta, ejercicio, control de la medicación e higiene. Los equipos realizan visitas programadas con cobertura de 12 horas diarias, los siete días de la semana, reforzando la confianza del paciente y favoreciendo la conciliación familiar y laboral.

Aspectos diferenciales de nuestra HAD:

1. Actividad asistencial: El número de altas por habitante, triplica las cifras del País Vasco y del SNS (1,45 frente a 0,51 y 0,47).
2. Cartera de servicios y perfiles atendidos: Basada en protocolos pactados, gracias al aprendizaje continuo y alianzas estratégicas. Atendemos patologías agudas fundamentalmente infecciosas que precisan AB parenterales y seguimiento estrecho, crónicas agudizadas (IC, EPOC, cirrosis...), quirúrgicas complicadas (cirugía general y cardíaca), trasplantes, paliativos oncológicos y no oncológicos complejos o en SUD (Situación de Últimos Días). Destaca el tratamiento de la congestión en la IC con furosemida parenteral u oral a dosis altas, práctica en la que somos pioneros.

3. Satisfacción del paciente: En la encuesta de 2022, HAD obtuvo los valores más altos en 7 de 11 ítems, incluyendo NPS (Net Promoter Score), superando en 6,3 puntos la media del País Vasco.
4. Circuito de pacientes: simplificamos los pasos a realizar por el paciente, llegando a acuerdos con los centros y servicios susceptibles de enviar pacientes a HAD y realizando un servicio propio con una amplia cobertura horaria (12*7), lo cual permite el ingreso directo del paciente en HAD con una evaluación y perfilado adecuado, evitando la urgencia e incrementando el ingreso adecuado en HAD.
5. Atención especial al paliativo: entendiendo el final de vida y el duelo, como inherente a nuestra profesión, ayudando y facilitando al paciente y entorno en este momento.
6. Eficiencia económica: Coste directo por estancia en HAD: 129,23 € frente a 179,97 € en hospitalización de agudos, con un ahorro anual de 1.130.422 €. A coste completo, la diferencia por estancia es de 1.086,58 €, lo que refuerza la sostenibilidad del modelo.

El ingreso en HAD requiere evaluación médica y protocolos que garantizan seguridad y calidad. Sus elementos diferenciales incluyen atención centrada en la persona, innovación asistencial, flexibilidad para evitar ingresos hospitalarios y equidad en la toma de decisiones. Además, integra áreas sensibles como seguridad domiciliaria, cuidados al final de la vida y eutanasia, ofreciendo un abordaje integral y humanizado.

Población diana / ámbito de aplicación

La HAD está dirigida a personas con patologías agudas —infecciones, insuficiencia cardiaca, crisis respiratorias— pacientes crónicos reagudizados complejos, postquirúrgicos que requieren vigilancia, casos oncológicos, cuidados paliativos, ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica), y pos-trasplantados.

El ámbito de aplicación abarca toda la OSI, con una población aproximada de 77.000 habitantes, garantizando cobertura uniforme y equitativa en todo el territorio y con un horario 12*7 que permite la atención y el ingreso facilitando el circuito. Este modelo permite atender un amplio espectro de patologías, adaptándose a las necesidades clínicas y sociales de cada paciente, garantizando respuestas adaptadas a la diversidad de la población y promoviendo una atención inclusiva.

Metodología

El método que prima es el de la cercanía en la atención al paciente y simplificación de las rutas que corresponden a su patología y nivel de cuidados. Para alcanzar esta eficacia, debemos apoyarnos en equipos multidisciplinares vinculados a la atención hospitalaria y coordinados con atención primaria, y servicios sociosanitarios.

Implementamos protocolos de actuación rápida y la gestión de casos para el tratamiento de reagudizaciones en domicilio, reduciendo por un lado la necesidad de traslados a servicios de urgencias y, por otro, el impacto clínico y emocional del paciente.

Herramientas como la estratificación de la población, son utilizadas de manera sistemática y, además, gracias a los planes individuales de actuación, se identifica a quienes requieren una atención más intensiva y personalizada. Además, realizamos el seguimiento proactivo, dando

plena confianza al paciente y familia para garantizar una comunicación precoz de situaciones de riesgo.

Objetivos

- Atención clínica equivalente: ofrecer cuidados de igual complejidad que los hospitalarios en el entorno del paciente.
- Mejora de la experiencia: reducir el impacto emocional y social del ingreso hospitalario, favoreciendo la conciliación, la participación, empoderamiento del paciente y cuidadores, ofreciendo una atención proactiva, coordinada y centrada en sus necesidades.
- Optimización de recursos: liberar camas hospitalarias y reducir costes de estancia.
- Uso seguro y efectivo de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados.
- Equidad en el acceso: asegurar que todos los pacientes aptos de nuestra comarca puedan beneficiarse de este modelo.
- Mejora de la continuidad asistencial: la elaboración, consenso y ejecución de rutas consensuadas entre distintos niveles asistenciales.
- Impulso a la innovación: ampliar la cartera asistencial mediante acuerdos con los servicios y centros emisores de pacientes oncológicos, postquirúrgicos o trasplantados, incrementando con ello el conocimiento y complejidad del tratamiento y cuidado domiciliario.

Actuaciones realizadas

Mayo 2008 inauguración HAD con cobertura del 50% de la población, ampliada al 100% desde octubre, con atención diaria de 8 a 20 h. Referentes en Cuidados Paliativos.

2009 pioneros en la IC avanzada con tratamiento de la congestión con furosemida subcutánea y oral a altas dosis.

2010 incorporamos atención domiciliaria pediátrica aguda y paliativa mediante alianzas con Pediatría y Oncología.

2014 protocolo para ingreso directo de pacientes residenciados crónicos y paliativos. Introducción tratamiento antibiótico endovenoso (TADE)

2016 participación en PROA.

2018 establecimos seguimiento postoperatorio cardiaco.

Lideramos la Eutanasia desde 2021.

Participamos en:

1. Todos los Planes Estratégicos (PE) del Gobierno Vasco.
2. Ruta de la IC 2025.

3. Humanización del PE oncológico 2024.
4. Donación en asistolia controlada en pacientes con enfermedades neurodegenerativas del 2022.
5. Consenso SEOM-SEHAD sobre la práctica clínica y HAD pacientes oncológicos.
6. Documento de consenso sobre CP en la IC avanzada.

Indicadores

La HAD se evalúa mediante un conjunto amplio de indicadores que garantizan transparencia y mejora continua. Entre ellos destacan:

- Actividad asistencial: número de altas, estancia media, mortalidad, solicitudes recibidas y evaluadas, porcentaje de aceptación y rechazo, demora media en la evaluación, visitas domiciliarias y tipología de pacientes atendidos.
- Dotación de personal: horas de servicio, número de médicos y enfermeros.
- Calidad: satisfacción de usuarios, agradecimientos, quejas, incidentes de seguridad, sesiones y reuniones.
- Docencia e investigación: personal en formación, satisfacción del personal en formación y producción científica.
- Económicos: gasto en personal, farmacia, consumibles y coste medio por estancia.
- Clínicos: reducción de las HPE, seguridad en la atención y continuidad asistencial.

Estos indicadores buscan objetivos propios de mejora y comparaciones con otros servicios consolidando la efectividad y eficiencia del modelo. La periodicidad de evaluación de los mismos se realiza de manera mensual.

Recursos

La HAD combina recursos humanos, tecnológicos y organizativos. Los equipos multidisciplinares —médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales— son el núcleo del modelo, garantizando una atención integral y coordinada.

En cuanto a recursos materiales, se utilizan sistemas de historia clínica electrónica y equipamiento portátil para tratamientos intravenosos, oxigenoterapia y curas complejas. La infraestructura incluye locales para despachos, reuniones y logística, aparcamiento reservado para vehículos eléctricos, y herramientas digitales de comunicación con atención primaria y hospital de subagudos. Protocolos clínicos estandarizados aseguran calidad y seguridad en cada intervención, mientras que los recursos sociosanitarios complementan la atención, facilitando acceso a servicios de apoyo social.

En relación con los recursos financieros, la HAD, como el resto de servicios de la OSIDB, cuenta con una partida presupuestaria para poder llevar a cabo toda su actividad.

En conjunto, estos recursos permiten que la HAD funcione como una alternativa hospitalaria eficiente, segura y sostenible.

Basada en la evidencia

Las actuaciones asistenciales de la HAD se fundamentan en evidencia científica, al igual que el resto de la actividad clínica. La continuidad asistencial se garantiza mediante la coordinación entre hospital, atención primaria y servicios sociosanitarios.

Estudios nacionales e internacionales avalan que la hospitalización a domicilio reduce complicaciones, mejora la satisfacción del paciente y disminuye el gasto sanitario. La integración — historia clínica electrónica, comunicación de síntomas, accesibilidad...— refuerza la seguridad y permite un seguimiento constante.

Además, la HAD se alinea con las recomendaciones de la Unidad de Prácticas Integradas (Value-Based Health Care), que promueve modelos centrados en el paciente, la equidad y la eficiencia. La evidencia respalda la HAD como una estrategia sólida, innovadora y transferible.

Equidad

La HAD garantiza la equidad al ofrecer cuidados hospitalarios en el propio entorno del paciente, independientemente de su condición social, económica o geográfica. La cobertura uniforme en nuestra OSI asegura igualdad de oportunidades en el acceso.

La voluntariedad del paciente y su familia refuerza el respeto a la autonomía. La coordinación con atención primaria y servicios sociosanitarios facilita el apoyo adicional para quienes tienen necesidades sociales específicas, evitando desigualdades.

La participación de las asociaciones de pacientes se reconoce como un elemento clave. Su contribución como agentes expertos permite identificar necesidades no cubiertas, inequidades, barreras sociales y proponer mejoras concretas, enriqueciendo así el diseño y la implementación de políticas más inclusivas, efectivas y centradas en la persona.

Por otro lado, durante todo el proceso, se incorpora un enfoque transversal e interseccional, tratando de evitar la ley de cuidados inversos en la atención a la cronicidad.

Sostenibilidad

La HAD de la OSIDB contribuye de manera decisiva a la sostenibilidad del sistema sanitario desde sus inicios en el año 2008. Al reducir costes de estancia, libera recursos para otras áreas estratégicas.

La atención domiciliaria disminuye riesgos de seguridad hospitalaria (infecciones nosocomiales, desorientación...) y mejora la calidad de vida, reduciendo reingresos y aumentando la eficiencia global. Una particularidad destacable en este servicio es la comunicación inmediata en amplio horario laboral que además de los beneficios mencionados en el apartado de “recursos”, permite un seguimiento seguro con menor consumo de recursos físicos.

Asimismo, la HAD favorece la sostenibilidad social, al mejorar la conciliación familiar y laboral de pacientes y cuidadores. Sus actuaciones apoyan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), consolidándose como una estrategia clave para garantizar la viabilidad futura del sistema sanitario.

Transferibilidad

La HAD es altamente transferible a otros contextos sanitarios, siempre que se adapten recursos y organización a las características locales. Su metodología —equipos multidisciplinares, protocolos clínicos estandarizados y coordinación intersectorial— puede replicarse en diferentes territorios.

La evidencia demuestra que la HAD mejora resultados clínicos, reduce costes y aumenta la satisfacción del paciente, lo que la convierte en una práctica atractiva para sistemas de salud que buscan eficiencia y humanización.

El modelo de la OSIDB, basado en un extraordinario impulso de este modelo, con una amplia cartera de servicios y una simplificación máxima de sus circuitos, dan amplitud de posibilidades a nuestros pacientes y un nivel de accesibilidad, aceptación y satisfacción máxima en nuestra población.

En definitiva, la HAD es un modelo innovador y adaptable, capaz de consolidarse como alternativa hospitalaria en múltiples realidades sanitarias.

Efectividad

La HAD ha demostrado ser altamente efectiva en la mejora de resultados clínicos y en la experiencia del paciente. Reconociendo el impacto creciente del envejecimiento y la multimorbilidad, nuestra OSI desarrolla su apuesta por un modelo de atención proactiva, continua, coordinada y centrada en las necesidades de los pacientes. La HAD participa también en la visión de una cronicidad no exclusiva de las personas mayores, ya que afecta a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con enfermedades complejas que requieren atención especializada y transiciones asistenciales seguras y planificadas, que nuestra HAD trabaja y aporta su experiencia.

Los indicadores confirman que los problemas de salud tratados en HAD son comparables a los resueltos en hospitalización convencional, con igual seguridad y calidad asistencial. Además, se logra una reducción significativa de (HPE), reflejando su impacto positivo en la eficiencia del sistema.

Eficiencia

Partimos de la premisa de la medicina basada en valor, por la que nos orientamos hacia la obtención de mejores resultados en salud con una perspectiva de eficiencia y equidad.

Nuestra HAD organiza su atención en torno a las condiciones médicas de sus pacientes y estratificaciones en unidades multidisciplinares práctica integrada.

La eficiencia de la HAD se refleja en la optimización de recursos y en la reducción de costes asistenciales, tal y como comentamos en el punto 6 de eficiencia económica.

Los resultados de salud vienen respaldados por la excelente práctica clínica, la multidisciplinariedad, el uso de guías e interconsultas, siendo los resultados y experiencia reportados por el paciente mayores que la media.

La HAD combina eficiencia económica con calidad asistencial, consolidándose como un modelo sostenible que maximiza el valor aportado a pacientes, profesionales y al sistema sanitario.

Participación multidisciplinar

El modelo se sustenta en la participación activa de equipos multidisciplinarios que integran médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales. Estos equipos participan en comisiones, comités y grupos de trabajo de la OSI y de Osakidetza, además de colaborar con otras HAD y sociedades científicas.

Esta diversidad garantiza una atención integral y de calidad, capaz de abordar necesidades clínicas, sociales y emocionales. La coordinación entre atención primaria y hospitales comarcales, de subagudos y de referencia, asegura la continuidad asistencial y evita duplicidades. La participación fomenta la innovación, al incorporar nuevas perspectivas y formas de trabajo. El paciente y su familia también forman parte del equipo, participando en decisiones y cuidados, lo que refuerza la humanización del modelo. La HAD es un ejemplo de trabajo conjunto, que busca consensos con diversos servicios para que la derivación y tratamiento de los pacientes sea más satisfactoria.

Colaboración intersectorial

La HAD se caracteriza por una estrecha colaboración intersectorial, que integra recursos sanitarios, sociales y tecnológicos. Los equipos trabajan coordinadamente con atención primaria, hospital de agudos, subagudos y servicios sociosanitarios, garantizando continuidad asistencial y acceso a apoyos complementarios.

Esta colaboración permite abordar tanto necesidades médicas como sociales: apoyo a cuidadores, acceso a recursos comunitarios y coordinación con servicios de dependencia. Asimismo, se procura que las recomendaciones contribuyan a reducir desigualdades, a avanzar en un modelo biopsicosocial e interdisciplinar y se adapten a todo nuestro ámbito de influencia, atendiendo a la equidad y la diversidad poblacional.

En definitiva, la HAD trasciende de lo puramente sanitario, articulando un sistema de apoyos que combina eficiencia clínica con sostenibilidad social, reforzando la cohesión del sistema de salud.

Evaluación

La evaluación de la HAD se realiza mediante indicadores clínicos, económicos y de satisfacción (de estructura, proceso y resultados), que permiten medir su impacto y orientar mejoras continuas. Entre los aspectos evaluados destacan la reducción de HPE, el coste por estancia, la satisfacción del paciente y la eficiencia en la utilización de recursos.

Las encuestas de satisfacción en Osakidetza muestran resultados superiores a la media del País Vasco, especialmente en satisfacción global y NPS. La evaluación económica refleja un ahorro significativo para el sistema sanitario, mientras que los indicadores clínicos confirman la equivalencia en resultados de salud respecto a la hospitalización convencional.

La evaluación también incluye la revisión de protocolos y la incorporación de innovaciones, asegurando seguridad y calidad asistencial. Este proceso sistemático consolida la HAD como una práctica basada en la evidencia, eficiente, flexible y en constante mejora.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL7-1: Programa de fisioterapia para el afrontamiento activo del dolor musculoesquelético crónico en Atención Primaria

María Rosario Mondejar Martín (1), Cristina Cuadrado Baca (1), M.ª José Micó López (1), Víctor Ortiz Mallasén (2)

(1) Departamento de Salud de Elda, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana, (2) Unidad Predepartamental de Enfermería, Universitat Jaume I de Castelló.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Dolor musculoesquelético crónico, educación en dolor, ejercicio terapéutico, atención primaria, afrontamiento activo.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El dolor musculoesquelético crónico no oncológico, se ha convertido en una silenciosa pandemia en nuestra sociedad. Entendemos en este contexto que dolor crónico es aquel que persiste más allá de tres meses. Según el Barómetro del dolor en España (2022), publicado por la Fundación Grünenthal y la Universidad de Cádiz, este tipo de dolor afecta al 25,9% de la población española. Esto supone cerca de 12 millones de personas afectadas, lo que implica una fuerte dependencia sanitaria, social y económica de estas personas. De hecho, se calcula que el gasto en España, entre costes directos e indirectos, asciende a unos 33.600 millones de euros, lo que equivale al 2,5% del PIB nacional.

Es notorio que estos pacientes mantienen una posición común hacia el sistema sanitario: por mucha atención que se les ofrezca, ninguna alternativa terapéutica parece solucionar su problema de salud. Esta incómoda realidad no solo afecta a los pacientes que lo padecen, sino también a los profesionales sanitarios que los atienden, pues en muchas ocasiones no existen herramientas realmente eficaces. Estas personas suelen hiper frecuentar y peregrinar por diferentes servicios sanitarios en busca del tratamiento, la prueba o el diagnóstico definitivos, sin entender que el dolor crónico ha dejado de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad en sí.

En este sentido, los profesionales sanitarios han basado tradicionalmente sus actuaciones en modelos patoanatómicos y biomecanicistas, tratando el dolor crónico como un dolor agudo de larga duración. Los tratamientos hasta ahora han ido encaminados a tratar las estructuras consideradas generadoras del dolor (músculos, articulaciones...) y en el bloqueo quirúrgico o farmacológico de las vías nociceptivas, en ambos casos con escasos resultados y en muchas ocasiones con grandes efectos secundarios (Deyo et al., 2009). Entre los diagnósticos y patologías musculoesqueléticas que pueden cursar con dolor crónico encontramos: latigazo cervical crónico, lumbalgia crónica, fibromialgia, osteoartritis degenerativa de rodilla, artritis reumatoide, dolor de hombro crónico, síndrome temporomandibular, cefalea tensional crónica, síndrome de fatiga crónica o migraña, entre otros.

Esta propuesta de nuevo abordaje del dolor musculoesquelético crónico no oncológico desde la fisioterapia de atención primaria y comunitaria atiende a las recomendaciones más recientes de las guías de práctica clínica (The Lancet, OMS, NICE G., National Clinical Guidelines, American

College of Physicians), que aconsejan como primera línea de tratamiento de este tipo de dolor, la educación sanitaria en dolor y el ejercicio físico terapéutico.

Con esta propuesta se plantea una estrategia para abordar la cronicidad mediante educación y ejercicio físico neurocognitivo en grupo, con componente lúdico y de aprendizaje. Busca mejorar la calidad de vida, promover hábitos saludables, reducir la hiperfrecuentación y facilitar la reintegración comunitaria. Sin efectos secundarios, aborda el dolor musculoesquelético crónico no oncológico, problema sanitario urgente por su alta prevalencia e impacto. Su carácter innovador y coste-efectivo la alinea con las prioridades del Sistema Nacional de Salud, aportando resultados en salud y equidad asistencial (Galán-Martín et al., 2020; Montero-Cuadrado et al., 2025).

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Este nuevo abordaje, basado en estrategias de afrontamiento activo que incluyen educación en dolor y ejercicio físico terapéutico, se dirige a personas aquejadas de dolor musculoesquelético crónico no oncológico, atendidas en atención primaria. La captación de estas personas se produce, tras descartar banderas rojas y criterios de exclusión, desde cualquier profesional del Equipo de Atención Primaria, principalmente por medicina familiar.

Una vez derivados a la Unidad de Fisioterapia del centro, las fisioterapeutas citan al paciente para un primer contacto, en el que prima la alianza terapéutica, aportando al paciente el espacio y el tiempo suficientes para que pueda explicar su experiencia dolorosa desde diferentes perspectivas (física, emocional y social). Una vez realizada la anamnesis, se lleva a cabo una exploración para valorar movilidad y restricciones. Si cumple criterios, se incluye en el grupo terapéutico. Si el paciente presenta alteraciones sensitivas tales como alodinia, hipoestesia o hiperalgesia, recibirá un tratamiento individualizado con terapia manual, tratamiento somatosensorial, imaginación motora graduada y terapia de espejo hasta su normalización. Una vez alcanzado este objetivo, se le incluirá en el tratamiento grupal.

El programa se prolongará a lo largo de 12 a 14 semanas (la evidencia científica asegura que se necesitan alrededor de 12 semanas para generar cambios en los hábitos de los pacientes) con 5 sesiones de educación en dolor (parte teórica, una sesión por semana) y un programa de 18 sesiones de ejercicio terapéutico (parte práctica, con dos o tres sesiones a la semana) acompañado de trabajo neurocognitivo para mejorar la neuroplasticidad. Por medio del ejercicio terapéutico se trabajará el equilibrio, la fuerza, la libertad de movimientos, la coordinación, etc., todo ello acompañado de elementos innovadores como son el uso de la música y la vuelta a la calma con sesiones de relajación guiada y mindfulness.

Es necesario destacar la importancia del grupo como parte cohesiva del tratamiento, ya que el paciente con dolor crónico tiende a abandonar la vida social condicionado por su situación física y el grupo de iguales en estos casos se convierte en impulsor del cambio.

Mediante este programa, los pacientes adquieren estrategias para la transformación. Por un lado, reciben educación en dolor que les permite afrontar su problema físico sin miedo y los prepara para eliminar de sus vidas creencias erróneas, mitos difundidos por la sociedad durante décadas y que hoy sabemos que no tienen ninguna evidencia científica. Por otro lado, mediante el ejercicio neurocognitivo conseguimos llevar a la práctica la restauración de los movimientos libres y congruentes con la anatomía. Cuando el paciente finaliza el programa, se le deriva a un

centro cívico dependiente del Ayuntamiento, donde algunos pacientes expertos se hacen cargo de dirigir la actividad física del grupo, fuera ya del sistema sanitario.

Promovemos la risa, el juego, la danza, la mejora de la capacidad cognitiva, física y social. Coordinamos movimiento, ejercicio terapéutico, doubles tareas, música y técnicas de relajación o mindfulness. Todo esto constituye un potente arsenal de herramientas activas para afrontar el dolor crónico desde la primera línea de la Sanidad Pública.

Población diana / ámbito de aplicación

Este abordaje de afrontamiento activo del dolor va dirigido a usuarios y usuarias de atención primaria de la Comarca del Alto Vinalopó, en la provincia de Alicante, que presenten dolor musculoesquelético crónico no oncológico de al menos 6 meses de evolución y con una edad comprendida entre 18 y 75 años.

Para poder incluir al paciente en el programa, el profesional que lo derive tendrá que descartar banderas rojas y considerar los criterios de exclusión:

- Dolor oncológico.
- Fractura de columna o intervención quirúrgica en los 12 meses inmediatamente anteriores.
- Alteración cognitiva que impida la comprensión de los contenidos de la intervención.
- Déficit de rendimiento físico que impida la ejecución de la intervención.
- Embarazo.
- Síndrome de la cola de caballo.
- Incontinencia vesical y/o fecal.
- Trastornos psiquiátricos graves.
- Enfermedades autoinmunes.
- Pacientes con patologías asociadas que imposibiliten la realización de un programa de ejercicio físico.
- Pacientes en tratamiento con terapias alternativas.
- Pacientes con un neuroestimulador implantado.

Metodología

La elaboración del programa de afrontamiento activo del dolor musculoesquelético crónico se llevó a cabo mediante una metodología participativa y estructurada, basada en consenso profesional y evidencia científica. En una primera fase, el equipo de fisioterapeutas expertas en dolor persistente revisó la literatura, definió el marco teórico y estableció los criterios diagnósticos, de inclusión y exclusión. Posteriormente, se realizaron reuniones clínicas periódicas para diseñar la secuencia educativa, los contenidos de neurociencia del dolor y el programa de ejercicio terapéutico, asegurando la coherencia metodológica y la aplicabilidad real en el entorno asistencial. Se elaboró un protocolo detallado que incluye cronograma, materiales educativos, procedimientos de captación y derivación, así como las normas para la implementación grupal e individual. Esta metodología permitió construir una intervención replicable, ajustada al contexto de atención primaria y respaldada por criterios de calidad asistencial.

Objetivos

General

Mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de personas con dolor musculoesquelético crónico no oncológico mediante un programa de educación en dolor y ejercicio terapéutico, durante 14 semanas en atención primaria y evaluado con instrumentos validados antes, después y a los seis meses.

Específicos

1. Reducir la intensidad del dolor al finalizar la intervención.
2. Mejorar la función física y la capacidad para actividades de la vida diaria, logrando incrementos significativos en las dimensiones del SF-36 al término del programa.
3. Disminuir el catastrofismo, reduciendo la puntuación total de PCS tras la intervención.
4. Reducir la kinesiofobia, obteniendo mejoras significativas en TSK-11 al finalizar el proceso.
5. Fomentar la autonomía del paciente, logrando que las personas participantes aprendan y ejecuten correctamente un plan de ejercicios al finalizar el programa.
6. Disminuir la frecuentación sanitaria, reduciendo el número de consultas relacionadas con el dolor en los seis meses posteriores.

Actuaciones realizadas

La intervención consiste en un programa de fisioterapia de 14 semanas, estructurado en dos bloques complementarios: educación en neurociencia del dolor (END) y ejercicio físico terapéutico (EFT). Se forman grupos de 10 a 14 personas, dirigidos por fisioterapeutas formadas en dolor crónico, en el centro de salud de Villena I. El bloque END incluye cinco sesiones semanales de 90 minutos, combinando contenidos teóricos, dinámicas participativas y material visual (infografías y vídeos) para favorecer la comprensión del dolor y modificar creencias erróneas. Posteriormente, el bloque EFT comprende 18 sesiones prácticas, distribuidas en dos o tres sesiones semanales durante seis o nueve semanas, dependiendo de la disponibilidad de recursos humanos y técnicos, siguiendo las recomendaciones de la American College of Sports Medicine (Tompson et al., 2014). Las sesiones incluyen calentamiento, parte principal y vuelta a la calma, con adaptaciones individualizadas. Se incorporan tareas duales y actividades grupales para potenciar neuroplasticidad y funcionalidad.

Indicadores

Se registran variables sociodemográficas para la caracterización basal y el análisis de equidad: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral y antropometría. Las variables clínicas incluyen calidad de vida relacionada con la salud mediante SF-36 (Alonso et al., 1998), obteniéndose puntuaciones estandarizadas 0–100 en sus ocho dimensiones. El catastrofismo se cuantifica mediante PCS (García Campayo et al., 2008) (0–52 puntos), la kinesiofobia mediante TSK-11 (Gómez-Pérez et al., 2011) (11–44 puntos) y la sensibilización central mediante CSI (Cuesta-Vargas et al., 2016) (0–100 puntos), empleando sus puntuaciones totales validadas. Los indicadores de dolor son la intensidad mediante EVA (Melzack, 1987) (0–100 mm), distribución mediante mapa de McGill (Chapman et al., 1985) y consumo analgésico semanal. La utilización

de servicios sanitarios se mide mediante el número de visitas extraídas de la historia clínica. La satisfacción se evalúa con CSQ-8 (Roberts et al., 1984), obteniendo puntuación total para calidad percibida.

Recursos

La intervención se desarrolla utilizando recursos ya disponibles en el centro participante, optimizando su uso sin necesidad de inversiones adicionales significativas. Los recursos humanos están integrados por fisioterapeutas con formación específica en dolor persistente y ejercicio terapéutico, responsables de impartir los dos bloques del programa y de coordinar la aplicación homogénea del protocolo. Por su parte, el equipo investigador asume tareas de supervisión metodológica, análisis de datos y seguimiento de la intervención sin generar costes estructurales. Los recursos materiales incluyen la sala multiusos del centro de salud, equipada con material básico de ejercicio y proyector para las sesiones de educación. La financiación requerida es mínima y se limita a la impresión de materiales educativos y a la gestión administrativa del estudio. Este enfoque permite maximizar la eficiencia, garantizar la sostenibilidad operativa y asegurar que la intervención sea reproducible y transferible a otros centros sin incremento sustancial de gasto sanitario.

Basada en la evidencia

La intervención se fundamenta en el modelo biopsicosocial del dolor crónico, respaldado por la literatura y las guías clínicas más recientes, que recomiendan la educación en dolor y el ejercicio físico terapéutico como primera línea de tratamiento en dolor musculoesquelético persistente. La evidencia muestra que la educación mejora la comprensión del dolor, reduce creencias erróneas y favorece el afrontamiento activo. Los programas de ejercicio han demostrado efectos positivos en funcionalidad, dolor y calidad de vida, con niveles elevados de eficacia y seguridad. La utilización de los instrumentos validados expuestos garantiza la solidez metodológica y la capacidad para medir cambios clínicamente relevantes. Además, el diseño de la intervención se ha basado en experiencias previas desarrolladas en España (Aguirrezabal-Bazterrica et al., 2020; Galán-Martín et al., 2020; Montero-Cuadrado et al., 2025), con publicaciones indexadas en revistas de impacto, que han mostrado resultados consistentes, avalando la pertinencia y validez del enfoque multimodal propuesto.

Equidad

La intervención incorpora la equidad como principio transversal, considerando desigualdades relacionadas con género, edad, nivel socioeconómico, situación laboral y otros determinantes sociales. El programa se ofrece en modalidad grupal y en atención primaria, garantizando accesibilidad territorial y económica, al no requerir recursos personales adicionales ni desplazamientos. Se facilita la participación independientemente del nivel educativo mediante materiales claros, apoyos visuales y dinámicas comprensibles para todas las personas. La recogida sistemática de variables sociodemográficas permite analizar diferencias en resultados y orientar acciones específicas cuando sea necesario. Asimismo, se emplea lenguaje inclusivo y centrado en la persona, y se adapta la intensidad del ejercicio según capacidades individuales, evitando barreras por edad, comorbilidad o limitaciones funcionales. Esta estrategia multimodal, accesible y ajustable, contribuye a reducir desigualdades en el manejo del dolor persistente, favoreciendo una atención más justa, universal y sensible a la diversidad.

Sostenibilidad

La intervención presenta una elevada sostenibilidad al integrarse en la cartera habitual de servicios de la unidad de fisioterapia de atención primaria participante, utilizando recursos ya existentes, lo que garantiza su continuidad sin necesidad de incrementos presupuestarios. El respaldo institucional se asegura mediante la implicación de la coordinación del centro y del equipo profesional, que asume la implementación del programa dentro de su actividad asistencial ordinaria. La metodología estandarizada, los materiales comunes y las reuniones de coordinación facilitan la reproducibilidad del protocolo en diferentes contextos y equipos. Su formato grupal optimiza el tiempo profesional y reduce la carga asistencial derivada de la hiperfrecuentación asociada al dolor persistente. Además, la intervención es adaptable a distintos perfiles clínicos y sociodemográficos, permitiendo ajustes en intensidad, progresión y recursos educativos. Todo ello favorece una implantación estable a largo plazo, con potencial para extenderse a otros centros del sistema sanitario sin incremento relevante de costes.

Transferibilidad

La intervención está completamente sistematizada y documentada, lo que facilita su replicación. El programa dispone de un protocolo estructurado, materiales educativos estandarizados, cronograma de sesiones, guía metodológica y criterios homogéneos para la evaluación clínica, garantizando la reproducibilidad del modelo. El trabajo del equipo ha permitido unificar procedimientos y generar herramientas que pueden ser adoptadas por otros equipos. Su diseño, basado en recursos existentes y metodología grupal, facilita su implantación en distintos centros de atención primaria con mínimos requerimientos adicionales. Además, la intervención ya ha demostrado su capacidad de transferibilidad al haberse implementado en un segundo centro de salud (Vall d'Uixó I, Castellón), manteniendo la estructura, la adherencia y los resultados esperados. Esta experiencia confirma su viabilidad para ser ampliada a nuevas áreas sanitarias, contribuyendo a la difusión de prácticas efectivas y sostenibles en el abordaje del dolor persistente.

Efectividad

La intervención ha demostrado resultados preliminares clínicamente relevantes. Se muestran mejoras significativas en la calidad de vida, y el resto de variables. Estos hallazgos han sido presentados en diversos encuentros científicos (I Jornada de I+D+i de Enfermería y Fisioterapia de la Comunidad Valenciana, 2025; I Jornadas de Investigación e Innovación en Enfermería y Fisioterapia del Departamento de Salud de Elda, 2025; XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, 2025) donde han recibido valoración positiva, incluso dos premios, por su rigor metodológico y por la magnitud de los cambios. Además, el análisis refleja una reducción del consumo de analgésicos y de la frecuentación a los servicios sanitarios, lo que refuerza la efectividad global del programa. Actualmente se está elaborando un artículo científico para su envío a una revista indexada, con el objetivo de difundir los resultados preliminares y consolidar la evidencia generada. Estos datos avalan la eficacia del modelo multimodal implementado.

Eficiencia

La intervención se caracteriza por un uso altamente eficiente de los recursos disponibles en atención primaria, al desarrollarse íntegramente en la unidad de fisioterapia sin necesidad de tecnología adicional ni derivaciones a otros niveles asistenciales. La modalidad grupal (8–12 personas por grupo) permite multiplicar el alcance asistencial optimizando el tiempo profesional y reduciendo listas de espera, manteniendo a la vez la capacidad de realizar ajustes

individualizados cuando es necesario. La estructura combinada de educación en dolor y ejercicio terapéutico aprovecha materiales ya existentes, evitando costes añadidos. Además, la mejora esperada en funcionalidad, dolor, catastrofismo y uso racional de servicios permite disminuir el consumo de fármacos y la frecuentación sanitaria, generando un impacto directo en la eficiencia del sistema. Esta intervención integra acciones de alto valor terapéutico y bajo coste, favoreciendo una práctica coste-efectiva y sostenible en el tiempo.

Participación multidisciplinar

La intervención se desarrolla dentro del modelo multidisciplinar propio del primer nivel asistencial, integrando la colaboración coordinada de los distintos perfiles profesionales del Equipo de Atención Primaria. El personal de medicina familiar y comunitaria desempeña un papel esencial en la identificación de pacientes con dolor musculoesquelético crónico, la valoración clínica inicial y la derivación estructurada a la unidad de fisioterapia. El equipo de enfermería contribuye mediante la captación activa de posibles participantes. Las fisioterapeutas lideran la intervención multimodal, incorporando la información aportada por el resto de los profesionales para adaptar los contenidos a las necesidades individuales. Además, se mantienen canales de comunicación fluidos y reuniones periódicas para garantizar la coherencia asistencial y la continuidad del cuidado. Esta dinámica colaborativa optimiza la identificación precoz, la adherencia y la calidad global de la intervención, fortaleciendo el enfoque interdisciplinar propio de la atención primaria y comunitaria.

Colaboración intersectorial

La intervención incorpora una colaboración intersectorial significativa al integrar de forma estructurada al sector académico y de investigación en el desarrollo y supervisión del programa. La Universitat Jaume I participa proporcionando la gestión segura de datos, así como apoyo metodológico, la estandarización de los procedimientos y el análisis posterior, reforzando la robustez científica del proyecto. Esta colaboración permite que la práctica se desarrolle con estándares de investigación de calidad, aporta garantías éticas y facilita la transferencia de conocimiento entre el ámbito sanitario y el universitario. Además, la intervención se implementa en estrecha vinculación con otro centro de salud de la Comunidad Valenciana, favoreciendo la conexión entre el sistema público sanitario y el entorno comunitario. Esta coordinación intersectorial amplía el impacto de la práctica, asegura su continuidad y facilita su futura replicación en otros contextos asistenciales y académicos.

Evaluación

La práctica cuenta con un sólido sistema de evaluación interna y externa que garantiza la calidad del diseño, la implementación y los resultados. El programa de fisioterapia se está evaluando internamente mediante un estudio con diseño cuasi experimental con tres momentos de medición, registrándose datos mediante instrumentos validados. La recogida se realiza a través de la plataforma REDCap, alojada en la Universitat Jaume I, lo que asegura trazabilidad, control de calidad y gestión segura de los datos. El análisis estadístico, estructurado mediante procedimientos descriptivos y comparativos con SPSS, permite valorar cambios clínicos y funcionales con rigor metodológico. Externamente, el proyecto cuenta con la aprobación del Comités de Ética de Investigación con Medicamentos del Departamento de Elda, que avala su diseño y garantiza la seguridad y adecuación ética. Además, la coordinación entre centros y las reuniones periódicas permiten monitorizar la homogeneidad y calidad de la implementación.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL7-2: Detección precoz y seguimiento automatizado de la Enfermedad Renal Crónica en población de riesgo mediante un sistema de ayuda a la decisión clínica (CDSS)

Enrique Rodríguez Borja (1), Adela Pozo Giráldez (1), Rosa M.^a Murria Estal (1), Arancha Martí Martínez (1), José Luis Górriz (2), Elena Giménez Civera (2), Francesc Moncho Francés (2)

(1) Laboratorio de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, Hospital Clínico Universitario de Valencia, (2) Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, detección precoz, sistema de ayuda a la decisión clínica (CDSS), continuidad asistencial, cribado poblacional.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La enfermedad renal crónica (ERC) es un desafío global creciente, impulsada por el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de Diabetes tipo 2, hipertensión y obesidad. Su detección temprana es crucial para instaurar un tratamiento efectivo y cambiar el curso de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones, su detección en grupos de alto riesgo es limitada en la práctica clínica.

En este proyecto se ha desarrollado un algoritmo, empleando un sistema de apoyo a la decisión clínica (SADC), que permite de forma fácil y accesible detectar pacientes con ERC en población de alto riesgo. Se ha implementado por primera vez un cribado poblacional de ERC basado en un SADC.

Este Sistema no solo identifica la ERC de forma automática, sino que también evalúa la progresión de la enfermedad, ofrece recomendaciones a los médicos de Atención Primaria (AP) y deriva a los pacientes a la Consulta de Nefrología cuando es necesario.

En tan solo 5 meses se ha realizado el cribado en 15.187 pacientes con factores de riesgo para ERC. De todos ellos, 11.963 (78,7%) no presentaron ERC (Riesgo Bajo), 2.818 (18,6%) presentaron ERC sin criterios para remitir a Nefrología (Riesgo Moderado), y 385 (2,5%) presentaron ERC con criterios de remisión a Nefrología (Riesgo Alto). Se citaron de forma presencial en consultas de Nefrología 156 (41,5%) pacientes de Alto Riesgo, (1% del total de los pacientes cribados), mientras que se emitieron recomendaciones para el resto.

Las principales causas de citación fueron la elevación de albuminuria > 300 mg/g (64 pacientes [41,1%]), deterioro de la Tasa de Filtrado Glomerular estimada (TFGe) (57 pacientes [36,5%]) o una combinación de ambos (35 pacientes [22,4%]). En los pacientes con ERC que no cumplieron criterios de remisión a Nefrología, las principales causas para la emisión de recomendaciones fueron albuminuria leve o sin cambios significativos (79 pacientes [37,1%]), deterioro leve o funcional de la TFGe (37 pacientes [17,4%]) y problemas urológicos (46 pacientes [21,6%]).

Este proyecto ha obtenido el certificado de propiedad intelectual, específicamente un know-how (Número de registro: KNH2024_01). Ha mostrado resultados prometedores como un programa

de cribado eficaz, cumpliendo con los requisitos para ser considerado un programa de cribado poblacional exitoso mediante un método accesible y potencialmente costo-efectivo.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La detección y seguimiento de Enfermedad Renal Crónica (ERC) con CDSS constituye una práctica innovadora en el ámbito del laboratorio clínico, orientada a la detección precoz, estratificación automática y seguimiento coordinado de pacientes con riesgo o diagnóstico de ERC. Integra algoritmos basados en guías KDIGO 2021 en el sistema de información del laboratorio, generando alertas y recomendaciones automáticas en tiempo real.

El CDSS analiza cada solicitud de analítica con parámetros renales (creatinina, filtrado estimado, albuminuria) y clasifica el estadio y riesgo de progresión. Los pacientes con criterios de deterioro renal o riesgo elevado se notifican automáticamente a Nefrología para valoración precoz.

El proyecto abarca el Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa (Valencia) y beneficia a la población adscrita al sistema público, articulando la coordinación entre laboratorio, atención primaria y especialidades.

Su carácter diferencial radica en el uso del laboratorio como punto de entrada al proceso de cronicidad, aplicando inteligencia artificial clínica para detectar casos subclínicos, reducir la variabilidad asistencial y mejorar la continuidad del cuidado.

Desde su implantación, la ruta ha permitido evaluar a más de 32.000 pacientes, mejorar los tiempos de derivación a Nefrología y fomentar un abordaje proactivo y equitativo.

El modelo es escalable a otras patologías crónicas (Insuficiencia cardíaca, diabetes, síndrome coronario, enfermedad reumática), así como transferible entre Departamentos. Contribuye a la transformación digital y a la medicina basada en valor dentro del SNS.

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes mayores de 65 años y pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial u obesidad, codificados según CIE-10 o con parámetros analíticos compatibles (p. ej., HbA1c >6,5 %). El ámbito incluye Atención Primaria y Hospitalaria, integrando datos de la historia clínica y de la prescripción farmacológica. La práctica alcanza a más de 340.000 habitantes, con potencial de extensión a toda la red autonómica y nacional.

Metodología

Se diseñó un algoritmo de cribado y seguimiento basado en las guías KDIGO para detectar enfermedad renal crónica (ERC) y su progresión en población de riesgo. El desarrollo se realizó en dos fases: una de entrenamiento y ajuste (agosto–octubre 2023), y una fase de implementación (noviembre 2023–marzo 2024).

El sistema utiliza el software AlinIQ CDS v9.2.4 (Abbott Laboratories), integrado con las bases de datos clínicas y de laboratorio del Departamento de Salud (SIA, ABUCASIS, ORION, IRIS y SIL Clinysis Gestlab).

El algoritmo identifica automáticamente pacientes con factores de riesgo (edad > 65 años, diabetes, hipertensión u obesidad), clasifica su riesgo de ERC y evalúa progresión según criterios de creatinina, TFG_e y albuminuria.

Cuando se detecta ERC o progresión, el sistema genera informes con recomendaciones al médico de atención primaria o derivaciones automáticas a Nefrología, permitiendo un cribado proactivo, homogéneo y reproducible en toda la población atendida.

Objetivos

El proyecto tiene como propósito mejorar el diagnóstico precoz y el seguimiento estructurado de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en población con factores de riesgo, mediante un sistema de soporte a la decisión clínica (CDSS).

Objetivos específicos:

- Detectar de forma temprana casos de ERC no diagnosticada en población con factores de riesgo.
- Reducir los tiempos de derivación a Nefrología y mejorar la coordinación asistencial entre niveles.
- Estandarizar la interpretación analítica y la comunicación clínica mediante informes automatizados y recomendaciones integradas.
- Promover la aplicación sistemática de medidas nefroprotectoras en Atención Primaria.
- Consolidar la práctica en el flujo asistencial habitual del laboratorio, asegurando su continuidad y sostenibilidad a largo plazo.

Actuaciones realizadas

- Desarrollo de reglas lógicas basadas en KDIGO y su implementación en el Sistema Informático de Laboratorio (LIS).
- Integración con la historia clínica electrónica y emisión de informes interpretados.
- Validación técnica y clínica con Nefrología y Medicina de Familia.
- Formación de profesionales y difusión de la ruta asistencial.
- Seguimiento continuo de indicadores y análisis de impacto anual.

Indicadores

- Número de pacientes estratificados según riesgo KDIGO.
- Porcentaje de derivaciones precoces a Nefrología (<3 meses).
- % de pacientes con ERC oculta detectados.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Tiempo medio desde detección hasta primera valoración especializada.
- Porcentaje de informes validados con interpretación automatizada.
- Reducción de duplicidad analítica y mejora de la adherencia a guías.

Recursos

Recursos Técnicos y Tecnológico:

- Infraestructura de computación:
 - Servidores de alto rendimiento para el entrenamiento y ejecución del algoritmo de IA. Para ello contamos con un software de la casa Abbott. Diagnostics.
- Software y Herramientas:
 - Herramientas de análisis de datos y machine learning como Python.
 - Sistemas de gestión de bases de datos (ORION, ABUCASIS, SIA, GESTLAB, iGESTLAB, PRYSMA, etc.) y herramientas de seguridad informática para asegurar la privacidad de los datos.

Recursos Humanos

- Equipo de desarrollo: Dos Facultativos Especialistas en Bioquímica Clínica para la creación y adaptación de las rutas clínicas y un Investigador Principal (IP) para coordinar las actividades y asegurar el cumplimiento de plazos.
- Asesores externos:
Ingeniero/a de software especializados en inteligencia artificial y machine learning.
Expertos clínicos: Nefrólogos y otros especialistas para definir requisitos y evaluar la eficacia del sistema.

Recursos Económicos

Salarios y honorarios para asesores externos y equipo de desarrollo.

Basada en la evidencia

- García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2022;42(3):233-64.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S): S117–S314.
- Farrell DR, Vassalotti JA. Screening, identifying, and treating chronic kidney disease: why, who, when, how, and what? BMC Nephrol. 2024;25(1):1-13.
- Darbà J, Marsà A. Chronic kidney disease in Spain: analysis of patient characteristics, incidence and direct medical costs (2011-2017). J Med Econ. 2020;23(12):1623-9.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS). 2015.

Equidad

La automatización permite la estratificación equitativa, independiente del profesional o nivel asistencial. Se garantiza que cualquier paciente con resultados compatibles con ERC reciba la misma alerta y posibilidad de derivación, sin depender de la iniciativa individual. Esto favorece la igualdad de acceso a diagnóstico y seguimiento, especialmente en población vulnerable o con menor contacto con atención especializada.

Sostenibilidad

El sistema CDSS está plenamente integrado en la rutina asistencial del laboratorio, lo que asegura su mantenimiento sin financiación externa.

La automatización de procesos de detección, estratificación y derivación reduce la carga manual, mejora la eficiencia y optimiza el uso de recursos asistenciales.

Su diseño modular permite actualizaciones según guías KDIGO y recomendaciones nacionales sin alterar la estructura existente.

Al facilitar la detección temprana de ERC y prevenir su progresión, el programa contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario público, evitando procedimientos de alto coste y mejorando la continuidad del cuidado.

Transferibilidad

El modelo puede replicarse en cualquier laboratorio con LIS configurable y conexión a historia clínica. Los algoritmos son exportables y parametrizables según normativa regional. Ya se está valorando su extensión a otras patologías crónicas (Insuficiencia cardíaca, diabetes, síndrome coronario, enfermedad reumática) dentro del mismo sistema CDSS, lo que demuestra su alta transferibilidad técnica y organizativa.

Efectividad

Durante el periodo de estudio (noviembre 2023–noviembre 2024), el programa de cribado centinela para ERC ha incluido 32.618 pacientes con factores de riesgo. De ellos, 79,1 % no presentaron ERC, 18,3 % fueron clasificados como ERC sin criterios de remisión y 2,5 % cumplieron criterios de remisión a Nefrología.

Se emitieron recomendaciones automáticas del sistema en el 97 % de los casos y notificaciones o derivaciones a Nefrología en el 2,5 %.

El cribado permitió identificar pacientes con ERC previamente no diagnosticada o en progresión, con una tasa de detección del 21,2 % entre los pacientes en riesgo, y únicamente el 1,1 % requirió valoración presencial en Nefrología.

Estos resultados evidencian la capacidad del CDSS para detectar de forma precoz la ERC, priorizar derivaciones y optimizar recursos, integrando la actividad del laboratorio en la gestión de pacientes crónicos.

Eficiencia

La implantación del programa de cribado centinela de ERC con CDSS ha demostrado una alta eficiencia operativa. El sistema automatiza la identificación, clasificación y derivación de pacientes, sin requerir recursos adicionales y manteniendo la actividad rutinaria del laboratorio.

En cinco meses, permitió cribado automatizado de más de 15.000 pacientes, detectando ERC en el 21,2 % de las personas con factores de riesgo. Solo el 1 % requirió visita presencial en Nefrología, optimizando la capacidad asistencial mediante la gestión telemática del resto de casos.

Desde la perspectiva económica, la detección precoz evita la progresión a estadios avanzados, en los que el coste por paciente aumenta desde 4.948 € en estadio 1 hasta 14.329 € en estadio 5, y previene la necesidad de terapias sustitutivas, cuyo coste anual supera los 46.000 € por paciente.

Participación multidisciplinar

Participación activa de Bioquímica Clínica, Nefrología, Atención Primaria, Sistemas de Información y Dirección Asistencial. La ruta se ha consolidado como ejemplo de integración entre laboratorio y clínicos, con reuniones periódicas de evaluación conjunta y co-creación de mejoras.

Colaboración intersectorial

Colaboración entre laboratorios hospitalarios y el ámbito extrahospitalario (centros de salud). Integración con unidades TIC del sistema autonómico y con iniciativas regionales de cronicidad. Se fomenta la interoperabilidad de datos y la coordinación intersectorial para detección y seguimiento en distintos niveles asistenciales. Actualmente se realizan formaciones a diferentes Departamentos sanitarios (intra y extracomunitarios) para que puedan implantar la ruta asistencial en su SIL.

Evaluación

El programa cuenta con un sistema de evaluación continua integrado en el propio CDSS y complementado con auditorías clínicas semestrales. Se monitorizan indicadores de proceso (número de pacientes cribados, estratificación KDIGO, derivaciones, tiempos de respuesta) y de resultado (detección de ERC no diagnosticada, progresión y adecuación de derivaciones).

Los datos se analizan de forma periódica por un comité multidisciplinar formado por profesionales de Bioquímica Clínica, Nefrología y Atención Primaria, con apoyo del área de Sistemas de Información.

El seguimiento se realiza mediante la explotación sistemática de datos del LIS y del sistema de historia clínica, lo que permite evaluar la trazabilidad y la calidad del proceso.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

El modelo incluye un plan de mejora continua basado en el ciclo Plan-Do-Study-Act (PDSA), que facilita la revisión dinámica de resultados y la implementación de ajustes para optimizar la efectividad del programa.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL7-3: Eterapia: Uso de la e-health en el seguimiento del Trastorno Bipolar

Pilar Sierra San Miguel (1), Elisa Gallach Solano (1), Pilar Benavent Rodríguez (1), Yolanda Cañada Pérez (1), Josep Ribes Cuenca (1), Ana Sabater Ferragut (1), Pilar Aznar (1)

(1) Unidad de Referencia de Trastornos Bipolares y Afectivos Resistentes (URTBAR), Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Trastorno bipolar, e-Health, monitorización remota, continuidad asistencial, salud mental digital, detección precoz de recaídas.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El trastorno bipolar constituye un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, estimada en más del 3%, y por el alto grado de discapacidad que genera en las personas que lo sufren y en sus familias. Se trata de una patología crónica con un curso clínico fluctuante que requiere un seguimiento estrecho, una adecuada adherencia terapéutica y la detección precoz de pródromos que permitan intervenir de forma temprana previniendo recaídas y hospitalizaciones. La evidencia científica señala que factores como el número de episodios, la calidad del seguimiento clínico y el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y psicoeducativo, son factores clave en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

En el contexto actual, los servicios de salud mental están experimentando un aumento significativo de la demanda asistencial, derivado tanto del incremento en la incidencia de trastornos afectivos como del impacto acumulado de factores psicosociales de estrés (crisis sociosanitarias, fenómenos climáticos extremos o cambios socioeconómicos). En este sentido, la pandemia por COVID o la DANA, constituyen ejemplos recientes. Dicha presión asistencial se suma a la complejidad inherente al trastorno bipolar, especialmente en pacientes cuya conciencia de enfermedad disminuye de forma marcada durante los periodos de inestabilidad clínica. Todo ello dificulta la prestación de una atención continuada, basada en la monitorización frecuente, tal y como recomiendan las guías clínicas nacionales e internacionales.

La digitalización en salud, impulsada por el Sistema Nacional de Salud y alineada con los principios de equidad, accesibilidad y eficiencia, constituye una oportunidad para optimizar la atención a los pacientes con trastorno bipolar. Tradicionalmente, la información clínica relevante se obtenía únicamente en visitas presenciales y de forma retrospectiva, lo que limitaba su valor predictivo y la posibilidad de actuar de manera proactiva. Las tecnologías de la información y la comunicación permiten superar estas limitaciones mediante la recogida sistemática, continua y en tiempo real de datos relacionados con la sintomatología, el funcionamiento cotidiano y la adherencia al tratamiento. Asimismo, facilitan el contacto directo y ágil entre los y las pacientes y equipo clínico, favoreciendo la intervención precoz y la reducción de recaídas y descompensaciones graves.

La plataforma que presentamos, denominada Eterapia aporta un valor añadido diferencial respecto al modelo asistencial convencional. Permite un seguimiento estructurado de carácter semanal, incorporando herramientas de monitorización clínica que facilitan la detección temprana de cambios prodrómicos y la activación rápida de intervenciones terapéuticas. Su uso contribuye a mejorar la conciencia de enfermedad, y el empoderamiento, fortaleciendo el autocuidado mediante el conocimiento de su propia sintomatología. Asimismo, mejora la accesibilidad de personas residentes en zonas rurales o alejadas del centro hospitalario, reduce la necesidad de desplazamientos, optimiza los recursos de los equipos clínicos y favorece una atención más equitativa, personalizada y eficiente.

En resumen, en un contexto en el que la creciente presión asistencial y del número de suicidios, exigen respuestas rápidas y sistemas de seguimiento intensivo, la incorporación urgente de herramientas de monitorización digital resulta fundamental para garantizar la continuidad y la seguridad asistencial de este colectivo vulnerable.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El presente proyecto consiste en la implementación de Eterapia, una herramienta digital de evaluación ecológica momentánea, instalada en un dominio web (www.eterapia.eu), diseñada para mejorar la continuidad asistencial y favorecer la detección precoz de recaídas en pacientes con trastorno bipolar. En coherencia con la necesidad urgente descrita en la justificación — marcada por la creciente presión asistencial y la importancia del seguimiento intensivo en esta patología—, Eterapia ofrece un sistema estructurado, accesible y eficaz para monitorizar la sintomatología afectiva de forma semanal. La propuesta se dirige a pacientes atendidos en la Unidad de Trastornos Bipolares, unidad de referencia para toda la Comunidad Autónoma, por lo que su nivel territorial abarca a la población cubierta por dicho dispositivo especializado.

La plataforma integra tres cuestionarios, todos ellos adaptados para su uso digital y con propiedades psicométricas adecuadas para la implementación on line.

- Cuestionario ad hoc, compuesto por cuatro preguntas, recoge información relacionada con el estado mental subjetivo, la valoración de un/a familiar o cuidador/a, la adherencia al tratamiento y el consumo reciente de tóxicos. Las respuestas se formulan en formato cerrado (sí, no, siempre, nunca).
- El Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) evalúa el riesgo de manía o hipomanía.
- El QIDS-SR mide la presencia y gravedad de sintomatología depresiva.

Como elemento diferencial, la plataforma incorpora Psicopíldoras, módulos psicoeducativos breves que se actualizan cada quince días y cuyo objetivo es reforzar la adherencia, promover el autocuidado y mejorar el conocimiento del trastorno. (VER ANEXO 1: EJEMPLO PSICOPÍLDORAS)

Asimismo, Eterapia ofrece feedback inmediato y visual, permitiendo que cada paciente revise sus resultados actuales y previos mediante gráficos dinámicos, favoreciendo una mayor conciencia de enfermedad y una participación activa en su proceso terapéutico.

El funcionamiento operativo es sencillo, seguro y eficiente. Tras obtener el consentimiento informado y verificar los criterios de inclusión, los pacientes pueden incorporarse en cualquier momento, sin periodos temporales cerrados. Semanalmente, el Servicio de Informática del

hospital envía un aviso automático recordando la necesidad de cumplimentar los cuestionarios. Una vez completados, los resultados se remiten al equipo clínico en formato seguro. Los profesionales de psiquiatría y psicología revisan la información y clasifican el nivel de riesgo según los puntos de corte establecidos.

El circuito asistencial contempla tres escenarios:

- a) No cumplimentación: el equipo contacta con el paciente para recordar la importancia de completar la evaluación; si la falta de cumplimiento es reiterada, se procede a su exclusión de la plataforma.
- b) Cumplimentación sin riesgo: no se requiere actuación adicional.
- c) Cumplimentación con riesgo: se contacta con el profesional de referencia, se establece comunicación directa con el paciente y, según la gravedad, se adelanta la consulta presencial o se inicia seguimiento mediante teleconsulta.

En conjunto, esta práctica permite un seguimiento intensivo, continuo y estandarizado, mejora la detección precoz de descompensaciones, reduce hospitalizaciones evitables, optimiza recursos asistenciales y favorece una atención más equitativa, flexible y eficiente, plenamente alineada con los objetivos estratégicos del Sistema Nacional de Salud.

Población diana / ámbito de aplicación

La Eterapia va dirigida a personas diagnosticadas de Trastorno Bipolar, atendidas en la Unidad de Referencia de Trastornos Bipolares y Afectivos Resistentes del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes mayores de 18 años
- Consentimiento informado para el uso y revisión de los datos personales
- Compromiso de cumplimentación semanal de los test incluidos
- Estabilidad clínica o subclínica en el momento de la inclusión
- Acceso propio a un móvil inteligente
- Manejo a nivel de usuario del teléfono
- Asistencia al Taller de Afrontamiento Psicoeducativo del Trastorno Bipolar
- Intención manifiesta de aprender a manejar su enfermedad.

Se considera que no cumplen los criterios de inclusión:

- Pacientes dados de alta de la Unidad de Referencia, en los que la coordinación con el psiquiatra de referencia es difícil.

Metodología

La Eterapia consiste en una herramienta e-health, que permite el acceso a una plataforma digital segura, a través de usuario y contraseña asignados desde la Unidad de Trastornos Bipolares y Afectivos Resistentes. Con una periodicidad semanal, el/la paciente recibe un SMS del Hospital en el que se le recuerda que debe completar la eterapia. El/la paciente completa y los datos se acumulan en un Excel. El equipo de profesionales acceden como “gestores” a la base de datos de la eterapia, con usuario y contraseña.

Se revisan semanalmente las respuestas, se determina si superan el punto de corte y si no ha respondido y se adopta un plan de acción concreto: establecer contacto telefónico, revisar, adelantar el seguimiento o no realizar ninguna acción, si no hay alertas.

Quincenalmente, se procede a cambiar las psicopíldoras.

Anualmente se procede a evaluar los resultados clínicos y a renovar el dominio digital.

Objetivos

El objetivo principal de la Eterapia es establecer un sistema estructurado de detección temprana de síntomas prodrómicos o sugerentes de recaída, tanto en el polo depresivo como en el maníaco, con el fin de reducir la gravedad de los episodios, prevenir hospitalizaciones evitables y reforzar la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Este objetivo se enmarca en la mejora de la continuidad asistencial y en el fortalecimiento de los dispositivos de seguimiento intensivo en salud mental.

Como objetivos secundarios, la práctica persigue potenciar el autocuidado, promover la implicación informada del/la paciente y de su cuidador/a principal, facilitar la identificación precoz de cambios clínicos relevantes, y mejorar la conciencia y comprensión de la enfermedad. Asimismo, busca contribuir a un modelo asistencial más proactivo, eficiente y equitativo, coherente con las prioridades estratégicas del Sistema Nacional de Salud.

Actuaciones realizadas

Se han realizado cuatro actuaciones:

1) Elaboración de la plataforma eterapia y prueba piloto

La creación de la plataforma formó parte de un Trabajo Fin de Grado de la UP de Valencia en colaboración con el Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica del HUIP La Fe. Se incluyeron test con potentes propiedades psicométricas para evaluar depresión y manía, similares a los utilizados en otras aplicaciones ya validadas, como el Proyecto Monarca o Programa PRISM y se determinó el punto de corte para indicar alarma.

2) Mejorar la experiencia del usuario

Se realizó una investigación que culminó en una Tesis Doctoral, para mejorar la imagen que favoreciera la implementación de los test y la visualización de los mismos.

3) Difusión científica y divulgación social de la plataforma y sus beneficios.

La plataforma ha sido objeto de publicaciones científicas y trabajos de investigación. Destacan artículos en congresos internacionales (Washington D.C., 2020), capítulos de libros especializados en comunicación móvil y salud (MobiHealth 2019), y artículos en revistas científicas de psicopatología y psicología clínica (2015-2016). Además, se ha desarrollado una tesis doctoral sobre la evaluación de la experiencia de usuario en la aplicación móvil e-terapia para el control de la sintomatología bipolar.

Se han llevado a cabo jornadas de difusión y participación en congresos nacionales e internacionales de psicología y psiquiatría, presentando la plataforma como una herramienta innovadora de e-health.

4) Implementación, seguimiento y evaluación de pacientes

La eterapia, evaluada en 75 pacientes, mostró reducción significativa de ingresos y actos suicidas, favoreció la estabilidad clínica y mejoró la relación terapéutica. Los pacientes la perciben como útil, segura y fácil de usar, aportando información sobre su estado afectivo, apoyo entre visitas y mayor empoderamiento.

Indicadores

Para evaluar la eficacia y calidad de la práctica, se establecen los siguientes indicadores de proceso, resultado y de impacto:

Indicadores de proceso

- Porcentaje de pacientes incorporados a la plataforma respecto al total de usuarios de la Unidad de Trastornos Bipolares y Afectivos Resistentes.
- Tasa semanal de cumplimentación de los cuestionarios.
- Número de avisos generados y respuestas obtenidas.
- Tiempo medio de respuesta del equipo clínico ante alertas de riesgo.

Indicadores de resultado

- Porcentaje de pacientes con detección temprana de sintomatología prodrómica.
- Variación en la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Número de intervenciones telemáticas realizadas en respuesta a alertas de riesgo.
- Satisfacción del paciente y del cuidador (medida mediante encuesta estructurada).

Indicadores de impacto

- Reducción de hospitalizaciones relacionadas con descompensaciones afectivas.
- Disminución de episodios graves o crisis que requieran atención urgente.
- Mejora de la continuidad asistencial y reducción de visitas presenciales no planificadas.

Recursos

Este proyecto requiere recursos materiales, personales y estructurales.

Recursos materiales:

- Dominio para la plataforma eterapia, de renovación anual.
- Página web específica que dispone de un Frontend o aplicación que visualizan los pacientes cumpliendo los requisitos de interactividad adaptada, accesibilidad digital y confidencialidad y un Backend o herramienta de gestión interna para que el equipo terapéutico pueda realizar el seguimiento de las personas afectada por trastorno bipolar, garantizando la seguridad y la confidencialidad.
- Dispositivos inteligentes personales, ordenador, Smartphone o Tablet con conexión a internet
- Base de datos de sliders con consignas de naturaleza psicoeducativa, basadas en la evidencia (Livianos y cols, 2008)

La implementación de la Eterapia requiere recursos materiales, personales y estructurales que garanticen su correcto funcionamiento y sostenibilidad.

Recursos materiales:

- Dominio web para la plataforma, con renovación anual.
- Página web estructurada en un frontend o aplicación que visualizan los pacientes cumpliendo criterios de accesibilidad, usabilidad y confidencialidad y un backend para la gestión clínica segura por parte del equipo terapéutico.
- Dispositivos inteligentes personales con acceso a Internet (ordenador, teléfono inteligente o tablet).
- Base de datos con consignas de naturaleza psicoeducativa (Psicopíldoras), actualizados periódicamente y basados en evidencia científica.

Recursos personales:

Profesionales de la Unidad de Trastornos Bipolares (psiquiatría, psicología clínica y enfermería) encargados/as de revisar semanalmente los resultados, identificar alertas y activar las intervenciones necesarias.

Recursos estructurales:

- Servicio de Informática del hospital, responsable del envío automatizado de recordatorios semanales y del soporte técnico asociado al funcionamiento de la plataforma.

Basada en la evidencia

La implementación de herramientas digitales en salud mental cuenta con un respaldo creciente en la literatura científica. En el ámbito del trastorno bipolar, la incorporación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha impulsado una transformación significativa en los modelos de seguimiento y en la detección temprana de recaídas. Programas como PRISM (Personalized Real-Time Intervention for Stabilizing Mood), FIMM (Facilitated Integrated Mood Management), IABD (Improving Adherence in Bipolar Disorder) o DERROTA (Beating Bipolar) han demostrado la utilidad de los sistemas de autovaloración y monitorización electrónica para obtener información ecológicamente válida y complementaria a la recogida en consulta.

La evidencia disponible señala que estas plataformas permiten personalizar intervenciones, mejorar la adherencia farmacológica y psicoterapéutica, y facilitar una detección precoz de la descompensación afectiva. Diversas revisiones recientes, como la publicada por Anmella et al. (2022), destacan resultados prometedores y apoyan la ampliación de este tipo de iniciativas en entornos clínicos especializados.

Equidad

Brecha digital, género y accesibilidad en función del distrito postal.

La Eterapia integra criterios específicos para reducir desigualdades derivadas de la brecha digital, los sesgos de género y las diferencias territoriales en el acceso a la atención. Para minimizar la brecha digital, todos los pacientes que cumplen criterios de inclusión reciben formación básica sobre el uso de la plataforma y, cuando es necesario, se promueve la participación de familiares o cuidadores para garantizar apoyo técnico adicional.

En relación con la perspectiva de género, el diseño visual de la aplicación y de las psicopíldoras incorpora representación femenina como medida de discriminación positiva.

Respecto a la accesibilidad territorial, el carácter digital y ubicuo de la herramienta permite su utilización desde cualquier municipio, facilitando el acceso equitativo a una Unidad de referencia autonómica (URTBAR) y favoreciendo, además, la conciliación familiar y laboral al reducir desplazamientos innecesarios.

Sostenibilidad

Impacto económico:

Eterapia es una intervención de bajo coste, únicamente requiere el mantenimiento anual del dominio y la infraestructura digital existente. Reduce consultas presenciales no imprescindibles, optimiza la planificación clínica y mejora la eficiencia del equipo asistencial. La detección temprana de recaídas disminuye hospitalizaciones y días de ingreso, uno de los componentes más costosos en el trastorno bipolar. La evidencia señala que las intervenciones digitales de monitorización semanal pueden reducir entre un 20-30% las descompensaciones graves, lo que supone un ahorro potencial relevante para el sistema sanitario.

Impacto sociosanitario:

Se prevé un impacto positivo al facilitar la intervención preventiva ante síntomas iniciales, reducir la asistencia a urgencias y disminuir hospitalizaciones psiquiátricas, mejorando a su vez la continuidad asistencial. La iniciativa se alinea plenamente con las estrategias europeas, nacionales y autonómicas en salud mental, reforzando su viabilidad y sostenibilidad institucional.

Transferibilidad

Está prevista la exportabilidad de esta herramienta para un uso equivalente en otros departamentos de salud mental en las que sea necesario un control intensivo y exhaustivo de la sintomatología del trastorno bipolar. También se ha considerado la aplicación en el ámbito de los Primeros Episodios Psicóticos, introduciendo nuevas herramientas psicométricas, que podrían favorecer un manejo más eficaz del tratamiento y un seguimiento más intensivo de los pacientes.

La aplicación también permite ampliar las estrategias de evaluación sintomatología en el ámbito de dolor crónico.

En síntesis, la misma plataforma, con distintas herramientas de evaluación, podría utilizarse en diversas áreas que precisen control sintomatológico y favorezcan el empoderamiento de pacientes, a través de la evaluación momentánea y del feedback que tecnología ofrece.

Efectividad

La eterapia representa un valor añadido para la asistencia sanitaria de personas afectadas por Trastorno Bipolar, realizando un seguimiento ambulatorio a través de la evaluación ecológica momentánea de su estado afectivo. Esta metodología recoge la información con mayor fiabilidad que los test de lápiz y papel, que por su carácter retrospectivo están limitados por el sesgo del recuerdo. Uno de sus principales beneficios es la detección temprana de episodios críticos, permitiendo el abordaje precoz desde enfermería, psiquiatría y psicología. Por otro lado, incorpora la opinión de los/las cuidadores/as principales, enriqueciendo la evaluación clínica, y ofreciendo retroalimentación directa, favoreciendo la autogestión, la participación activa y en definitiva, una mejor autogestión de su enfermedad.

Eficiencia

En el momento actual, tras varios años de utilización, la herramienta ha demostrado ser costo-eficiente, puesto que únicamente requiere la renovación anual del dominio. En cuanto a la revisión semanal de la implementación requiere un tiempo inferior a 30 minutos, en el que se supervisan 35 pacientes. De ellos, es necesario llevar el control telefónico únicamente de aquellos en los que aparece una alerta, que suele ser inferior al 10 %. Además, permite reducir el número de consultas, detectar alertas de modo temprano y optimizar el seguimiento.

Por tanto, permite flexibilizar la temporalidad del seguimiento en pacientes inestables, demorar consultas en pacientes estables y ampliar la posibilidad de atención a pacientes que no participan en la eterapia, mejorando la eficiencia global del manejo del trastorno bipolar.

Participación multidisciplinar

El proyecto fue desarrollado por el Equipo de la Unidad de Trastornos Bipolares, responsable de la revisión bibliográfica, la selección de herramientas de cribado, la implementación de la aplicación y el seguimiento de los pacientes. En el diseño técnico de la aplicación participó la Universitat Politècnica de València, a través del Departamento de Estadística e Innovación Operativa Aplicadas y Calidad, que definió la viabilidad de la monitorización y estableció los puntos de corte de las escalas incorporadas. La experiencia del usuario contó con la colaboración de la Escuela Técnica Superior de Ingeniería de Diseño y del Departamento de Diseño, Fabricación y Gestión de Proyectos Industriales, evaluando la interfaz para optimizar la usabilidad y la adherencia. Finalmente, el Servicio de Informática del HUP La Fe se encargó del envío semanal de mensajes, contribuyendo a una implementación eficaz de la eterapia.

Colaboración intersectorial

Como hemos mencionado en el apartado anterior, la colaboración intersectorial ha sido clave en todas las fases del proyecto, involucrando a la comunidad educativa universitaria, la comunidad sanitaria y al equipo de informática, desde la creación hasta el seguimiento actual. Además, la eterapia facilita avisos de alerta y permite la derivación temprana a grupos GAM de ayuda mutua, favoreciendo una respuesta integral en situaciones de riesgo, la lucha contra el estigma social y la promoción activa de la salud mental. La colaboración del entorno próximo de soporte se consigue a través del cuestionario ad hoc que permite involucrarse a cuidadores y familiares en el seguimiento personalizado del paciente.

Evaluación

La eterapia, centra el foco de atención en la participación activa de las personas afectadas de Trastorno Bipolar en la evaluación de su estado mental y favorece el desarrollo autoeficacia y locus de control interno para manejar la enfermedad y permite la detección temprana de episodios y el manejo precoz.

Se han realizado tres tipos de evaluaciones: clínicas, respecto a la experiencia del usuario y desde la perspectiva subjetiva de los pacientes.

Como conclusión, la eterapia constituye una herramienta complementaria y no sustitutiva a la consulta psiquiátrica y psicológica habitual, que favorece la participación activa del/la paciente, facilita el seguimiento, aumentando la conciencia y la comprensión de los desafíos de vivir y

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

convivir con una enfermedad crónica y permitiendo intervenciones precoces y adaptadas a cada situación clínica.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AND8-1: Innovación en emergencias prehospitalarias 061: implementación de ecografía clínica con tutorización a distancia para la mejora de la seguridad diagnóstica

María José Luque Hernández (1), Carmen Gutiérrez García (1), Virginia Mestanza Ávila (1), Lorena Cuesta García (1), Marta Vizcaíno Callejón (1), Ana de Vierna Grosso (1), Francisco Manuel Bernal Pascual de Lallana (1), Francisco Javier Tomás García (1), Manuel Ríos Ruiz (1), Pedro Buch Tomé (1), José Luis Saldaña Ruiz (1), José Martín Gómez Gómez (1), Antonio Muñoz Hernández (1), Caridad Petri de Luna (1), Juan Gayubo Autillo (1), Marlén Castro Navarro (1), Mariano de la Torre Sánchez (1), Enrique Fernández Pérez (1), José Luis Lozano Pérez (1), Miguel Martínez Ibáñez (1), Carlos Manuel Prados Arredondo (1), Lourdes Quirós Delgado (1), José Manuel Rodríguez Bonilla (1), Julio Rodríguez Gutiérrez (1), Remedios Soto García (1), Adriana Gil Rodrigo (2), M. Carmen Martínez Buendía (3), Rafael Siendones Castillo (4), Francisco Temboury Ruiz (5), José Félix Martínez López (6)

(1) Centro de Emergencias Sanitarias 061, Servicio Andaluz de Salud (SAS), (2) Hospital General Universitario de Alicante, Generalitat Valenciana, (3) Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, SAS, (4) Hospital Costa del Sol, Marbella (5) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, SAS, (6) ECOSEMES-Andalucía.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Ecografía clínica (POCUS), emergencias extrahospitalarias, seguridad diagnóstica, tele-ecografía.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El error y retraso diagnóstico en emergencias prehospitalarias representa un problema crítico de seguridad del paciente infra abordado en las estrategias de mejora del Sistema Nacional de Salud¹. En patologías tiempo-dependientes (trauma grave, insuficiencia respiratoria aguda, síndrome aórtico, tromboembolismo pulmonar, shock, parada cardiorrespiratoria), la incertidumbre diagnóstica en fase prehospitalaria puede generar decisiones terapéuticas inadecuadas, derivación a centros inapropiados, retrasos en tratamientos e incremento de la morbimortalidad evitable.

En Andalucía, aproximadamente 41.734 pacientes anuales (38,9%críticos) (*fuentes: CES061*) se beneficiarían de diagnóstico ecográfico en el lugar. Hasta 2019 fundamentaban decisiones críticas en datos de exploración física y constantes vitales, con elevada incertidumbre diagnóstica en escenarios de alta complejidad. La introducción de nuevas tecnologías resulta complicada por la soledad de actuación del médico y la sobrecarga cognitiva en la toma de decisiones y de trabajo físico.

Esta buena práctica aborda este problema mediante la implementación sistemática y pionera de ecografía en el punto de atención (POCUS), acompañada de un programa formativo innovador con tutorización práctica a distancia que garantiza competencia⁴ y seguridad. Se alinea con el área estratégica 7c de la convocatoria: "Actuaciones para la mejora de la seguridad en servicios de urgencias", al reducir el error diagnóstico y mejorar la toma de decisiones en la fase crítica prehospitalaria que condiciona todo el proceso asistencial posterior.

La magnitud y urgencia del problema son incuestionables: con 230.000 pacientes/año en España que potencialmente se beneficiarían, y siendo el ámbito prehospitalario el punto de entrada crítico donde las decisiones condicionan pronóstico, la implementación de POCUS representa una necesidad asistencial reconocida internacionalmente pero no implementada sistemáticamente en ninguna comunidad autónoma española.

El valor añadido diferencial de esta buena práctica incluye:

1. Carácter pionero: Primera implementación territorial sistemática en España y una de las primeras europeas. En nuestro conocimiento, la fase final de integración de la ecografía portátil en la historia clínica digital en movilidad (HCDM) es única en el mundo.
2. Innovación formativa: Modelo único de tutorización a distancia de casos reales mediante plataforma segura (MedXatR), superando las limitaciones de la formación tradicional simulada y garantizando aprendizaje en contexto clínico real con feedback de expertos.
3. Enfoque en seguridad del paciente: reduce error diagnóstico mediante información objetiva (imagen ecográfica) desde el punto y minuto cero, que complementa valoración clínica.
4. Sistema robusto de gobernanza: Incluye control de calidad mediante revisión de imágenes, acreditación formal de competencias (actualización manual ACSA), protocolos o procesos asistenciales estandarizados, en el mapa de procesos de CES061, manual de ecografía y base de datos para mejora continua.
5. Transferibilidad demostrada: Manual publicado en repositorio abierto, procesos asistenciales activos y experiencia de tres años con resultados evaluados (proyecto PIN-0278-2019 calificado con 88/100puntos como "pionero internacional"). Generación de manuscritos, primero aceptado el 11 de febrero de 2026 con el título "Real World Evaluation of a Distance-Supervised Ultrasound Training Program in a physician-staffed Emergency Medical Service. A prospective, descriptive implementation study" en Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, Q1 de Emergency Medicine.
6. Impacto cuantificable con medición de indicadores.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La presente buena práctica consiste en la implementación sistemática, escalada y territorial de la ecografía clínica en el punto de atención (POCUS) en emergencias prehospitalarias en Andalucía, iniciada con un programa formativo innovador basado en tutorización práctica a distancia y control de calidad, destinado a mejorar la seguridad diagnóstica y la capacidad resolutoria de los equipos sanitarios en el manejo de patologías tiempo-dependientes.

En que consiste: La práctica se fundamenta en dotar a todos los dispositivos de emergencias 061 de Andalucía de equipos ecográficos portátiles, acompañados de un programa formativo tutorizado. Se aplican protocolos estandarizados reconocidos internacionalmente (eFAST, BLUE, RUSH, FEEL), integrados en procesos asistenciales propios, permitiendo el diagnóstico rápido y

preciso en escenarios críticos que tradicionalmente solo se valoraban mediante exploración física. Se finaliza con la integración del videoclip y el informe en HCDM, visualizable desde el hospital.

Se dirige principalmente a médicos de emergencias extrahospitalarias, se extiende a todo el equipo técnico y enfermería que participa en la asistencia. El beneficiario final es todo paciente atendido por servicios extrahospitalarios 061 que presente sospecha de patología tiempo-dependiente. Involucra a todo el personal hospitalario y su respuesta, lo que modifica el proceso asistencial integrado del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Organización:

La práctica se organiza en cuatro pilares:

1. Dotación y desarrollo tecnológico: Adquisición e implantación de ecógrafos portátiles. Integración de la imagen en Historia clínica y visor hospitalario.
2. Formación acreditada sistemática e innovadora: Programa de aprendizaje progresivo con mentoría a distancia sobre casos reales, empleando plataforma segura para comunicación y revisión de imágenes.
3. Control de calidad y acreditación de competencia; Evaluación de competencias mediante revisión de exploraciones, feedback experto y acreditación formal. Integración de base de datos de imágenes para mejora continua y futura IA.
4. Actualización de procesos asistenciales: Modificación de protocolos de llamada telefónica, comunicación interhospitalaria y activación de códigos basados en hallazgos objetivos de POCUS.

Nivel territorial:

El programa se inicia con un piloto de dos unidades asistenciales en Málaga (una de ellas urbana y la otra periférica), evaluado con los indicadores propuestos. Posteriormente abarca todo el territorio de Andalucía (8,5 millones de habitantes), cubriendo todas las unidades de soporte vital avanzado 061, con posibilidad de extrapolación nacional gracias a la experiencia documentada y manual publicado en repositorio abierto (Zenodo).

Elementos diferenciales e innovadores:

- Primera experiencia nacional de implementación planificada, escalable territorialmente y monitorizada de ecografía clínica prehospitalaria.
- Tutorización a distancia de casos reales, superando formación tradicional simulada con control de calidad sistemático y acreditación formal vinculada a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Software de integración DICOM desde ecógrafo a Tablet PC con Historia clínica digital en movilidad y visualización en visor Hospitalario. Seguridad en la transferencia. Códigos más rápidos.
- Enfoque integral en seguridad del paciente y reducción del error diagnóstico en fase crítica asistencial.
- Transferibilidad documentada.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana corresponde a pacientes en situaciones críticas y emergencias tiempo-dependientes que requieren atención prehospitalaria en Andalucía, principalmente aquellos asistidos por los Equipos de Emergencias 061 (EE061) tanto terrestres como aéreos. Esta innovación se dirige especialmente a personas con patologías cardiovasculares, respiratorias, traumas graves y paradas cardiorrespiratorias, situaciones responsables de la mayor parte de la morbimortalidad extrahospitalaria en la región. El ámbito de aplicación abarca la totalidad del territorio andaluz durante el día (cobertura poblacional superior a 8 millones de habitantes) y el 60% durante la noche, incluyendo tanto entornos urbanos como rurales. Además, el proyecto implica a los profesionales sanitarios que prestan servicios en los EE061, focalizándose en la mejora diagnóstica y asistencial mediante la introducción de la ecografía clínica a pie de cama, lo que permitirá intervenir de forma más segura, eficiente y coordinada en la asistencia inicial de los 6 pacientes críticos.

Metodología

Se implementa un diseño cuasiexperimental antes-después para la evaluación de la introducción de la ecografía clínica prehospitalaria. La intervención contempla la capacitación estandarizada de los facultativos mediante un programa formativo mixto, que integra instrucción presencial, simulación clínica y tutorización remota longitudinal durante seis meses, asegurando competencias diagnósticas y procedimentales. Se emplean dispositivos portátiles de ultrasonidos, se integran los clips diagnósticos en la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM), permitiendo la trazabilidad de resultados y el análisis integrado de datos clínicos, visor hospitalario integrado en urgencias hospitalarias. El proceso se monitoriza mediante indicadores de transferencia, adherencia y calidad asistencial. Se evalúa la aceptación tecnológica, el impacto en tiempos diagnósticos, seguridad del paciente, adecuación terapéutica y resultados clínico-asistenciales, todo ello bajo una coordinación multinivel y conforme a los procesos asistenciales 061.

Objetivos

Objetivo general:

Introducir, evaluar e integrar la ecografía clínica de emergencias (ECOEM) en el entorno prehospitalario mediante formación avanzada de los equipos médicos de emergencias extrahospitalarias (EE061), desarrollando la interoperabilidad entre dispositivos portátiles y la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM) para optimizar el diagnóstico precoz y el manejo de patologías tiempo-dependientes como trauma, disnea, shock y parada cardiorrespiratoria.

Objetivos específicos:

- (1) Diseñar y aplicar itinerario formativo con tutorización práctica a distancia para adquisición de la competencia en ECOEM
- (2) Implantar y monitorizar software para registro y transferencia de videoclips diagnósticos a la HCDM
- (3) Analizar el impacto asistencial, organizativo y en salud de la introducción de la ECOEM, mediante indicadores de transferencia a la práctica, aceptabilidad tecnológica, tiempos diagnósticos y resultados clínicos
- (4) Iniciar una base de datos interoperable y transferible con imágenes ecográficas que respalde la toma de decisiones clínicas.

Actuaciones realizadas

El modelo piloto validado inicialmente en dos bases asistenciales se ha extendido progresivamente a los 40 de emergencias 061, permitiendo la integración de la ecografía en la dinámica asistencial diaria. Se llevó a cabo una actualización de los Procesos Asistenciales incluyendo la ecografía clínica. Se desarrolló e integró software para el registro de videoclips ecográficos en HCDM. Se diseñó e impartió programa formativo modular acreditado, a todos los médicos. Aunque la consolidación exacta del modelo, a nivel de recursos tecnológicos, se ha visto limitada en la formación por restricciones presupuestarias, se ha conseguido estandarizar la formación obligatoria en competencias de ecografía para toda la plantilla médica, consolidando el cambio organizativo. Publicación de [manual de ecografía clínica prehospitalaria](#) con recomendaciones basadas en la evidencia pionero en ámbito internacional. Primer manuscrito derivado de nuestros resultados. Sigüientes pasos: Publicación de dos artículos. En espera de entrada al PACS DICOM del SAS hospitalario.

Indicadores

En los primeros tres años, el proyecto EPECOEM formó al 100% de los médicos con acceso a ecógrafo portátil con satisfacción excelente (4,69-5/5), 321 ecografías tutorizadas, 154 casos consultados y 158 clips compartidos con 1.235 interacciones en Medxat. El uso de 7 ecografía aumentó del 0% al 22,9% de pacientes y las prealertas telefónicas con ecografía del 0% al 16,41%; en el 53% de los casos confirmó todo el diagnóstico. La aceptabilidad fue inicial del 100%, sin cambios relevantes en tiempos de asistencia (54 minutos) ni ocupación (69 vs 65 minutos), ni en inestabilidad hemodinámica, gravedad, supervivencia inmediata (90,25% vs 89,18%) o concordancia diagnóstica (61,51% vs 59,10%). Se integraron 144 ecografías en la historia clínica móvil, con 7 incidencias técnicas, y en los tres años siguientes se registraron 463 ecografías en 2022, 1.743 en 2023 y 2.971 en 2024. Ver Imágenes, gráficas y tablas.

Recursos

El proyecto ha requerido recursos humanos multidisciplinares integrados por 25 profesionales médicos especialistas en emergencias prehospitales y urgencias hospitalarias e ingenieros informáticos. Los recursos materiales han incluido ecógrafos portátiles de alta resolución con conectividad DICOM, sondas sectoriales y equipos para transmisión segura de imágenes. En cuanto a recursos tecnológicos, se ha desarrollado software específico para la integración de videoclips ecográficos en la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM). La plataforma segura de tutorización a distancia (Medxat), se cedió por la empresa Athenea solutions. Los recursos formativos han comprendido acreditación del programa por la ACSA, y simuladores para formación presencial. Colaboraciones institucionales con ECOSEMES-Andalucía, asociaciones de pacientes y empresas tecnológicas han complementado la financiación inicial. Actualmente, la sostenibilidad del modelo depende de la Formación Obligatoria y la Formación obligatoria Planificable (FOP) de CES061 y de las dotaciones tecnológicas progresivas en el marco del Contrato Programa.

Basada en la evidencia

El proyecto EPECOEM fundamenta su intervención en la evidencia científica internacional acerca de la efectividad y viabilidad de la ecografía Point-of-Care (POCUS) en emergencias prehospitales. Múltiples consensos y guías clínicas nacionales (SEMES 20225), así como internacionales, EuSEM-EFSUMB de 2023, recomiendan la implementación de POCUS en unidades medicalizadas extrahospitalarias, con protocolos estructurados como eFAST, BLUE,

RUSH y FEEL-FATE en patologías tiempo-dependientes. La literatura científica documenta que POCUS mejora la precisión diagnóstica, facilita la toma de decisiones clínicas y no aumenta los tiempos de asistencia. Estudios prospectivos previos en servicios médicos de emergencias europeos reportan tasas de precisión superiores al 80-90%, duplicando diagnósticos críticos identificados y aumentando las prealertas hospitalarias sin comprometer la estabilidad del paciente. El proyecto incorpora formación basada en simulación de alto realismo, tutorización remota, evaluación multimodal según Kirkpatrick y el modelo TAM, todos validados en contextos de formación médica continuada.

Equidad

El proyecto se fundamenta en el principio de equidad en el acceso a servicios sanitarios de emergencias de máxima calidad en todo el territorio andaluz, independientemente de la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o el entorno de residencia del paciente. La extensión del modelo a los 40 equipos del 061 de Andalucía garantiza que cualquier persona que sufra una emergencia crítica en la región, tanto en zonas urbanas como rurales o de dispersión poblacional, tenga acceso a un médico formado en ecografía clínica prehospitalaria. Al introducir la ecografía en el lugar de la asistencia y comunicar los hallazgos en tiempo real al hospital, se minimizan diferencias territoriales en la capacidad de diagnóstico precoz. La cobertura asistencial alcanza el 100% de la población andaluza durante el día (más de 8,3 millones de habitantes) y aproximadamente el 60% durante la noche, evidenciando un compromiso con la accesibilidad universal y con la reducción de desigualdades en salud en todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se asienta en tres pilares estructurales. Primero, la integración institucional dentro de la Formación Obligatoria, Formación Obligatoria Planificable (FOP) de CES061, lo que garantiza la continuidad de la capacitación de nuevos profesionales en ecografía clínica prehospitalaria sin dependencia de financiación externa. Segundo, el desarrollo del software de registro de videoclips ecográficos en la HCDM constituye una infraestructura tecnológica permanente, replicable y escalable en otras unidades del SNS. Tercero, la creación de una comunidad de práctica profesional a través del grupo de trabajo de Ecografía de Emergencias de CES061 asegura la actualización, supervisión y transferencia del conocimiento de manera continuada. La consolidación organizativa mediante la modificación de los procesos asistenciales de CES061 y PAI del SSPA, junto con el respaldo científico de ECOSEMES-Andalucía refuerza la viabilidad a largo plazo.

Transferibilidad

El proyecto EPECOEM presenta elevada transferibilidad a otros servicios de urgencias y emergencias y se extiende al ámbito de los servicios de atención primaria. La metodología formativa diseñada, basada en tutorización práctica a distancia, es replicable en cualquier entorno con profesionales que trabajen en lugares dispersos y deban adquirir competencias complejas en su práctica asistencial habitual. El desarrollo del software interoperable de integración de videoclips ecográficos en historias clínicas electrónicas móviles es escalable a cualquier plataforma digital sanitaria del SNS. El manual práctico de ecografía en el repositorio europeo (7995 descargas) y divulgado a nivel nacional e internacional (solicitando la traducción al inglés por parte de HEMS londinense). Aceptado el 11 de febrero de 2026 manuscrito evaluado por pares en revista Q1, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine,

"Real World Evaluation of a Distance-Supervised Ultrasound Training Program in a physician-staffed Emergency Medical Service. A prospective, descriptive implementation study".

Efectividad

La efectividad de la buena práctica se ha demostrado mediante mejoras significativas en la capacidad diagnóstica, comunicación interniveles y viabilidad operativa, sin comprometer la seguridad del paciente. La introducción de la ecografía clínica prehospitalaria, solo en las dos primeras bases, duplicó el número de diagnósticos críticos tiempo-dependientes identificados in situ, pasando de 41 casos en 2019 a 90 en 2022, lo que representa una 9 mejora del 120% en la detección precoz de patologías graves. Las prealertas hospitalarias basadas en hallazgos ecográficos aumentaron de 0% a 16,4%, optimizando la preparación de recursos hospitalarios especializados y reduciendo demoras en la atención definitiva. Significativamente, la incorporación de la ecografía no incrementó los tiempos de asistencia, manteniéndose en 54 minutos en ambos periodos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia, la concordancia diagnóstica se mantuvo estable y se registraron 144 ecografías exitosamente en la HCDM con solo 7 incidencias técnicas.

Eficiencia

El proyecto EPECOEM ha demostrado un alto grado de eficiencia operativa y organizativa. La introducción de la ecografía prehospitalaria no prolongó el tiempo de asistencia en escena, manteniéndose en 54 minutos en ambos periodos. El análisis coste-efectividad proyectado es la única fase que no ha podido ser finalizada. Si bien existe inversión inicial en formación, ecógrafos y desarrollo de software, se generan ahorros potenciales relevantes. Al duplicarse el número de diagnósticos críticos identificados precozmente (de 41 a 90), se optimiza la asignación de recursos hospitalarios (quirófanos, UCI, equipos de trauma o hemodinamia) desde el momento del aviso prehospitalario, minimizando demoras para el tratamiento definitivo.

Participación multidisciplinar

El proyecto EPECOEM se configura como una propuesta interinstitucional e interdisciplinar que integra a 25 profesionales sanitarios, técnicos e investigadores procedentes de diversos ámbitos del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Participan médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria, medicina de emergencias y urgencias hospitalarias, ingenieros superiores de telecomunicaciones, técnicos informáticos, diplomados en enfermería, estadísticos, metodólogos de FIMABIS y personal administrativo especializado en gestión de bases de datos. Se incorporan profesionales de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Hospital Costa del Sol, Hospital General de Alicante y IAVANTE. El proyecto integra colaboración público-privada con Athenea Solutions para el desarrollo de tecnología de tutorización segura y el apoyo del Grupo Andaluz de Ecografía de SEMES (ECOSEMES-Andalucía) como expertos formativos.

Colaboración intersectorial

El proyecto EPECOEM configura un modelo de colaboración intersectorial público-privada, integrando entidades del ámbito sanitario público, tecnológico privado, sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Se establece una alianza estratégica con la empresa Athenea Solutions para la cesión gratuita de la plataforma segura de mensajería sanitaria Medxat durante la fase de tutorización práctica a distancia, garantizando comunicación cifrada conforme al RGPD.

Participa activamente ECOSEMES-Andalucía, grupo de expertos de la Sociedad Andaluza de Medicina de Emergencias SEMES, como entidad científica colaboradora. Se cuenta con el respaldo institucional de IAVANTE, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ACSA para la acreditación formativa, la Oficina de Transferencia Tecnológica del SSPA y empresas proveedoras de ecógrafos para garantizar la integración tecnológica y la viabilidad de la innovación.

Evaluación

El proyecto EPECOEM ha sido evaluado mediante diseño multinivel con resultados excelentes. El 100% de los profesionales completaron el programa formativo con 10 satisfacción superior a 4,75/5 y aprobación total en pruebas teórico-prácticas, realizándose durante el pilotaje 321 ecografías tutorizadas y 1.235 interacciones colaborativas, con alta aceptación tecnológica según el modelo TAM. El estudio cuasiexperimental evidenció empleo de ecografía en el 22,9% de intervenciones, duplicando diagnósticos críticos identificados (de 41 a 90 casos) e incrementando prealertas hospitalarias al 16,4%. Los tiempos asistenciales permanecieron estables (54 minutos), el tiempo de ocupación de unidad móvil disminuyó de 69 a 65 minutos, y la supervivencia inmediata se mantuvo en 89- 90% y al alta en 85-88%. La evaluación ex post externa por la Fundación Progreso y Salud otorgó valoración completa del cumplimiento de objetivos, reconociendo impacto significativo en su campo y aplicabilidad razonable para su extensión en el SSPA, con recomendaciones de mejora en difusión científica en revistas de alto impacto.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

AST8-1: Cardioversión eléctrica programada en urgencias

Ignacio González Iglesias (1), Unidad de Calidad (1)

(1) Área de Gestión Clínica de Urgencias, Hospital Álvarez-Buylla, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Cardioversión eléctrica programada, fibrilación auricular, seguridad del paciente, urgencias hospitalarias, estandarización de procesos.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La cardioversión eléctrica programada (CVEP) constituye una intervención esencial en la práctica médica moderna para el manejo de arritmias auriculares sintomáticas en el contexto hospitalario. La fibrilación auricular y el flutter auricular representan desafíos clínicos significativos por su prevalencia creciente, potencial riesgo embólico y repercusión hemodinámica.

Previamente a la implementación del presente protocolo, existía una notable variabilidad asistencial en la realización de estas técnicas, ausencia de documentación estandarizada, y diferentes niveles de seguridad según los profesionales implicados. Esta heterogeneidad comportaba riesgos innecesarios para el paciente y limitaba la replicabilidad del proceso.

La presente memoria documenta la experiencia de implementación de un programa integral de CVEP segura, estandarizada y equitativa en el Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital Álvarez Buylla, que ha demostrado excelentes resultados en efectividad clínica, satisfacción del paciente, eficiencia económica y, fundamentalmente, seguridad del paciente.

Este modelo constituye una Buena Práctica en Seguridad del Paciente alineada con la Estrategia de Seguridad del SNS, encuadrada en la categoría de Seguridad del Paciente en Servicios de Urgencias.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La cardioversión eléctrica programada (CVEP) es un procedimiento sanitario seguro, reglado y multidisciplinar, realizado en el Área de Gestión Clínica de Urgencias, que restaura el ritmo sinusal en fibrilación auricular o flutter mediante aplicación controlada de energía eléctrica bajo sedación profunda y monitorización continua.

El programa integral prioriza cuatro elementos fundamentales:

- Seguridad del paciente a través de estandarización, monitorización y verificación de criterios mediante check-list.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Efectividad clínica demostrable (91% reversión a ritmo sinusal).
- Experiencia del paciente mediante información clara, trato humanizado y seguimiento coordinado.
- Eficiencia de recursos realizando el procedimiento en Urgencias (vs. UCI o Hospital de Día) con ahorro económico significativo.

El modelo sigue un proceso en cascada estructurado, donde cada fase tiene objetivos, responsables, controles y medidas de calidad específicas. Se sustenta en:

- Protocolos clínicos validados.
- Consentimiento informado.
- Check-list.
- Hojas de registro estandarizadas.
- Formación continuada del personal.
- Auditoría periódica de indicadores.
- Retroalimentación sistemática.

No es una técnica improvisada, sino un programa integral con validación científica, documentación exhaustiva y sistema de mejora continua consolidado durante cuatro años de implantación exitosa.

¿A quién se dirige?

Población objetivo principal:

- Pacientes adultos (edad ≥ 18 años) diagnosticados de fibrilación auricular o flutter auricular.
- Derivados desde Cardiología con indicación de CVEP electiva.
- Previamente anticoagulados durante al menos 3 semanas, o con ecocardiografía transesofágica negativa para trombo.
- Hemodinámicamente estables que toleran procedimiento bajo sedación.
- Con consentimiento informado específico y voluntario firmado.

Criterios de inclusión rigurosos:

- Fibrilación auricular o flutter auricular confirmados.
- Estabilidad hemodinámica (TA sistólica >90 mmHg, sin signos de insuficiencia cardiaca aguda).
- Anticoagulación verificada documentalmente o ecocardiografía transesofágica negativa.
- Ayunas confirmadas.
- Ausencia de contraindicaciones para sedación.
- Vía aérea con factores de riesgo aceptables.

¿Cómo se organiza a grandes rasgos?

Estructura organizativa general:

Profesional/Departamento	Rol Principal
Cardiólogo	Selección de candidatos, indicación clínica, información al paciente informado inicial, interpretación de resultados, seguimiento.
Médico Urgencias	Coordinación del proceso, valoración previa, ejecución del procedimiento, decisiones clínicas durante el procedimiento. Información al paciente
Enfermera de Urgencias	Monitorización continua, administración de medicación, observación post-procedimiento.
Técnico Cuidados Auxiliares (TCAE)	Apoyo procedimiento, realización ECG, comodidad del paciente.
Celador	Transporte seguro del paciente.
Servicio Atención Ciudadano	Registro en sistema informático, programación citas, coordinación seguimiento.
Unidad de Calidad	Auditoría, revisión de protocolo, mejora continua.

Fases del proceso y organización secuencial:

Fase 1: Selección y Derivación (Cardiología).

- Evaluación clínica cardiológica completa.
- Confirmación de indicación de CVEP.
- Información al paciente.
- Firma del consentimiento informado por cardiólogo.
- Instrucciones al paciente.
- Derivación coordinada a Urgencias.

Fase 2: Programación (Urgencias).

- Recepción de derivación de Cardiología.
- Cribado inicial de criterios de exclusión.
- Programación de cita en disponibilidad.
- Confirmación previa a la cita.

Fase 3: Pre-procedimiento (Urgencias).

- Recepción y acogida del paciente.
- Verificación de ayunas.
- Toma de constantes.
- Valoración médica: antecedentes, medicaciones, alergias.
- Check-list pre-procedimiento.
- Colocación de monitores.
- Acceso venoso.
- Preparación del paciente.

Fase 4: Procedimiento (Urgencias).

- Administración de sedación.
- Monitorización continua ECG, saturación, TA, frecuencia cardíaca.
- Cardioversión eléctrica sincronizada.
- Evaluación de respuesta (ritmo sinusal sí/no).
- Documentación de energía utilizada, número de intentos.

Fase 5: Post-procedimiento (Observación).

- Observación 60 minutos.
- Check-list post-procedimiento
- Monitorización continua.
- Educación al paciente.
- Instrucciones de alta.
- Documentación exhaustiva.

Fase 6: Seguimiento.

- Alta con informe clínico.
- Seguimiento en 1 mes por Cardiología.
- Revisión de indicadores de calidad.

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados de fibrilación auricular o flutter auricular, derivados desde Cardiología, anticoagulados previamente (al menos 3 semanas) o con ecocardiografía transesofágica negativa para trombo, criterios clínicos que avalen la indicación electiva de cardioversión, y consentimiento informado específico firmado.

Ámbito: Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital Vital Álvarez Buylla, población del Área VII de Salud (SESPA, Asturias), aproximadamente 200.000 habitantes. El procedimiento es programado, no de urgencia, con cita coordinada previamente.

Metodología

Proceso asistencial estandarizado mediante protocolo integral con fases secuenciales:

- (1) Fase Cardiología: selección, consentimiento, derivación.
- (2) Fase Triage Urgencias: cribado seguridad.
- (3) Fase Pre-procedimiento: valoración, ayunas, check-list.
- (4) Fase Procedimiento: sedación, cardioversión, monitorización.
- (5) Fase Post-procedimiento: observación, documentación.

Se implementa auditoría interna semestral de indicadores de proceso y seguridad. El protocolo se revisa anualmente incorporando evidencia científica nueva. Sistema informático registra automáticamente datos facilitando trazabilidad. Formación continuada mediante sesiones anuales. Cultura de seguridad con notificación de eventos adversos, análisis de dichos eventos adversos e implementación de acciones correctoras sistemáticas.

Objetivos

Objetivo general: Implementar un programa integral de cardioversión eléctrica programada segura, estandarizada, equitativa y de calidad.

Objetivos específicos:

- Restaurar ritmo sinusal efectivamente (>90% reversión).
- Garantizar máxima seguridad (complicaciones <1%).
- Minimizar variabilidad asistencial.
- Asegurar equidad en acceso sin discriminación.
- Optimizar satisfacción del paciente (>95%).
- Lograr eficiencia económica.
- Proporcionar trazabilidad completa.
- Evaluar continuamente con capacidad de mejora iterativa.

Actuaciones realizadas

Se han ejecutado:

- Protocolo integral: Manual de 60 páginas con guías clínicas, algoritmos, criterios, fases, manejo de complicaciones
- Check-list.
- Consentimiento informado específico: Documento estructurado con firma.
- Hojas de registro estandarizadas: Datos demográficos, clínicos, procedimentales, seguridad.
- Formación de personal: Sesión obligatoria inicial.
- Auditoría periódica: Revisión semestral 100% procedimientos.
- Indicadores de calidad: Indicadores de proceso, seguridad y satisfacción.
- Mejora continua: Reuniones de equipo, análisis eventos adversos, acciones correctoras.

Indicadores

Indicadores asistenciales:

- Número de CVEP realizadas.
- Porcentaje de CVEP revertidas a ritmo sinusal.
- Porcentaje de pacientes a los que no se les practica la CVEP por encontrarse en ritmo sinusal.

Indicadores de calidad:

- Porcentaje de CVEP con checklist correctamente realizado.
- Porcentaje de CVEP con consentimiento informado correctamente realizado.
- Grado de satisfacción de los pacientes sometidos a CVEP.
- Custodia confidencial de la base de datos de CVEP.

Indicador de continuidad asistencial

- Porcentaje de pacientes con informe de alta tras CVEP.

Indicadores de contabilidad analítica

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Exploran el grado de desarrollo del análisis de costes del proceso.
- Diseño de la contabilidad analítica del proceso CVEP.
- Determinación del porcentaje de coste del proceso CVEP.
- Inicio de la monitorización de costes por fases del proceso CVEP.
- Inicio del abordaje del coste total del proceso CVEP.

Estos indicadores se monitorizan con semestralmente dentro del cuadro de mando de la AGC de Urgencias y en la memoria.

Recursos

- Personal: Cardiólogos (selección inicial), médicos Urgencias formados, enfermeras entrenadas, técnicos auxiliares, celadores, Unidad de Calidad.
- Equipamiento: Desfibriladores monofásicos/bifásicos, monitores multiparamétricos, sistemas de sedación (Propofol, midazolam, fentanilo), equipamiento vía aérea completo, oxígeno, SUE, registrador ECG, ecógrafos, carro de parada.
- Infraestructura: Box de Urgencias dedicado con monitores permanentes, cama articulada, iluminación adecuada, sistemas de succión/ventilación.
- Administrativo: Hojas protocolo, Historia Clínica Electrónica.

Basada en la evidencia

El protocolo CVEP se fundamenta en:

- Guías internacionales: ESC Guidelines AF 2020, ACC/AHA 2019.
- Guías nacionales: SEC protocolo FA, SEMES.
- Evidencia científica: Estudios prospectivos multicéntricos demostrando efectividad >85%, tasas complicaciones <1%, sedación segura con propofol.
- Literatura clínica: Revisión sistemática ≥20 artículos,
- Prácticas nacionales: Benchmarking con hospitales de referencia.
- Recomendaciones SNS: Alineación Estrategia Seguridad Paciente.

El protocolo fue presentado y validado en XI Congreso Nacional Medicina Urgencias y Emergencias (SEMES) (2023). Se actualizan anualmente incorporando nuevas evidencias, cambios regulatorios y resultados propios.

Equidad

El programa CVEP garantiza equidad universal sin discriminación:

- Acceso universal: Cualquier paciente que cumpla criterios clínicos (sin discriminación por edad, género, origen, estatus socioeconómico, discapacidad)
- Información en múltiples formatos: Consentimiento en español, material audiovisual
- Accesibilidad física: Box accesible para movilidad reducida

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Atención centrada en la persona: Trato respetuoso, lenguaje comprensible, acompañamiento familiar en el box de observación
- Seguimiento coordinado: Sistema informático permite seguimiento independiente del profesional.
- Transparencia: Información sobre procedimiento, riesgos, resultados disponible.

Sostenibilidad

El programa CVEP es sostenible a largo plazo:

- Consolidación operativa: Nuevo protocolo implantado desde 2022, demostrada capacidad sostenida (Media de 50 procedimientos anuales).
- Personal estable: Recursos humanos definidos permanentemente.
- Bajo coste incremental: €100-150 por procedimiento, offset por ahorro hospitalización.
- Generación de ingresos: CVEP codificable (GRD 143), autofinancia parte de coste.
- Protocolo autopropulsor: Equipo motivado, presentaciones congresos, reconocimiento regional.
- Mejora continua interna: Indicadores generan información que motiva optimización autónoma.
- Inversión mínima: Utiliza equipamiento existente.
- Independencia financiera: Presupuesto ordinario, no requiere subvenciones especiales.
- Demostrada durabilidad 3 años, perspectivas continuidad ilimitada.

Transferibilidad

El programa CVEP es fácilmente transferible a otros hospitales del SNS:

- Documentación completa: Manual integral de 60 páginas describe todo.
- Materiales exportables: Check-lists, consentimiento, hojas de registro, formación en Word/PowerPoint.
- Bajo coste implementación: No requiere nuevas tecnologías.
- Independencia de contexto: Protocolo genérico, adaptable.
- Flexibilidad: Implementación completa o parcial según capacidad local.
- Escalabilidad: Probado en hospital comarcal, adaptable a otros contextos.
- Red de apoyo: Equipo original dispuesto a asesoría, formación, resolución de dudas.
- Publicación abierta: Protocolo y resultados serán publicados en revista nacional.
- Sostenibilidad probada: SESPA similar a otras CCAA
- Transferencia en proceso a Hospital del Oriente (SESPA). Potencial estimado 15-20 hospitales españoles.

Efectividad

El programa CVEP presenta resultados clínicos excelentes:

- Reversión a ritmo sinusal: 91% en 110 procedimientos consecutivos (IC95% 87-95%), superior a media nacional 85-88%.
- Mantenimiento de ritmo: 88% en seguimiento 6 meses sin recurrencia.
- Tasa de complicaciones: 0.9% (1 hipoxemia leve resuelta), inferior a series publicadas <1%.
- Complicaciones graves: 0% (cero IAM, ACV, arritmias ventriculares, muerte).
- Satisfacción paciente: 9.3±0.8 en 0-10, 96% "muy satisfecho".

- Calidad documentación: 100% procedimientos documentación completa, auditable.
- Cumplimiento protocolario: 98% check-list, 100% consentimiento informado.
- Comparación bibliográfica: Resultados superan series internacionales.
- Conclusión: programa demuestra altísima efectividad clínica, seguridad y calidad.

Eficiencia

El programa CVEP demuestra elevada eficiencia económica y operativa:

- Realización en Urgencias vs. UCI/HD: Ahorro €800-1.200 por procedimiento.
- Reducción estancia hospitalaria: Pacientes dados de alta misma fecha vs. 2-3 días adicionales.
- Procedimiento rápido: 60 minutos, permite 4 procedimientos/jornada.
- Coste procedimiento: €100-150 fungible, margen positivo (GRD retribuye €2.000-2.500).
- Reducción ingresos no planificados: 91% exitosa evita ingreso ulterior.
- Optimización RRHH: Utiliza personal existente Urgencias.
- ROI hospital: Estimado beneficio neto €120.000-150.000 anuales.
- Sostenibilidad financiera: Autogenerado, no requiere subvenciones.

Conclusión: programa es altamente eficiente, generador de valor y ahorro.

Participación multidisciplinar

El programa CVEP requiere participación coordinada de múltiples disciplinas:

- Cardiología: Evaluación, selección, indicación, seguimiento.
- Medicina Urgencias: Coordinación general, triaje, valoración, ejecución, decisiones clínicas.
- Enfermería Urgencias: Monitorización, medicación, vigilancia, educación, complicaciones.
- Técnicos Auxiliares: ECG, apoyo procedimiento, comodidad, instrumental
- Celadores: Transporte seguro.
- Administrativo: Programación, registro informático, archivo.
- Unidad Calidad: Auditoría, indicadores, análisis eventos.
- Dirección Médica: Supervisión, recursos, soporte.
- Reuniones periódicas de equipo CVEP con representantes todas disciplinas.
- Sin esta multidisciplinariedad integrada, el programa no sería posible ni sostenible.

Colaboración intersectorial

El programa CVEP implica colaboración con múltiples sectores:

- Servicios centrales hospital: Farmacia, Servicio Técnico, Informática.
- Atención Primaria: Derivación pacientes, seguimiento pos-procedimiento.
- Emergencias 061: Coordinación derivación FA aguda inestable.
- Instituciones formación: Universidad Oviedo (docencia), congresos nacionales.
- Administración SESPA: Notificación eventos, seguimiento indicadores.

Este nivel de colaboración mejora integración en red sanitaria y maximiza impacto asistencial.

Evaluación

El programa CVEP dispone de sistema robusto de evaluación:

- Monitorización prospectiva: Cada procedimiento registra datos sistemáticamente.
- Indicadores semestrales: Revisión cada 6 meses de 8-12 indicadores clave.
- Auditoría interna: Revisión 100% procedimientos.
- Análisis eventos adversos: Cualquier complicación analizada mediante protocolo Londres.
- Encuesta satisfacción: Cuestionario 0-10 a 100% pacientes.
- Reuniones equipo: Sesiones con discusión resultados, casos, mejoras.
- Revisión protocolo anual: Análisis exhaustivo, actualizaciones evidencia, cambios regulatorios.
- Presentación pública: Congresos nacionales anuales.
- Sistema continuo que genera bucle mejora constante, garantizando excelencia.

Conclusión

El programa de Cardioversión Eléctrica Programada del Hospital Vital Álvarez Buylla constituye una Buena Práctica en Seguridad del Paciente que cumple íntegramente los criterios de la Convocatoria 2025-2026 del SNS.

Combina:

- ✓ Excelencia clínica (91% efectividad)
- ✓ Máxima seguridad (<1% complicaciones)
- ✓ Equidad universal
- ✓ Eficiencia económica (generador de valor)
- ✓ Participación multidisciplinar coordinada
- ✓ Sostenibilidad demostrada
- ✓ Potencial de transferencia a otros hospitales españoles

Representa un modelo de innovación asistencial sin coste especial, basado en evidencia científica, protocolización rigurosa, y cultura de mejora continua.

Se presenta como candidato cualificado a reconocimiento como Buena Práctica Nacional en Seguridad del Paciente dentro del Sistema Nacional de Salud.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT8-1: Experiencia de apoyo a profesionales con sintomatología de “segunda víctima” en Atención Primaria

Victòria Sabaté Cintas (1), Núria Emiliano Griell (1), Ainhoa Borràs Reverter (2), Núria Relat Rodríguez (2), Esther Badia Perich (3), Mónica Piña Rodríguez (4), Yolanda Cambray Garulo (4), Francisco Verjano Díaz (5), Josep M.ª Bonet Simó (1), Irene García Sánchez (1), Xavi Jusmet Miguel (2), M.ª Dolores Moreno Andújar (1), Joaquim Guillén Barceló (1), Aurora Rosino (1), Margalida Colldeforns Vidal (1), Jordi Pérez Escobar (1), Clara Casanovas Pans (1), Silvia Martínez Rubiño (2), Malva Peña Oliveira (2), Ana Sánchez Ros (2), Sandra Muñoz Soto (2), Irene Monge López (2)

(1) Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad del Vallès Occidental y Vallès Oriental, Institut Català de la Salut (ICS), (2) Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad Barcelonès Nord i Maresme, ICS, (3) Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Institut ICS, (4) Unidad de Salud y Prevención, Atención Primaria Metropolitana Nord, ICS, (5) Unidad de Salud Mental Badia del Vallès, ICS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Segunda víctima, seguridad del paciente, eventos adversos, apoyo emocional, atención primaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Cada año, aproximadamente el 15% de los profesionales sanitarios se ven implicados en un evento adverso (EA) relacionado con la seguridad del paciente. Los profesionales afectados son considerados “segundas víctimas” (SV) del EA, y su implicación puede generar un impacto emocional significativo: estrés intenso, ansiedad, sentimientos de culpa y disminución de la autoestima profesional. Además, pueden surgir repercusiones laborales —como temor a cometer errores futuros o dificultades en la toma de decisiones— y familiares, afectando la vida cotidiana.

La respuesta de la organización, de los directivos y del equipo ante un EA es determinante: un entorno de apoyo reduce el impacto emocional, mientras que una reacción inadecuada puede intensificar el estrés y aumentar el riesgo de burnout. Por ello, es esencial contar con un sistema estructurado de acompañamiento que ofrezca soporte emocional, orientación profesional y asesoramiento práctico, permitiendo a los profesionales recuperar la confianza en sus capacidades.

La relevancia de esta propuesta radica en su alineación con los objetivos de mejora de la seguridad del paciente y la calidad asistencial, abordando una necesidad crítica: el bienestar de los profesionales. La magnitud del problema es significativa dada su elevada prevalencia y el impacto potencial sobre la seguridad clínica.

El valor añadido de esta experiencia reside en ofrecer un modelo sistematizado, replicable y adaptativo, que integra apoyo emocional, profesional y legal, superando iniciativas previas más fragmentadas o reactivas.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El programa se desarrolla en el ámbito de Atención Primaria y a la Comunidad, integrando dos gerencias que abarcan 66 Equipos de Atención Primaria (EAP), 3 Equipos Territoriales de Atención Pediátrica (ETAP), 6 Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP), 7 Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) y 5 Equipos de Atención Domiciliaria (PADES), atendiendo a una población de aproximadamente 1,5 millones de habitantes mediante 5.500 profesionales.

El modelo ofrece un enfoque integral de apoyo a las segundas víctimas, combinando asistencia emocional, orientación profesional y acompañamiento legal. Cada intervención sigue protocolos estandarizados, asegurando respuestas homogéneas y coordinadas ante eventos adversos. La formación continua de directivos, responsables de calidad y profesionales de primera línea garantiza la detección temprana de segundas víctimas y la adecuada aplicación de las intervenciones.

Las actuaciones se realizan de manera personalizada e individualizada, mediante entrevistas, sesiones de apoyo, seguimiento periódico y revisión de casos sin culpabilización, adaptando la intensidad según el impacto emocional.

Población diana / ámbito de aplicación

El programa se dirige a todos los profesionales de Atención Primaria de los territorios de Vallès Occidental, Vallès Oriental, Barcelonès Nord y Maresme, que en conjunto suman aproximadamente 5.500 trabajadores.

Incluye a todas las categorías profesionales, tanto asistenciales (medicina, enfermería, pediatría, trabajo social, fisioterapia, odontología, etc.) como no asistenciales (personal administrativo, técnico, directivo y de apoyo), reconociendo que cualquier miembro de la organización puede verse afectado por un evento adverso.

La intervención se ofrece a los profesionales implicados directa o indirectamente en dichos eventos y que presentan sintomatología emocional relacionada con la experiencia de “segunda víctima”.

Metodología

El proyecto se inició en 2018 con la creación de la Comisión de Apoyo a las Segundas Víctimas, formada por profesionales de calidad, salud laboral, salud mental, dirección, medicina, enfermería y atención ciudadana. Todos recibieron formación específica para garantizar una intervención coordinada y adecuada ante cada caso.

En 2019 se elaboraron los protocolos, algoritmos de actuación, sistemas de registro y listados de verificación, asegurando procedimientos claros y homogéneos. Se difundió el proyecto entre direcciones y responsables de calidad de los centros para sensibilizar a todos los profesionales de primera línea.

La implantación comenzó en 2020, con identificación de segundas víctimas, entrevistas individuales con la Unidad de Salud y Prevención, sesiones de apoyo y seguimiento periódico de la evolución emocional y profesional.

Entre 2020 y 2025, la Comisión ha ido celebrando reuniones periódicas para evaluar eficacia, implementar mejoras, actualizar documentación y definir campañas informativas. Además, se ha mantenido la formación continuada para directivos, responsables de calidad y profesionales, asegurando la detección temprana y un soporte adaptado a cada situación.

Objetivos

Objetivo principal:

- Ofrecer a todos los profesionales identificados como segundas víctimas en Atención Primaria un apoyo integral y estructurado, asegurando que reciban acompañamiento emocional, profesional y legal tras la identificación del evento adverso.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar acompañamiento emocional con seguimiento periódico para reducir el impacto psicológico.
- Ofrecer orientación profesional sobre pasos a seguir tras el evento y estrategias para prevenir errores futuros.
- Garantizar acceso a soporte legal cuando sea necesario.
- Fomentar la cultura de seguridad promoviendo la detección temprana y la prevención de errores.

Actuaciones realizadas

El proyecto incluye un conjunto de actuaciones coordinadas para ofrecer soporte integral a las segundas víctimas. Se realizan entrevistas individuales con la Unidad de Salud y Prevención (USP), orientadas a evaluar el impacto emocional y ofrecer acompañamiento personalizado.

Además, se desarrollan sesiones de apoyo, donde se comparten experiencias y estrategias de afrontamiento en un entorno seguro y sin juicio.

Se implementa un seguimiento individualizado, ajustando la intensidad de la intervención según la gravedad del impacto emocional.

Se promueve el análisis y la revisión conjunta de los casos sin culpabilización, acompañando a los profesionales.

Finalmente, se realizan campañas de comunicación informativas, dirigidas a todos los profesionales, y se actualizan periódicamente los documentos y protocolos, asegurando la difusión de recursos y la mejora continua del proyecto.

Indicadores

Para evaluar la efectividad y alcance del proyecto se utilizan indicadores cuantitativos y cualitativos. Entre 2020 y 2025, 97 profesionales fueron identificados como segundas víctimas, demostrando la capacidad del sistema para detectar casos relevantes. El 100% de los profesionales recibió una oferta de apoyo, garantizando cobertura total de la intervención. Del total, el 14% requirió intervención especializada, incluyendo seguimiento psicológico individualizado, reflejando la capacidad del programa para adaptar la intensidad del soporte según la necesidad.

Solo el 0,2% de los profesionales precisó baja laboral temporal, lo que evidencia la eficacia de las actuaciones para mitigar el impacto emocional y facilitar la recuperación en el entorno laboral. Recientemente se ha incorporado una encuesta de satisfacción para valorar la percepción de los profesionales sobre la calidad del apoyo recibido y el impacto en su bienestar.

Recursos

El proyecto se sustenta en un equipo multidisciplinar que garantiza un enfoque integral: la Comisión de Apoyo incluye profesionales de calidad, salud laboral, salud mental, dirección, medicina, enfermería y atención ciudadana, trabajando de manera coordinada para ofrecer soporte adaptado a cada caso.

Se cuenta con el respaldo de la Unidad de Salud y Prevención (USP), que proporciona evaluación, seguimiento y orientación individualizada. Además, se dispone de materiales formativos y de difusión, como dípticos, protocolos y guías de actuación, que facilitan la comprensión del proyecto y la sensibilización de todos los profesionales.

Finalmente, se implementan sistemas de registro y seguimiento de casos, que permiten monitorizar la evolución emocional y profesional de los participantes.

Basada en la evidencia

El modelo de apoyo a las segundas víctimas se fundamenta en evidencia científica que demuestra la eficacia de intervenciones estructuradas y multidisciplinarias. Estudios como Merandi et al. (2017) evidencian que programas de apoyo entre compañeros mejoran significativamente el bienestar emocional de los profesionales afectados por eventos adversos, reduciendo el riesgo de burnout y promoviendo una cultura de seguridad organizacional.

Asimismo, una revisión sistemática de Busch et al. (2021) confirma que intervenciones organizacionales que combinan apoyo emocional, formación y seguimiento son eficaces para mitigar el impacto psicológico y profesional en las segundas víctimas.

Equidad

El programa asegura igualdad de acceso y trato a todos los profesionales que puedan convertirse en segundas víctimas, independientemente de su categoría profesional, centro de trabajo, especialidad o jornada laboral. Cada caso se aborda de manera individualizada, evaluando la intensidad del impacto emocional y adaptando la intervención según las necesidades concretas del profesional afectado.

Se implementan mecanismos para garantizar que la información sobre el programa y los recursos disponibles llegue a todos los equipos, evitando sesgos de acceso o exclusión.

Este enfoque promueve un entorno de trabajo inclusivo y seguro, donde todos los profesionales tienen la misma oportunidad de recibir apoyo, fortaleciendo la confianza, el bienestar emocional y la equidad dentro de la organización.

Sostenibilidad

La sostenibilidad del programa se garantiza mediante su integración estructural en la organización, formando parte de los circuitos habituales de calidad, salud laboral y apoyo a profesionales.

Su mantenimiento no depende de recursos externos, ya que se apoya en equipos y estructuras existentes, lo que facilita su continuidad a largo plazo.

La formación continuada de responsables de calidad, directivos y miembros de la Comisión de Apoyo asegura la coherencia metodológica y la mejora constante del modelo.

Asimismo, la actualización periódica de protocolos, materiales informativos y campañas de sensibilización permite adaptarlo a nuevos contextos y necesidades organizativas.

Transferibilidad

El programa presenta un modelo fácilmente replicable en otros entornos sanitarios gracias a su estructura flexible y su bajo requerimiento de recursos adicionales.

Su diseño se basa en procesos estandarizados, protocolos claros y una metodología adaptable, lo que facilita su implementación en diferentes organizaciones, independientemente de su tamaño o complejidad.

La experiencia demuestra que, con compromiso directivo, formación de responsables y una cultura de comunicación abierta y no punitiva, es posible reproducir con éxito los resultados obtenidos en Atención Primaria.

Efectividad

El programa ha demostrado una alta efectividad en la detección y acompañamiento de profesionales afectados por eventos adversos. Entre 2020 y 2025, el 100% de los profesionales identificados como segundas víctimas recibieron oferta de apoyo; el 86% resolvió satisfactoriamente su situación mediante la intervención del equipo directo de su centro, y solo un 14% precisó atención especializada, lo que evidencia una respuesta adecuada y proporcional a la intensidad del impacto.

Las evaluaciones de satisfacción reflejan un elevado grado de aceptación del programa y una percepción positiva sobre el acompañamiento recibido.

Eficiencia

El programa demuestra una excelente relación coste-beneficio, ya que utiliza recursos humanos y materiales ya disponibles, optimizando su aprovechamiento sin generar costes adicionales significativos.

La intervención temprana y estructurada permite reducir bajas laborales, prevenir el desgaste profesional y favorecer la rápida recuperación emocional y funcional de los trabajadores afectados.

El enfoque multidisciplinar y la coordinación entre unidades de calidad, salud laboral y salud mental evitan duplicidades y mejoran la eficiencia del sistema.

Además, la mejora del bienestar profesional y del clima organizativo repercute positivamente en la productividad, la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Participación multidisciplinar

La Comisión de Apoyo a las Segundas Víctimas está formada por profesionales que representan todas las categorías y perfiles del ámbito de Atención Primaria, asegurando una participación verdaderamente multidisciplinar.

Esta diversidad profesional garantiza respuestas coordinadas, equitativas y adaptadas a las necesidades de cada persona afectada, favoreciendo la empatía, la comprensión del contexto y la coherencia en las intervenciones.

La participación activa de distintos ámbitos promueve una cultura organizativa colaborativa, donde el bienestar profesional se entiende como una responsabilidad compartida, reforzando así la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad asistencial.

Colaboración intersectorial

El programa se sustenta en una colaboración intersectorial sólida, que conecta diferentes ámbitos y niveles del sistema sanitario para garantizar una atención integral y coherente a las segundas víctimas.

La Comisión de Apoyo trabaja de forma coordinada con direcciones asistenciales, unidad de salud laboral, servicio de salud mental, equipos clínicos, departamento legal, comunicación y recursos humanos, promoviendo una respuesta conjunta y ágil ante cada situación.

La integración entre sectores asistenciales, organizativos y de soporte refuerza una cultura de seguridad y cuidado compartido, donde el bienestar del profesional se considera un pilar esencial para la calidad y la seguridad del paciente.

Evaluación

La evaluación del programa se realiza de manera continua y estructurada, mediante reuniones periódicas de la Comisión de Apoyo y seguimiento conjunto con las direcciones de las gerencias y responsables de calidad.

Se analizan indicadores cuantitativos y cualitativos, incluyendo la identificación de segundas víctimas, la cobertura de intervenciones, la evolución emocional y profesional de los participantes, y la satisfacción percibida.

Este seguimiento periódico permite detectar áreas de mejora, ajustar protocolos, reforzar la formación de responsables y directivos, y adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes de los profesionales.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT8-2: Buena práctica para mejorar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial en los traslados interhospitalarios desde Urgencias

Encarna Salete Mayoral (1), Oriol Yuguero Torres (1), Marcos Serrano Godoy (1), Gerard Torres Cortada (1), David Guerra González (1), Roberto Artesona Torres (1), María Begoña Balsera Garrido (2), Laura Batalla Peinado (3), Esther Blasco Martín (1), Carmen Béjar Torres (2), Pere Carreras Pons (1), Alberto Falcón Cazas (2), Yolanda Fauria García (1), Ana Belén Pérez (1), Miquel Mesas Julió (3), Eugenia Marsol Domingo (1), Mireia Saura Codina (2), Selene Rodríguez Jiménez (1), Laia Utrillo Montagut (1), María Viladrosa Montoy (2)

(1) Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida, Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), (2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Institut Català de la Salut (ICS), (3) Direcció de Qualitat y Seguridad del Paciente / Oficina ARGOS, ICS – GSS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Seguridad del paciente, continuidad asistencial, traslados interhospitalarios, checklists de seguridad, transformación digital en salud.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La Región Sanitaria de Lleida (RSL) dispone de una red asistencial pública en la que destacan el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) y el Hospital Universitario Santa María de Lleida (HUSM), dos centros clave en la prestación de atención sanitaria especializada. Ambos hospitales, gestionados bajo una misma gerencia, forman parte de los principales proveedores públicos de salud de la provincia —el Institut Català de la Salut (ICS) y Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), respectivamente— y desarrollan una actividad asistencial diferenciada pero complementaria.

En este marco organizativo, el HUAV actúa como hospital de referencia del territorio y concentra la atención urgente, ejerciendo como principal puerta de entrada hospitalaria. Desde el servicio de urgencias, se derivan diariamente pacientes con características clínicas específicas al HUSM, que no dispone de esta puerta de entrada y asume fundamentalmente la hospitalización de pacientes de medicina interna y de atención intermedia. Ambos centros se encuentran ubicados en un mismo entorno hospitalario, separados por una distancia aproximada de 500 metros, lo que facilita la interacción asistencial pero también requiere circuitos bien definidos. Durante el año 2024 se realizaron 2.304 traslados entre ambos hospitales. A pesar de la proximidad física entre los centros, la gestión por parte de entidades diferentes y el uso de plataformas de historia clínica no integradas incrementan la complejidad del proceso de traslado y dificultan garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. En este contexto, se ha observado en los últimos años un aumento de situaciones que han comprometido la seguridad durante estos traslados. Los problemas relacionados con la seguridad del paciente se han identificado a través de diversas fuentes, como las notificaciones a la plataforma de seguridad, los registros de quejas y reclamaciones de pacientes y familias, así como las observaciones directas de los profesionales implicados. Entre las incidencias más relevantes destacan errores de identificación, discontinuidades en los tratamientos prescritos, retrasos en el proceso de traslado, ingresos de

pacientes que no cumplen los criterios clínicos establecidos y la falta de una comunicación sistemática con las familias.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El proyecto consiste en la implementación de una práctica de mejora orientada a incrementar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial durante los traslados interhospitalarios entre el HUAV (hospital de referencia) y el HUSM (hospital receptor), ambos pertenecientes a la RSL. La iniciativa se dirige a pacientes derivados desde el Servicio de Urgencias del hospital de referencia para su hospitalización en el hospital receptor. La práctica se fundamenta en el análisis del flujo de traslados, desde la indicación clínica en urgencias hasta la llegada del paciente a la unidad de hospitalización. Durante este estudio se identificaron tres puntos críticos para la seguridad del paciente: la salida del HUAV, la llegada (recepción de pacientes) y acogida (hospitalización) al HUSM. La identificación de estos puntos críticos se realizó con la participación activa de los profesionales de base de ambos centros, directamente implicados en el proceso de traslado.

Una de las innovaciones clave de la propuesta es la mejora de la aplicación informática interna desarrollada en 2016 por los informáticos de la gerencia y profesionales de los hospitales, inicialmente concebida para visualizar la disponibilidad de camas entre ambos centros. Esta herramienta, que actúa como puente entre los dos hospitales cuyas aplicaciones no estaban integradas, ha permitido incorporar los checklists de seguridad del paciente —derivación, recepción y acogida— alineados con los tres puntos críticos identificados, así como otros módulos de apoyo, como la detección de incidencias durante el traslado y el envío automatizado de mensajes a las familias al inicio del traslado. El proyecto se caracteriza por su enfoque participativo y multidisciplinar, basado en la implicación directa de los profesionales de base en la definición de los puntos críticos relacionados con la seguridad del paciente y en la elaboración de las herramientas de mejora. Esta participación asegura que las soluciones respondan a las necesidades reales del proceso asistencial y facilita la adopción y sostenibilidad de las prácticas implementadas.

La práctica se desarrolla a nivel territorial en la RSL y combina innovación tecnológica con estandarización de procedimientos y mejora de la comunicación interhospitalaria. Su diseño permite impulsar la seguridad del paciente, garantizar la continuidad asistencial y optimizar los circuitos de traslado, al tiempo que sirve como modelo replicable en otros contextos con características organizativas similares. La integración de la herramienta informática como eje central del proyecto representa una innovación significativa, al transformar una aplicación ya existente en un instrumento activo de coordinación y mejora continua entre ambos hospitales.

La población diana de este proyecto está constituida por los pacientes del HUAV, hospital público de referencia de la ciudad de Lleida y único centro con puerta de urgencias en la RSL, que requieren ingreso hospitalario y cumplen los criterios clínicos establecidos para su traslado a las unidades de Medicina Interna y Atención Intermedia del HUSM, hospital receptor que no dispone de puerta de urgencias y actúa como centro de referencia para la atención intermedia.

En 2024, el HUAV atendió 18.952 urgencias con indicación de ingreso, de las cuales 2.304 precisaron traslado al HUSM. La RSL cuenta con una población de 443.320 habitantes, lo que permite dimensionar el impacto y alcance territorial del proyecto, que tiene como objetivo mejorar la seguridad y la continuidad asistencial de los pacientes trasladados dentro de este ámbito.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana de este proyecto está constituida por los pacientes atendidos por la RSL, que cuenta con una población de referencia de aproximadamente 443.320 habitantes. El HUAV actúa como la principal puerta de urgencias para toda la población, siendo el único hospital público de la región que dispone de este servicio. En el HUAV se atiende a pacientes que requieren ingreso hospitalario y que cumplen criterios clínicos específicos para ser trasladados a las unidades de Medicina Interna o de geriatría del HUSM. El HUSM, hospital receptor, no dispone de puerta de urgencias y se organiza como centro de referencia para la atención intermedia, garantizando la continuidad asistencial.

Metodología

El proyecto se desarrolló entre junio de 2024 y enero de 2025, tras su aprobación por la Dirección de ambos hospitales. Para su implementación se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por 20 profesionales, liderado por la Unidad de Calidad y formado por profesionales asistenciales y no asistenciales de ambos centros, incluyendo médicos, personal de enfermería, auxiliares, personal administrativo y de informática. Todos ellos directamente implicados en las distintas fases del proceso asistencial de traslado interhospitalario: derivación, recepción y acogida del paciente. El grupo mantuvo reuniones mensuales de una hora de duración durante seis meses, en las que se analizó de forma sistemática el proceso de atención mediante la metodología Value Stream Mapping (VSM), lo que permitió identificar áreas de mejora y priorizar acciones alineadas con los planes de calidad de los centros. Como resultado, se desarrollaron listas de verificación específicas de seguridad del paciente para cada fase del proceso, centradas en aspectos clave como la correcta identificación, el estado clínico, la oxigenoterapia, la administración del tratamiento y la presencia de un familiar. Estas mejoras se integraron en la aplicación informática interna de gestión de camas, transformándola en una herramienta que facilita la estandarización del proceso, refuerza la coordinación entre hospitales y mejora la seguridad del traslado.

Objetivos

Este proyecto tiene como objetivo principal mejorar la seguridad del paciente durante todas las fases del proceso de traslado entre el HUAV y el HUSM, garantizando al mismo tiempo la continuidad asistencial. Para ello, se promueve la participación activa de los profesionales de base implicados en cada etapa y se implementa un sistema integrado entre ambos hospitales, que facilita la coordinación, la estandarización de procedimientos y la incorporación de acciones de mejora basadas en la experiencia directa de los equipos clínicos.

Objetivos específicos

- Analizar el flujo de traslado de los pacientes desde el servicio de urgencias del hospital derivador hasta su recepción y acogida en el hospital receptor.
- Diseñar y aplicar un checklist de seguridad del paciente para cada fase del proceso de transferencia asistencial —derivación, recepción y acogida— elaborado con la participación activa de los propios profesionales implicados en el traslado.

Actuaciones realizadas

Se constituyó una comisión mixta integrada por profesionales asistenciales de base y del equipo de Calidad de ambos hospitales para analizar el proceso de traslado, identificar riesgos de seguridad y establecer áreas de mejora mediante la metodología Value Stream Mapping. La comisión se reunió seis veces de manera ordinaria y mantuvo encuentros periódicos con informática para diseñar y probar los checklists, así como reuniones de seguimiento con los jefes de servicio.

Se diseñaron protocolos conjuntos de continuidad asistencial y criterios clínicos específicos para determinar qué pacientes podían ser ingresados en el hospital receptor, asegurando decisiones seguras y estandarizadas.

Los checklists de seguridad fueron implementados en las tres fases del traslado (derivación, recepción y acogida) e integrados en la aplicación digital de gestión de camas.

Se realizó una prueba piloto y, a partir de las incidencias detectadas, se incorporaron mejoras.

Además, se desarrolló una formación específica para profesionales, garantizando la estandarización del proceso, la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Indicadores

Indicadores de continuidad asistencial:

1. Traslados realizados con el checklist de seguridad completo en las tres fases

- Definición: Porcentaje de pacientes trasladados con checklist completo en derivación, recepción y acogida en planta.
- Fórmula: $(\text{Nº de pacientes con checklist completo} / \text{Nº total de pacientes trasladados}) \times 100$
- Umbral recomendado: 100%
- Periodicidad: Trimestral
- Fuente: Aplicación de gestión de camas
- Variable verificable: Cumplimentación de todos los ítems del checklist en las tres fases

2. Traslados realizados con checklist completo por cada fase

- Definición: Porcentaje de pacientes con checklist completo en la derivación, recepción o acogida.
- Fórmula: $(\text{Nº de pacientes con checklist completo en la fase de derivación} / \text{Nº total de pacientes trasladados}) \times 100$
- Fórmula: $(\text{Nº de pacientes con checklist completo en la fase de recepción} / \text{Nº total de pacientes trasladados}) \times 100$
- Fórmula: $(\text{Nº de pacientes con checklist completo en la fase de acogida} / \text{Nº total de pacientes trasladados}) \times 100$

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

- Umbral recomendado: 100%
- Periodicidad: Trimestral
- Fuente: Aplicación de gestión de camas
- Variable verificable: Cumplimentación del checklist en cada fase específica

Indicadores de seguridad del paciente:

3. Número de incidencias de seguridad relacionadas con el traslado

- Definición: Incidencias notificadas durante el traslado.
- Fórmula: $\text{Nº de incidencias} / 1.000 \text{ traslados}$
- Umbral recomendado: No significativo
- Periodicidad: Trimestral
- Fuente: Aplicación de gestión de camas
- Variable verificable: Registro de incidencias notificadas

4. Tipo de incidencias

- Definición: Clasificación por identificación, tratamiento, documentación, etc.
- Fórmula: $\text{Nº de incidencias por tipo} / 1.000 \text{ traslados}$
- Periodicidad: Trimestral
- Fuente: Aplicación de gestión de camas / Sistema de notificación de seguridad
- Variable verificable: Categoría asignada a cada incidencia

5. Gravedad de las incidencias

- Definición: Incidencias críticas o catastróficas durante el traslado.
- Fórmula: $\text{Nº de incidencias críticas o catastróficas} / 1.000 \text{ traslados}$
- Periodicidad: Trimestral
- Fuente: Aplicación de gestión de camas / Sistema de notificación de seguridad
- Variable verificable: Clasificación de la gravedad de cada incidencia

Recursos

Financieros: El proyecto se desarrolló sin financiación específica adicional, utilizando recursos ordinarios de los centros. Se priorizaron actuaciones de alto impacto y bajo coste, orientadas a reforzar la seguridad del paciente mediante checklists en las distintas fases del traslado, la optimización y estandarización de los circuitos asistenciales y la mejora de la comunicación interhospitalaria, garantizando la continuidad asistencial.

Humanos: La participación activa de los profesionales de base de ambos hospitales fue clave en la identificación de puntos críticos y el diseño de mejoras, articulada a través de una comisión mixta liderada por la Unidad de Calidad. También fue fundamental la colaboración de los equipos de Sistemas de Información, responsables del desarrollo, integración y evolución de la herramienta digital para la integración de los checklist y para de la automatización de la comunicación con las familias.

Materiales y tecnológicos: Se optimizó una aplicación informática propia y preexistente de gestión de camas, incorporando checklists de seguridad del paciente, registro de incidencias, mensajería automatizada y visualización de disponibilidad de las camas mediante colores. Su reutilización evitó nuevas licencias, facilitó la adopción y permitió mejoras con mínimo impacto operativo, convirtiéndola en un instrumento activo de seguridad y continuidad asistencial.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en la evidencia de que los checklists y los handoffs estructurados reducen la variabilidad clínica, mejoran la comunicación y se asocian con disminución de errores y eventos adversos. Estudios clásicos demuestran el impacto de los checklists en seguridad y resultados clínicos, y programas estructurados de transferencia (p. ej., I-PASS) han mostrado reducción de errores tras su implementación. En el ámbito de Urgencias, existen experiencias de adaptación de herramientas estructuradas para cambios de turno y para el ingreso desde Urgencias, así como checklists de procedimientos críticos (p. ej., intubación). Además, la literatura en transporte intra/interhospitalario identifica el traslado como actividad de alto riesgo y apoya el uso de checklists para reducir eventos inesperados, mejorar el cumplimiento de medidas de seguridad y estandarizar la recepción y el handover. Este marco respalda un abordaje por fases (derivación–recepción–acogida) co-diseñado por profesionales e integrado en herramientas digitales del proceso asistencial.

- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360(5):491-9. doi:10.1056/NEJMs0810119. PMID:19144931.
- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014;371(19):1803-12. doi:10.1056/NEJMs1405556. PMID:25372088
- Heilman JA, Flanigan M, Nelson A, Johnson T, Yarris LM. Adapting the I-PASS Handoff Program for Emergency Department Inter-Shift Handoffs. *West J Emerg Med.* 2016;17(6):756-761. doi:10.5811/westjem.2016.9.30574. PMID:27833685.
- Smith CJ, Buzalko RJ, Anderson N, et al. Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department. *West J Emerg Med.* 2018;19(2):372-379. doi:10.5811/westjem.2017.9.35121. PMID:29560068

Equidad

El proyecto incorpora la equidad como eje transversal, actuando sobre un proceso donde la variabilidad puede generar desigualdades evitables. La estandarización mediante checklists de seguridad y la definición de protocolos conjuntos de continuidad asistencial garantizan atención homogénea entre ambos hospitales, reduciendo la dependencia de factores individuales. La implementación de criterios clínicos para determinar qué pacientes pueden ingresar en el hospital

receptor asegura derivaciones seguras y adecuadas teniendo en cuenta la complejidad. Este enfoque beneficia especialmente a pacientes mayores, frágiles, con deterioro cognitivo, dependencia funcional o barreras de comunicación, garantizando correcta identificación, continuidad de tratamientos y verificación de necesidades básicas. El envío automatizado de SMS a familiares o referentes facilita información accesible, reduce incertidumbre y apoya a familias con menor alfabetización sanitaria o recursos limitados. La monitorización de incidencias permite detectar sesgos y priorizar mejoras orientadas a grupos vulnerables, reforzando seguridad, continuidad y equidad.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantiza por el respaldo institucional de la Dirección de los dos centros y la integración en los circuitos asistenciales ordinarios, asegurando que los beneficios en seguridad y continuidad se mantengan. Al desarrollarse sin financiación específica, se apoya en recursos existentes (Unidades de Calidad, profesionales asistenciales y Sistemas de Información). La incorporación de checklists, protocolos de continuidad y registro de incidencias en la aplicación digital corporativa reduce carga administrativa, mejora trazabilidad y favorece adherencia. Una comisión de seguimiento monitoriza incidencias, revisa indicadores, actualiza criterios clínicos y adapta contenidos a cambios organizativos o tecnológicos. La formación periódica asegura que los profesionales mantengan competencias, consolidando la práctica y su mejora continua en seguridad y continuidad asistencial.

Transferibilidad

La práctica es transferible gracias a su sistematización por fases (derivación, recepción y acogida), checklists operativos, protocolos de continuidad, roles definidos y circuito de registro y análisis de incidencias. Los materiales (checklists, criterios clínicos, flujo del proceso y plan formativo) son documentables y estandarizables, permitiendo implementación en otros hospitales con circuitos de derivación similares, incluso sin historia clínica integrada. Su diseño modular permite iniciar en papel o aplicación local y evolucionar a integración digital completa. Como escalabilidad, se propone integrar los checklists y protocolos en sistemas habituales (GACELA, SAP/HES), facilitando cumplimentación en el punto de atención, mejorando trazabilidad, evitando doble registro y favoreciendo adopción en otros centros, unidades y circuitos interhospitalarios.

Efectividad

El proyecto garantiza que los traslados interhospitalarios se realicen de manera segura y completa, asegurando correcta identificación del paciente, continuidad de tratamientos y comunicación con unidades receptoras y familiares. La implementación de checklists específicos y protocolos de continuidad asistencial, junto con criterios de ingreso claros para el centro receptor, permite estandarizar el proceso y minimizar errores derivados de la variabilidad. La participación activa de profesionales de base asegura soluciones adaptadas a la práctica real. La

integración de estas acciones en una aplicación digital común refuerza coordinación y trazabilidad. En conjunto, estas medidas incrementan la efectividad, mejorando seguridad, continuidad y confianza de equipos, pacientes y familias.

Eficiencia

El proyecto mejora la eficiencia de los traslados, optimizando recursos y reduciendo tiempos y tareas redundantes, al mismo tiempo que refuerza la seguridad del paciente. La aplicación digital integrada permite visualizar disponibilidad de camas en tiempo real y prevenir esperas en el centro receptor. La estandarización mediante checklists de seguridad y protocolos de continuidad asistencial minimiza intervenciones correctivas y facilita la resolución rápida de incidencias, asegurando que los pacientes sean trasladados de manera segura y adecuada. Una comisión de seguimiento evalúa las incidencias detectadas, revisa indicadores y propone mejoras, garantizando corrección temprana y aprendizaje continuo. La formación específica se centra en la implementación y uso de la aplicación digital, asegurando que cada profesional conozca cómo registrar los checklists y los datos de continuidad asistencial correctamente, reduciendo errores y pérdidas de tiempo. La combinación de procesos claros, herramientas digitales y participación profesional permite traslados más ágiles, seguros y coordinados, aumentando productividad sin comprometer la calidad asistencial.

Participación multidisciplinar

La práctica se diseñó e implantó mediante una comisión mixta multidisciplinar, integrando perfiles clínicos, de gestión y tecnológicos de ambos hospitales. Participaron jefes de servicio de Urgencias, Medicina Interna y Geriátrica, Direcciones de Enfermería y supervisoras de guardia, asegurando viabilidad operativa 24/7. También se incorporaron responsables de Sistemas de Información y el equipo territorial de Calidad, garantizando trazabilidad y soporte digital. La definición de checklists y protocolos de continuidad se realizó con la participación activa de profesionales asistenciales de base de todas las categorías que dan atención directa al paciente (médicos, enfermería, administrativos, auxiliares), adaptando los contenidos a la práctica real. Esta implicación favorece la aceptación, refuerza la cultura compartida de seguridad y continuidad asistencial, y asegura que las soluciones respondan a las necesidades reales del proceso de traslado.

Colaboración intersectorial

El proyecto se ha desarrollado mediante una colaboración estrecha entre distintos sectores del sistema sanitario de la RSL. Incluye la coordinación entre el HUAV y el HUSM, involucrando a equipos de urgencias, medicina interna, enfermería, auxiliares, personal administrativo y equipos de informática. Asimismo, la Unidad de Calidad territorial actúa como nexo para integrar la información y priorizar acciones de mejora, asegurando que los protocolos y checklists sean compartidos y estandarizados. Esta colaboración permite implementar mejoras tecnológicas, estandarizar procesos y garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente durante los traslados.

El proyecto demuestra cómo la coordinación entre diferentes sectores hospitalarios y la integración de recursos tecnológicos puede optimizar los procesos asistenciales y reducir riesgos, sirviendo de modelo replicable en otros entornos sanitarios.

Evaluación

La evaluación del proyecto se realiza de manera continua y sistemática, utilizando los indicadores definidos de seguridad del paciente y continuidad asistencial. Se monitoriza el porcentaje de traslados con checklist completo, así como el número, tipo y gravedad de incidencias, y el cumplimiento de los protocolos de comunicación y estandarización del proceso. Aunque actualmente el cumplimiento del checklist no alcanza el 100% debido a factores organizativos, como la rotación de personal, la carga asistencial, la coexistencia de dos empresas diferentes y retrasos en el transporte, la experiencia demuestra la utilidad percibida por los profesionales y su compromiso con la implementación de la herramienta, así como el compromiso de la dirección de ambos centros. Las reuniones periódicas con la comisión de seguimiento creada, integrada por los jefes de los servicios de los dos centros implicados y la unidad de calidad territorial permiten analizar incidencias, ajustar procesos, evaluar el cumplimiento de los checklists y priorizar mejoras. Esta dinámica de evaluación y mejora continua facilita prever un aumento progresivo del cumplimiento del checklist y de la seguridad del paciente, consolidando el proyecto como una práctica replicable y sostenible en el tiempo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CAT8-3: Vigilancia e Identificación del Deterioro Agudo: Mapa VIDA. Estrategia para la detección precoz del deterioro agudo en pacientes ingresados y la mejora de los resultados clínicos

Angélica Pocino Campayo (1), María Teresa Misis del Campo (1), Mònica Castellà Creus (1)

(1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Institut Català de la Salut.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Mapa VIDA, detección precoz del deterioro clínico, escala MEWS, seguridad del paciente, Unidad de Cuidados Intensivos extendida, vigilancia clínica.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Detectar a tiempo el deterioro agudo de un paciente para aplicarle precozmente un tratamiento es importante para prevenir ingresos no programados en la UCI y mejorar los resultados clínicos. El 60% de las complicaciones, como el infarto de miocardio, traslados no planificados a la UCI e incluso la muerte del paciente, están precedidas por alteraciones registradas en los parámetros fisiológicos. Las causas por las que no se detectan precozmente estas complicaciones son una monitorización insuficiente del paciente, una interpretación inadecuada de los cambios en los parámetros fisiológicos y un retraso en la actuación o una actuación inapropiada ante dichos cambios. Por estos motivos, la detección precoz de cambios fisiológicos y la identificación de los pacientes con riesgo de deterioro agudo durante el ingreso hospitalario son necesarias para proporcionar cuidados y tratamientos adecuados.

Las guías para el tratamiento de pacientes en hospitales de agudos recomiendan utilizar sistemas de seguimiento y activación de la monitorización de los parámetros fisiológicos con el fin de detectar a tiempo el riesgo de deterioro agudo y prevenir muertes evitables. Estos sistemas son conocidos como Early Warning Systems. En el Hospital Germans Trias i Pujol, siguiendo las directrices del Institut Català de la Salut, se estableció la escala MEWS (Modified Early Warning Score) para la monitorización de pacientes y la detección precoz del deterioro agudo. Esta escala incluye la medición y valoración de los siguientes parámetros: Frecuencia respiratoria, Frecuencia Cardíaca, Presión Arterial Sistólica, Temperatura, Saturación de Oxígeno, FiO2% y Estado Mental. A partir de la puntuación obtenida en la escala MEWS se establecieron unos niveles de alerta que definen la actuación enfermera y médica para cada nivel.

Nivell/Puntuació	Definició Nivell	Vigilància i registre signes vitals	Registre interv. infermera	Intervenció Metge
0-1 Nivell 0 	Sense Risc afegit	c/ 8 hores	Control signes vitals segons horari pla de cures. Avisa metge a criteri infermer	
2-3 Nivell 1 	Risc Baix	c/ 6 hores	Valorar signes vitals. Augmentar vigilància c/6h. Avisar metge a criteri infermer	
4 Nivell 2 	Risc Mig	c/ 4 hores	Valorar signes vitals. Incrementar vigilància c/4h. Avisar metge responsable. Metge amb qui s'ha contactat: Hora contacte:	Valoració Hª Clínica Possibilitat de reajustar tractament
5-6 Nivell 3 	Risc Alt	c/ 2 hores	Valorar signes vitals. Incrementar vigilància c/ 2h. Avisar metge responsable Metge amb qui s'ha contactat: Hora contacte:	El metge valora al pacient < 1 hora
>= 7 Nivell 4 	Risc Extrem/ Esdeveniment	c/ 30'	Avisar metge responsable Intensificar vigilància Monitoratge i desfibril·lador	El metge valora al pacient en < 15 minuts Comentar amb guàrdia de Crítics

Figura 1. Actuaciones en cada nivel.

Después de la implementación de la escala MEWS en la historia clínica electrónica de las unidades de hospitalización de agudos, se creó el equipo de la UCI Extendida, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad. Este equipo formado por enfermeras y médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos proporciona una atención al paciente crítico antes y después del ingreso en la UCI. Entre sus objetivos se encuentra mejorar la transición de los pacientes que son dados de alta de la UCI a Unidades de Hospitalización de Agudos.

Sus principales actuaciones son:

- Participar en la respuesta rápida en los Paros Cardiorrespiratorios.
- Valoración de pacientes con sospecha de riesgo vital o fallo orgánico que requieran ingreso en la UCI
- Seguimiento al alta, aportando continuidad y transición escalonada en pacientes complejos.
- Colaborar en la inserción de vías centrales y también, en diferentes técnicas y exploraciones.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Población diana / ámbito de aplicación

La monitorización de pacientes mediante la escala MEWS se aplica en las unidades de hospitalización de adultos del hospital tanto médicas como quirúrgicas. Este ámbito abarca una población de aproximadamente 190.000 pacientes anuales.

Metodología

Una vez se implantó la escala MEWS en todas las unidades de hospitalización, juntamente con la Dirección de Organización y Sistemas de Información del hospital, se diseñó el mapa digital VIDA (Vigilancia e Identificación del Deterioro Agudo) en la plataforma SAP Business Objects en el cual se reflejan los pacientes con niveles de alerta 2,3 y 4 por cada unidad de hospitalización y por servicio médico. Este mapa es una de las herramientas de trabajo de la enfermera del equipo de UCI extendida que, a partir de la información del mapa, revisa y comprueba si a estos pacientes debería realizarse alguna de las siguientes acciones:

- Revisión de la historia clínica
- Revisión de alarmas
- Valoración conjunta con equipo médico, por si es tributario de ingreso en UCI
- Comprobación de si se ha aumentado la frecuencia de toma de signos vitales en la unidad de hospitalización y si ha sido valorado por equipo médico responsable
- Valoración de la necesidad de monitorización remota del paciente

Objetivos

Los objetivos establecidos son:

- Identificar precozmente los pacientes con riesgo de deterioro agudo i paro respiratorio en las unidades de hospitalización de agudos
- Estandarizar la valoración y el nivel de severidad del deterioro agudo
- Estandarizar la actuación a realizar en el deterioro agudo
- Disminuir los traslados a UCI por deterioro agudo ocurrido en las unidades de hospitalización de agudos
- Disminuir los paros cardiorrespiratorios (PCR) no esperados en las unidades de hospitalización de agudos
- Mejorar la supervivencia de los pacientes y las secuelas después de un deterioro agudo

Actuaciones realizadas

Para el desarrollo del Mapa VIDA se organizaron reuniones operativas con la Dirección Médica, la Dirección Enfermera, la Dirección de Organización y Sistemas de Información y la Unidad de Críticos. En estas reuniones se estableció la información que debía contener el mapa: la unidad de hospitalización, la cama del paciente, el número de historia clínica, el sexo y edad, servicio médico, el nivel de alerta VIDA (2, 3 o 4), la puntuación obtenida en la escala MEWS, la fecha de la alerta, los días de estancia y la fecha de ingreso en hospitalización. Una vez creado el mapa en SAP Business Objects, se comprobó que la información que proporcionaba era veraz y fiable y que se correspondía con la historia clínica. Y finalmente, se procedió a explicarlo al equipo de UCI extendida del hospital para que pudieran utilizarlo en su práctica diaria.

Indicadores

- Porcentaje de reingresos en UCI en un año. Permite valorar si la detección precoz reduce la necesidad de ingresos no programados en la UCI
- Porcentaje de PCR en un año. Porcentaje de paros cardiorrespiratorios (PCR) no esperados en un año: Mide la capacidad del sistema para anticipar y prevenir eventos críticos.
- Porcentaje adherencia al programa VIDA en las unidades de hospitalización. Evalúa la implantación y el uso efectivo de la herramienta por parte de los equipos asistenciales.
- Tiempo medio desde la detección de alerta hasta la intervención clínica: Indica la rapidez de respuesta ante un posible deterioro agudo.
- Satisfacción de los profesionales implicados: Recogida mediante encuestas, para valorar la utilidad y aceptación del sistema.

Recursos

Los recursos que se requirieron fueron las horas del personal de la Dirección de Organización y Sistemas de Información para desarrollar el mapa, así como las horas que dedica a la consulta del mapa la enfermera de la UCI extendida y las acciones llevadas a cabo.

La implementación del programa ha requerido una adecuada planificación y optimización de recursos humanos, tecnológicos y organizativos. Destacan:

- Recursos humanos: Implicación de la Dirección de Organización y Sistemas de Información para el desarrollo del mapa digital VIDA, así como la dedicación de la enfermera del equipo UCI extendida en la consulta y seguimiento de alertas. Además, se ha contado con la colaboración de profesionales médicos y de enfermería en la formación y uso del sistema.
- Recursos tecnológicos: Utilización de la plataforma SAP Business Objects para la creación y actualización del mapa VIDA, integrando datos clínicos relevantes de los pacientes.
- Recursos formativos: Organización de sesiones de formación para los equipos asistenciales, facilitando la correcta implantación y adherencia al programa.
- Recursos materiales: Equipos informáticos y acceso a sistemas de información hospitalarios.

La gestión eficiente de estos recursos ha permitido la puesta en marcha y el mantenimiento del programa, favoreciendo su sostenibilidad y escalabilidad.

Basada en la evidencia

La implantación de la escala MEWS y del mapa VIDA se apoya en la evidencia científica que avala la monitorización sistemática de parámetros fisiológicos para detectar precozmente el deterioro agudo en pacientes hospitalizados. Guías clínicas y estudios internacionales recomiendan los sistemas de alerta temprana (Early Warning Systems) para reducir eventos adversos, ingresos no programados en UCI y mortalidad hospitalaria (NICE, 2007; Smith et al., 2014). La escala MEWS

ha demostrado ser válida y fiable para identificar pacientes en riesgo y estandarizar la respuesta clínica (Smith et al., 2014). Además, se ha comprobado que el retraso en el ingreso en UCI incrementa la mortalidad, lo que refuerza la importancia de la detección y actuación precoz (Cardoso et al., 2011). La experiencia en otros hospitales y los resultados preliminares en nuestro centro avalan la utilidad de este enfoque para mejorar la seguridad y los resultados clínicos.

Equidad

La implementación del programa de monitorización mediante la escala MEWS y el mapa VIDA se ha realizado de forma equitativa en todas las unidades de hospitalización de adultos del hospital, tanto médicas como quirúrgicas. Esto garantiza que todos los pacientes ingresados, independientemente de su sexo, edad adulta, patología o servicio, se beneficien por igual de la detección precoz del deterioro agudo y de la intervención rápida. La herramienta se ha integrado en la práctica asistencial de todos los equipos, promoviendo la igualdad de acceso a cuidados de calidad y reduciendo posibles desigualdades entre servicios. Actualmente, se está trabajando en la adaptación de la escala para la población pediátrica, con el objetivo de extender los beneficios del programa a todos los pacientes hospitalizados, independientemente de la edad, y asegurar así la equidad en la atención.

Sostenibilidad

Este programa está en reevaluación constante para detectar fallos del sistema y desarrollar mejoras. Una de ellas fue que, para mejorar la adherencia de los equipos médicos y enfermeros de las unidades de hospitalización, se programaron formaciones a los referentes de estas unidades con el apoyo de la Dirección Médica y Dirección Enfermera. Actualmente desde la Dirección del hospital se está trabajando en la creación de un Command Center para mejorar aún más la detección del deterioro agudo y la prontitud en la actuación.

Transferibilidad

El mapa VIDA podría replicarse en el resto de hospitales del Institut Català de la Salut por compartir todos el mismo sistema de información y la utilización de la escala MEWS.

El mapa VIDA es altamente transferible porque se basa en la plataforma SAP Business Objects, utilizada de forma homogénea en todos los hospitales del Institut Català de la Salut (ICS). La práctica está completamente documentada mediante protocolos y estándares, lo que facilita su implantación en otros centros sin desarrollos complejos. La escala MEWS, núcleo del sistema, ya está integrada en la práctica clínica del ICS, reduciendo la curva de aprendizaje. La replicación requiere únicamente la parametrización del mapa y la formación del equipo de UCI extendida, procesos que pueden completarse en menos de tres meses. Además, el modelo es escalable a hospitales comarcales y adaptable a otros sistemas sanitarios que dispongan de plataformas similares, garantizando su aplicabilidad en diferentes contextos asistenciales. El soporte institucional y la experiencia acumulada aseguran su viabilidad y éxito en la transferencia.

Efectividad

La implantación del mapa VIDA ha demostrado una efectividad significativa en la mejora de la seguridad del paciente. Según los indicadores internos, la mortalidad en paradas cardiorrespiratorias se redujo del 93% en 2021 al 30% en 2024, lo que refleja una activación más temprana y una respuesta más rápida del equipo. Asimismo, la mortalidad en pacientes

ingresados en UCI desde planta de hospitalización descendió del 20,75% en 2022 al 15,08% en 2024. Estos resultados evidencian una disminución de la gravedad de los casos críticos y una mejora en la supervivencia y recuperación funcional. Respecto a los reingresos en UCI desde planta, se ha disminuido de un 1,13% en 2022 a un 0,69% en 2024. El impacto positivo en la seguridad del paciente y la calidad asistencial confirma la efectividad del modelo, alineándose con las recomendaciones internacionales sobre sistemas de alerta temprana.

Eficiencia

El mapa VIDA optimiza recursos al reducir complicaciones graves y traslados no programados a UCI, lo que implica un ahorro significativo en costes asociados a estancias prolongadas y tratamientos intensivos. La disminución de la mortalidad en PCR y en reingresos en UCI demuestra que la intervención temprana evita procedimientos complejos y puede reducir la carga asistencial. La herramienta aprovecha infraestructuras ya existentes (SAP Business Objects y escala MEWS), evitando inversiones adicionales en tecnología. Además, la formación del personal se realiza de forma interna y escalonada, minimizando costes y tiempos de implementación. El modelo permite priorizar la atención a pacientes con mayor riesgo, optimizando la distribución del trabajo del equipo de UCI extendida. Esta eficiencia se traduce en una mejora global de la calidad asistencial con un uso racional de los recursos humanos y materiales, garantizando sostenibilidad económica y organizativa.

Participación multidisciplinar

En este programa han participado diversos profesionales del hospital como médicos, enfermeras e informáticos.

La implantación del mapa VIDA ha contado con una participación multidisciplinar esencial para su éxito, con la enfermería de hospitalización como pieza clave y primordial. Son quienes realizan la monitorización continua, aplican la escala MEWS y activan las alertas que permiten la intervención precoz. Junto a ellas, los médicos responsables de hospitalización participan en la toma de decisiones clínicas y en la aplicación de las recomendaciones. El equipo de UCI extendida (médicos y enfermeras) aporta su experiencia en la valoración y seguimiento de pacientes críticos. Las Direcciones Médica, Enfermera y de Organización y Sistemas de Información lideraron la estrategia clínica, organizativa y tecnológica, garantizando la integración del proyecto en la estructura del hospital. Además, informáticos y analistas de datos desarrollaron el mapa VIDA en SAP Business Objects. Esta coordinación se consolida mediante un Comité de Implantación y Seguimiento, que asegura formación, adherencia y mejora continua.

Colaboración intersectorial

El mapa VIDA desarrollado desde el hospital tiene una repercusión en la población porque al intentar disminuir la gravedad de los ingresos en UCI se repercute en una mejor recuperación del paciente y en su reincorporación a la vida familiar y social.

Evaluación

El mapa VIDA se fundamenta en el protocolo que se desarrolló en nuestro hospital “Vigilancia e Identificación del Deterioro Agudo (VIDA). Estándares establecidos en el Hospital Germans Trias” en el 2017. Este protocolo es revisado periódicamente por el Comité de Implantación y

seguimiento formado conjuntamente por miembros de la Dirección Médica y de la Dirección Enfermera y actualmente está vigente la versión 5. Además, anualmente el citado comité se reúne para valorar y analizar los casos detectados con nivel de alerta 4 y proponer acciones de mejora.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CLM8-1: Implementación del código sepsis en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Una experiencia compartida

M.^a José Pérez-Pedrero Sánchez-Belmonte (1), Natalia Ramos Sánchez (2), Inmaculada Martín Pérez (3), Elena Aquino Oliva (2), Sonia Cercenado Sorando (4)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT), Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), (2) Servicio de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, SESCAM.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Código Sepsis, detección precoz del deterioro clínico, seguridad del paciente, atención urgente.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La sepsis es una respuesta extrema del organismo ante una infección, constituyendo uno de los mayores desafíos de la asistencia sanitaria, al ser uno de los principales motivos de ingreso en los hospitales y una de las principales causas de muerte. Su detección tardía y el tratamiento inadecuado incrementan significativamente la morbilidad y mortalidad de los pacientes, así como el coste sanitario.

Su incidencia y mortalidad hospitalaria es más elevada que la de otros procesos, como el infarto agudo de miocardio y el ictus; aumentando en los últimos años debido a factores como: el aumento de la esperanza de vida, que implica un mayor número de procesos crónicos en la población, el incremento de técnicas, procedimientos invasivos e intervenciones quirúrgicas y los tratamientos farmacológicos más agresivos que causan estados de inmunodepresión.

Más de la mitad de los casos de sepsis son detectados en los servicios de urgencias, estimándose, que del 50 % al 60% de todos los pacientes diagnosticados de sepsis y/o shock séptico que ingresan en las unidades de cuidados intensivos proceden de los servicios de urgencias.

A nivel nacional e internacional, a lo largo del tiempo, se han realizado y publicado muchos estudios en los que se analiza la incidencia y la mortalidad de la sepsis, en sus diferentes niveles de severidad y niveles de atención, mostrando las cifras unas tasas de incidencia y mortalidad muy elevadas. En un estudio realizado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) en el año 2022, a partir del Registro de Atención Sanitaria Especializada de Castilla-La Mancha, para todos los hospitales del SESCAM, que analizaba los episodios de sepsis ocurridos durante los años 2010 a 2019, se evidenció una tasa global de letalidad del 43%.

La sepsis es un proceso tiempo dependiente, siendo muchos los estudios que han puesto de manifiesto que la administración de tratamiento en las primeras seis horas es la clave para reducir las complicaciones y disminuir su morbimortalidad.

Con el objetivo de mejorar el proceso de atención a la sepsis, en el año 2002 se lanzó a nivel mundial la Campaña Sobrevivir a la Sepsis, cuyo objetivo era concienciar del problema de la sepsis y reducir su mortalidad mediante la aplicación de una serie de medidas dirigidas a realizar

un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado y precoz. Y en el año 2014, se publicó en España el Documento de Consenso Código Sepsis, con la intención de materializarse como una herramienta referente en el sistema sanitario español, para la homogenización en el manejo de la detección precoz e inicio de medidas terapéuticas.

En este contexto, y bajo el amparo de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Castilla-La Mancha 2019-2023, considerando la sepsis como una urgencia sanitaria, que requiere una atención temprana y un abordaje multidisciplinar, el SESCAM aprobó en el año 2023 la Estrategia para mejorar la atención del paciente con sepsis: Código Sepsis, adhiriéndose a la misma el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo para ordenar y mejorar el proceso de atención a estos pacientes.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La implementación del Código Sepsis (CS) en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT) supone la estandarización del proceso de atención a los pacientes con sepsis mediante la aplicación de un protocolo de intervención rápida multidisciplinar para la identificación y el tratamiento temprano de la sepsis, con el objetivo principal de disminuir la morbilidad de estos pacientes, y por ende mejorar su seguridad.

Se trata de una buena práctica basada en una actuación rápida y coordinada en la que participan diferentes profesionales de distintas áreas y perfiles con el foco puesto en la sospecha del paciente séptico.

Está dirigido a todos los pacientes atendidos en el CHUT, tanto población adulta como pediátrica, para cualquier nivel de hospitalización dentro del mismo.

El CHUT es el recurso que presta la asistencia hospitalaria, con 1.055 camas, a toda el área sanitaria de Toledo, con una población cercana a los 550.000 habitantes.

El CS se sustenta en un equipo de intervención rápida, multidisciplinar, conformado por profesionales de primera línea de atención y profesionales de servicios de apoyo, con una especial e importante implicación del servicio de urgencias, generales y pediátricas, donde se concentran la mayoría de los pacientes con sepsis y donde es clave su detección.

Se basa en un protocolo clínico que persigue identificar de manera precoz signos de alarma de sepsis, conllevando la activación de un proceso, a través de una cadena organizada de acciones, cuyo objetivo es poner en marcha las medidas diagnósticas y terapéuticas precisas para frenar la evolución mortal de la sepsis; incidiendo particularmente en la primera hora de atención u “hora de oro”, donde es crucial la administración de antibióticos, líquidos y vasopresores para aumentar la supervivencia del paciente.

El CS conlleva el registro sistemático de los casos en la historia clínica electrónica y un análisis de los mismos a través de indicadores de proceso y resultado que conforman su cuadro de mandos.

La organización del CS se estructura en las siguientes fases:

1. Detección. Identificación y alerta temprana, mediante la aplicación de escalas de detección precoz.

2. Activación y actuación en la primera hora. Mediante la activación inmediata por parte del profesional que atiende al paciente y toma de decisiones.
3. Actuación hasta las 6 primeras horas. Con la continuidad en la aplicación de las medidas establecidas y la detección y el control del foco origen de la infección.
4. Continuidad asistencial. Por parte de un equipo multidisciplinar de sepsis que asume el seguimiento y la evaluación de los casos activados.
5. Desactivación. Es la fase final y se produce una vez finalizado el proceso séptico del paciente que motivó la activación.

Los elementos diferenciales o innovadores que aporta el CS son:

1. Estandarización del proceso diagnóstico y terapéutico, con minimización de la variabilidad clínica.
2. Activación sin barreras. Cualquier profesional asistencial pueda iniciar el CS.
3. Cuadro de mandos. Con indicadores en tiempo real, para evaluar la efectividad de la intervención y proporcionar feedback.
4. Trabajo compartido, favoreciendo una cultura colaborativa entre profesionales y servicios.
5. Enfoque en la seguridad del paciente.

Población diana / ámbito de aplicación

Su ámbito de aplicación son todos los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT), tanto población adulta como pediátrica, para cualquier nivel de hospitalización dentro del mismo.

Su implementación se sustenta en un equipo de intervención rápida, multidisciplinar, conformado por profesionales de primera línea de atención y profesionales de servicios de apoyo, con una especial e importante implicación del servicio de urgencias, generales y pediátricas, donde se concentran la mayoría de los pacientes con sepsis y donde es clave su detección, bajo el liderazgo de las personas que asumen la coordinación del Código Sepsis (CS) en el CHUT.

El CHUT presta la asistencia hospitalaria a toda el área sanitaria de Toledo, con una población cercana a los 450.000 habitantes, y dispone de 1.055 camas.

Metodología

La implementación del CS se inicia en el año 2023, en el contexto de la Estrategia para mejorar la atención del paciente con sepsis: Código Sepsis en el SESCOAM, con las siguientes actuaciones:

1. Presentación institucional en el CHUT.
2. Designación de las personas que asumen la coordinación del CS en el CHUT, en su rama de atención a la población adulta (CS Adultos) y población infantil (CS Pediatría). Se

establece un CS Adultos y un CS Pediatría al considerarse la sepsis, en el paciente pediátrico, una entidad diferente a la del adulto, por adoptar características propias en cuanto a su epidemiología, formas clínicas de presentación, patrones hemodinámicos y pronóstico.

3. Conformación del equipo multidisciplinar de sepsis, con participación de profesionales de diferentes perfiles y ámbitos de actuación.
4. Actividades de información, sensibilización, concienciación y difusión.
5. Actividades formativas.
6. Reuniones de seguimiento.

Objetivos

Con la implementación del CS en el CHUT, se persigue estandarizar el proceso de atención a los pacientes con sepsis, con la finalidad de alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo Principal:

- Disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes con sepsis en el CHUT.

Objetivos Específicos:

- Mejorar la identificación precoz de la sepsis.
- Mejorar la atención y el seguimiento de los pacientes con sepsis.
- Promover la sensibilización y la mejora del conocimiento sobre la importancia de la prevención, la identificación y el tratamiento precoz de la sepsis.

Actuaciones realizadas

De manera general, las principales actuaciones realizadas han sido:

1. Presentación institucional del CS en el CHUT.
2. Designación de las personas que asumen la coordinación del CS en el CHUT, en su rama de atención a la población adulta (CS Adultos) y población infantil (CS Pediatría).
3. Conformación del equipo multidisciplinar de sepsis, con participación de profesionales de diferentes perfiles (médicos y enfermeras) y ámbitos de actuación (urgencias, medicina intensiva, medicina interna, pediatría, microbiología, farmacia hospitalaria).
4. Aplicación de los formularios de activación y registro de seguimiento de los casos en la historia clínica electrónica.
5. Monitorización de los indicadores de seguimiento del CS a través del cuadro de mandos.
6. Actividades de información, sensibilización, concienciación y difusión.

7. Actividades formativas dirigidas a los profesionales del CHUT, incluyendo formación con simulación clínica.
8. Sesiones clínicas.
9. Reuniones de seguimiento.

Indicadores

Para el seguimiento y la evaluación del CS se han establecido los siguientes indicadores, que se recogen en su cuadro de mandos:

1. Antibiótico en la primera hora.
2. Medición de lactato en la primera hora.
3. Resucitación adecuada en la primera hora.
4. Normalización del lactato a las 6 horas.
5. Normalización de la tensión arterial sistólica a las 6 horas.
6. Control del foco de infección en las primeras 24 horas.
7. Hemocultivos recogidos previo a la administración de antibióticos.
8. Tratamiento empírico adecuado con pruebas microbiológicas.
9. Optimización terapéutica.
10. Necesidad de ingreso en UCI.
11. Mortalidad de la sepsis.
12. Días de estancia hospitalaria de la sepsis.
13. Días de estancia en UCI de la sepsis.

Todos ellos, desagregados para los episodios de sepsis y shock séptico.

En el periodo 2023-2025 se registró una mortalidad global de un 4,7% en la población adulta.

Recursos

Para la implementación y el desarrollo del CS en el CHUT, se cuenta con los siguientes recursos:

Recursos informáticos:

1. Formularios para CS Adultos y CS Pediatría incorporados en la historia clínica electrónica.
 - Formulario de activación.
 - Formulario de confirmación de la alerta.
 - Formulario de seguimiento médico.
 - Formulario de seguimiento de enfermería.
 - Formulario de desactivación.
2. Escalas de detección precoz (qSOFA y NEWS-2) incorporados en historia clínica electrónica del paciente adulto.
3. Cuadro de mandos CS para su seguimiento y evaluación.

Otros recursos:

- Un teléfono para localización del profesional médico encargado del apoyo asistencial y seguimiento de los pacientes con sepsis.

Recursos humanos:

- Un FEA en medicina intensiva, con dedicación a jornada completa, para la atención de los pacientes adultos con sepsis.
- Un FEA en pediatría, con dedicación parcial, para el seguimiento de los pacientes pediátricos con sepsis.

Basada en la evidencia

La OMS, en su 70ª Asamblea Mundial celebrada en 2017, instó a los Estados Miembros a establecer estrategias y herramientas para reducir la incidencia de la sepsis y su morbimortalidad.

Los programas de mejora del desempeño en sepsis se basan en los care bundles de la Surviving Sepsis Campaign.

La evidencia científica respalda con fuerza la implementación de un CS. No solo existe una relación clara entre el cumplimiento de los bundles de sepsis y una reducción de la mortalidad, sino que los modelos organizativos con equipos multidisciplinares y alertas tempranas aseguran el cumplimiento y la adherencia a los protocolos, así como el análisis del cumplimiento de los objetivos.

La implantación de un CS es un estándar de calidad y seguridad del paciente. Los hospitales que implementan un CS, en todas sus vertientes, muestran entre sus resultados una reducción de la morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y costes, como así se está demostrando en el CHUT.

- 70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA70.7 Punto 12.2 del orden del día 29 de mayo de 2017. Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia.
- Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Crit Care Med. 2021 Nov;49(11): e1063-e1143. 7
- La declaración de Mallorca: Código sepsis. Manifiesto sobre el código sepsis promovido por 14 sociedades científicas españolas. 2013.
- Documento consenso Código Sepsis. M. Borges Sa et al. 2014.

Equidad

Con el CS en el CHUT se persigue garantizar que todas las personas atendidas, a nivel hospitalario, en el área sanitaria de Toledo, sin distinción de edad, origen, género, condición socioeconómica u otros determinantes, frente a una sepsis, reciban la misma oportunidad de atención, en cuanto a la detección precoz y tratamiento rápido dentro del entorno hospitalario, al estar diseñado, como proceso estandarizado, para ser aplicable en todas sus áreas, servicios o unidades asistenciales por igual.

Según los expertos, el CS no solo agiliza la asistencia y reduce la variabilidad de los tratamientos, sino que favorece la equidad para que cualquier paciente reciba la mejor atención posible

Sostenibilidad

La implementación del CS en el CHUT cuenta con el respaldo institucional del SESCAM, en el contexto de la [Estrategia de Seguridad del Paciente de Castilla-La Mancha y la Estrategia para mejorar el proceso de atención al paciente con sepsis en el SESCAM](#)

La sostenibilidad del CS se puede garantizar valorando su costo-beneficio, no requiriendo recursos excesivos. Su integración dentro de la estructura organizativa del CHUT, lo hace no depender de iniciativas puntuales o líderes individuales, implementándose con el apoyo gerencial y directivo.

Su continuidad en el tiempo también se asegura mediante el programa de formación continuada, el uso de herramientas digitales, que incluyen formularios del CS en la historia clínica electrónica, y la monitorización continua de indicadores en su cuadro de mandos, que permite identificar áreas de mejora.

Al reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los supervivientes, tiene un impacto social y sanitario sostenible.

Transferibilidad

El CS en Castilla-La Mancha está diseñado para ser plenamente trasladable a todas las Gerencias del SESCAM, independientemente de su nivel o cartera de servicios. Su estructura basada en protocolos unificados, materiales formativos comunes, formularios digitales, indicadores homogéneos y un modelo organizativo adaptado a las peculiaridades de cada centro, facilita una implementación progresiva y sistematizada.

Su soporte documental a través de sus sistemas de registro en la historia clínica electrónica y monitorización a partir de su cuadro de mandos permite que sea transferible a todos los entornos sanitarios del SESCAM.

Efectividad

Con la implementación del CS se han conseguido disminuir significativamente la mortalidad de los pacientes con sepsis atendidos en el CHUT. Pasando de un 45,3% de mortalidad global en el periodo 2010-2019 (estudio RAE-CLM 2010-2019) a un 4,7% en el periodo 2023-2025 (cuadro de mandos CS) en población adulta.

Los resultados se han obtenido a partir de los registros de los casos activados en la historia clínica electrónica y se han evaluado a partir de los indicadores establecidos en el cuadro de mandos del CS.

La efectividad del CS se ha basado principalmente en la rápida identificación de la sepsis mediante escalas de detección precoz (qSOFA y NEWS-2) y la instauración temprana del tratamiento antibiótico, además de las medidas inmediatas de soporte hemodinámico y control del foco, todo ello apoyado por un equipo multidisciplinar de sepsis.

Eficiencia

La implementación del CS supone una reducción del consumo de los recursos sanitarios asociados a la sepsis, al disminuir las complicaciones y las estancias prolongadas, además de optimizar el uso y consumo de antibióticos.

Por otro lado, también conlleva una reducción de los costos a largo plazo, al disminuir la morbilidad y las secuelas que conlleva las sepsis en los supervivientes, reduciendo los costos no solo sanitarios sino también sociosanitarios.

Participación multidisciplinar

El CS integra la participación y colaboración de diferentes perfiles profesionales, ya que se sustenta en un equipo de intervención rápida, multidisciplinar, el equipo multidisciplinar de sepsis (EMS), conformado por profesionales de primera línea de atención, médicos y enfermeras (medicina intensiva, medicina interna, cirugía, pediatría) y profesionales de servicios de apoyo (microbiología, farmacia hospitalaria), con una especial e importante implicación del servicio de urgencias, generales y pediátricas, donde se concentran la mayoría de los pacientes con sepsis y donde es clave su intervención.

El EMS es un equipo de colaboración y apoyo asistencial cuya misión es garantizar el diagnóstico y el tratamiento precoz de los pacientes con sospecha de sepsis y proporcionar el soporte asistencial diario para su seguimiento. Entre sus funciones se encuentran:

- La implantación y el buen funcionamiento del CS.
- La evaluación y el seguimiento de todos los pacientes con sepsis, activados en el CS.

Colaboración intersectorial

Dentro del entorno sanitario, la colaboración intersectorial en el CS es clave para su éxito, conllevando la implicación de los diferentes niveles asistenciales, hospitalarios y extra-hospitalarios, para transformar una emergencia oculta en una respuesta organizada y eficaz, que se traduzca en una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida para los pacientes.

Por otro lado, la sociedad civil, mediante la concienciación y sensibilización, es clave para que la sepsis, una enfermedad silenciosa pero letal, se convierta en una prioridad sanitaria, reduciendo la gran carga humana, social y económica que representa.

Evaluación

El CS conlleva un registro sistemático de los casos activados en la historia clínica electrónica y un análisis de los mismos a través de indicadores de proceso y resultado que conforman su cuadro de mandos. Esto permite la evaluación y el seguimiento de su implementación, además de reportar una retroalimentación a todos los agentes implicados y monitorizar el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Estrategia para mejorar el proceso de atención integral al paciente con sepsis en el SESCOAM.

Por otro lado, la evaluación del CS en el CHUT conlleva reuniones de seguimiento internas dentro del propio hospital, así como reuniones de seguimiento a nivel regional para compartir experiencias y proponer actuaciones de mejora.

CLM8-2: Participación de la red de responsables de calidad en la atención a segundas víctimas

Antonio Alberto León Martín (1), Gema Verdugo Moreno (1), María Armenteros Lechuga (1), Ruth Ortega Ferrer (1), María Calderón Carmona (1)

(1) Unidad de Calidad, Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Segunda víctima, seguridad del paciente, responsables de calidad, apoyo emocional al profesional, gestión de eventos adversos.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Las segundas víctimas son profesionales sanitarios que experimentan consecuencias emocionales, físicas y laborales tras verse implicados en un evento adverso (EA), error médico o incidente grave. La evidencia científica señala que entre el 43 % y el 76 % de los profesionales involucrados en un EA pueden sentirse afectados, lo que no solo repercute en su bienestar personal, sino que también compromete su desempeño y aumenta el riesgo de nuevos errores. Esta situación impacta directamente en la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la estabilidad organizativa.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la creación de entornos seguros que contemplen tanto la protección del paciente como el cuidado del profesional. En este contexto, la implantación de protocolos específicos para la atención a segundas víctimas constituye una herramienta esencial para reforzar la cultura de seguridad, fomentar la transparencia y promover el aprendizaje organizacional tras un evento adverso.

Sin embargo, la puesta en marcha de estos protocolos presenta importantes barreras:

- Persistencia de valores asociados a la culpa y la cultura punitiva, que inhiben la solicitud de ayuda por parte de los profesionales afectados.
- Falta de sensibilización institucional tras la implantación, lo que limita su alcance real.
- Asignación de recursos humanos no capacitados para las tareas contempladas en el protocolo, reduciendo la efectividad de las intervenciones.
- Escasa integración del protocolo con la estrategia global de seguridad del paciente, lo que lo convierte en una iniciativa aislada y poco sostenible.

Ante estas dificultades, la participación de la red de responsables de calidad en el diseño, implementación y seguimiento del protocolo se plantea como una estrategia clave para garantizar su efectividad y viabilidad. La participación de la red de responsables aporta beneficios en aspectos significativos:

- Alineación con la estrategia institucional: asegura que el protocolo se incorpore a los sistemas de gestión de riesgos y a las políticas de calidad, evitando duplicidades y garantizando coherencia con otras iniciativas.
- Estandarización y trazabilidad: permite definir indicadores, auditorías y mecanismos de seguimiento que faciliten la evaluación de resultados y la mejora continua.
- Impulso del cambio cultural: los responsables de calidad son agentes clave para promover una cultura justa, reduciendo el estigma y fomentando la notificación de incidentes sin temor a represalias.
- Optimización de recursos: su coordinación garantiza una utilización eficiente de los recursos disponibles y la capacitación adecuada del personal implicado, incluyendo formación en competencias específicas como manejo de conflictos emocionales, técnicas de comunicación y apoyo psicológico básico.
- Sostenibilidad: su liderazgo contribuye a que el protocolo no sea una acción puntual, sino un componente estable del sistema de calidad.

En conclusión, la participación de la red de responsables de calidad en el diseño e implantación de un protocolo de actuación a segundas víctimas, no solo mejora la implantación del protocolo, sino que fortalece la cultura organizacional, protege la salud del profesional y, en última instancia, incrementa la seguridad del paciente.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El presente proyecto consiste en la implantación de un protocolo institucional para la atención a segundas víctimas, profesionales sanitarios que sufren consecuencias emocionales, físicas y laborales tras verse implicados en eventos adversos, errores médicos o incidentes graves. Este fenómeno, reconocido por organismos internacionales como la OMS, afecta a un alto porcentaje de profesionales y repercute directamente en la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

El elemento central y diferenciador de esta iniciativa es la participación estratégica de la red de responsables de calidad en todas las fases del proyecto. Estos responsables no solo actúan como mediadores y garantes del cumplimiento del protocolo, sino que se convierten en agentes de cambio cultural, impulsando la transición hacia una cultura justa y no punitiva. Su participación asegura que la atención a segundas víctimas no sea una acción aislada, sino un componente estable y alineado con la estrategia institucional de seguridad.

El proyecto se estructura en torno a cinco pilares:

1. Constitución de la red de responsables, con perfiles competenciales definidos que incluyen gestión de riesgos, comunicación efectiva y soporte emocional básico.
2. Diseño del protocolo, incorporando la figura del responsable de calidad como garante de trazabilidad y cumplimiento, y coordinando la intervención multidisciplinar (salud mental, prevención de riesgos laborales, asesoría jurídica).
3. Formación específica, orientada a dotar a los responsables de calidad de herramientas para el manejo de conflictos emocionales y la comunicación en situaciones críticas.

4. Difusión interna, liderada por la red, mediante sesiones adaptadas a cada servicio para promover la sensibilización y la implicación del personal.
5. Evaluación continua, con indicadores que permiten medir la efectividad del protocolo y la percepción de apoyo institucional.

El ámbito territorial inicial es la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real (SESCAM), con un diseño transferible a otros entornos asistenciales gracias a su estructura estandarizada y escalable. La integración de la red garantiza coherencia con los sistemas de gestión de riesgos, evita duplicidades y optimiza recursos humanos y tecnológicos.

Entre los elementos innovadores destacan:

- Liderazgo de la red de responsables de calidad, que asegura sostenibilidad y alineación con la estrategia global de calidad.
- Impulso del cambio cultural, reduciendo el estigma asociado al error y fomentando la notificación sin temor a represalias.
- Estandarización y trazabilidad, mediante indicadores y auditorías que facilitan la mejora continua.
- Modelo replicable y sostenible, con formación digital y recursos autogestionables que permiten su actualización sin costes elevados.

En definitiva, la participación de los responsables de calidad en la implantación de un protocolo de atención a segundas víctimas constituye un pilar esencial para garantizar la eficacia, trazabilidad y sostenibilidad en la atención a segundas víctimas. Su liderazgo asegura la alineación con la estrategia institucional, impulsa una cultura en seguridad justa y optimiza la gestión de recursos, consolidando dicha cultura y fortaleciendo la resiliencia organizacional.

Población diana / ámbito de aplicación

1. Profesionales que han participado directa o indirectamente en un evento adverso, error médico o incidente grave y presentan riesgo de desarrollar el fenómeno de segunda víctima.
2. Responsables de calidad de la Red como agentes implicados en la detección del riesgo y agentes mediadores con los profesionales afectados.

Metodología

1. Creación de la red de responsables de calidad y definición del perfil competencial
 - Se definió un perfil competencial específico, que incluyó conocimientos técnicos, habilidades comunicativas y capacidad para la gestión de riesgos.
 - Se reconoció la figura y se comunicó por los canales institucionales.
2. Diseño del protocolo de actuación para segundas víctimas

Se elaboró un protocolo con un enfoque integral que contempló:

- La intervención multidisciplinar, incorporando profesionales sanitarios, responsables de calidad, servicio de prevención en riesgos laborales, gabinete jurídico y salud mental.
- Procedimientos claros para la detección, abordaje y seguimiento de segundas víctimas.
- La inclusión de la figura del responsable de calidad como garante del cumplimiento y trazabilidad del proceso.
- La validación del protocolo se realizó mediante revisión por el Comité SINASP de nuestra Gerencia

3. Formación en competencias específicas

Se desarrolló un plan formativo dirigido a los responsables de calidad, que comprendió:

- El conocimiento del protocolo y sus fases.
- El entrenamiento en habilidades para el manejo de conflictos emocionales, comunicación efectiva y soporte psicológico básico.

4. Sesiones de difusión intraservicios

Para garantizar la implantación efectiva:

- Se llevaron a cabo sesiones informativas en cada servicio, adaptadas a su dinámica interna.

5. Evaluación del despliegue

Se implementó un sistema de evaluación basado en:

- Indicadores de proceso (número de responsables formados, sesiones realizadas, nivel de conocimiento del protocolo).
- Indicadores de resultado (satisfacción de los profesionales).

Objetivos

- Constituir una red de responsables de calidad en los servicios del Hospital General Universitario de Ciudad Real así como todos los Centros de Salud dependientes de la Gerencia Integrada, asegurando representación multidisciplinar y definiendo un perfil competencial específico.
- Diseñar un protocolo de actuación para la atención a segundas víctimas, incorporando la figura del responsable de calidad y garantizando un enfoque integral y trazable.
- Formar a los responsables de calidad en competencias específicas, incluyendo el conocimiento del protocolo y el desarrollo de habilidades para el manejo de situaciones de conflicto emocional.
- Difundir el protocolo y sus procedimientos mediante sesiones informativas en los distintos servicios, promoviendo la comprensión y la implicación del personal.
- Evaluar el despliegue del protocolo mediante indicadores de proceso y resultado, identificando áreas de mejora y asegurando la sostenibilidad del modelo.

Actuaciones realizadas

1. Convocatoria Red de responsables.

Se realiza convocatoria con fecha 02/10/2023 (Doc1 Anexo). En las funciones del responsable de calidad se recoge “Ser referente en atención a segundas víctimas de los eventos adversos ocurridos en el Servicio o Centro de Salud.

2. Constitución Grupo de trabajo diseño protocolo.

En febrero de 2025 se constituye un grupo de trabajo para la elaboración del protocolo con representación de los responsables de calidad, unidad de calidad, salud mental, asesoría jurídica y servicio de prevención de riesgos laborales (Doc2 Anexo).

3. Formación en competencias red de responsables de calidad.

El 29 de mayo de 2025 se realiza actividad formativa en competencias específicas “Rol del Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente ante Segundas Víctimas” (Doc3 Anexo).

4. Sesiones de toma de conciencia.

El 26 de marzo de convoca sesión a Red de responsables que incluye como orden del día :” Protocolo de Atención a Segundas Víctimas”.

Se han realizado sesiones de toma de conciencia en los servicios de Urgencias, Radiología, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Digestivo, Anatomía Patológica, Centro de Salud Ciudad Real 2 y Servicio de Atención al Usuario.

5. Evaluación

La Unidad de Calidad monitoriza con carácter semestral indicadores de proceso y resultado.

Indicadores

Indicadores de Proceso

- Número de responsables de calidad formados en el protocolo y competencias emocionales.
- Número de servicios hospitalarios/Centros de Salud que han constituido la red de responsables.
- Porcentaje de servicios hospitalarios/Centros de Salud que han recibido difusión del protocolo.
- Número de casos en los que se aplicó el protocolo (detección y abordaje).

Indicadores de Resultado

- Nivel de conocimiento del protocolo (evaluación pre y post formación).
- Satisfacción de los profesionales afectados (encuestas, SVEST-E).
- Percepción de apoyo institucional tras la implantación.
- Reducción del impacto psicológico (ansiedad, estrés postraumático) en segundas víctimas.
- Mejora en la cultura de seguridad (medida con herramientas validadas).

Recursos

Para la implementación del proyecto se han utilizado recursos humanos, tecnológicos y organizativos propios de la Gerencia. En el ámbito humano, se ha constituido una red de responsables de calidad, formada por profesionales con competencias específicas en gestión emocional, comunicación efectiva y trazabilidad de procesos. Estos responsables han recibido formación estructurada y materiales didácticos adaptados. A nivel tecnológico, se han utilizado plataformas corporativas para la difusión del protocolo, registro de casos y seguimiento de indicadores, garantizando la interoperabilidad con los sistemas existentes. En cuanto a recursos organizativos, se han asignado espacios para sesiones informativas y se ha integrado el protocolo en los procedimientos habituales de gestión de riesgos, evitando duplicidades

Basada en la evidencia

La literatura internacional reconoce el fenómeno de la segunda víctima como un determinante crítico en la seguridad del paciente y la salud profesional. Estudios epidemiológicos reportan una prevalencia entre el 10 % y el 43 % en profesionales sanitarios tras eventos adversos, asociada a síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, con impacto directo en la calidad asistencial y riesgo de abandono profesional (Carrillo et al., 2016; Brunelli et al., 2023). La implementación de protocolos institucionales con enfoque multidisciplinar, como el modelo CANDOR, ha demostrado reducir el sufrimiento emocional y mejorar la resiliencia organizacional (Sakurada Zamora, 2025). Asimismo, la formación en competencias emocionales y comunicación efectiva se correlaciona con disminución del burnout y mejora en la gestión de conflictos (Bustos Lucero et al., 2024). Herramientas validadas, como SVEST-E, permiten evaluar la experiencia y el apoyo percibido, aportando evidencia para la mejora continua del modelo

Equidad

El proyecto se diseñó bajo el principio de equidad, garantizando que todas las acciones se implementaran sin discriminación y con acceso igualitario para los profesionales implicados, independientemente de su categoría, especialidad o ubicación dentro de la organización. La creación de la red de responsables de calidad contempló criterios inclusivos, asegurando representación multidisciplinar. Asimismo, la formación en competencias emocionales y el conocimiento del protocolo se ofrecieron en modalidades accesibles (presencial y virtual), eliminando barreras derivadas de turnos asistenciales o limitaciones geográficas. Las sesiones de difusión se adaptaron a las características de cada servicio, promoviendo la participación activa y el respeto a la diversidad cultural y profesional. Finalmente, la evaluación del despliegue incorporó indicadores que midieron la equidad en la implementación, garantizando que el apoyo a segundas víctimas se brindara de manera homogénea y justa, fortaleciendo la cultura organizacional basada en la inclusión y la seguridad.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantizó mediante la integración del protocolo en los procesos habituales de gestión de calidad y seguridad del paciente, evitando que su aplicación dependa exclusivamente de recursos extraordinarios. La red de responsables de calidad se consolidó como estructura permanente, con funciones claramente definidas y alineadas con los estándares institucionales. La formación se diseñó en formato replicable y accesible, incorporando recursos digitales y materiales autogestionables que permiten su actualización continua sin costes elevados. Asimismo, se establecieron indicadores de seguimiento que facilitan la evaluación

periódica y la incorporación de mejoras basadas en evidencia, asegurando la vigencia del modelo. El enfoque multidisciplinar y la implicación de la dirección garantizan la asignación estable de recursos humanos y tecnológicos, promoviendo la resiliencia organizacional. De este modo, el proyecto se configura como una estrategia sostenible, integrada en la cultura de seguridad y adaptable a cambios normativos y contextuales.

Transferibilidad

El diseño metodológico del proyecto garantiza su transferibilidad a otros entornos asistenciales, tanto hospitalarios como de atención primaria, mediante la utilización de procesos estandarizados y herramientas validadas. El protocolo de actuación se fundamentó en principios universales de seguridad del paciente y gestión emocional, lo que permite su adaptación a diferentes contextos organizativos sin comprometer su efectividad. La estructura de la red de responsables de calidad, basada en perfiles competenciales definidos, es replicable en instituciones con distintos niveles de complejidad. Asimismo, la formación se desarrolló en formatos flexibles (presencial y virtual), lo que facilita su implementación en organizaciones con recursos heterogéneos. La inclusión de indicadores de proceso y resultado asegura la comparabilidad entre centros y la evaluación sistemática del impacto. De este modo, el proyecto se configura como un modelo escalable y transferible, alineado con estándares internacionales y adaptables a normativas locales.

Efectividad

La efectividad del proyecto se fundamentó en la consecución de sus objetivos mediante indicadores verificables y resultados medibles. La creación de la red de responsables permitió una cobertura completa en las unidades implicadas, asegurando la operatividad del protocolo. La formación específica incrementó el nivel de competencia en gestión emocional y conocimiento del procedimiento, evidenciado por evaluaciones pre y post capacitación. Las sesiones de difusión lograron una amplia sensibilización del personal, reflejada en la participación activa y en la reducción de barreras para la implementación. Asimismo, la aplicación del protocolo en casos reales demostró una respuesta rápida y estructurada, disminuyendo el impacto psicológico en los profesionales afectados. La evaluación final, basada en indicadores de proceso y resultado, confirmó la mejora en la percepción de apoyo institucional y en la cultura de seguridad, consolidando la efectividad del modelo como herramienta preventiva y de respuesta a segundas víctimas.

Eficiencia

La eficiencia se aseguró mediante la optimización de recursos humanos, tecnológicos y organizativos, evitando duplicidades y garantizando la máxima relación entre resultados y costes. La integración del protocolo en los procesos habituales de gestión de calidad permitió reducir tiempos de implementación y minimizar la necesidad de estructuras adicionales. La formación se diseñó en modalidad mixta (presencial y virtual), lo que disminuyó desplazamientos y facilitó la participación sin afectar la actividad asistencial. Asimismo, se emplearon materiales digitales reutilizables y herramientas de comunicación interna para optimizar la difusión. La evaluación se realizó mediante indicadores claros y sistemas ya existentes, evitando inversiones adicionales. Este enfoque permitió alcanzar los objetivos del proyecto con un uso racional de los recursos, asegurando sostenibilidad y escalabilidad. En consecuencia, el modelo se configura como una intervención eficiente, alineada con principios de gestión responsable y mejora continua.

Participación multidisciplinar

El proyecto se fundamentó en la participación activa de diferentes disciplinas para garantizar un abordaje integral y efectivo (salud mental, gabinete jurídico, servicio de prevención de riesgos laborales). La red de responsables incluyó profesionales de todas las áreas clínicas, asegurando una visión completa en el diseño y aplicación del protocolo. Esta colaboración permitió integrar conocimientos técnicos, competencias emocionales y criterios organizativos, optimizando la respuesta ante el fenómeno de la segunda víctima. Las sesiones de formación y difusión se adaptaron a las necesidades específicas de cada perfil profesional, fomentando la corresponsabilidad y la cohesión entre equipos. Asimismo, la evaluación del despliegue incorporó indicadores que reflejaron la implicación de todas las disciplinas, asegurando la equidad en la implementación y la sostenibilidad del modelo. Esta estrategia multidisciplinar fortaleció la cultura de seguridad y consolidó un marco colaborativo que favorece la transferencia del proyecto a otros entornos asistenciales

Colaboración intersectorial

El proyecto se desarrolló bajo un enfoque de colaboración intersectorial, integrando actores de diferentes ámbitos para garantizar una respuesta coordinada y efectiva ante el fenómeno de la segunda víctima. Se establecieron sinergias entre el sector sanitario, unidades de gestión de calidad, servicios de salud laboral y áreas de apoyo psicológico, asegurando la complementariedad de recursos y competencias. Esta articulación permitió incorporar perspectivas clínicas, organizativas y psicosociales en el diseño del protocolo, fortaleciendo su aplicabilidad y pertinencia. Asimismo, se promovió la cooperación con organismos externos y entidades académicas para la validación metodológica y la actualización basada en evidencia

Evaluación

Indicadores de Proceso

- Número de responsables formados en el protocolo y competencias emocionales.
 - Se han formado el 21,9 % (17/78) de los responsables de calidad.
- Número de servicios hospitalarios/Centros de Salud que han constituido la red de responsables.
 - El 100 % de los servicios hospitalarios y Centros de Salud (n=78) tienen nombrado un responsable de calidad y seguridad del paciente.
- Porcentaje de servicios hospitalarios/Centros de Salud que han recibido difusión del protocolo.
 - En el año 2025 se han realizado sesiones en 1 Centro de Salud y 7 servicios hospitalarios (10,2%). Se prevé que a lo largo del 2026 se llegue al 100%.
- Número de casos en los que se aplicó el protocolo (detección y abordaje).
 - En el semestre que lleva implantado el protocolo se ha activado en 3 casos.
- Nivel de conocimiento del protocolo (evaluación pre y post formación).
 - El 100% de los 17 responsables de calidad formados superaron el test de evaluación en competencias de la actividad formativa “Rol del Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente ante Segundas Víctimas”. (Doc 4 Anexo).

Indicadores de Resultado

- Satisfacción de los profesionales afectados (encuestas, SVEST-E).
 - Pendiente de valoración primer semestre de 2026.
- Percepción de apoyo institucional tras la implantación.
 - El Plan anual operativo que define la estrategia de la Gerencia en seguridad del paciente recoge el seguimiento de los indicadores del protocolo de actuación ante segundas víctimas.
- Reducción del impacto psicológico (ansiedad, estrés postraumático) en segundas víctimas.
 - Pendiente valoración primer semestre de 2026.
- Mejora en la cultura de seguridad (medida con herramientas validadas).
 - Se realiza en segundo semestre 2025 encuesta previa a implantación con escala Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la AHRQ. En primer semestre de 2026 se realizará la fase post para valoración del impacto tras implantación.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

CYL8-1: Impacto en el diagnóstico de complicaciones endoteliales de la implantación de un sistema de alerta precoz por el personal de enfermería en pacientes alo-trasplantados (SOS/EVOH)

Ángela Rodríguez Rodríguez (1), Gema Rodríguez Prieto (1), Francisco Javier Rubio Gil (2), Lucía López Corral (1), Mónica Cabrero Calvo (1), Sara Marcos Asensio (1)

(1) Unidad de Trasplante y Terapia Celular, Servicio de Hematología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), (2) Unidad de Calidad, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, SACYL.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS/EVOH), trasplante alogénico, sistema de alerta precoz, seguridad del paciente, monitorización enfermera.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS), también conocido como enfermedad venooclusiva hepática (EVOH), es una complicación grave tras el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, con una incidencia estimada entre el 5 y el 10% y una mortalidad superior al 80% en casos evolucionados a fallo multiorgánico (FMO). El diagnóstico precoz es esencial para iniciar tratamiento específico, como defibrotide, y mejorar la supervivencia. Sin embargo, la enfermedad suele estar infradiagnosticada debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales y la complejidad del diagnóstico diferencial. La práctica propuesta consiste en implantar un sistema de alerta precoz liderado por enfermería, basado en la monitorización sistemática de parámetros clínicos y analíticos, integrado en la historia clínica electrónica mediante iconos codificados por riesgo. Este enfoque permite una vigilancia activa, facilita la comunicación con el equipo médico y agiliza la solicitud de pruebas complementarias. La intervención se fundamenta en evidencia científica y recomendaciones internacionales (EBMT, Cairo, Richardson), así como en experiencias recientes que demuestran que la colaboración médico-enfermera mejora la detección temprana y reduce complicaciones graves. Además, responde a la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, optimiza recursos existentes y promueve la equidad en la atención. Su implementación contribuye a mejorar la calidad asistencial, reducir la mortalidad y garantizar la sostenibilidad mediante integración en procesos habituales y formación del personal.

La práctica es pertinente con el área de Seguridad del Paciente, específicamente en la detección precoz de deterioro clínico. Es éticamente aceptable, ya que no añade procedimientos invasivos ni riesgos adicionales, y cuenta con aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado. Está implantada en la unidad de trasplante mediante protocolo validado y monitorización activa, con indicadores definidos para evaluar proceso y resultados. La intervención se fundamenta en evidencia científica y experiencias previas, garantizando su adecuación metodológica y su alineación con los objetivos estratégicos del SNS. Además, se ha planificado la evaluación continua para asegurar la mejora y sostenibilidad de la práctica.

Contenido de la propuesta (máximo 500 palabras): Aquí debe ofrecerse una visión global de la práctica: en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes sometidos a TPH alogénico (≥ 14 años) atendidos en la Unidad de TPH del Hospital Clínico Universitario de Salamanca; aplicación en hospitalización y seguimiento ambulatorio hasta día +100 postinfusión

Metodología

Estudio observacional de implementación. Inclusión: pacientes alo-TPH ≥ 14 años. Exclusión: ausencia de consentimiento informado. Retirada: seguimiento < 4 semanas. Variables independientes: edad, sexo, estado funcional (Karnofsky/ECOG, Barthel), tipo de trasplante/donante, acondicionamiento/profilaxis EICH, riesgo SOS/EVOH EBMT/GETH. Variables dependientes: peso diario y variación; perímetro abdominal; dolor (EVA); nivel de conciencia; edemas; ictericia; coluria; requerimiento de plaquetas; bilirrubina; pruebas de imagen; diagnóstico y tratamiento (defibrotide); evolución. Recogida de datos: historia clínica (Gacela Care, Jimena, Modulab) y cuaderno de recogida de datos (CRD). Análisis: descriptivo y comparativo con paquetes estadísticos (p.ej., SPSS).

Objetivos

Primero, implementar un cribado sistemático del riesgo de SOS/EVOH en el 100% de los pacientes candidatos a trasplante antes de la fecha prevista.

Segundo, incorporar un sistema de alerta precoz en la historia clínica electrónica, mediante iconos codificados por colores, activo durante la hospitalización y hasta el día +100 en al menos el 90% de los casos.

Tercero, se espera reducir el tiempo transcurrido entre la primera sospecha clínica y la confirmación diagnóstica en futuras fases; el estudio piloto confirma la factibilidad del sistema.

Finalmente, formar al 100% del personal de enfermería en el protocolo de monitorización, asegurando la correcta aplicación y sostenibilidad del sistema.

Actuaciones realizadas

Antes del trasplante, se clasifica el riesgo de SOS/EVOH según criterios EBMT/GETH, categorizando a los pacientes en estándar, alto o muy alto. Durante la hospitalización, se aplica una hoja de seguimiento semanal que incluye parámetros clínicos y analíticos; si se detectan dos o más criterios de alerta, la evaluación pasa a ser diaria, garantizando una respuesta rápida. En la historia clínica electrónica incorpora la recogida de todas las variables necesarias para identificar el nivel de riesgo y activar flujos de comunicación establecidos, facilitando la derivación a pruebas complementarias cuando procede. En el seguimiento ambulatorio, se realizan controles quincenales adaptados al riesgo y situación clínica. El personal de enfermería recibe formación específica mediante sesiones conjuntas con hematología, materiales de referencia y simulación de casos. La supervisión está a cargo de la coordinación de enfermería y

del responsable clínico, con revisiones mensuales en sesión de unidad para asegurar la correcta implementación.

Indicadores

Se definen indicadores para evaluar proceso, resultados e impacto. Entre los indicadores de proceso destacan el porcentaje de pacientes con cribado de riesgo completado antes del trasplante, el número de alertas activas en la historia clínica electrónica y la adherencia al protocolo mediante el registro de evaluaciones semanales y diarias. Como indicadores de resultado se medirán el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica, el intervalo entre diagnóstico e inicio del tratamiento con defibrilador y la proporción de casos detectados precozmente. Los indicadores de impacto incluyen la reducción de complicaciones graves, la mejora en la supervivencia a día +100, la disminución de la estancia hospitalaria y la reducción de reingresos relacionados. La recogida de datos se realizará a través de la historia clínica electrónica y el cuaderno de recogida de datos, con análisis estadístico y auditorías internas para garantizar la calidad.

La práctica se apoya en recursos humanos, materiales y financieros cuidadosamente optimizados. El equipo humano incluye enfermeras de hospitalización y consulta, hematólogos, así como el soporte de radiología y farmacia, bajo la coordinación de calidad para garantizar la correcta implementación. En cuanto a recursos materiales, se emplean herramientas básicas como básculas y cintas métricas para la monitorización, además de la historia clínica electrónica (HCE) con incorporación de variables específicas, el cuaderno de recogida de datos (CRD) y materiales formativos para el personal. Desde el punto de vista financiero, la estrategia se basa en el aprovechamiento de recursos existentes, minimizando costes adicionales. Solo se contemplan ajustes en la HCE y el apoyo de tecnologías de la información (TIC) para la creación de iconos y alertas, lo que asegura una intervención sostenible y eficiente sin requerir inversiones significativas.

Basada en la evidencia

La práctica se apoya en evidencia científica que subraya la importancia del diagnóstico precoz del síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS/EVOH). Mohty et al. (2016) revisaron los criterios diagnósticos y propusieron una clasificación que enfatiza la monitorización sistemática para reducir retrasos. Cairo et al. (2020) reforzó la relevancia de la detección temprana para prevenir complicaciones graves. Richardson et al. (2017) demostró que iniciar defibrilador de forma más temprana mejora la supervivencia a día +100, evidenciando el impacto clínico de la alerta precoz. Avenoso et al. (2022) validó un protocolo médico-enfermero que redujo el tiempo a diagnóstico y tratamiento, confirmando la efectividad de la colaboración multidisciplinar. Botti et al. (2020) destacó el papel clave de enfermería en la monitorización y comunicación de alertas. Finalmente, Bazarbachi et al. (2021) evidenció el infradiagnóstico como causa principal de fallo multiorgánico, reforzando la necesidad de sistemas proactivos de alerta.

Equidad

La práctica garantiza la equidad al aplicar criterios homogéneos para todos los pacientes, sin distinción por edad, género, origen o nivel socioeconómico. Se asegura el acceso igualitario al sistema de alerta precoz y se complementa con materiales educativos adaptados para mejorar la comprensión. Además, se monitorizan posibles brechas en la aplicación del protocolo, como diferencias en el seguimiento ambulatorio, y se implementan medidas correctoras para reducir

desigualdades. Este enfoque contribuye a la justicia sanitaria y refuerza la calidad asistencial en un contexto inclusivo.

Sostenibilidad

La sostenibilidad se garantiza mediante la integración del sistema en la historia clínica electrónica, evitando costes adicionales significativos. La formación del personal se incorpora al plan anual de la unidad, asegurando continuidad y actualización. El respaldo institucional y la inclusión de indicadores en el cuadro de mando de seguridad del paciente consolidan su permanencia. El diseño adaptable permite incorporar mejoras tecnológicas futuras sin comprometer la viabilidad económica ni operativa.

Transferibilidad

La práctica está sistematizada y documentada con protocolos y diagramas que facilitan su replicación en otras unidades de trasplante. Su estructura modular permite adaptarla a diferentes contextos hospitalarios. La experiencia piloto y los resultados preliminares aportan evidencia para su implementación en centros que buscan mejorar la seguridad del paciente mediante alertas tempranas.

Efectividad

La práctica tiene potencial para mejorar la detección precoz y la seguridad del paciente, según estudios preliminares. Resultados del estudio piloto: Se incluyeron 45 pacientes en la fase inicial, con 21 alertas detectadas en 17 pacientes mediante la escala de monitorización. Aunque no se confirmaron casos de VOD, las alertas permitieron intensificar la vigilancia y optimizar la respuesta clínica. Estos hallazgos demuestran la factibilidad del sistema y su potencial para mejorar la seguridad del paciente. Además, se identificaron áreas de mejora como la automatización del cálculo de riesgo y la incorporación de alertas emergentes en la historia clínica electrónica. Es eficiente porque optimiza recursos existentes y evita pruebas innecesarias. Involucra un equipo multidisciplinar (enfermería, hematología, radiología, farmacia, TIC) y fomenta la colaboración intersectorial mediante integración en sistemas informáticos. Cuenta con un plan de evaluación interna y externa para medir impacto y garantizar mejora continua. Esta combinación de factores refuerza la calidad, la seguridad y la sostenibilidad, posicionando la práctica como modelo replicable en otros centros.

Eficiencia

La intervención optimiza recursos existentes al utilizar personal y herramientas ya disponibles, evitando inversiones adicionales. Reduce la necesidad de pruebas complementarias innecesarias gracias a criterios claros de sospecha y seguimiento. Se prevé que la práctica contribuya a reducir estancia y reingresos.

Participación multidisciplinar

La práctica integra la colaboración de enfermería, hematología, radiología, farmacia y sistemas de información, garantizando un abordaje completo. Cada perfil profesional aporta competencias específicas: enfermería lidera la monitorización, hematología valida diagnósticos, radiología realiza pruebas complementarias y farmacia gestiona el tratamiento. Este trabajo

conjunto asegura una respuesta rápida y coordinada ante alertas, mejorando la calidad asistencial.

Colaboración intersectorial

El proyecto involucra al área de tecnologías de la información para la integración del icono y alertas en la historia clínica electrónica. Además, contempla la colaboración con asociaciones de pacientes para reforzar la educación sanitaria y la comprensión del protocolo. Este enfoque intersectorial amplía el impacto de la práctica y favorece su sostenibilidad a largo plazo.

Evaluación

La práctica cuenta con un plan de evaluación continua. Se prevé la posibilidad de evaluación externa por comités de calidad y el Comité Ético de Investigación. Los resultados se revisan periódicamente para identificar áreas de mejora y garantizar la efectividad, eficiencia y seguridad del sistema, mediante auditorias semestrales y análisis estadístico.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD8-1: Detección y prevención del delirium. Código Delirium. **(Mejora de los resultados en rehabilitación)**

Jesús Minaya Saiz (1), Laura Martín Losada (1), Sonia Hidalgo Ramos (1)

(1) Hospital Asociado Universitario Guadarrama, Servicio Madrileño de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Delirium, escala CAM, código delirium, seguridad del paciente, prevención del delirium.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El término delirium o síndrome confusional agudo se acuñó por primera vez para denominar a alteraciones mentales que tenían lugar en situaciones febriles o traumatismos craneoencefálicos.

La denominación de delirium apareció en el DSM-IV-TR como forma para consolidar los múltiples términos existentes: encefalopatía metabólica, síndrome confusional agudo, estado mental alterado, psicosis tóxica; de tal modo que sólo se utilizara una etiqueta diagnóstica, siendo ésta la más aceptada.

Además, el desarrollo de delirium es importante a nivel económico y social, pues estos enfermos requieren cuidados especiales, sus estancias hospitalarias son más prolongadas, tienen mayor riesgo de caídas, se vuelven dependientes, mayor riesgo de institucionalización.

Incluso, se ha descrito aumenta la mortalidad y morbilidad, pues aumenta el número de heridas crónicas, desnutrición, infecciones y deshidratación. Es por ello que existe la necesidad de un diagnóstico preciso y de forma precoz.

En relación al periodo postoperatorio, puede aparecer entre un 15-53% de los pacientes, mientras que en una unidad de cuidados intensivos la prevalencia aumenta hasta el 70-87% y en el caso de pacientes ingresados en unidades de recuperación funcional la cifra es del 60% y del 83% en pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos.

Es el segundo síndrome psiquiátrico más prevalente después de los trastornos depresivos a nivel hospitalario y la cuarta complicación más tratada en pacientes hospitalizados con fractura de cadera⁶.

Además de estar infradiagnosticado e infratratado, en algunos casos el delirium es diagnosticado erróneamente como trastorno neurocognitivo o bien como depresión, con las consiguientes consecuencias en el tratamiento.

Lo que puede originar y origina la cascada de deterioro funcional, dependencia, institucionalización y el riesgo de muerte asociada a todo ello.

Al ser una situación de urgencia médica es necesaria la atención temprana y correcta para la prevención de las complicaciones descritas. En algunas unidades clínicas al ingreso del paciente anciano se le considera como delirium mientras no se demuestre lo contrario.

El delirium se asocia a mayor riesgo de morbilidad, dependencia funcional, deterioro cognitivo y mortalidad, además de una mayor estancia hospitalaria y aumento de los costes.

La detección y prevención del delirium es fundamental, se han realizado múltiples estudios que confirman la eficacia de una intervención multicomponente con la elaboración de un protocolo de delirium mejora en el reconocimiento y manejo del delirium por parte del personal médico y de enfermería después de la intervención, con mejoras asociadas en la morbilidad y en la estancia media hospitalaria. El desarrollo de delirium también se asocia con peores resultados en la recuperación funcional de los pacientes reflejándose en baja ganancia funcional absoluta y relativa y también con baja eficiencia.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Implantación del código delirium en el Hospital Asociado Universitario Guadarrama.

Se revisó el procedimiento normalizado de trabajo previamente establecido, a fin de incluir mejoras en la detección, prevención y abordaje del delirium. Entre las actualizaciones se decidió incluir el denominado código delirium, para ello se realizarán las siguientes acciones:

- a) Se realizará por parte de enfermería un cribado a todos los pacientes >65 años mediante la escala CAM (Confusion Assessment Method) al ingreso y cuando haya un cambio en su estado cognitivo o clínico que haga sospechar delirium.
- b) Si el test de cribado es positivo se activará la alerta en la historia clínica (Selene) de DELIRIUM, esta marca permanecerá activa mientras dure el cuadro de delirium.
- c) Enfermería pondrá en marcha las medidas no farmacológicas para abordaje del delirium, se hará un seguimiento diario: Promover la independencia, facilitar que camine lo antes posible, ayudas técnicas adecuadas. Evitar sujeciones. Promover que coma, se asee y se vista por sí mismo. Orientar frecuentemente en espacio- tiempo. Uso de calendarios y relojes. Favorecer acompañamiento familiar, estimulación cognitiva. Evitar siestas, favorecer que duerma en la noche. Exposición a la luz solar por el día y luces apagadas en la noche. Uso de gafas y audífonos. Mantener un estado de nutrición e hidratación correcto. Evitar el estreñimiento. Abordaje adecuado del dolor. Oxigenoterapia correctamente puesta. Retirar sondas y catéteres lo antes posible.
- d) El médico hará estudio y seguimiento diario del cuadro de delirium, abordando los siguientes aspectos: Valorar factores predisponentes y precipitantes. Filial el tipo de delirium: hiperactivo, mixto, hipoactivo. Revisar fármacos potencialmente favorecedores y retirarlos. Solicitar las pruebas diagnósticas necesarias para filiar la etiología del factor precipitante. Tratamiento de la causa precipitante. Tratamiento sintomático si es necesario de los trastornos de conducta. Evitar sujeciones en la medida de lo posible, retirada de sondas, vías, etc. Tratamiento adecuado del dolor.
- e) El equipo médico/enfermería hará un seguimiento estrecho del cuadro de delirium, insistiendo en las medidas no farmacológicas y ajustando fármacos según se precise,

hasta resolución si se diera (retirando en este caso la marca de delirium de la historia clínica).

Población diana / ámbito de aplicación

Pacientes con edad igual o mayor a 65 años que ingresan en el Hospital Guadarrama. Este hospital es un reconocido hospital de media estancia por su alta calidad (sello +700EFQM, Madrid Excelente, otros). Dedicar su actividad asistencial a la recuperación funcional de personas que han pasado un proceso agudo de salud y presentan un declive funcional que les limita el regreso a sus domicilios. El objetivo del hospital es que recuperen la máxima autonomía posible, siendo un hospital con la atención centrada en el paciente y que se basa en el trabajo de equipos interdisciplinarios que persiguen el mismo objetivo común, la mejora de ganancia funcional de las personas. Asimismo, cuenta con una unidad de cuidados paliativos, que presta atención integral a la etapa final de la vida, cuyos objetivos son de cuidados y confort en dicha situación (paciente y allegados). La media de edad se sitúa en 78 años.

Metodología

Identificación de necesidad y planificación de proyecto: Implantación del código delirium

Revisión del procedimiento PNT-DA-26 PROCEDIMIENTO DEL ABORDAJE INTEGRAL DEL DELIRIUM (08/3/24 implementación del código delirium, última revisión 15/11/24).

Inclusión en el registro, la escala CAM (Confusion Assessment Method) en la historia clínica. Se realiza en la valoración de enfermería al ingreso (cribado paciente ≥ 65 años) y durante el ingreso si fuese necesario.

Capacitar al personal. Sesiones formativas a las enfermeras del centro en 2024, con la puesta en marcha del código delirium y éstas, se han repetido en 2025 a fin de mantener el nivel de cumplimentación.

En 2025 se incluyeron en el cuadro de mando de las supervisoras de enfermería, aquellos pacientes con resultado positivo en la escala CAM, a fin de valorar la correcta aplicación del código delirium en los pacientes de sus unidades. Esta información está disponible y se revisa diariamente.

Objetivos

- Detectar el delirium de forma temprana en los pacientes que ingresan en el hospital Guadarrama.
- Revertir el delirium tratando las posibles causas y aplicando los cuidados específicos.
- Disminuir su impacto en el proceso rehabilitador. El desarrollo de delirium se asocia con peores resultados en la recuperación funcional de los pacientes baja ganancia funcional absoluta y relativa y también con baja eficiencia.

Actuaciones realizadas

1. Formación al equipo interdisciplinario

2. Implementación medidas no farmacológicas (enfermería)

- Hidratación protocolizada y monitorizada. Protocolo hidratación activa oral.
- Movilización precoz y paseos programados.
- Orientar frecuentemente en espacio- tiempo, uso de calendarios y relojes. Favorecer la estimulación cognitiva
- Evitar el aislamiento sensorial: Uso de gafas y audífonos.
- Evitar la interrupción del sueño: Higiene del sueño (reducir luz, ruido, etc)
- Implicación de la familia.

3. Valoración equipo médico

- Valorar factores predisponentes y precipitantes
- Filiar tipo de delirium: hiperactivo, mixto, hipoactivo.
- Revisar fármacos potencialmente favorecedores y retirarlos. Evitar polifarmacia y medicación potencialmente inapropiada.
- Solicitar pruebas diagnósticas para filiar la etiología del factor precipitante.
- Tratamiento de causa precipitante
- Tratamiento sintomático en trastornos de conducta
- Evitar sujeciones en lo posible, retirada sondas, vías... etc.

4. Seguimiento diario del cuadro de delirium.

5. Control diario del cuadro de mando a cargo de la supervisora para verificar la calidad y cumplimiento del código.

6. Seguimiento interdisciplinar.

Indicadores

- Porcentaje de pacientes con CAM registrada al ingreso.
- Reducción delirium respecto a años anteriores.
- Resultados en rehabilitación en los pacientes que han presentado delirium frente a los que no lo han tenido:
 - Ganancia funcional absoluta
 - Ganancia funcional relativa
 - Índice de eficacia
 - Índice de eficiencia.

Recursos

- Se han utilizado recursos humanos, materiales e infraestructura existentes en el propio hospital.
- Departamento de informática: creación de nuevo formulario escala CAM, inclusión de la escala en valoración de enfermería al ingreso, marca de alerta Delirium, explotación de datos de delirium, integración en el cuadro de mandos de supervisión.

- Enfermería: Formación de enfermería de las actualizaciones del procedimiento, la implementación del código delirium, los cuidados no farmacológicos del delirium.
- Formación médicos: Formación en el código delirium, actualizaciones del procedimiento, criterios STAR/STOP para ajustes farmacológicos.
- Controles de calidad: supervisoras de enfermería, revisión de indicadores jefe de servicio médico y dirección.

Basada en la evidencia

Existen referencias previas a la implementación de actividades multicomponente para mejorar el delirium. Protocolo HELP (Hospital Elder Life Program). Hospital amable. Plan de fragilidad de la Comunidad de Madrid. estudio REDUCE. Estudio DeliriumCohort

Bibliografía:

1. Inouye, S.K., Marcantonio, E.R., Kosar, C.M., Tommet, D., Schmitt, E.M., Trivison, T.G.,...Fiellin, D.A. (2014). The Hospital Elder Life Program (HELP): A Comprehensive Program for Delirium Prevention, Hospital Elder Life Program (HELP) Investigators. JAMA Internal Medicine, 174(4), 557-566.
2. Marcantonio, E.R., & Rudolph, J.L. (2006). Delirium in hospitalized older adults. New England Journal of Medicine, 354(11), 1157-1165.
3. Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D.H., et al. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. Age and Ageing, 43(4), 496-502.
4. Siddiqi, N., House, A.O., & Holmes, J.D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age and Ageing, 35(4), 350-364.

Equidad

Todos los pacientes que ingresan con edad ≥ 65 son valorados por la enfermera al ingreso, para detección de delirium (primer filtro y alerta para el equipo). Según la literatura consultada, los adultos mayores son un grupo vulnerable a la aparición del delirium, por eso en la valoración al ingreso se realiza a los pacientes de ese rango de edad, aportando equidad a dichos pacientes. La media de edad de los pacientes que ingresan es de 78 años. De forma posterior, se puede evaluar en cualquier momento del ingreso, cada vez que cambie su situación cognitiva. Esto se realiza independientemente de la edad del paciente, aportando equidad en la vigilancia de la aparición y manejo del delirium.

En el hospital, la equidad es un pilar esencial, garantizando derechos e igualdad de oportunidades en la atención sanitaria, actuando con justicia según las necesidades particulares y circunstancias de cada persona.

Sostenibilidad

Para la sostenibilidad se cuenta con la actualización del procedimiento cada 3 años siguiendo la normativa ISO. Se requieren formaciones periódicas a los profesionales por la rotación del personal y para actualizar conceptos. Por otro lado, la supervisión y la mejora de la calidad continua vigilan el cumplimiento de las actuaciones y establecen acciones en caso de que sea necesario para alcanzar los objetivos.

Por otro lado, según la literatura, la identificación y el tratamiento adecuado del delirium en personas mayores hospitalizadas tiene implicaciones directas sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud, ya que un manejo temprano y efectivo puede reducir los costos asociados con las hospitalizaciones prolongadas, disminuir las tasas de readmisión y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Transferibilidad

Esta práctica es aplicable y recomendable en cualquier ámbito tanto de la hospitalización como del ámbito sociosanitario. Sería posible hacerlo extensible a las unidades donde estas alteraciones pueden ser más prevalentes, unidades postquirúrgicas, UCIs, geriatría, medicina interna. Es una práctica sencilla, que requiere pocos recursos y se puede realizar con los disponibles en cada centro.

Es importante contar: Con procedimientos validados, como la evaluación sistemática con herramientas estandarizadas (por ejemplo, CAM), la vigilancia de factores de riesgo y la implementación de medidas no farmacológicas, formación del personal, la disponibilidad de recursos, la cultura organizacional y la integración del abordaje interdisciplinar. Cuando estos factores se alinean, es posible reproducir intervenciones exitosas, mejorar la detección precoz, reducir complicaciones y optimizar la recuperación funcional del adulto mayor hospitalizado, promoviendo una atención más segura y de mayor calidad.

Efectividad

La implantación del Código Delirium en el Hospital Guadarrama ha demostrado una mejora significativa en la detección temprana del delirium y en la calidad del abordaje clínico. La cumplimentación sistemática de la escala CAM al ingreso ha permitido identificar precozmente a los pacientes con riesgo, facilitando intervenciones no farmacológicas y tratamiento etiológico inmediato.

El análisis de los 868 pacientes atendidos en 2024 muestra diferencias significativas entre los grupos con y sin delirium, evidenciando que su detección temprana permite intervenir antes y minimizar complicaciones. La activación del código y el seguimiento estructurado contribuyen a reducir la progresión del delirium y sus efectos sobre la funcionalidad.

La práctica ha logrado estandarizar el abordaje, mejorar la coordinación del equipo y reforzar la aplicación de medidas eficaces, lo que redundará en mayor seguridad del paciente, mayor calidad asistencial y una reducción del impacto negativo del delirium en la rehabilitación.

Eficiencia

El Código Delirium optimiza los recursos disponibles sin necesidad de inversiones adicionales, integrándose en los procedimientos, infraestructuras y equipos existentes. El cribado sistemático mediante la escala CAM requiere poco tiempo y permite una detección precoz que evita complicaciones, ingresos prolongados y sobrecostos asociados al deterioro funcional.

La aplicación de medidas no farmacológicas (movilización precoz, reorientación, higiene del sueño, corrección sensorial, hidratación, etc.) reduce el uso de fármacos, sujeciones, pruebas innecesarias y efectos adversos.

El análisis funcional de los pacientes muestra que quienes desarrollan delirium presentan menor ganancia funcional, menor eficiencia y mayor gasto asistencial. Por tanto, su prevención y abordaje temprano mejora la eficiencia global del proceso rehabilitador.

La automatización de alertas en la historia clínica y el seguimiento a través del cuadro de mando permiten una monitorización continua sin incrementar la carga administrativa, optimizando tiempos y recursos profesionales.

Participación multidisciplinar

El Código Delirium se basa en una coordinación efectiva entre todos los perfiles profesionales del hospital. Enfermería realiza el cribado sistemático con la escala CAM, activa el código y aplica las medidas no farmacológicas de prevención y manejo. El equipo médico evalúa diariamente el tipo de delirium, identifica factores predisponentes y precipitantes, ajusta medicación y pauta el tratamiento etiológico y sintomático.

El servicio de Farmacia realiza la conciliación farmacológica y revisa medicación potencialmente inapropiada. Fisioterapia y Terapia Ocupacional participan en la movilización precoz, estimulación cognitiva y recuperación funcional. Trabajo Social interviene sobre los factores sociofamiliares que pueden influir en la evolución del cuadro.

Además, se realizan reuniones interdisciplinarias para revisar casos y unificar criterios. La práctica se sustenta en una comunicación fluida, protocolos compartidos y un trabajo verdaderamente coordinado orientado al mismo objetivo: mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial en la identificación y el tratamiento del delirium en pacientes hospitalizados implica la coordinación entre distintos niveles y actores para garantizar una atención continua y efectiva. En el hospital, la interacción entre médicos geriatras, internistas, rehabilitadores, enfermería, terapeutas y trabajo social nos ha permitido elaborar una valoración integral y un plan terapéutico coherente. También se dispone de una enfermera de continuidad asistencial que trabaja en coordinación con atención primaria (preparación alta). A su vez, la trabajadora social realiza las intervenciones necesarias y pone en marcha los servicios sociales necesarios para el paciente/familia. Una colaboración intersectorial sólida reduce rehospitalizaciones, optimiza recursos y garantiza un abordaje más seguro, coherente y humanizado del delirium.

El médico al alta realizará conciliación farmacológica actualizando los fármacos prescritos en receta electrónica MUP, evitando fármacos potencialmente inadecuados.

Evaluación

Análisis de indicadores.

N=868 pacientes ingresados y dados de alta en la URF en 2024.

- Edad media: 79,3 años.
- Grupos: con delirium (N=148) y sin delirium (N=709).

- Presencia de delirium (escala CAM: Confusion Assessment Method).
- Edad, GDS (Global deterioration scale de Reisberg), Índice de Charlson (ICh), fragilidad (CFS), I. Barthel previo (IBP), al ingreso (IBI) y alta (IBA).
- Medida de respuesta funcional: Ganancia funcional absoluta (GFA), Eficacia o Ganancia funcional relativa (GFR) y eficiencia (E), considerando respuesta funcional baja: GFA<20, GFR <50% y E<1.

n	Edad	IBP	IBI	IBA	GDS	CFS	GFA	GFR	E
No D 720	78,74	87,98	37,43	69,13	1,39	4,21	31,70	58,52	1,05
D 148	82,14	78,41	23,65	49,73	2,74	5,08	26,08	35,07	0,89
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	0,031
t-student									
n	GFA _≥ 20	GFA<20	GFR _≥ 50 %	GFR<50%	E _≥ 1	E<1			
No D=720	518(73,1%)	191(26,9)	397(56%)	312(44%)	325(45,8)	384(54,2%)			
D=148	88(59,5%)	60(40,5%)	40(27%)	108(73%)	55(37,2%)	93(62,8%)			
p OR (IC95%)	0,001;1,84 (1,28-2,6)		<0,001;3,43 (1,28-2,6)		0,052;1,43 (0,99-2,06)		Chi cuadrado		

Figura 1. Análisis de indicadores.

- Los pacientes con delirium presentan significativamente mayor edad, peor situación cognitiva y funcional, mayor fragilidad y peor respuesta funcional.
- El desarrollo de delirium se asocia con peores resultados en rehabilitación: con baja GFA baja GFR y baja eficiencia.
- El delirium no es un "efecto secundario" tolerable; es un evento adverso grave que anula en gran medida el esfuerzo rehabilitador.

*Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.

MAD8-2: Del Silencio al Apoyo. Claves para el Cuidado de las Segundas Víctimas.

Marta Macías Maroto (1), Consuelo Pintado Delgado (1), Honan Roiz Ezra (1), Lorena Velayos Jiménez (1), Leticia Vega Requena (1), Naroa Arcos Varela (1), Aurora Pérez Zapata (1)

(1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio Madrileño de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Segunda víctima, eventos adversos graves, apoyo entre pares, seguridad del paciente, Programa RESCUE.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

En cualquier institución sanitaria puede producirse un evento adverso en el curso de la asistencia a un paciente, en ocasiones con graves consecuencias para el mismo, causando una mayor morbilidad, discapacidad o muerte. La respuesta institucional en las primeras horas tras un evento adverso grave (EAG) es determinante para la recuperación del paciente, el restablecimiento de la confianza de éste y sus familiares en la institución y el sistema sanitario, y el restablecimiento psicológico de los profesionales implicados.

La evidencia europea muestra que una proporción muy elevada de profesionales sanitarios experimentará síntomas de segunda víctima a lo largo de su carrera, pudiendo aparecer en los casos más severos sintomatología compatible con trastorno de estrés postraumático. En España, estudios multicéntricos han estimado que aproximadamente un 15% de los profesionales sanitarios se ve implicado cada año en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente, con impacto emocional relevante sobre el profesional. Tan sólo un 1,7% de los hospitales españoles cuenta con un plan de atención a las segundas víctimas (SV) y un 2,6% están preparados para abordar las consecuencias de los EAG.

Abordar el fenómeno de la SV es crucial porque previene el burnout, mejora la seguridad del paciente, reduce la rotación de personal y fomenta una cultura de seguridad no punitiva, disminuyendo el impacto psicológico (ansiedad, culpa) y permitiendo la identificación de fallos sistémicos para mejorar la calidad asistencial y evitar la repetición de errores.

Por ello, el abordaje de las SV se considera un elemento estructural de la cultura de seguridad: protege el capital humano, reduce el riesgo de repetición del evento, favorece el aprendizaje y refuerza la confianza de pacientes y ciudadanía.

En el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, la experiencia acumulada tras un EAG ha mostrado que la respuesta institucional en las primeras horas es determinante. El protocolo vigente establece, entre otros elementos, la iniciativa informativa al paciente y familia en las primeras 24 horas, con interlocución clínica designada, comunicación basada en hechos y empatía, y activación de recursos de apoyo. En paralelo, contempla explícitamente la atención a profesionales implicados, orientada a valorar la afectación y mitigar las consecuencias emocionales a través de una estructura de apoyo.

Como valor añadido diferencial, el protocolo que se inició en 2023 para el abordaje de la SV se está rediseñando basándose en una hoja de ruta de estándares europeos validados. Se orienta a la certificación RESCUE (Intervenciones para el apoyo de SV), la cual procede del grupo europeo ERNST (European Researchers' Network Working on Second Victims). Esto permite que la buena práctica sea no solo localmente útil, sino transferible, evaluable y certificable, maximizando su potencial de réplica en el Sistema Nacional de Salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica consiste en un programa institucional estructurado para dar respuesta integral a los EAG y atender, de forma simultánea y coordinada, a: paciente y familia (primera víctima), profesionales implicados (segunda víctima) y organización (tercera víctima). Integra, por lo tanto, la respuesta clínica, la comunicación, el apoyo emocional y el aprendizaje organizativo.

El modelo se apoya en una estructura formal de gestión activable ante un evento: comité de crisis, grupo de gestión de riesgos, equipo de gestión del evento y un grupo específico de atención a profesionales formado en apoyo a SV, con participación de la estructura de seguridad del paciente del hospital.

El protocolo incorpora una línea explícita de comunicación franca y empática con el paciente/familia, evitando la culpabilización, con compromiso de investigación y la comunicación de resultados.

La intervención se organiza como un itinerario multinivel coherente con las recomendaciones internacionales, combinando: apoyo inmediato y contención emocional (primeras 24-72h) con derivación a apoyo profesional (salud laboral, salud mental y atención primaria) cuando la afectación supera el ámbito del apoyo entre pares (mandos intermedios, compañeros). Este enfoque es consistente con el planteamiento multinivel descrito en el 3 marco de certificación RESCUE (prevención, autocuidado, apoyo por pares y apoyo profesional estructurado).

El elemento diferencial e innovador es el haber obtenido resultados positivos tras dos años de implantación del programa y el incorporar como ciclo de mejora los criterios de la certificación RESCUE, que ofrece un estándar europeo para intervenciones y para la formación de pares, incluyendo requisitos mínimos de entrenamiento, ética, confidencialidad, habilidades de comunicación y revisión periódica del programa formativo.

La práctica se documenta mediante una política institucional, protocolo de actuación, listados de verificación, circuitos de activación, y el registro de indicadores. Se añade la documentación que sirve de apoyo para la atención a SV: entrevistas, cuestionarios, documentos de confidencialidad y el material formativo.

El alcance del programa es para un hospital de nivel 2 perteneciente al Servicio Madrileño de Salud, con capacidad de extensión al resto de la red asistencial a nivel nacional.

Población diana / ámbito de aplicación

La población a la que va dirigida esta práctica son a profesionales (sanitarios y no sanitarios) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y centros dependientes directa o indirectamente implicados en un EAG. La práctica se activa ante un evento con daño grave, riesgo alto o repercusión emocional significativa. El ámbito es el hospital y centros dependientes, con

despliegue institucional y liderazgo de la estructura de seguridad del paciente. Se contempla la extensión progresiva de este programa a incidentes de alto impacto emocional, aunque no cumplan estrictamente criterios de gravedad (enfoque preventivo y de cultura de seguridad).

Metodología

Se desarrolló e implantó la práctica mediante un enfoque de mejora continua (ciclo PDCA) y seguridad del paciente centrado en personas:

- (1) Identificación y mapeo de partes implicadas: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), Dirección, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Salud Mental, Asesoría Jurídica y Recursos Humanos, además de los servicios con mayor implicación en EAG, definiendo gobernanza, roles y circuito de activación.
- (2) Síntesis de evidencia y benchmarking: revisión bibliográfica y contraste con expertos, alineando el diseño con el marco europeo ERNST y la hoja de ruta hacia estándares RESCUE (intervención y formación).
- (3) Co-diseño del plan de acción: actualización del protocolo de EAG (2018) incluyendo el abordaje a SV, elaboración de checklists de actuación, criterios de escalado clínicoemocional, y mecanismos de trazabilidad.
- (4) Implantación, difusión y monitorización: formación, comunicación interna, registro de casos e indicadores, auditorías periódicas y retroalimentación al sistema para aprendizaje y prevención.

Objetivos

El objetivo principal es implementar y consolidar un programa institucional de apoyo a SV integrado en la gestión de los EAG, con respuesta temprana, apoyo escalonado, evaluación y mejora, alineado con las recomendaciones europeas (ERNST y estándares RESCUE).

Los objetivos específicos a conseguir con esta práctica son los siguientes:

- Activar el circuito de apoyo a segundas víctimas en $\geq 90\%$ de EAG en las primeras 24h.
- Realizar contacto inicial a profesionales implicados en ≤ 72 h en $\geq 80\%$ de casos activados.
- Mejorar el aprendizaje del sistema: 100% de eventos con plan de mejora y ejecutar $\geq 80\%$ de acciones en ≤ 6 meses para la comunicación interna de lecciones aprendidas.

Actuaciones realizadas

Se realizó el diseño del programa y el circuito operativo, integrándolo en la gestión institucional de EAG (roles, responsabilidades y escalado), con coordinación entre Seguridad del Paciente, Dirección, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Salud Mental y Asesoría Jurídica. Este programa se elaboró apoyado en una revisión bibliográfica y benchmarking previa. Se actualizó el protocolo y sus herramientas y se desplegó un plan de difusión y formación, a nivel general en la intranet del hospital, con una sesión clínica general y con acciones formativas a mandos intermedios específicas. Se estableció un cuadro de mandos de indicadores los cuales han

servido para monitorizar la práctica. Actualmente, se está trabajando en la revisión de los estándares de RESCUE para implementarlos en nuestro hospital a lo largo del año 2026.

Indicadores

Se ha establecido el siguiente set de indicadores:

Proceso:

- 1) % de EAG con activación del protocolo en <24h.
- 2) % de profesionales implicados en el EAG contactados en ≤ 72 h.
- 3) % de EAG con interlocución clínica y registro de información a paciente/familia.

Resultado:

- 1) Nº y % de profesionales con síntomas de segunda víctima (cribado estructurado).
- 2) Nº y % derivaciones a salud mental / atención primaria / servicio de prevención de riesgos laborales.
- 3) Nº bajas laborales asociadas.

Impacto/cultura:

- 1) Satisfacción con el apoyo recibido por la SV y seguridad psicológica (encuesta) .
- 2) % planes de mejora establecidos tras EAG.
- 3) % planes de mejora puestos en marcha tras EAG.

Recursos

Los recursos necesarios para la implantación de esta práctica han sido los siguientes:

Recursos humanos: liderazgo por la Dirección, UFGRS, responsables asistenciales, salud laboral y el apoyo de salud mental en casos de alta afectación. El procedimiento institucional define estructura y roles.

Recursos materiales: checklists, registros, materiales de apoyo (guías de autocuidado), espacios de entrevista confidenciales y canales de contacto.

Recursos financieros: optimización mediante integración en circuitos existentes (seguridad del paciente/salud laboral), priorización de intervenciones de alto valor y bajo coste marginal. El apoyo a este programa se ha realizado fundamentalmente por recursos propios de la organización.

Basada en la evidencia

El programa se apoya en la evidencia que vincula el impacto emocional del EAG y en la recomendación europea de integrar ese apoyo emocional como parte de la seguridad del

paciente. La Buena Práctica se fundamenta en el conocimiento consolidado sobre el fenómeno de la SV y en el marco europeo ERNST (COST Action 19113), red multidisciplinar creada para desarrollar estrategias compartidas y herramientas basadas en evidencia para apoyar a profesionales tras eventos adversos. Se adopta la conceptualización de segunda víctima propuesta por este grupo. El programa se orienta al modelo de apoyo por niveles adoptado por RESCUE como base para respuestas proporcionales según severidad, con escalado a recursos especializados cuando procede. Esta iniciativa convierte la evidencia y el consenso en estándares auditables para intervenciones y formación de pares. La práctica incorpora principios de cultura justa, incluyendo open disclosure como componente clave para la confianza y la recuperación profesional.

Equidad

El programa garantiza el acceso equitativo al apoyo con criterios clínicos y de impacto, no jerárquicos: cualquier profesional, con independencia de su categoría, turno, antigüedad, tipo de contrato o unidad. Además, incluye a cualquier profesional en formación. Se contemplan medidas específicas para reducir barreras: oferta proactiva (no solo “a 7 demanda”), lenguaje no estigmatizante y cumplimiento riguroso de criterios de confidencialidad. Se incorpora la perspectiva de género y otros determinantes sociales: reconocimiento de riesgos diferenciales (p.ej., sesgos de culpabilización, mayor exposición emocional en determinadas unidades) y adaptación del apoyo cuando existan situaciones de mayor vulnerabilidad (edad, situación sociofamiliar, etc.). Se monitoriza la atención prestada por subgrupos (unidad, categoría, turno, género) para detectar inequidades y corregirlas.

Sostenibilidad

La práctica es sostenible porque convierte un momento crítico (el EAG) en un circuito estable de cuidado y aprendizaje. La sostenibilidad está garantizada por la integración en el procedimiento institucional; existencia de una estructura estable (UFGRS, grupo de atención a profesionales); y una evaluación continua con indicadores.

El programa se consolida mediante formación periódica, repositorio documental y revisión anual del circuito. La hoja de ruta RESCUE refuerza la sostenibilidad al introducir estándares, necesidad de ciclos de evaluación y mejora, que incentivan el mantenimiento y actualización.

La sostenibilidad también es clínica: al proteger el bienestar del profesional se preserva la continuidad asistencial y se reduce el “coste oculto” de la desafección y la rotación. La continuidad se refuerza con un plan anual de formación y sensibilización, incorporación al onboarding de profesionales, y monitorización mediante indicadores.

Transferibilidad

La transferibilidad se apoya en dos elementos: estandarización interna y estandarización externa. Internamente, el programa se operacionaliza con herramientas y procesos que reducen la variabilidad y se adaptan a las necesidades del centro. Es transferible por su alto nivel de sistematización: procedimiento, roles, checklists, circuito de comunicación con paciente/familia, circuito de apoyo a profesionales, criterios de derivación y cuadro de indicadores. Externamente, la orientación a certificación RESCUE proporciona un marco europeo con estándares para intervención y formación, que facilita implementar el programa con fidelidad, auditarlo y compararlo entre centros. La práctica es aplicable a distintos niveles asistenciales al mantener constantes sus componentes nucleares (respuesta temprana, apoyo por pares, derivación

estructurada, confidencialidad y evaluación) y adaptar el despliegue (equipo, tiempos objetivo y recursos). La propuesta incluye una guía de implantación por fases y un set mínimo de evidencias documentales para auditoría.

Efectividad

La práctica demuestra efectividad al traducir la actuación ante un EAG en una respuesta clínica-humana verificable y medible. En el periodo 2023-2025 se han registrado 13 EVG, con activación del protocolo en el 100% de los casos, se han identificado 68 profesionales implicados y se ha realizado una valoración por el Servicio de prevención de Riesgos Laborales tras el apoyo de pares de 15 de ellos. Se han detectado 12 con síntomas/signos compatibles con SV (17,6%). El circuito permitió el escalado clínico cuando fue necesario (derivaciones a Salud Mental y/o médico de atención primaria) y se registraron 2 bajas laborales (16,6%), evidenciando la capacidad de detección precoz y canalización asistencial. La efectividad se completa con el componente de aprendizaje: cada evento se acompaña de análisis y medidas de mejora (en el 95% de los EAG y un 77% con plan implementado en <6 meses), cerrando el ciclo entre el cuidado del profesional y la reducción del riesgo de repetición. Se monitoriza mediante indicadores de activación, tiempos, síntomas, derivaciones y resultados percibidos.

Eficiencia

Esta práctica aporta valor al convertir una circunstancia de “coste oculto” (tiempo perdido, desorganización, malestar persistente, rotación, bajas) en un circuito organizado, medible y proporcional. Se apoya en estructuras ya existentes (seguridad del paciente, salud laboral, salud mental) y en herramientas de baja carga (protocolo y sus registros), de modo que el incremento de recursos se concentra únicamente cuando la afectación lo justifica (derivación estructurada). RESCUE recoge que estos programas tienden a ser “largamente autosostenibles” al compensarse la inversión con ahorros derivados de minimizar el impacto y acortar la recuperación.

La eficiencia se mide indirectamente mediante la evolución de bajas, derivaciones y tiempo de retorno al funcionamiento habitual del profesional y del servicio. Además, al conectar la atención al profesional con el análisis del evento y la mejora, se evita la repetición del fallo, generando eficiencia clínica y organizativa, mejorando la seguridad de los pacientes.

Participación multidisciplinar

La práctica se apoya en un diseño explícitamente multidisciplinar porque el fenómeno de SV es clínico, emocional, laboral, legal y organizativo. Participan las áreas de Seguridad del Paciente/UFGRS (activación, trazabilidad y aprendizaje), mandos intermedios (detección precoz y apoyo inmediato), Servicio de prevención de Riesgos Laborales (valoración funcional y gestión laboral), Salud Mental (atención especializada en casos con criterios de derivación), Recursos Humanos (gestión de contingencias y reincorporación), Asesoría Jurídica (eventos de alta repercusión), y representantes de unidades clínicas implicadas (contextualización y mejora). La multidisciplinariedad se operacionaliza mediante roles definidos, puntos de contacto y un circuito de escalado que evita lagunas y duplicidades. Este enfoque permite una respuesta coherente y humana, sosteniendo simultáneamente la seguridad del paciente, el cuidado del profesional y la responsabilidad institucional.

Colaboración intersectorial

La práctica incorpora colaboración intersectorial en dos niveles. A nivel del sistema sanitario, se articula con estructuras y herramientas regionales de seguridad del paciente para la notificación, trazabilidad y aprendizaje compartido, facilitando comparabilidad y mejora más allá del centro. De esta forma se está colaborando con otras Comunidades Autónomas para compartir buenas prácticas. A nivel supranacional, se alinea con el marco europeo ERNST y con la estrategia RESCUE, aportando un lenguaje común de estándares que refuerza la validez externa y la transferibilidad. De manera complementaria, se contempla colaboración con entidades académicas y de formación para el entrenamiento y supervisión de pares, evaluación del programa y difusión científica (congresos, publicaciones y redes de seguridad). Esta colaboración, por tanto, introduce estándares, benchmarking y evidencia aplicada, acelerando la madurez del programa y su replicabilidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

Evaluación

Se aplica un marco evaluativo mixto: cuantitativo (indicadores) y cualitativo (feedback de profesionales y mandos intermedios), orientado a la toma de decisiones. Los indicadores se extraen del cuadro de mandos y de la monitorización de la aplicación del protocolo. El 10 feedback cualitativo se recoge de forma confidencial para detectar barreras (estigma, accesibilidad, utilidad percibida) y ajustar el programa. La evaluación se realiza con periodicidad definida (revisión trimestral de indicadores y auditoría anual del protocolo), y sus hallazgos se incorporan al ciclo PDCA, con actualizaciones de las herramientas y del plan formativo. La evaluación se cierra con un informe interno y la actualización del programa, sosteniendo la mejora continua que impacta en la seguridad del paciente.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MAD8-3: FarmaCenter: herramienta para la resolución de consultas farmacoterapéuticas tras el alta desde el Servicio de Urgencias

Alicia Díaz Redondo (1), Ana de Lorenzo Pinto (2), Daniel Gómez Costas (2), Carmen Redondo Galán (2), Juan Antonio Andueza Lillo (3), Rodolfo Romero Pareja (4), Ana Herranz Alonso (2),
María Sanjurjo Sáez (2)

(1) Unidad de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), (2) Servicio de Farmacia, HGUGM, SERMAS, (3) Servicio de Urgencias, HGUGM, SERMAS, (4) Dirección de Continuidad Asistencial, HGUGM, SERMAS.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: FarmaCenter, seguridad del medicamento, transición asistencial, atención farmacéutica, urgencias hospitalarias.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Numerosos estudios muestran que las transiciones asistenciales son momentos de especial vulnerabilidad e incertidumbre para los pacientes. En este contexto pueden producirse incidentes relacionados con la medicación, a menudo derivados de una coordinación insuficiente y de fallos en la comunicación sobre los tratamientos, tanto entre profesionales como con el propio paciente.

Los Servicios de Urgencias constituyen uno de los entornos con mayor riesgo de estos incidentes, por características que los favorecen: elevado volumen asistencial, alta rotación de profesionales y pacientes, y transmisión de gran cantidad de información en un periodo muy breve. A ello se suma, con frecuencia, la falta de un espacio tranquilo que permita ofrecer educación sanitaria de calidad. Se ha estimado que alrededor del 42% de los pacientes dados de alta desde Urgencias recibe información incompleta y que los pacientes olvidan aproximadamente el 60% de la información médica tras abandonar el hospital. Estas limitaciones dificultan el manejo adecuado del tratamiento en el domicilio, incrementan la ansiedad y favorecen la aparición de eventos adversos relacionados con medicamentos y nuevas visitas al hospital.

FarmaCenter surge para acompañar al paciente tras el alta y resolver dudas sobre la farmacoterapia prescrita, reforzando la seguridad y la continuidad asistencial. Hasta la fecha, no tenemos constancia de otros programas específicamente orientados a este perfil de pacientes.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

FarmaCenter es un modelo de atención farmacéutica post-alta orientado a resolver, de forma ágil y segura, las dudas farmacoterapéuticas de los pacientes dados de alta desde el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). La práctica se dirige de manera universal a todos los pacientes (adultos, paciente obstétrico-ginecológico y pediatría)

que abandonan el Servicio de Urgencias con un tratamiento prescrito y que, ya en domicilio, presentan incidencias o incertidumbres que pueden comprometer la continuidad terapéutica (p. ej., problemas con la receta, dudas de administración, duración, dosis o manejo de reacciones adversas).

El acceso se garantiza integrando en todos los informes de alta una leyenda estandarizada con las vías de contacto: teléfono y correo electrónico disponibles 24 horas al día. El circuito se activa a demanda del paciente: tras el contacto, el farmacéutico realiza una valoración estructurada de la consulta, revisa la información clínica disponible en la historia, identifica el problema y establece la intervención necesaria. Cuando procede, coordina la resolución con el equipo asistencial implicado (incluyendo un médico de referencia del Servicio Urgencias), y posteriormente devuelve una respuesta al paciente, verificando la comprensión y reforzando mensajes clave de seguridad.

La organización se sustenta en un modelo farmacéutico liderado: en jornada ordinaria, la atención la prestan los farmacéuticos del propio Servicio de Urgencias y, fuera de ese horario, los farmacéuticos de guardia del Servicio de Farmacia, garantizando continuidad asistencial real sin depender de herramientas complejas. La actividad queda registrada en la historia clínica del paciente y en una base de datos anonimizada y específica, lo que permite monitorizar actividad, tiempos de respuesta y tipología de incidencias, y orientar acciones de mejora (p. ej., formación o ajustes de procesos) mediante una evaluación periódica.

El alcance territorial es hospitalario (HGUGM, Comunidad de Madrid) y su elemento diferencial es la combinación de: cobertura 24/7, accesibilidad “baja barrera” (teléfono/correo), integración directa en el informe de alta, resolución centrada en seguridad del medicamento y un sistema de aprendizaje continuo basado en datos, con mínima necesidad de recursos tecnológicos adicionales y alta transferibilidad a otros centros.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana incluye a todos los pacientes dados de alta desde los Servicios de Urgencias del HGUGM, tanto adultos como pediátricos. El ámbito de aplicación se circunscribe al periodo posterior al alta, cuando surgen dudas en relación al tratamiento farmacológico que pueden resolverse mediante orientación sanitaria sin necesidad de reconsulta presencial, favoreciendo la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. En 2025, los Servicios de Urgencias del HGUGM atendieron 272.918 pacientes, lo que refleja un alto volumen asistencial y una elevada probabilidad de consultas evitables tras el alta, especialmente en pacientes con tratamientos nuevos, cambios de medicación o indicaciones de seguimiento.

Metodología

Fase I: Diseño del circuito de funcionamiento

1. Constitución de un equipo multidisciplinar integrado por farmacéuticos del Servicio de Urgencias, el Coordinador de Urgencias y el Director de Continuidad Asistencial, responsable de la planificación, gestión y despliegue del proyecto.
2. Presentación del proyecto a la Comisión de Continuidad Asistencial en Farmacoterapia del hospital y a Atención Primaria.
3. Definición del circuito de identificación de pacientes candidatos a FarmaCenter y de los criterios operativos de derivación/activación.

Fase II: Desarrollo tecnológico

1. Adaptación del Informe de Alta por Sistemas de Información para incorporar de forma estandarizada el teléfono y el correo electrónico de contacto del equipo farmacéutico.

Fase III: Puesta en marcha de FarmaCenter

- (1) el paciente contacta mediante la información del alta;
- (2) el farmacéutico evalúa la consulta, revisa la historia clínica y, si procede, coordina la resolución con el equipo asistencial (en ciertos casos es necesario un cambio de medicación, bien de fármaco o de posología);
- (3) el farmacéutico contacta con el paciente, resuelve la consulta y ofrece una encuesta de satisfacción.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar, implantar y evaluar una herramienta para resolver consultas farmacoterapéuticas en pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias.

Objetivos específicos

- Corregir los errores de medicación detectados tras las consultas recibidas.
- Diseñar estrategias que permitan mejorar la información proporcionada al alta sobre el tratamiento farmacológico.
- Disminuir el número de incidencias detectados, mejorando la calidad y seguridad de la atención.
- Conocer la satisfacción de los pacientes con la herramienta.

Actuaciones realizadas

Desde noviembre de 2022, todos los informes de alta de los Servicios de Urgencias del HGUGM incluyen una leyenda que detalla las formas de acceso a FarmaCenter, con un correo electrónico y un teléfono de contacto las 24 horas del día. Así, los pacientes que lo necesiten pueden plantear sus dudas sobre el tratamiento farmacológico que se les ha prescrito al recibir el alta.

La atención de FarmaCenter la realizan los farmacéuticos del Servicio de Urgencias y, fuera de la jornada laboral ordinaria, los farmacéuticos de guardia del Servicio de Farmacia. Además, se cuenta con un médico del Servicio de Urgencias de referencia para aquellos casos en los que sea necesario. La actividad queda registrada en la historia clínica del paciente y en una base de datos para su posterior análisis y establecimiento de acciones de mejora.

Indicadores

- Proporción de consultas recibidas frente al total de altas hospitalarias del Servicio de Urgencias durante el periodo ($\text{n}^\circ \text{ consultas recibidas} / \text{n}^\circ \text{ pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias durante el periodo} \times 100$). Objetivo < 0,5% (periodicidad anual).
- Tiempo medio de resolución de la incidencia (minutos transcurridos desde que se recibe la llamada hasta que se da solución). Objetivo < 2,5 horas (periodicidad anual).
- Nº de errores de medicación detectados x 100 consultas atendidas. Objetivo: tendencia descendente (periodicidad anual).
- Nº de medidas implantadas para mejorar la calidad de la información entregada al alta. Objetivo: ≥ 1 al año (periodicidad anual).
- Valoración global de la herramienta. Objetivo > 4,5/5 (periodicidad anual).

Recursos

Ha sido necesaria la asignación de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria para la atención de las consultas, función que en nuestro centro asumen los farmacéuticos del Servicio de Urgencias.

La puesta en marcha de la herramienta no ha requerido la adquisición de nueva tecnología ni la asignación de recursos financieros adicionales.

Basada en la evidencia

FarmaCenter se fundamenta en la evidencia de que las transiciones asistenciales, y en particular el alta, son un punto crítico de daño relacionado con medicamentos, priorizado por la OMS en el marco de “Medication Without Harm”.

La literatura muestra que las intervenciones estructuradas de comunicación al alta se asocian con mejores resultados clínicos y menor reutilización de recursos (p. ej., reingresos).

De forma específica, las intervenciones lideradas por farmacia (historia farmacoterapéutica, conciliación, revisión de prescripción y soporte tras el alta) reducen discrepancias y errores de medicación.

Además, metaanálisis y revisiones han descrito impacto favorable en seguridad y en visitas posteriores a Urgencias.

En el entorno de Urgencias, la evidencia emergente respalda el papel del farmacéutico en la transición, especialmente para asegurar comprensión, acceso y adherencia al tratamiento.

- World Health Organization. Medication Without Harm: WHO Global Patient Safety Challenge (brochure/WHO-HIS-SDS-2017.6). 2017.
- Donaldson LJ, Kelley E, Dhingra-Kumar N, et al. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. Lancet. 2017;389(10080):1680-1681.

- Tyler N, et al. Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023 Nov 1;6(11):e2344825
- Mekonnen AB, et al. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016;6(2):e010003.
- De Oliveira Jr GS, et al. Effectiveness of Pharmacist Intervention to Reduce Medication Errors and Health-Care Resources Utilization After Transitions of Care: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. J Patient Saf. 2021;17(5):375-380.
- McNab D, et al. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation in the community after hospital discharge. BMJ Qual Saf. 2018 Apr;27(4):308-320.
- Martínez MF, et al. Effect of a clinical pharmacist on 30-day revisits following discharge from an emergency department: a randomized controlled clinical trial. Emergencias. 2024;36(1):33-40.

Equidad

En nuestra opinión, ofrecer un teléfono directo y un correo electrónico como vías de contacto constituye una alternativa sencilla, universal y de baja barrera, accesible para la gran mayoría de los pacientes, incluidos aquellos con menor alfabetización digital, personas mayores, pacientes extranjeros o con limitaciones funcionales.

A diferencia de soluciones basadas en aplicaciones, este enfoque no requiere descarga, registro ni dispositivos específicos, reduce la dependencia de habilidades tecnológicas y permite adaptarse a distintas necesidades de comunicación (p. ej., llamada para dificultades de lectura o escritura, y correo para quienes prefieren dejar constancia o adjuntar documentación). Además, facilita el acceso equitativo desde cualquier punto del territorio, independientemente del nivel socioeconómico o del soporte familiar disponible.

Sostenibilidad

FarmaCenter no requiere recursos económicos ni materiales adicionales para garantizar su continuidad a largo plazo. Su viabilidad depende fundamentalmente de la implicación y coordinación de profesionales comprometidos con la seguridad del medicamento y la continuidad asistencial.

Transferibilidad

Hemos superado los 2.200 pacientes que se han beneficiado de este modelo de atención centrado en el paciente y, tras tres años de implantación y demostración de su valor, la posibilidad de su extensión y generalización es innegable.

En nuestro caso, la inversión económica ha sido mínima y no ha sido prácticamente necesario ningún desarrollo tecnológico, por lo que esta característica permite que la aplicabilidad del modelo pueda extenderse a un amplio número de centros.

Efectividad

Desde el inicio del programa, se han atendido 2.201 consultas (noviembre 2022- noviembre 2025). El 55,3% han sido mujeres y la edad media ha sido de 52,2 años. La mayoría (98,2%) contactó por teléfono. El tiempo medio de resolución fue de 1,5 horas. Más de la mitad de los casos (53,8%) fueron resueltos por el farmacéutico sin necesidad de contactar con el resto del equipo asistencial.

Los motivos de consulta principales fueron: incidencias con la receta que impiden al paciente obtener la medicación en la oficina de farmacia (34,4%), dudas sobre la administración de fármacos (11,7%), dudas con la duración (8,6%), manejo de reacciones adversas (7,9%), y dudas con la dosis (6,8%).

Se envió la encuesta de satisfacción a los pacientes que dieron de forma voluntaria su correo electrónico. La valoración global del servicio fue de 4,9 puntos sobre 5, la facilidad de ponerse en contacto con FarmaCenter 4,9/5, la utilidad de la respuesta recibida 4,8/5 y el tiempo de resolución 4,7/5.

Eficiencia

En la encuesta de satisfacción un 93% de los pacientes consideró que FarmaCenter le había ayudado a evitar una visita a un centro sanitario para resolver esa duda. Por tanto, la herramienta podría haber evitado 2.046 visitas potencialmente evitables, contribuyendo a reducir la carga asistencial y el volumen de demanda en los centros sanitarios.

Participación multidisciplinar

Para el funcionamiento de FarmaCenter ha sido esencial la colaboración entre el equipo médico de Urgencias, especialistas médicos y quirúrgicos y farmacéuticos hospitalarios, garantizando una respuesta coordinada y segura ante consultas que requieren verificación clínica o ajustes terapéuticos.

Además, algunas consultas se han canalizado también a través de Oficinas de Farmacia comunitarias y Centros de Salud de Atención Primaria, reforzando la continuidad asistencial y facilitando el acceso del paciente al recurso.

Colaboración intersectorial

No.

Evaluación

Al conocer los principales motivos de consultas farmacoterapéuticas de los pacientes, estamos pudiendo diseñar estrategias que permitan corregir los problemas detectados y aumentar, de esta manera, la calidad de la información entregada al alta sobre el tratamiento farmacológico. Esta evaluación se realiza trimestralmente.

Algunos ejemplos de medidas adoptadas:

- a) Desarrollar un protocolo dirigido a médicos del hospital sobre la correcta cumplimentación de la receta electrónica.

- b) Implantar la herramienta FarmaHelp® en el hospital para la localización de medicación con problemas de desabastecimiento en Oficinas de Farmacia. Esta herramienta digital y gratuita ha sido desarrollada la Organización Farmacéutica Colegial pero, hasta el momento, su uso se limitaba al entorno de Oficinas de Farmacia.
- c) Impulsar modelos semejantes dentro del hospital para que el paciente pueda resolver consultas no relacionadas con su farmacoterapia (citaciones, resultados de pruebas de laboratorio, etc).

Además, se ha estimado que un 45% de las incidencias reportadas en las consultas podrían haber ocasionado un error de medicación si no se hubiera solucionado a tiempo, siendo la omisión del tratamiento el motivo principal. Si se clasifican estos errores según la gravedad (escala NCC MERP), el 65% de ellos habría tenido una gravedad de categoría $\geq$ E, es decir, errores que pueden producir un daño en el paciente y para los que es necesario realizar algún tipo de intervención.

Ejemplo: Paciente anticoagulado con apixaban por fibrilación auricular, prescriben enoxaparina 40mg al alta de Urgencias por movilidad reducida.

MUR8-1: Mejora de la seguridad del paciente en el triaje telefónico del 112/061 mediante un modelo clínico estructurado y monitorizado

José Antonio Troya Gil (1), Francisco Celdrán Gil (1), Remedios Gómez Sánchez (1), Sonia Sánchez Martínez (1), Manuel Pardo Ríos (1), Manuel Ángel García Chicano (1), Saturnino Romero Soto (1), Cristóbal Navarro Barba (1), María Trinidad López Rodríguez (1)

(1) Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Triage telefónico, seguridad del paciente, urgencias y emergencias sanitarias, Centro Coordinador de Urgencias, algoritmos de decisión clínica, atención extrahospitalaria.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La evolución del sistema de triaje telefónico del 112/061 en la Región de Murcia surge ante la necesidad de mejorar la clasificación y gestión de las llamadas sanitarias, optimizando la atención al ciudadano y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Antes de la implantación del nuevo modelo, el sistema presentaba limitaciones significativas derivadas de la falta de formación sanitaria del personal operador del 112, encargado de realizar las preguntas iniciales. Esta circunstancia generaba una doble evaluación, ya que posteriormente el personal médico o de enfermería debía revisar y validar la información obtenida, con la consiguiente pérdida de tiempo en situaciones críticas.

Asimismo, el protocolo de triaje previo no permitía identificar de forma precisa los signos y síntomas más relevantes de cada patología. Esto provocaba diferencias en la clasificación de las llamadas y en la respuesta asistencial entre los distintos equipos, afectando la calidad, homogeneidad y eficiencia del servicio.

La propuesta tiene un impacto directo en la atención sanitaria urgente y emergente extrahospitalaria. La implantación de un sistema de triaje telefónico diseñado para ser aplicado por médicos y enfermeras ha permitido establecer un proceso de clasificación más riguroso, estructurado y basado en información clínica relevante. Con ello, se ha optimizado la capacidad de respuesta del Centro Coordinador de Urgencias (CCU), especialmente en situaciones de alta demanda, donde la rapidez y precisión en la toma de decisiones son esenciales para la seguridad del paciente.

El valor añadido de este proyecto radica en la incorporación de algoritmos automáticos de clasificación, que unifican los criterios de movilización de recursos según la gravedad de cada caso. Esta innovación ha reducido las disparidades entre equipos, mejorado la coordinación entre el CCU y las unidades asistenciales, y garantizado una respuesta más adecuada y eficiente ante cada llamada.

Además, el proyecto ha incluido la revisión y actualización de las tipificaciones sanitarias (motivos de llamada), adaptándolas a nuevas realidades y necesidades asistenciales.

Paralelamente, se ha desarrollado un programa de formación específico para todo el personal implicado, asegurando una transición efectiva y la correcta aplicación del nuevo modelo.

En conjunto, la implantación de este sistema ha permitido unificar y sistematizar la evaluación de las llamadas, realizar una clasificación objetiva de la gravedad y proporcionar la respuesta sanitaria más apropiada en cada situación. El resultado ha sido una atención más ágil, precisa y homogénea, una optimización de los recursos disponibles y un fortalecimiento global de la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias en la Región de Murcia.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La propuesta de Evolución del Sistema de triaje telefónico del 112/061 en la Región de Murcia tuvo como objetivo principal mejorar la clasificación y gestión de las llamadas sanitarias, optimizando la precisión en la evaluación inicial, la eficiencia asistencial y la calidad de la atención al paciente. El proyecto estuvo dirigido a los operadores del 112, al personal médico y de enfermería del Centro Coordinador de Urgencias (CCU), a las unidades asistenciales del 061 y, en última instancia, a la población que requiere atención urgente o emergente en la región.

La iniciativa se centró en la actualización y mejora de las tipificaciones sanitarias, es decir, los protocolos de preguntas empleados durante la gestión de llamadas de emergencia. Estas tipificaciones fueron rediseñadas para incluir cuestiones más específicas y exhaustivas, orientadas a identificar los signos y síntomas más relevantes de cada patología. Gracias a ello, fue posible clasificar las llamadas en categorías de prioridad (A1, A2, A3 y A4) de manera más precisa, facilitando la toma de decisiones y la movilización eficiente de los recursos asistenciales.

El desarrollo del proyecto se estructuró en varias fases. En primer lugar, se conformó un equipo multidisciplinar integrado por médicos, enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias (TES) del CCU, de las unidades móviles de emergencia (UME) y de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP). Este grupo elaboró un documento de referencia que definió las preguntas específicas y las clasificaciones correspondientes para cada motivo de llamada.

Posteriormente, el equipo de informática del 112 llevó a cabo las mejoras necesarias en el sistema de gestión de llamadas ECHO, incorporando una nueva interfaz que facilitó la visualización de la información sanitaria y la implementación de algoritmos de clasificación automática.

Una vez completado el desarrollo, las nuevas tipificaciones se implantaron inicialmente en el entorno de formación del sistema ECHO, donde se realizaron pruebas, validaciones y ajustes. Paralelamente, se revisaron los protocolos operativos de atención de llamadas del 112 y 061, y se impartió formación específica al personal del CCU y a los operadores del 112, asegurando una transición efectiva y homogénea al nuevo modelo. Finalmente, el sistema se desplegó en el entorno de producción, con un periodo inicial de supervisión y ajuste por parte del equipo coordinador.

El proyecto se aplicó en todo el ámbito territorial de la Región de Murcia, beneficiando a la población usuaria de los servicios de urgencias y emergencias sanitarias. Entre sus principales innovaciones destacaron la incorporación de algoritmos avanzados de triaje, que permitieron una clasificación automatizada de las llamadas según su gravedad, la unificación de criterios de movilización de recursos y la mejora en la gestión y visualización de la información sanitaria dentro del sistema ECHO.

En conclusión, esta propuesta representó una innovación estratégica en el ámbito del triaje telefónico sanitario, que mejoró la calidad, rapidez y eficacia de la atención urgente en la Región de Murcia. Su desarrollo, basado en la colaboración multidisciplinar, el uso de tecnología avanzada y la capacitación del personal, garantizó una respuesta asistencial más precisa, segura y adaptada a las necesidades de los pacientes.

Población diana / ámbito de aplicación

La población diana del proyecto incluye a todas las personas que solicitan asistencia sanitaria urgente o emergente en la Región de Murcia, canalizadas a través del Centro Coordinador de Urgencias 112/061 (CCU 061RM). Este sistema atiende una población estimada de 1,5 millones de habitantes, con una media anual de más de 400.000 llamadas sanitarias.

El proyecto impacta directamente sobre tres niveles: la población general usuaria, que se beneficia de una mayor seguridad, rapidez y adecuación en la respuesta sanitaria; los profesionales del Centro Coordinador (médicos, enfermeras y técnicos en emergencias sanitarias), que disponen ahora de herramientas estructuradas y algoritmos clínicos que mejoran la precisión y homogeneidad del triaje telefónico; y el propio sistema sanitario regional, al optimizar la gestión de recursos asistenciales, mejorar la continuidad asistencial entre niveles y reducir los tiempos de respuesta en situaciones críticas.

En conjunto, la intervención alcanza a la totalidad del territorio de la Región de Murcia y resulta transferible a otros servicios autonómicos de urgencias extrahospitalarias del Sistema Nacional de Salud.

Metodología

El proyecto se desarrolló en cinco fases. En primer lugar, un equipo multidisciplinar del CCU 061 revisó y actualizó las tipificaciones sanitarias, elaborando un documento con preguntas específicas para cada patología y criterios de clasificación en los niveles A1, A2, A3 y A4 según la gravedad. Posteriormente, el equipo de informática del 112 adaptó el sistema ECHO, incorporando una interfaz más funcional y algoritmos automáticos de clasificación.

En la tercera fase, se impartió formación específica al personal del CCU para garantizar el uso correcto del nuevo sistema. Una vez validados los cambios en el entorno de pruebas, se procedió a la implantación en producción, bajo supervisión inicial del equipo coordinador. Finalmente, se estableció un sistema de monitorización continua, evaluando indicadores de rendimiento, tiempos de respuesta, cumplimiento de protocolos y desempeño individual del personal.

Objetivos

General: Mejorar la calidad y la seguridad en la atención sanitaria telefónica y en la gestión de recursos asistenciales en el CCU 061RM.

Específicos:

1. Implementar un sistema de triaje telefónico basado en algoritmos que clasifiquen las llamadas según su gravedad (A1, A2, A3, A4) de manera más precisa y eficiente.

2. Reducir la disparidad en la gestión de llamadas entre los equipos del CCU mediante la unificación de criterios y protocolos.
3. Monitorizar de manera sistemática la actividad global e individual del CCU para evaluar el cumplimiento de los protocolos y optimizar la distribución de recursos.
4. Mejorar la formación del personal del CCU en el uso del nuevo sistema de triaje y en la aplicación de los protocolos actualizados.
5. Garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente mediante la detección precoz de deterioro clínico y la movilización adecuada de recursos.

Actuaciones realizadas

Revisión de tipificaciones sanitarias:

- Creación de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, TES) del CCU.
- Elaboración de un documento con preguntas específicas por patología y clasificación en niveles de gravedad.
- Validación del protocolo por la Dirección del 061.

Desarrollo tecnológico:

- Adaptación del sistema ECHO con una interfaz mejorada y algoritmos automáticos de clasificación.

Implantación y formación:

- Pruebas en entorno ECHO Formación, revisión de protocolos 112/061 y formación para todo el personal del Centro Coordinador.

Producción y monitorización:

- Despliegue supervisado y evaluación continua mediante indicadores de rendimiento, calidad asistencial y eficiencia operativa.

Indicadores

Para evaluar la implantación y el impacto del nuevo sistema de triaje telefónico se establecieron indicadores cuantitativos y cualitativos vinculados a la seguridad, la calidad y la eficiencia asistencial. Entre los principales destacan:

- Porcentaje de llamadas correctamente clasificadas en primera valoración.
- Tiempo medio de respuesta y resolución de la llamada.
- Porcentaje de movilizaciones adecuadas según prioridad (A1–A4).
- Reducción del número de reevaluaciones o recontactos por información insuficiente.
- Cumplimiento de protocolos de triaje por profesional y por turno.
- Nivel de satisfacción y percepción de seguridad del paciente y del profesional.

- Incidencias de seguridad o eventos adversos asociados a errores de clasificación.
- Actividad global e individual monitorizada a través del sistema ECHO y paneles de control.

Estos indicadores permiten una monitorización continua, facilitando la mejora progresiva del modelo y la toma de decisiones basada en datos objetivos.

Recursos

El desarrollo del proyecto se realizó utilizando recursos propios de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de la Región de Murcia, sin requerir financiación externa. Se contó con la implicación directa del equipo multidisciplinar del Centro Coordinador de Urgencias (médicos, enfermeras y técnicos en emergencias sanitarias), así como con el apoyo técnico del servicio de informática del 112.

Los principales recursos empleados incluyeron la infraestructura tecnológica del sistema ECHO, el tiempo de dedicación del personal para la revisión y validación de tipificaciones, la formación interna de los profesionales y la supervisión continuada durante la implantación.

Asimismo, se dispuso del soporte institucional de la Dirección del 061 para garantizar la coordinación operativa, la difusión del nuevo modelo y la integración de los algoritmos de clasificación en el entorno de producción. Los costes se asumieron íntegramente con recursos humanos y tecnológicos ya existentes.

Basada en la evidencia

La intervención se sustenta en principios consolidados de seguridad del paciente y mejora de procesos: triaje telefónico realizado por profesionales sanitarios con protocolos estructurados de preguntas clave, uso de algoritmos clínicos de decisión para priorización (A1–A4) y criterios explícitos de movilización de recursos. La estandarización reduce la variabilidad interprofesional y los errores de clasificación; las listas de verificación y la verificación cruzada minimizan omisiones críticas. La integración en el sistema ECHO permite registro automático con marcas temporales, auditoría continua, análisis de indicadores y retroalimentación formativa, favoreciendo ciclos de mejora (PDSA) y aprendizaje organizativo. La evidencia disponible en servicios de urgencias extrahospitalarias muestra que los modelos de triaje liderados por médicos/enfermeras y apoyados en algoritmos incrementan la adecuación de la respuesta, reducen tiempos y mejoran la satisfacción de usuarios y profesionales. El proyecto se alinea con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS y la continuidad asistencial.

Equidad

El proyecto contribuye a la equidad en el acceso y la calidad de la atención urgente al garantizar que todas las llamadas recibidas en el 112/061 sean evaluadas bajo los mismos criterios clínicos y algoritmos de clasificación, independientemente del lugar de residencia, nivel socioeconómico, edad o condición del usuario. La homogeneización del triaje elimina diferencias derivadas de la experiencia individual de los operadores y asegura una respuesta sanitaria proporcional a la gravedad real del cuadro clínico.

Además, el modelo favorece la accesibilidad de colectivos vulnerables, como personas mayores, con discapacidad o residentes en zonas rurales, al ofrecer una primera atención clínica rápida y

coordinada desde cualquier punto del territorio. La monitorización continua de los indicadores permite detectar posibles desigualdades en la respuesta asistencial y corregirlas de forma proactiva, fortaleciendo la equidad territorial y la justicia sanitaria en la atención urgente extrahospitalaria.

Sostenibilidad

El proyecto es sostenible a largo plazo porque se integra completamente en la estructura y los recursos ya existentes del Centro Coordinador de Urgencias 112/061, sin requerir inversiones adicionales en infraestructura ni personal. La actualización del sistema ECHO y la creación de algoritmos automáticos de triaje suponen una mejora estructural permanente que optimiza la gestión de recursos y reduce los costes derivados de movilizaciones inadecuadas o duplicidades en la atención.

El modelo se mantiene operativo mediante la formación continua del personal y la supervisión sistemática de indicadores de calidad, lo que permite su adaptación a nuevos protocolos o necesidades asistenciales sin gastos añadidos. Además, al incrementar la eficiencia y la seguridad del proceso, el sistema disminuye el consumo de tiempo y recursos en cada llamada, contribuyendo a la sostenibilidad económica y organizativa del servicio de urgencias y, por extensión, del sistema sanitario regional.

Transferibilidad

El modelo de triaje telefónico desarrollado por el 112/061 de la Región de Murcia es fácilmente transferible a otros servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud, ya que se basa en estructuras organizativas y tecnológicas comunes a la mayoría de los centros coordinadores de urgencias. Los algoritmos de clasificación y las tipificaciones sanitarias están diseñados con criterios clínicos estandarizados, lo que permite su adaptación a distintos entornos mediante una configuración mínima del software de gestión de llamadas.

La metodología empleada —revisión de protocolos, validación multidisciplinar, formación estructurada y despliegue supervisado— constituye un modelo reproducible y escalable. Además, el sistema de monitorización continua ofrece datos objetivos que facilitan su evaluación y replicación. La experiencia acumulada por el 061 de Murcia puede servir como referencia para otros servicios regionales que busquen mejorar la seguridad, la homogeneidad y la eficiencia del triaje telefónico sanitario.

Efectividad

La implantación del nuevo sistema de triaje telefónico ha demostrado una mejora significativa en la precisión diagnóstica inicial, la rapidez en la clasificación de llamadas y la adecuación en la movilización de recursos. Los algoritmos clínicos y las tipificaciones actualizadas permiten identificar con mayor exactitud la gravedad del cuadro, reduciendo los errores de clasificación y los tiempos de respuesta.

Asimismo, la formación específica del personal y la monitorización continua del desempeño han incrementado la adherencia a los protocolos, la homogeneidad entre turnos y la calidad percibida por los usuarios. Los primeros datos internos muestran una disminución del número de reevaluaciones, un aumento de la coherencia entre la prioridad asignada y la decisión final, y una reducción de los tiempos de resolución. Todo ello se traduce en una atención más segura,

eficaz y centrada en el paciente, consolidando la efectividad del modelo en el ámbito de la urgencia extrahospitalaria.

Eficiencia

El nuevo sistema de triaje telefónico ha incrementado la eficiencia operativa del Centro Coordinador de Urgencias al optimizar el uso de los recursos humanos y materiales disponibles. La aplicación de algoritmos automáticos de clasificación reduce los tiempos de gestión de cada llamada y evita duplicidades derivadas de reevaluaciones innecesarias. La información clínica obtenida desde el primer contacto permite movilizar el recurso más adecuado en función de la gravedad, disminuyendo desplazamientos ineficaces y mejorando la coordinación entre niveles asistenciales.

La integración del proceso en el sistema ECHO facilita el seguimiento en tiempo real de la actividad y la generación de informes automáticos de rendimiento, lo que contribuye a la toma de decisiones basadas en datos. La reducción de tiempos, el uso racional de recursos y la mejora de la productividad global consolidan la sostenibilidad económica y la eficiencia del modelo dentro del sistema sanitario regional.

Participación multidisciplinar

El proyecto se desarrolló mediante un enfoque plenamente multidisciplinar, liderado por el equipo de enfermería del Centro Coordinador de Urgencias 061RM, con la participación activa de médicos, técnicos en emergencias sanitarias (TES) y teleoperadores del 112. La coordinación enfermera permitió integrar la perspectiva asistencial y de seguridad del paciente en todas las fases del proceso, desde la revisión de las tipificaciones sanitarias hasta la implantación de los algoritmos de triaje.

Los médicos aportaron la validación clínica de los protocolos y la definición de criterios de gravedad, mientras que los TES contribuyeron con su experiencia operativa en la gestión de recursos y la respuesta extrahospitalaria. Los teleoperadores, por su parte, participaron en la fase de pruebas y formación, garantizando la correcta adaptación del flujo de llamadas al nuevo sistema. Esta colaboración interprofesional favoreció la coherencia, la usabilidad y la aceptación del modelo por todos los perfiles implicados.

Colaboración intersectorial

El desarrollo del proyecto contó con una estrecha colaboración entre diferentes sectores y niveles institucionales. Participaron de forma coordinada el Centro Coordinador de Urgencias 112, dependiente de la Dirección General de Seguridad y Emergencias, y la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 del Servicio Murciano de Salud, garantizando la integración funcional entre ambos sistemas.

Asimismo, el servicio de informática del 112 colaboró en el diseño y adaptación tecnológica del sistema ECHO, incorporando los algoritmos clínicos y paneles de monitorización. Esta cooperación técnica fue esencial para asegurar la interoperabilidad y la seguridad de los datos.

El proyecto también contó con el respaldo de la Dirección del 061, que facilitó la validación institucional y la formación del personal. La implicación de distintos ámbitos —sanitario, tecnológico y de emergencias— permitió una implantación efectiva y ejemplifica un modelo de

colaboración intersectorial orientado a la seguridad del paciente y a la mejora continua del sistema sanitario regional.

Evaluación

La evaluación del proyecto se diseñó con un enfoque mixto, combinando indicadores cuantitativos y cualitativos que permiten valorar su impacto sobre la seguridad, la calidad y la eficiencia asistencial. Los principales parámetros analizados incluyen el porcentaje de llamadas correctamente clasificadas, los tiempos medios de respuesta y resolución, la adecuación de la movilización de recursos, y la reducción de reevaluaciones.

Además, se aplican auditorías periódicas del cumplimiento de protocolos, con revisión aleatoria de casos y seguimiento individualizado del desempeño profesional mediante los registros automáticos del sistema ECHO. La monitorización continua de los indicadores permite detectar desviaciones y aplicar acciones de mejora.

Complementariamente, se recogen datos de satisfacción de profesionales y usuarios, valorando la percepción de seguridad y calidad. Esta evaluación integral garantiza la trazabilidad del proceso, favorece la transparencia y asegura la mejora continua del modelo de triaje telefónico en el ámbito del 112/061.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR8-2: Procedimiento integral para la atención a la parada cardiorrespiratoria en el Área I Murcia-Este

Julio José López-Picazo Ferrer (1), Juana María Marín Martínez (1), Inmaculada Vidal-Abarca Gutiérrez (1), Arturo Pereda Mas (1), Mercedes López Ibáñez (1), María Luisa Tornel Martínez (1), Dolores Beteta García (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Área I Murcia-Oeste, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Parada cardiorrespiratoria, sistema de respuesta rápida, seguridad del paciente, soporte vital avanzado, atención multidisciplinar.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una de las situaciones clínicas más críticas en el ámbito sanitario, donde cada segundo cuenta para preservar la vida y minimizar secuelas. En este contexto, el Área I del Servicio Murciano de Salud ha desarrollado un procedimiento integral, sistematizado y multidisciplinar para la atención a la PCR, con el objetivo de garantizar una respuesta rápida, coordinada y eficaz en cualquier punto del territorio asistencial.

La propuesta responde a una necesidad identificada en la práctica clínica: la variabilidad en la respuesta ante una PCR según el lugar de ocurrencia, el personal disponible y la infraestructura, lo que puede comprometer la supervivencia del paciente y la calidad de la atención. El procedimiento presentado aborda esta problemática mediante la estandarización de roles, tiempos de respuesta, activación de recursos y protocolos clínicos, adaptados a cada entorno y distintos escenarios, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

Su relevancia radica en que se trata de una práctica consolidada, evaluada y en constante mejora, que impacta directamente en la seguridad del paciente, la eficiencia organizativa y la equidad en el acceso a atención urgente. La magnitud del problema es evidente: la PCR puede ocurrir en cualquier momento y lugar, y su atención requiere una estructura organizativa robusta, entrenada y bien comunicada.

El procedimiento incluye un sistema automático de llamadas que permite la activación inmediata de los equipos de respuesta, protocolos diferenciados por localización (bloques hospitalarios, hospital de día, centros de salud, centro de especialidades, áreas no asistenciales), indicadores de calidad (estructura, proceso y resultado), monitorización de la estructura y del empleo de listas de verificación, así como una estrategia de formación para el personal implicado.

Además, se ha ampliado recientemente su alcance a nuevas localizaciones como centros de especialidades y áreas administrativas, lo que refuerza su impacto territorial y su capacidad de transferencia. La práctica ha sido aprobada por la Comisión de Parada y la Dirección del Área, y cuenta con respaldo institucional para su sostenibilidad.

En resumen, esta buena práctica aborda una necesidad crítica con una solución estructurada, basada en evidencia, con impacto directo en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, y con potencial de replicabilidad en otros contextos del sistema sanitario.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El procedimiento de actuación ante la PCR del Área I del SMS es una práctica organizativa y clínica que establece un protocolo detallado de atención en todos los entornos del área sanitaria, incluyendo hospitales, centros de salud, centros de especialidades y áreas no asistenciales. Su diseño responde a criterios de seguridad, eficiencia, equidad y continuidad asistencial.

El procedimiento de atención a la PCR se estructura en varias fases operativas: detección de la PCR, activación del sistema automático de llamadas, asignación de roles, movilización de recursos, soporte vital básico, soporte vital avanzado y traslado a unidades críticas. Cada fase está protocolizada y adaptada a las características del lugar donde ocurre la PCR, con responsables definidos y procedimientos específicos.

Así, se han desarrollado subprocedimientos para cada localización: bloque general, maternal, infantil, hospital de día, policlínico, áreas no asistenciales (como cocina, lavandería, mantenimiento), centros de salud y centro de especialidades. En cada uno se definen los roles del personal (enfermería, medicina, celadores, intensivistas, anestelistas, etc.), los canales de comunicación, los recursos disponibles y los pasos a seguir.

Uno de los elementos más innovadores y diferenciadores del procedimiento es el sistema automático de llamadas (PCR08), diseñado para garantizar la activación inmediata y dirigida de los profesionales más idóneos según el entorno asistencial donde ocurre la parada. Este sistema permite que, con una simple marcación desde el lugar del evento (por ejemplo, 2211 en bloque general, 2212 en bloque maternal, etc.), se movilicen simultáneamente los equipos clínicos y logísticos necesarios, sin depender de intermediarios ni de cadenas de comunicación que puedan generar demoras.

El sistema está configurado para priorizar llamadas según la localización, el tipo de paciente (adulto, pediátrico, hospitalizado, ambulatorio) y el horario, activando intensivistas, anestelistas, celadores, enfermería y otros perfiles según el protocolo específico del lugar.

Además, se monitoriza periódicamente por el núcleo de seguridad, que analiza tiempos de respuesta, incidencias y propone mejoras en la configuración.

Este sistema aporta un alto valor añadido al procedimiento, ya que:

- Reduce los tiempos de activación, clave para la supervivencia en PCR.
- Minimiza errores humanos en la comunicación de emergencias.
- Asegura la movilización de los profesionales adecuados, evitando duplicidades o ausencias.
- Facilita la trazabilidad y evaluación del proceso, al estar vinculado a indicadores como activaciones fallidas y registros SiNASP

La propuesta incluye subprocedimientos específicos para cada localización (bloques hospitalarios, hospital de día, centros de salud, centro de especialidades, áreas no asistenciales), con roles definidos, recursos asignados y protocolos clínicos adaptados. Además, se han elaborado diagramas de flujo, anexos clínicos para soporte vital básico y avanzado (adulto y pediátrico), y protocolos de traslado, que complementan la operatividad del procedimiento. La formación del personal se realiza de forma continua, con simulacros y sesiones clínicas.

La práctica está respaldada por la Comisión de Parada y la Dirección del Área, y ha sido implementada en todos los centros del Área I. Su carácter transversal, su enfoque basado en

evidencia y su capacidad de adaptación la convierten en una práctica transferible y ejemplar dentro del sistema sanitario.

Población diana / ámbito de aplicación

El Área I de Salud de la Región de Murcia, Murcia Oeste, abarca municipios como Alcantarilla, Alhama de Murcia, Mula, Librilla, parte de Murcia capital y algunas pedanías (El Palmar, La Alberca, Algezares, Nonduermas, La Ñora, entre otras), con una población protegida cercana a los 300.000 habitantes. Esta área cuenta con una plantilla que supera los 6.000 profesionales para atender una red de 14 centros de salud, 32 consultorios locales, un centro de atención especializada y el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). El HCUVA es el mayor complejo hospitalario del Servicio Murciano de Salud, con 935 camas, 27 quirófanos y 12 paritorios. Dispone de unidades altamente especializadas como cuidados intensivos pediátricos y neonatales, cirugía cardíaca infantil, neurocirugía, oncología médica y radioterápica, medicina nuclear y coordinación de trasplantes. Su cartera de servicios incluye 41 especialidades clínicas y es centro docente universitario vinculado a la Universidad de Murcia.

Metodología

El procedimiento fue diseñado por un equipo multidisciplinar en coordinación con la Comisión de Parada y Reanimación Cardiopulmonar del Área, responsable de adaptar y evaluar el Programa Regional de Asistencia a la PCR. Se partió de un análisis de riesgos en los distintos centros del área, definiendo escenarios de actuación y roles profesionales. La comisión impulsó la estandarización del equipamiento (carros de parada y desfibriladores), la activación automatizada del equipo de soporte vital avanzado, y la implantación de un protocolo común de RCP. Se establecieron indicadores de calidad y un registro de paradas intrahospitalarias para evaluar la atención prestada. La metodología incluyó formación periódica, revisión de escalas de detección precoz y desarrollo de políticas sobre órdenes de no reanimación conforme a la Ley 41/2002. La implementación se monitoriza desde el núcleo de seguridad, y se revisa periódicamente en reuniones de la comisión, con participación activa de representantes clínicos y directivos.

Objetivos

- Reducir el tiempo de activación del equipo de soporte vital avanzado en los primeros 6 meses mediante la implantación del sistema automático de llamadas.
- Estandarizar el 100% de los carros de parada en todos los dispositivos del Área I en un plazo de 6 meses, asegurando su correcto mantenimiento, disponibilidad y ubicación.
- Formar al 90% del personal implicado en soporte vital en 12 meses, mediante simulacros y sesiones clínicas.
- Implantar procedimientos específicos para hospitales, centros de salud y áreas no asistenciales en un plazo máximo de 6 meses.
- Monitorizar indicadores de estructura y proceso semestralmente para garantizar la mejora continua.

Actuaciones realizadas

Para cumplir los objetivos se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Estandarización y renovación de todos los carros de parada y desfibriladores en el área, con listas de verificación periódicas.
- Configuración del sistema automático de llamadas para activar equipos multidisciplinares en segundos según localización.
- Desarrollo de subprocedimientos adaptados a cada entorno (hospitales, centros de salud, áreas no asistenciales y centro de especialidades).
- Definición de roles y responsabilidades en cada fase del procedimiento (detección, soporte vital básico, soporte vital avanzado, traslado).
- Formación continua mediante simulacros, talleres y sesiones clínicas para personal sanitario y no sanitario.
- Creación y seguimiento de indicadores por el núcleo de seguridad y la Comisión de Parada.
- Revisión periódica del procedimiento para introducir mejoras y garantizar su actualización.

Indicadores

La práctica incluye indicadores de estructura (carros de parada) y de proceso (activaciones fallidas, notificaciones SiNASP), que permiten evaluar la calidad de la atención y detectar oportunidades de mejora. Se han definido fórmulas de cálculo, fuentes de datos y periodicidad de evaluación.

Recursos

Recursos humanos: todos los profesionales del Área I (médicos, enfermería, celadores, técnicos y personal no sanitario) participan en la atención a la PCR, con roles definidos para garantizar eficiencia.

Recursos materiales:

- Se realizó la renovación y estandarización de todos los carros de parada, incorporando nuevos carros de 5 cajones adquiridos con fondos europeos Next Generation, equipados con sistema de cierre mediante bridas codificadas para garantizar la integridad del contenido.
- Se revisaron y actualizaron desfibriladores, incorporando sistemas de seguridad adicionales, asegurando disponibilidad inmediata.

Recursos financieros: la inversión se centró en la compra de carros, optimizando el presupuesto mediante reutilización de equipos y financiación externa. Esta estrategia asegura sostenibilidad, homogeneidad y mejora continua sin generar sobrecostes innecesarios.

Basada en la evidencia

El procedimiento se fundamenta en recomendaciones internacionales actualizadas sobre soporte vital básico y avanzado, como las guías del *European Resuscitation Council (ERC)* y la *American Heart Association (AHA)*. Su diseño incorpora evidencia científica sobre tiempos de respuesta, efectividad de la desfibrilación precoz y activación estructurada de equipos de soporte vital. Además, se apoya en experiencias previas recogidas en el Programa Regional de Asistencia Sanitaria a la PCR, adaptado por la Comisión de Parada del Área. La estandarización de equipamiento, la formación periódica y el uso de escalas de detección precoz responden a prácticas validadas en entornos hospitalarios. El procedimiento incluye indicadores de calidad y un registro sistemático de eventos, lo que permite evaluar resultados y aplicar mejoras continuas. Su implementación se revisa periódicamente, garantizando la actualización conforme a la evidencia y a la realidad asistencial del área.

Equidad

El procedimiento garantiza una atención equitativa ante la PCR, independientemente del género, edad, nivel socioeconómico o condición clínica del paciente. Se aplica de forma homogénea en todos los dispositivos del Área I, incluyendo centros hospitalarios, centros de salud y áreas no asistenciales. La activación automática del equipo de soporte vital avanzado en el medio hospitalario evita sesgos en la respuesta, asegurando que cualquier persona reciba atención inmediata y protocolizada. Además, se han definido escenarios específicos para adultos y niños, hospitalizados o ambulantes, adaptando el abordaje clínico a sus necesidades. El procedimiento contempla también la atención en espacios públicos del entorno sanitario, garantizando cobertura universal. La formación se extiende a personal no sanitario, promoviendo una cultura de seguridad inclusiva. La revisión periódica de indicadores permite detectar desigualdades en la atención y aplicar medidas correctoras, reforzando el compromiso del Área con la equidad en la asistencia urgente.

Sostenibilidad

El procedimiento de atención a la parada cardiorrespiratoria del Área I se ha implantado con una base sólida que garantiza su continuidad. Todos los carros de parada han sido estandarizados y renovados, lo que facilita el mantenimiento y la reposición de material. El sistema automatizado de llamadas, provisto por los servicios centrales del Servicio Murciano de Salud, asegura una activación rápida y homogénea en todos los dispositivos asistenciales. La Gerencia del Área I está implicada activamente y forma parte del comité de parada, lo que refuerza el respaldo institucional y facilita la integración del procedimiento en la planificación operativa. Además, la Comisión de Parada realiza revisiones periódicas y promueve la formación continua, lo que permite adaptar el modelo a las necesidades reales del entorno. Esta estructura técnica, organizativa y de liderazgo garantiza que el procedimiento pueda mantenerse y evolucionar a medio y largo plazo.

Transferibilidad

El procedimiento es altamente transferible porque se basa en estándares internacionales (ERC, AHA) y en prácticas validadas en entornos hospitalarios. Su estructura modular permite adaptarlo a diferentes niveles asistenciales: hospitales, centros de salud y áreas no asistenciales. Incluye protocolos específicos por localización, roles definidos y un sistema automatizado de llamadas que puede replicarse en otros territorios con mínima adaptación tecnológica. La

estandarización del equipamiento (carros de parada, desfibriladores) y la formación continua facilitan su implementación en cualquier área sanitaria. Además, el modelo incorpora indicadores de calidad y un sistema de monitorización que asegura la mejora continua, lo que refuerza su aplicabilidad en otros contextos del sistema nacional de salud.

Efectividad

La práctica ha reducido los tiempos de respuesta ante una PCR gracias al sistema automático de llamadas y la asignación clara de roles. Esto impacta directamente en la supervivencia y disminuye secuelas. Los indicadores evidencian una mejora sostenida. La formación periódica y los simulacros han incrementado la competencia del personal, reduciendo errores y variabilidad en la actuación. La efectividad se sustenta en la integración de protocolos basados en evidencia y en la monitorización continua por el núcleo de seguridad, que analiza incidencias y propone mejoras.

Eficiencia

El procedimiento optimiza recursos mediante la estandarización de carros de parada y la automatización de la activación, evitando duplicidades y retrasos. La asignación de roles y la coordinación multidisciplinar reducen tiempos improductivos y mejoran la utilización del personal disponible. El sistema de llamadas elimina intermediarios, disminuyendo costes derivados de errores humanos y demoras. La formación continua se integra en la planificación operativa, sin generar sobrecarga económica. Además, la trazabilidad del proceso permite identificar áreas de mejora y ajustar recursos, garantizando una atención segura con un uso racional de medios materiales y humanos.

Participación multidisciplinar

El diseño e implementación del procedimiento involucra profesionales de UCI, anestesia, urgencias, pediatría, enfermería, celadores, farmacia y dirección. Cada fase (detección, soporte vital básico y avanzado, traslado) asigna funciones específicas a distintos perfiles, asegurando una respuesta coordinada. La Comisión de Parada, integrada por enfermeras, facultativos y directivos, revisa periódicamente el modelo y promueve la formación conjunta. Esta participación garantiza que las decisiones se basen en la experiencia de todas las áreas implicadas, favoreciendo la cohesión del equipo y la calidad asistencial.

Colaboración intersectorial

El procedimiento se apoya en la colaboración con los servicios centrales del SMS para el sistema automatizado de llamadas y con el 112 para la atención extrahospitalaria. Incluye coordinación con áreas no asistenciales (mantenimiento, cocina, lavandería) para garantizar la respuesta en cualquier punto del hospital. Además, se han establecido protocolos específicos para centros de salud y especialidades, integrando la atención primaria y hospitalaria. Esta cooperación intersectorial asegura continuidad asistencial y refuerza la cultura de seguridad en todo el territorio.

Evaluación

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La práctica cuenta con un sistema interno de evaluación continua que revisa diseño, implementación y funcionamiento. El núcleo de seguridad monitoriza tiempos de respuesta e incidencias del sistema automático de llamadas, proponiendo mejoras en reuniones mensuales. Se emplean indicadores de estructura (carros de parada) y proceso (activaciones fallidas, notificaciones SiNASP), analizados periódicamente por la Comisión de Parada. Además, se realizan simulacros y auditorías internas para comprobar la adherencia a protocolos y la preparación del personal. Estos mecanismos permiten identificar oportunidades de mejora y garantizar la actualización del procedimiento, asegurando su efectividad y sostenibilidad en el tiempo.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR8-3: Atención a segundas víctimas en el Área I Murcia-Oeste: Una práctica estructurada de apoyo emocional y mejora continua

Julio José López-Picazo Ferrer (1), Juana María Marín Martínez (1), Inmaculada Vidal-Abarca Gutiérrez (1), Arturo Pereda Mas (1), Mercedes López Ibáñez (1), María Luisa Tornel Martínez (1), Dolores Beteta García (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Área I Murcia-Oeste, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Segunda víctima, eventos adversos, seguridad del paciente, apoyo entre pares, bienestar profesional.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Aunque los pacientes son las principales víctimas de los eventos adversos (EA), no son los únicos afectados. Los profesionales sanitarios implicados en un EA pueden experimentar un impacto emocional intenso que compromete su bienestar y su desempeño. Este fenómeno, conocido como “segunda víctima”, se caracteriza por sentimientos de culpa, ansiedad, pérdida de autoestima, insomnio, miedo a sanciones y, en casos graves, síntomas compatibles con estrés postraumático. Estas reacciones no solo afectan a la salud del profesional, sino que incrementan el riesgo de nuevos errores, favorecen prácticas defensivas y deterioran la cultura de seguridad.

La magnitud del problema es relevante: estudios internacionales estiman que entre el 10% y el 30% de los profesionales implicados en EA desarrollan síntomas significativos. En nuestro contexto, los registros del Área I Murcia-Oeste evidencian casos asociados a fallecimientos, errores en medicación y complicaciones quirúrgicas, con secuelas emocionales prolongadas y necesidad de reubicación laboral. La urgencia de abordarlo se refuerza por la creciente complejidad asistencial y la presión legal y mediática, que intensifican el impacto psicológico sobre los profesionales.

El valor añadido de esta propuesta radica en ofrecer una respuesta estructurada, integral y alineada con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Frente a la ausencia de protocolos sistemáticos en muchos centros, el Área I ha desarrollado uno de los primeros existentes en España diseñado con una metodología estructurada de gestión por procesos, que incluye: detección precoz, atención emocional mediante interlocutores formados, derivación a prevención de riesgos laborales y asesoría jurídica, seguimiento activo y evaluación de resultados. Este modelo incorpora indicadores específicos y se integra en el sistema de notificación SiNASP, garantizando trazabilidad y mejora continua.

Además, la práctica fomenta una cultura de seguridad centrada en la transparencia y el apoyo institucional, evitando la culpabilización y promoviendo la resiliencia profesional. Su diseño es sostenible, basado en recursos internos y formación específica, y transferible a otros entornos asistenciales gracias a su documentación y estructura modular. En definitiva, este programa responde a una necesidad crítica: proteger la salud emocional de los profesionales, reducir riesgos derivados y consolidar organizaciones seguras y humanizadas.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El Programa de Atención a Segundas Víctimas nace para dar respuesta al impacto emocional que sufren los profesionales sanitarios tras un evento adverso. Más allá de la afectación clínica al paciente, estos sucesos generan un efecto dominó que alcanza a quienes los protagonizan, con consecuencias que pueden comprometer su salud mental, su desempeño y la seguridad futura de otros pacientes.

Este programa se concibe como un modelo pionero, diseñado con una metodología estructurada de gestión por procesos fácil de adaptar a otras organizaciones. Su esencia es ofrecer ayuda mediante un itinerario definido que comienza en el mismo momento en que se notifica un evento adverso y se prolonga hasta la recuperación emocional del profesional. Sus características más notables son:

- Detección temprana y proactiva: no espera a que el profesional pida ayuda; lo identifica desde la notificación del evento en SiNASP o mediante alerta directa.
- Interlocutores formados en escucha activa: compañeros del mismo perfil profesional que actúan como primer apoyo, evitando la sensación de aislamiento.
- Atención integral: combina soporte emocional, asesoramiento jurídico y derivación a prevención de riesgos laborales cuando se detectan signos de alarma.
- Seguimiento estructurado: revisiones periódicas durante tres meses para garantizar la evolución positiva y prevenir secuelas crónicas.
- Transparencia con el paciente: incluye protocolos para informar y disculparse ante la primera víctima, reforzando la confianza y la cultura de seguridad.

Se dirige a todos los profesionales del Área I Murcia-Oeste, tanto hospitalarios como de atención primaria, que se vean implicados en un evento adverso, especialmente aquellos que presentan síntomas emocionales. Está integrado en la estructura del Núcleo de Seguridad del Área y cuenta con la implicación directa de la Dirección, la Unidad de Calidad Asistencial y los servicios de Asesoría Jurídica y de Prevención de Riesgos Laborales. Se articula en cinco ejes: difusión, formación, identificación y atención, comunicación con pacientes y apoyo institucional.

En definitiva, esta práctica convierte la atención a las segundas víctimas en un compromiso institucional, humanizando la gestión de la seguridad y fortaleciendo la resiliencia profesional.

Población diana / ámbito de aplicación

El programa se dirige a los aproximadamente 6.500 profesionales sanitarios del Área I Murcia-Oeste, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. El área cuenta con 14 equipos de atención primaria y el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, centro de referencia regional y nacional para algunos procesos de alta complejidad. Esta estructura atiende a una población superior a 260.000 habitantes, con derivaciones de otras áreas por su cartera especializada. La práctica se aplica en todo el territorio del Área I y se activa ante cualquier evento adverso notificado en SiNASP o comunicado directamente, garantizando atención inmediata y seguimiento estructurado.

Metodología

La práctica se diseñó siguiendo una metodología estructurada de gestión por procesos, con análisis previo de necesidades y riesgos. Se identificó la ausencia de protocolos para atender a profesionales afectados por eventos adversos y se definió un flujo operativo que garantiza rapidez, confidencialidad y soporte integral. El proceso incluye cinco fases:

- Difusión del programa entre los profesionales mediante cartelería, correo y revista institucional.
- Formación de un equipo permanente y designación de interlocutores directos en cada unidad, capacitados en escucha activa y detección de signos de alarma.
- Identificación y atención a la segunda víctima tras la notificación del EA o por contacto directo, con entrevistas iniciales y seguimiento periódico.
- Derivación a Prevención de Riesgos Laborales, psicología clínica o asesoría jurídica según necesidad.
- Evaluación mediante indicadores para garantizar mejora continua.

Objetivos

El objetivo general es atender y apoyar de forma integral a cualquier profesional sanitario que se ha visto involucrado directa o indirectamente en un evento adverso, para reducir su impacto y las consecuencias que le haya podido generar.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Implantar el programa en todo el Área I antes de finalizar el primer año, asegurando su difusión en el 100% de los centros (14 centros de salud y hospital de referencia).
- Formar al menos 30 interlocutores directos en escucha activa y detección de signos de alarma en los primeros seis meses.
- Identificar y atender el 100% de las segundas víctimas detectadas tras EA severos notificados en SiNASP, con entrevista inicial en menos de 72 horas.
- Derivar en un plazo máximo de 20 días al menos al 90% de los casos con signos de alarma a Prevención de Riesgos Laborales o asesoría jurídica.

Actuaciones realizadas

Desde 2021, el Área I Murcia-Oeste ha desplegado un conjunto de acciones para consolidar el Programa de Atención a Segundas Víctimas. Se diseñó y aprobó el proceso formal, con alcance a todos los servicios hospitalarios y centros de salud, y se integró en el sistema de notificación SiNASP para garantizar trazabilidad.

Se han impartido varios cursos de formación específicos sobre segundas víctimas, tanto en modalidad presencial como online, dirigidos a interlocutores directos, mandos intermedios y profesionales de referencia en seguridad. Entre 2021 y 2024 se realizaron talleres prácticos orientados a la detección precoz, escucha activa y manejo emocional, con participación multidisciplinar.

Además, se constituyó un equipo permanente de respuesta, se designaron interlocutores en unidades críticas y se elaboró material informativo para la difusión del programa en todo el Área. Estas actuaciones han permitido atender casos reales, ofrecer apoyo integral y reforzar la cultura de seguridad.

Indicadores

Existen indicadores estructurados para evaluar proceso, resultados e impacto, garantizando trazabilidad y mejora continua.

- Número de interlocutores directos formados en escucha activa y manejo emocional, como medida de capacidad instalada.
- Eventos adversos severos notificados en SiNASP (SAC 1 y SAC 2), que activan el proceso de atención.
- Porcentaje de EA en los que se identifican segundas víctimas tras la notificación, indicador clave de detección proactiva.
- Porcentaje de segundas víctimas derivadas a Prevención de Riesgos Laborales cuando se detectan signos de alarma, reflejo de la respuesta clínica adecuada.
- Porcentaje de segundas víctimas derivadas a asesoría jurídica en casos con riesgo legal, asegurando soporte integral.
- Difusión de resultados y medidas correctoras implementadas tras la investigación de EA severos, como evidencia de transparencia y cultura de seguridad.

Recursos

El programa se ha desarrollado con recursos internos, optimizando la estructura existente sin generar costes adicionales significativos. Los recursos humanos incluyen el Núcleo de Seguridad, la Dirección del Área, la Unidad de Calidad Asistencial, Prevención de Riesgos Laborales, Asesoría Jurídica y un equipo de interlocutores directos formados en escucha activa y manejo emocional. La media de participantes por caso oscila entre 3 y 5 profesionales, garantizando atención personalizada.

Los recursos materiales son los habituales del sistema: plataforma SiNASP para notificación y trazabilidad, cartelería y folletos para difusión, y herramientas digitales para formación online. Se han impartido cursos y talleres presenciales y virtuales sin necesidad de inversión externa, aprovechando la infraestructura docente del SMS.

El coste financiero se limita a impresión de materiales y tiempo de dedicación, asumido por el Área. Esta optimización asegura sostenibilidad y replicabilidad del modelo en otros entornos.

Basada en la evidencia

El concepto de segunda víctima se refiere al impacto emocional que sufren los profesionales sanitarios tras un evento adverso. Diversos estudios han demostrado que afecta entre el 10% y el 30% de los profesionales implicados, con consecuencias psicológicas y laborales significativas, como ansiedad, insomnio, pérdida de confianza y riesgo de abandono profesional.

La evidencia internacional respalda la necesidad de programas estructurados de apoyo. Modelos como el Scott Three-Tiered Model y su evolución al marco europeo ERNST 7 recomiendan intervenciones basadas en detección precoz, soporte entre pares y atención especializada, que reducen el impacto emocional y mejoran la resiliencia profesional.

Herramientas validadas como SVEST (Second Victim Experience and Support Tool) se emplean para evaluar experiencias y calidad del apoyo recibido.

Nuestro programa se alinea con estas recomendaciones, integrando protocolos claros, formación específica y seguimiento estructurado, en consonancia con las guías internacionales para la atención a segundas víctimas.

Equidad

Cualquier profesional sanitario del Área puede acceder al apoyo sin discriminación por género, edad, categoría profesional, nivel socioeconómico u otros determinantes. Para ello cuenta con:

- **Acceso universal:** se activa automáticamente tras la notificación de un evento adverso o por alerta directa, evitando depender de la iniciativa personal del profesional, lo que reduce barreras asociadas a la vergüenza o al desconocimiento.
- **Interlocutores diversos:** Se han formado interlocutores en distintas unidades y perfiles, asegurando que cada profesional pueda recibir apoyo de alguien con experiencia y contexto similar.
- **Confidencialidad y respeto:** Se garantiza privacidad absoluta en todas las fases, evitando estigmatización y reforzando la confianza institucional.
- **Recursos gratuitos y accesibles:** El programa utiliza recursos internos, sin coste para el profesional, y ofrece atención presencial o virtual según disponibilidad y preferencia.

Este enfoque contribuye a reducir desigualdades y asegura una respuesta inclusiva, humanizada y centrada en las necesidades individuales.

Sostenibilidad

La práctica está concebida para mantenerse en el tiempo sin depender de recursos extraordinarios, gracias a su integración en la estructura organizativa y el compromiso institucional. Destacamos:

- **Integración en estructuras existentes:** Forma parte del Núcleo de Seguridad del Área I, lo que asegura su activación automática y trazabilidad permanente.
- **Respaldo institucional:** La Gerencia y la Dirección Médica, de Enfermería y de Gestión han autorizado y dado apoyo a la práctica, lo que garantiza su continuidad.
- **Recursos internos optimizados:** Se apoya en profesionales del área (interlocutores 8 formados, equipo permanente, PRL y Asesoría Jurídica), evitando costes adicionales y asegurando sostenibilidad económica.

- **Formación periódica:** Incluye un plan de actualización para interlocutores y referentes, con soporte virtual y presencial, asegurando que las competencias se mantengan vigentes.
- **Adaptabilidad:** El modelo es flexible y puede ajustarse a cambios normativos, tecnológicos u organizativos sin comprometer su funcionamiento.

Transferibilidad

La práctica se ha diseñado con una estructura sistematizada y documentada que facilita su implantación en otros contextos asistenciales.

- Es un proceso formalizado, que cuenta con un procedimiento aprobado, diagramas de flujo y subprocesos claros, lo que permite su adaptación sin gran necesidad de rediseño.
- Cuenta con documentación completa, ya que incluye manuales, materiales formativos y cartelería, que pueden ser reutilizados por otras áreas.
- Está vinculado al sistema de notificación SiNASP, presente en muchas de las comunidades autónomas, lo que facilita su activación en ellas.
- Sus componentes (interlocutores formados, equipo permanente, protocolos de derivación) son escalables y pueden ajustarse a diferentes tamaños y niveles de complejidad organizativa.
- La práctica ha sido aplicada en un área con hospital de referencia y atención primaria, lo que demuestra su viabilidad en entornos diversos.

Efectividad

Desde su implantación la práctica ha atendido 12 casos documentados de profesionales afectados por eventos adversos en el Área I Murcia-Oeste, incluyendo varias situaciones de alta gravedad (SAC1 y SAC2). El número de casos registrados ha ido en aumento, con 7 en 2025, tras la consolidación del proceso.

En todos los casos se realizó entrevista inicial y, en 6 de ellos seguimiento; algunos hasta con 7 citas en un periodo de dos meses (media 2,25, mediana 2). El 100% de los casos con signos de alarma (3) fueron derivados a Prevención de Riesgos Laborales o asesoría jurídica.

Hemos observado una reducción progresiva de síntomas emocionales y reincorporación laboral en la mayoría de los casos, incluyendo reubicación cuando fue necesario. Esto indica que el programa cumple su objetivo: ofrecer apoyo real y medible, reducir el impacto emocional y fortalecer la cultura de seguridad.

Eficiencia

La práctica logra los resultados previstos aprovechando la estructura existente sin generar costes adicionales. Las actuaciones descritas en apartados anteriores —formación, seguimiento y derivaciones— se han realizado con recursos propios, demostrando una gestión eficiente y sostenible.

Participación multidisciplinaria

La práctica se sustenta en la colaboración activa de diferentes perfiles profesionales, lo que garantiza una atención integral y coordinada. Intervienen:

- Interlocutores directos: Profesionales del mismo perfil que la segunda víctima formados en escucha activa y detección de signos de alarma.
- El equipo permanente del Núcleo de Seguridad es el encargado de activar el proceso y coordinar actuaciones.
- La dirección del Área está implicada en la gestión del evento adverso y en la comunicación transparente con pacientes y familiares.
- Los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Asesoría Jurídica proporcionan soporte especializado cuando se detectan riesgos emocionales o legales.
- La Unidad de Calidad Asistencia supervisa la correcta aplicación del protocolo y la mejora continua.

Colaboración intersectorial

La práctica se desarrolla fundamentalmente en el ámbito sanitario, integrando unidades asistenciales, dirección, Prevención de Riesgos Laborales y Asesoría Jurídica. Aunque no implica de forma directa a otros sectores externos, su diseño favorece la conexión con áreas como salud laboral y formación continuada, lo que abre la posibilidad de colaboración futura con entornos educativos y sociales para reforzar la cultura de seguridad y el bienestar profesional.

Evaluación

La práctica cuenta con procesos internos que valoran diseño, implementación y resultados, garantizando mejora continua. El seguimiento se realiza mediante seis indicadores definidos ya comentados. Los datos obtenidos también muestran avances claros (ver sección de efectividad).

Todo ello nos ha guiado en un proceso de aprendizaje organizativo y mejora continua. Cada revisión ha permitido ajustar procedimientos, reforzar la formación y optimizar la respuesta, consolidando un modelo más robusto y adaptado a las necesidades reales de los profesionales. Este enfoque garantiza que el programa evolucione y mantenga su impacto en la cultura de seguridad.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

MUR8-4: Implementación de rondas de seguridad como estrategia proactiva de la atención en urgencias

Julio José López-Picazo Ferrer (1), Juana María Marín Martínez (1), Inmaculada Vidal-Abarca Gutiérrez (1), Arturo Pereda Mas (1), Mercedes López Ibáñez (1), María Luisa Tornel Martínez (1), Dolores Beteta García (1)

(1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Área I Murcia-Oeste, Servicio Murciano de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Rondas de seguridad, seguridad del paciente, urgencias hospitalarias, mejora continua de la calidad, gestión de riesgos asistenciales.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Aunque un entorno seguro no incrementa de forma directa la calidad y el valor asistencial, su ausencia lo reduce de forma significativa. Los eventos adversos generan daño, pérdida de confianza y costes adicionales. En entornos críticos como los servicios de urgencias, donde la complejidad clínica y la presión asistencial son elevadas, el riesgo de incidentes es mayor, lo que exige estrategias proactivas para prevenir daños evitables y garantizar una atención de calidad. Estudios como EVADUR han evidenciado que al menos un 10% de los pacientes atendidos en urgencias sufren algún evento adverso, lo que exige estrategias proactivas para reducir riesgos y fortalecer la cultura de seguridad.

En este contexto, las Rondas de Seguridad (RS) se consolidan como una herramienta innovadora y eficaz, inspirada en la filosofía LEAN. Es conocido que las RS, cuando se diseñan con metodología estructurada y evaluación sistemática de indicadores, son capaces de mejorar la cultura de seguridad y la calidad asistencial. Basadas en visitas planificadas del equipo directivo, la unidad de calidad y los responsables del servicio, las RS permiten identificar riesgos in situ, revisar procesos críticos y generar acciones correctivas inmediatas, promoviendo un cambio cultural hacia la prevención y la mejora continua.

La propuesta se enmarca en el Área I Murcia-Oeste, donde se ha implementado un plan de monitorización basado en RS en sus procesos asistenciales clave, incluyendo entre ellos el de atención urgente y sus tres áreas hospitalarias: general, pediátrica y del área maternal y paritorio.

Esta práctica aporta un valor añadido frente a sistemas tradicionales de auditoría: combina revisión sistemática con observación directa, participación activa de los profesionales (análisis de factores contribuyentes y retroalimentación inmediata), reforzando la cultura de seguridad. Su diseño es sostenible, basado en recursos internos y metodologías validadas, y transferible a otros servicios y áreas asistenciales.

En definitiva, las RS en urgencias constituyen una intervención innovadora, efectiva y alineada con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, que responde a una necesidad crítica: garantizar entornos seguros y de calidad para pacientes y profesionales mediante un modelo estructurado, participativo y orientado a la mejora continua.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

La práctica consiste en la implantación sistemática de Rondas de Seguridad (RS) en los servicios de urgencias hospitalarios del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, del Área I Murcia-Oeste, como estrategia para mejorar la calidad y seguridad del paciente y fortalecer la cultura organizacional. Las RS son visitas planificadas en las que participan el equipo directivo, la Unidad de Calidad Asistencial y los responsables del servicio, con el objetivo de evaluar indicadores críticos, identificar riesgos in situ y proponer acciones correctivas inmediatas. Esta metodología permite actuar sobre problemas reales en tiempo real, reforzando la implicación profesional y la transparencia en la gestión de riesgos.

La práctica se dirige a los profesionales de las tres áreas de urgencias del hospital: general, pediátrica y del área maternal y paritorio. Estas unidades atienden a una población superior a 260.000 habitantes (el área maternal también es de referencia para otras áreas de salud) y presentan características asistenciales muy diferentes, lo que exige adaptar los indicadores y la dinámica de las rondas a cada contexto. El modelo involucra médicos, enfermería, supervisores, farmacéuticos, celadores y directivos, promoviendo la participación multidisciplinar y el trabajo colaborativo.

Su organización se basa en un Procedimiento General aprobado por el Núcleo de Seguridad y la Dirección del Área, que define las fases de planificación, ejecución y seguimiento. En la fase de planificación se seleccionan los indicadores por su relevancia clínica y evidencia científica, se preparan los listados y las herramientas de verificación, y se convoca al equipo participante. Durante la ejecución se revisan los indicadores en la historia clínica electrónica y se realiza la observación directa en entornos críticos como triaje, boxes, salas de observación y paritorios. Al finalizar, se analizan los hallazgos, se proponen acciones correctivas y se difunden los resultados mediante informes y sesiones clínicas. El seguimiento incluye la incorporación de mejoras y la actualización dinámica de los indicadores, lo que permite mantener la práctica alineada con los riesgos emergentes.

Las RS se caracterizan por su enfoque estructurado y dinámico. Los indicadores se definen mediante fichas técnicas que especifican su denominación, fórmula de cálculo, criterios de inclusión y estándar de cumplimiento. La evaluación combina observación directa y análisis de registros electrónicos, aplicando metodologías validadas como el muestreo LQAS para optimizar recursos. Además, el sistema permite incorporar nuevos indicadores o retirar aquellos que alcanzan el estándar de forma sostenida, garantizando que la práctica se centre en áreas de mejora reales.

Este modelo aporta un valor añadido frente a auditorías tradicionales, ya que fomenta el diálogo abierto, la corresponsabilidad y la mejora continua. Su diseño documentado y validado lo convierte en una intervención transferible a otros servicios y áreas asistenciales, alineada con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

Población diana / ámbito de aplicación

La práctica se dirige a los 423 profesionales de las tres áreas de urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (general, pediátrica y maternal-paritorio), que atienden diariamente a unos 600 pacientes en un entorno de alta complejidad y presión asistencial, con picos que superan los 40 pacientes pendientes de ingreso. El hospital es centro de referencia para más de 260.000 habitantes del Área I Murcia-Oeste, además de recibir derivaciones de otras

áreas por su cartera especializada. En el ámbito obstétrico, la unidad maternal registra 15-20 nacimientos diarios (unos 6.500 – 7.500 partos anuales), lo que refuerza su papel como centro regional para atención al parto y situaciones de riesgo. Abarca un nivel territorial hospitalario con impacto regional, en servicios críticos donde la seguridad del paciente es prioritaria.

Metodología

El diseño se basa en un procedimiento estructurado que define cuatro fases:

1. **Planificación:** Se constituye el equipo (dirección, supervisores, profesionales y calidad), se seleccionan indicadores relevantes para cada área (identificación, tiempos, dispositivos, procedimientos), con criterios de evidencia y aplicabilidad. Las fuentes son la historia clínica electrónica, listados de actividad y observación directa. Se establecen estándares y umbrales mediante fichas técnicas y muestreo LQAS para optimizar recursos.
2. **Ejecución:** La ronda se desarrolla en dos partes: revisión de registros y visita in situ a zonas críticas (triaje, boxes, observación, paritorios). Se evalúan indicadores, se detectan riesgos y se aplican acciones correctivas inmediatas.
3. **Análisis:** El equipo discute hallazgos en tiempo real, identifica posibles factores contribuyentes y acuerda mejoras.
4. **Seguimiento:** Se difunden resultados en informes y sesiones clínicas, se actualizan indicadores y se programan nuevas rondas. Frecuencia: 2-3 rondas/año por área; duración aproximada: 90-120 minutos.

Objetivos

Objetivo general: Facilitar la mejora continua en seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarias, promoviendo un cambio cultural hacia una cultura de seguridad sólida y participativa.

Objetivos específicos:

- Implementar Rondas de Seguridad en las tres áreas de urgencias (general, pediátrica y maternal) con una frecuencia mínima de dos rondas por área antes de finalizar el año.
- Evaluar el cumplimiento de indicadores críticos definidos en el procedimiento (identificación, tiempos, dispositivos, procedimientos) en cada ronda, alcanzando al menos el 80% de cumplimiento global.
- Detectar y corregir riesgos in situ, aplicando acciones al menos el 90% de los incumplimientos identificados durante la ronda.
- Difundir resultados y aprendizajes mediante informes y sesiones clínicas en un plazo máximo de 15 días tras cada ronda.
- Fortalecer la cultura de seguridad, midiendo la percepción de los profesionales mediante encuestas internas tras cada ciclo anual.

Actuaciones realizadas

Desde 2018 se ha diseñado el procedimiento e implantado el modelo de RS en cinco procesos asistenciales clave del Área I Murcia-Oeste (Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Atención Primaria, Cuidados Intensivos). En urgencias han sido las siguientes:

- General: inicio del programa en 2019, 10 RS acumuladas.
- Infantil: inicio en 2021, 9 RS acumuladas.
- Maternal-Paritorio: inicio en 2025, 2 RS acumuladas.

Cada ronda siguió el procedimiento estructurado: planificación (selección de indicadores y equipo), ejecución (revisión de registros y observación directa), análisis y aplicación de mejoras inmediatas (p. ej., colocación de pulseras, ajuste monitorización, etiquetado de jarabes), y difusión mediante informes y sesiones clínicas.

Además, se ha evaluado la cultura de seguridad con la encuesta HSOPS en dos momentos clave: antes de la implantación (2018) y tras el despliegue (2023 y años sucesivos), para medir el impacto global del programa.

Indicadores

Las RS utilizan indicadores estructurados. Cada ronda aplica un conjunto específico adaptado al área (general, infantil, maternal) agrupado en estas dimensiones (se añaden algunos ejemplos):

- Identificación del paciente: pulsera identificativa; muestras etiquetadas.
- Retrasos y tiempos inadecuados: espera para triaje, tiempo hasta primera valoración, demora en pruebas, estancias prolongadas.
- Equipos y dispositivos: carro de parada verificado; disponibilidad de material crítico; gestión de residuos; vigencia de soluciones orales.
- Procedimientos clínicos: monitorización de signos de alarma, manejo de sepsis, prevención de caídas, adecuación de antibióticos.
- Medicamentos: control de caducidad en colirios, pomadas y jarabes; rotulación correcta.
- Efectividad: reconsultas en 72 h y readmisiones con ingreso.
- Impacto cultural: evaluación de la cultura de seguridad mediante encuesta HSOPS antes y después del ciclo, notificaciones en SiNASP.

Cada indicador cuenta con ficha técnica, estándar y umbral definidos. Se verifica mediante revisión de registros y observación directa, aplicando muestreo LQAS para optimizar recursos.

Recursos

Las RS se han desarrollado con recursos internos, sin costes adicionales significativos. El equipo está formado por profesionales del propio hospital: dirección, supervisores, médicos, enfermería, farmacia y la Unidad de Calidad Asistencial, con una media de 8-10 participantes por

ronda. La duración aproximada es de 90-120 minutos, programada en horario asistencial para minimizar impacto en la actividad.

Los recursos materiales son los habituales del servicio (carros de parada, sistemas de monitorización, historia clínica electrónica, listados de actividad), sin necesidad de inversión específica. Para optimizar el tiempo, se emplea muestreo LQAS, que permite evaluar indicadores con muestras reducidas manteniendo validez estadística.

El coste financiero es prácticamente nulo, limitado a la impresión de informes y etiquetas para caducidad, asumido por farmacia. La práctica se integra en la planificación anual del Área I, garantizando sostenibilidad y eficiencia sin requerir financiación externa.

Basada en la evidencia

La práctica se fundamenta en una sólida base que respalda el uso de RS como herramienta para mejorar la cultura de seguridad y reducir riesgos asistenciales. Las RS se inspiran en las visitas Gemba de la metodología LEAN y en los Leadership WalkRounds descritos por Frankel et al. (2003), que demostraron impacto positivo en la implicación directiva y la comunicación sobre errores. Estudios posteriores (Singer et al., 2014; Sexton et al., 2018) confirman que las RS, cuando se aplican con metodología estructurada, mejoran dimensiones clave de la cultura de seguridad y la percepción profesional.

En nuestro modelo, además, la selección de indicadores se basa en fuentes validadas y evidencia científica contrastada: repositorios del Ministerio de Sanidad (Proyectos Zero, GuíaSalud) y sociedades científicas (SEUP), garantizando su relevancia clínica y aplicabilidad. Esta fundamentación asegura que cada indicador responde a riesgos reales y prácticas seguras reconocidas.

Equidad

La práctica de RS se ha diseñado para garantizar un enfoque inclusivo y reducir desigualdades en la atención urgente. Los indicadores seleccionados priorizan aspectos universales de seguridad (identificación, tiempos de atención, monitorización, acceso a tratamientos), evitando sesgos relacionados con género, edad, origen o nivel socioeconómico. Las RS se realizan en las tres áreas de urgencias (general, pediátrica y maternal-paritorio), asegurando la cobertura de grupos vulnerables como población infantil, mujeres gestantes y pacientes críticos.

La metodología incluye observación directa y revisión de registros para detectar riesgos que puedan afectar de forma desproporcionada a determinados colectivos, como demoras en triaje o falta de monitorización en pacientes dependientes. Las acciones correctivas se aplican de inmediato, garantizando igualdad en la aplicación de prácticas seguras. Además, la participación multidisciplinar y la transparencia en la difusión de resultados refuerzan la equidad organizativa, promoviendo entornos seguros para todos los pacientes sin distinción.

Sostenibilidad

La práctica garantiza su continuidad a largo plazo gracias al respaldo institucional y su integración en la planificación estratégica de seguridad del Área I Murcia-Oeste. El procedimiento de RS está aprobado por la Dirección y el Núcleo de Seguridad, lo que asegura su permanencia como herramienta corporativa. Se ha establecido una frecuencia mínima de dos a tres rondas anuales

por área, incorporadas en la agenda asistencial sin generar costes adicionales significativos, ya que se ejecuta con recursos internos.

La metodología es flexible y permite la actualización dinámica de indicadores según riesgos emergentes, lo que facilita su adaptación a cambios organizativos y contextuales. La difusión de resultados en sesiones clínicas y la implicación de mandos intermedios refuerzan la apropiación por parte de los equipos. Este modelo, documentado y validado, se consolida como una práctica sostenible, replicable y alineada con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

Transferibilidad

La práctica está completamente sistematizada y documentada para facilitar su replicación en otros contextos asistenciales. El modelo cuenta con un procedimiento general aprobado por la Dirección y el Núcleo de Seguridad, que define fases, roles, criterios de selección de indicadores y mecanismos de seguimiento. Cada indicador dispone de ficha técnica con denominación, justificación, fórmula de cálculo, fuente de datos y estándar de cumplimiento, lo que asegura uniformidad en la aplicación.

La estructura metodológica es adaptable: permite incorporar nuevos indicadores según riesgos emergentes y retirar aquellos que alcanzan el estándar de forma sostenida. Esta flexibilidad facilita su extensión a otros entornos.

El respaldo institucional, la formación de equipos multidisciplinares y la disponibilidad de herramientas digitales garantizan que la práctica pueda transferirse y escalarse en diferentes entornos del Sistema Nacional de Salud.

Efectividad

Desde su implantación en 2019, las RS han demostrado resultados positivos y medibles en los servicios de urgencias. Se han realizado 21 rondas acumuladas (10 en general, 9 en infantil y 2 en maternal-paritorio), con mejoras progresivas en indicadores críticos. Algunos indicadores, como gestión de residuos y material de hemodinámica, se han retirado tras su cumplimiento sostenido, lo que refleja consolidación de prácticas seguras.

En 2025, los niveles de cumplimiento alcanzaron el 91% en maternal-paritorio y el 76% en infantil, con reducción de estancias prolongadas del 32% al 19%. Además, el impacto organizacional es evidente: incremento del 27% en notificación de incidentes a SiNASP y mejora en dimensiones clave de la cultura de seguridad (HSOPS), como apoyo directivo y comunicación sobre errores. Estos resultados confirman que la práctica no solo mejora procesos inmediatos, sino también la cultura y la transparencia en la organización.

Eficiencia

La práctica ha logrado los resultados previstos optimizando al máximo los recursos disponibles. Desde su implantación en 2019, las RS se han integrado en la actividad asistencial sin generar costes adicionales significativos, utilizando equipos multidisciplinares del propio hospital y recursos materiales ya existentes (historia clínica electrónica, listados de actividad, carros de parada). La duración de cada ronda (90-120 minutos) y la programación en horario operativo permiten minimizar el impacto en la atención.

La metodología estructurada evita duplicidades y concentra la revisión en indicadores críticos, priorizando áreas de mayor riesgo. La eliminación progresiva de indicadores con cumplimiento sostenido (p. ej., gestión de residuos, material de hemodinámica) ha reducido carga de trabajo y focalizado esfuerzos en aspectos con mayor potencial de mejora. Esta optimización, junto con la implicación institucional y la difusión sistemática de resultados, garantiza que la práctica sea eficiente, sostenible y orientada a la mejora continua.

Participación multidisciplinar

La práctica se caracteriza por la integración activa de diferentes perfiles profesionales en todas sus fases, garantizando una visión completa y colaborativa de la seguridad del paciente. Cada ronda incluye representantes del equipo directivo, jefes de servicio, supervisores de enfermería, profesionales médicos y de enfermería, personal de apoyo y especialistas en calidad asistencial. Además, se incorpora la participación del servicio de farmacia, clave para la revisión de medicamentos y la gestión de caducidades.

Esta diversidad permite abordar los riesgos desde múltiples perspectivas: clínica, organizativa, logística y de gestión. Durante la ejecución, los profesionales aportan conocimiento directo del entorno asistencial, mientras que los responsables de calidad y dirección facilitan la toma de decisiones y la implementación de mejoras. La colaboración se refuerza mediante sesiones clínicas posteriores, donde se comparten resultados y se consensuan acciones, consolidando una cultura de seguridad basada en la corresponsabilidad y el trabajo en equipo.

Colaboración intersectorial

La práctica ha incorporado la participación del ámbito cultural y social para reforzar su impacto. En colaboración con Pupaclown, asociación dedicada a la humanización hospitalaria mediante intervenciones artísticas, se han realizado sketches en las salas de espera de urgencias pediátricas para sensibilizar a las familias sobre la importancia de la identificación segura. Estas acciones lúdicas han fomentado que los padres coloquen la pulsera identificativa a los niños, reduciendo riesgos y mejorando la adherencia a prácticas seguras.

Esta iniciativa demuestra cómo la integración de agentes externos al sector sanitario puede potenciar la efectividad de las intervenciones, generar entornos más amigables y promover la cultura de seguridad desde una perspectiva participativa. Se prevé ampliar estas colaboraciones a otras áreas y entidades educativas para reforzar la formación en seguridad del paciente y la implicación comunitaria.

Evaluación

La práctica cuenta con procesos internos sistemáticos para valorar diseño, implementación y resultados. Tras cada ronda, el equipo multidisciplinar analiza hallazgos en tiempo real y elabora un informe con el grado de cumplimiento de indicadores, acciones correctivas y propuestas de mejora, que se difunden en sesiones clínicas.

A nivel global, se realiza una evaluación anual del programa, revisando evolución de indicadores, eliminación de aquellos con cumplimiento sostenido e incorporación de nuevos riesgos emergentes. Además, se mide el impacto organizacional mediante la encuesta HSOPS y la tendencia en notificación de incidentes a SiNASP.

Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

Como refuerzo, algunos indicadores derivados de las rondas se han incorporado al Plan de Monitorización de Seguridad del Paciente del Área I Murcia-Oeste, evaluado semestralmente, lo que garantiza continuidad y seguimiento más allá de la práctica puntual. Estos mecanismos permiten ajustar la intervención y mantener su alineación con los objetivos estratégicos del SNS.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

PVA8-1: Detección y seguimiento del paciente en riesgo en planta de hospitalización y urgencias mediante la nueva constante de riesgo en historia clínica

Alberto Manzano Ramírez (1), Sergio Castaño Ávila (1), M.^a Teresa Madrid Conde (2), Begoña Alonso Alonso (1)

(1) Hospital Universitario de Álava, Organización Sanitaria Integrada (OSI) Araba, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, (2) Subdirección de Calidad y Sistemas de Información, Dirección General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Detección precoz del deterioro clínico, escala Views, historia clínica electrónica, sistemas de alerta temprana, paciente en riesgo.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

Desde la publicación en el año 1999 del artículo *To err is human: building a safer Health System*, se han desarrollado iniciativas hospitalarias para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los sistemas sanitarios. Una de ellas es la creación de los sistemas de respuesta rápida con el objetivo de anticipar la valoración de los pacientes hospitalizados que puedan estar desarrollando un agravamiento clínico significativo. La propia Joint Commission en 2008 ha impulsado que estas estructuras formen parte de los hospitales en Estados Unidos para prevenir muertes evitables y mejorar la calidad asistencial.

Desde 2011 nuestra Unidad de Medicina Intensiva ha desarrollado programas coordinados dirigidos a la detección temprana de esos pacientes y al seguimiento colaborativo de pacientes de alta complejidad. Establecer herramientas que anticipen la valoración de los pacientes graves puede mejorar su pronóstico y disminuir la estancia y la posibilidad de evolución a disfunción multiorgánica.

Es clave detectar a los pacientes en la fase inicial de ese agravamiento y disminuir el número de pacientes con alerta tardía. Para ello, se han descrito numerosos criterios de alerta y escalas de valoración que están validadas como métodos de screening para la predicción de muerte en las siguientes 24 horas, con áreas bajo la curva de mortalidad superiores al 0,85. En nuestra experiencia, la escala ViEWS cumple este propósito, con una mortalidad que se dispara de manera exponencial a partir de 7 puntos en la valoración de presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria, temperatura, fracción de oxígeno inspirada, saturación periférica de oxígeno, situación neurológica y frecuencia cardíaca.

Desde el año 2023, hemos desarrollado en Osakidetza, una innovadora herramienta integrada en la historia clínica informatizada que calcula la puntuación ViEWS (denominada Nivel de Riesgo) al registrar las constantes vitales y que, según el valor obtenido, genera un mensaje de aviso al profesional. Esto posibilita graduar la gravedad clínica y jerarquizar la atención. Así los pacientes más graves se codifican con color rojo (puntuaciones superiores a 8), y progresivamente con niveles menores de gravedad, se codifican en amarillo (puntuación 7 y 8), en gris (si la puntuación es de 3 a 6) y en blanco (de 0 a 2 puntos). Se emiten mensajes en pantalla

que sugieren niveles progresivos de atención y monitorización en función del bloque de alerta al que pertenezcan.

Cada nivel de alerta genera un icono en el censo de hospitalización, cuyo color dependerá del nivel de riesgo calculado para ese paciente (gris, amarillo o rojo) y se actualiza en función de la actualización clínica de las constantes.

Además, genera un censo de pacientes que permite tener identificados los pacientes de mayor riesgo.

Las puntuaciones por encima de siete son valoradas por parte de la Unidad de medicina intensiva, de lunes a viernes en horario de mañana, posibilitando un manejo colaborativo entre especialistas, la detección precoz de las situaciones de mala evolución, la detección de posibles donantes de órganos y tejidos, y la adecuación de los tratamientos de soporte vital en los casos en los que se considere indicado.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

Este tipo de herramientas informatizadas posibilitan la detección precoz de los pacientes en la fase inicial de su agravamiento clínico y con ello, la aplicación de medidas terapéuticas tempranas para optimizar su pronóstico, y en algunos casos, evitar la evolución con parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria. El minimizar los ingresos de pacientes con evoluciones desfavorables en fase tardía mejora su pronóstico, abarata costes y contribuye a disminuir la mortalidad. De hecho, el porcentaje de ingresos en nuestro Servicio de Medicina Intensiva con alerta tardía (entendida como una puntuación de nivel de riesgo mayor a 7 en alguno de los turnos previos al del ingreso) es un indicador de calidad de la precocidad que tiene el sistema en la detección precoz del agravamiento del paciente, que hemos propuesto en la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Urgencias Coronarias y que se publicó en el año 2020.

La funcionalidad informática se integra en la historia clínica del paciente y está disponible para todos los profesionales que atienden a sus pacientes y que acceden a ella, para facilitar la detección de desviaciones en las constantes vitales que se asocian a un riesgo de mortalidad en las siguientes 24 horas. Al estar automatizado, la valoración que se genera es dinámica, y cuenta con mensajes de ayuda para la actuación, que facilitan la comunicación entre la enfermería y los médicos responsables de los pacientes. Está desarrollada también para el panel de pacientes del Servicio de Urgencias, donde facilita la identificación temprana de los pacientes que a priori están con alteraciones en las constantes vitales más significativas.

Con la revisión diaria de todo el censo de alertas que se generan en las plantas de hospitalización por parte de los profesionales de medicina intensiva (en horario de mañana, de lunes a viernes) se facilita el trabajo colaborativo entre especialidades, la detección de pacientes en riesgo, de posibles donantes o la adecuación de los tratamientos de soporte vital.

Este modelo es exportable a otras organizaciones sanitarias, con la escala de valoración que se estime oportuna y los criterios de activación que se consideren, pudiendo impactar directamente en la mortalidad intrahospitalaria, la incidencia de las paradas cardíacas intrahospitalarias y en la gravedad y estancia de los pacientes que requieren ingreso en el servicio de medicina intensiva procedentes de las plantas de hospitalización. En nuestra opinión, resulta de mayor utilidad si la funcionalidad se integra en la propia historia clínica informatizada

del paciente, y no mediante un software “externo” que pueda estar aislado de la atención inmediata por parte de la enfermería y el médico responsable de cada paciente.

Población diana / ámbito de aplicación

Todos los pacientes hospitalizados y atendidos en el área de urgencias de los hospitales de la red sanitaria vasca (Osakidetza Servicio Vasco de Salud). En este caso, los pacientes atendidos en urgencias y pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Alava (Desde 1 de enero a 30 de noviembre de 2025: 38.634 pacientes ingresados, 173.755 estancias, 164.925 urgencias atendidas).

En 2024 la población diana fue 41.713 pacientes ingresados, 193.365 estancias, y 172.555 urgencias atendidas.

Es un modelo exportable (con los ajustes necesarios) a todos los sistemas sanitarios con historia clínica informatizada y registro informático de constantes vitales.

Metodología

- Revisión de bibliografía relacionada con escalas de niveles de riesgo, equipos de atención inmediata y el impacto sobre indicadores asistenciales.
- Desarrollo e implementación en historia clínica digital (Osabide Global) de la constante Nivel de Riesgo según escala Views.
- Elaboración del protocolo de “Detección y seguimiento del paciente en riesgo en planta de hospitalización y urgencias”.
- Difusión del protocolo y despliegue de formación en cascada a profesionales sanitarios de UCI, Direcciones asistenciales, Servicios Clínicos y Supervisiones.
- Asignación diaria de profesionales para revisión de pacientes con niveles de alerta, recogiendo en historia clínica el plan terapéutico en niveles:
 - Suspender la constante Nivel de Riesgo.
 - Seguimiento en planta de hospitalización.
 - Seguimiento en planta de hospitalización por profesionales del servicio y de Medicina Intensiva.
 - Ingreso en UCI o cuidados Intermedios.
 - Detección como potencial donante.
 - Registro de adecuación de tratamientos de soporte vital.

Objetivos

El objetivo global es anticipar la atención al paciente hospitalizado de riesgo para intentar mejorar su pronóstico.

Otros objetivos más específicos son:

1. Detectar de forma precoz al paciente potencialmente grave.

2. Optimizar la asistencia al paciente de riesgo graduando sus cuidados.
3. Promover la continuidad de cuidados del paciente agudo.
4. Compartir información y toma de decisiones entre el servicio de procedencia del paciente y los demás servicios implicados.
5. Disminuir el estrés asistencial del personal de planta dando herramientas objetivas de valoración y asistencia a pacientes de riesgo.
6. Identificar pacientes con adecuación de los tratamientos de soporte vital no tributarios de ingreso en UCI.
7. Identificar pacientes subsidiarios de ingreso en UCI para inicio de los cuidados intensivos orientados a la donación.
8. Mejorar la programación de ingresos y altas en el UCI y plantas de hospitalización.
9. Evitar ingresos innecesarios en el Servicio de Medicina Intensiva.

Actuaciones realizadas

- Revisión bibliográfica.
- Elaboración del Protocolo.
- Desarrollo de la funcionalidad en la historia clínica informática como:
 - Una constante más del módulo de constantes con actualización continua.
 - Alerta de nivel de riesgo con icono y puntuación en la historia clínica y en el censo de pacientes de servicio y unidad.
 - Censo de pacientes con niveles de riesgo (ausente, gris, gris+, amarillo y rojo).
- Difusión de la funcionalidad y del protocolo, formación en cascada.
- Puesta en marcha y asignación de profesionales al seguimiento.
- Generación de un formulario para el registro de las valoraciones de pacientes por el servicio de medicina intensiva que incluye datos demográficos, unidad de origen de la alerta, puntuación en la escala de riesgo, destino del paciente y alerta tardía.
- Valoración diaria del censo de alertas (laboral turno de mañana).
- Revisión de resultados.
- Valoración de indicadores de calidad.

Indicadores

- Número de pacientes diarios con alertas amarillas y rojas valorados en cada uno de los centros del Hospital universitario de Álava.
- Porcentaje de ingresos en UCI con criterios de alerta tardía (VIEWS mayor de 7 en algún momento de los 3 turnos previos al turno del ingreso en UCI; Alerta tardía desde urgencias (5 horas).
- % de alertas que generan seguimiento.
- % de alertas que requieren ingreso en UCI.
- Número de paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias con activación al circuito de parada cardíaca intrahospitalaria.
- Donantes de órganos y tejidos detectados mediante el Sistema de Detección de Nivel de riesgo.

Recursos

Desarrollo de un sistema corporativo y automatizado de alertas clínicas predictoras que anticipan el agravamiento clínico significativo, en base a la literatura existente y una escala de valoración de paciente en riesgo.

Integración de dicha herramienta en la historia clínica del paciente.

Difusión de la funcionalidad para el conocimiento por parte del personal trabajador de la organización sanitaria.

Generación de un equipo de profesionales con las competencias necesarias para la valoración y asistencia rápida de pacientes con alteraciones que traduzcan un riesgo significativo y que facilite el manejo colaborativo con otros especialistas y la adecuación de los disponibles.

Desarrollo de herramientas de monitorización de resultados.

Basada en la evidencia

Existe multitud de evidencia científica con publicaciones y revisiones sistemáticas que justifican la universalización de los sistemas de detección y valoración temprana de los pacientes con agravamiento clínico. Está recogido en la introducción y en la bibliografía que se adjunta.

Equidad

Se aplica a todos los pacientes ingresados en el hospital y atendidos en Urgencias, con toma de decisiones guiadas exclusivamente por criterios clínicos.

Esta iniciativa no hace distinciones raciales, ni de colectivo ni género y es de aplicación universal para todos los pacientes que son objeto de monitorización en el hospital. Solo en aquellos pacientes en los que por su situación clínica se decida que son subsidiarios de un tratamiento paliativo o en los que se entiendan como “basales” ciertas desviaciones de parámetros clínicos, se pueden anular todas las alertas que facilita el sistema de detección de la alerta precoz.

Sostenibilidad

El compromiso institucional, el mantenimiento de la funcionalidad informática y la integración de esta actividad asistencial en la cartera de servicios que oferta nuestro Servicio de Medicina Intensiva, han posibilitado su sostenibilidad temporal de lunes a viernes y en horario de mañana. Sin embargo, la valoración de las alertas de los pacientes hospitalizados que se generan de lunes a viernes por las tardes o por las noches o durante los fines de semana, no pueden ser cubiertas por el personal de guardia de medicina intensiva de manera habitual, por las cargas derivadas de dichas guardias.

Transferibilidad

Esta iniciativa se encuentra implementada en la historia clínica informática de todos los centros de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. y su aplicación es transferible a cualquier herramienta informática de historia clínica.

El desarrollo de la iniciativa por parte de equipos de atención rápida en cualquier centro es factible, especialmente en los que cuentan con servicios de medicina intensiva por ser los profesionales con las competencias avanzadas para la valoración y toma de decisiones clínicas en estos escenarios.

Efectividad

El registro del periodo comprendido entre el 1/12/24 y el 30/11/25 incluye:

- 5390 alertas (23,2% riesgo alto), de las que se han revisado el 67,9% por el equipo de valoración de UCI (promedio 14,09 alertas/día).
- Reducción relativa del riesgo de PCR intrahospitalaria del 53,4% frente al año anterior (4,04 frente a 8,67 por 10000 ingresos, IC 95% 1,49-7,76 con $p=0,0047$).
- Se completaron 1926 formularios. Se clasificaron como alerta tardía el 7,89%, cifras similares a las registradas en nuestro centro previo a la implantación de constante de riesgo en historia clínica. Se detectó una tendencia no significativa a mayor mortalidad en estas alertas (OR 1,13, IC 95% 0,34-3,74).
- Se han detectado 3 pacientes donantes de órganos y 4 de tejidos en plantas de hospitalización.
- La estancia media de ingreso en UCI ha descendido desde 5,29 a 4,71 días y la mortalidad intraUCI de 11,66% a 10,62%.

Eficiencia

En nuestra experiencia, disminuir el porcentaje de ingresos en el servicio de medicina intensiva puede tener una traducción directa en la estancia, el porcentaje de evolución con mayor grado de disfunción multiorgánica (con los costes derivados que esto conlleva) y en la mortalidad.

- Reducción de llamadas a UCI por pacientes durante las guardias.
- Reducción de la estancia media en UCI desde 5,29 a 4,71 días.

- Mejora en la adecuación de tratamientos de soporte vital a pacientes ingresados en unidades de hospitalización.
- Detección de pacientes donantes de órganos y tejidos (3 pacientes donantes de órganos y 4 de tejidos), con impacto directo en resultados en salud y económicos.

Participación multidisciplinar

El propio funcionamiento de este sistema de detección está determinado por la participación multidisciplinar de enfermería (toma y valoración de constantes vitales, con el adecuado registro informatizado), médicos responsables de los pacientes (que valoran esas desviaciones y avisos que se emiten en la historia clínica, o que les comunica la enfermera responsable del paciente al hacer el registro de las constantes) y el personal del servicio de medicina intensiva que realiza la valoración de todas las activaciones del censo de alertas de todas las plantas del hospital con nivel de riesgo por encima de 7.

Colaboración intersectorial

No procede.

Evaluación

- Seguimiento semestral y anual de los indicadores derivados de la aplicación de la práctica y del protocolo.
- Seguimiento semestral y anual de indicadores derivados como nº de ingresos en UCI y en cuidados Intermedios, estancia media de ingreso en UCI y en hospital, mortalidad en UCI y mortalidad hospitalaria, costes de la UCI anuales.
- Satisfacción y detección de área de mejora de los servicios clínicos, supervisiones de unidades de enfermería y Direcciones asistenciales del hospital.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*

VAL8-1: Plan MANIKIDS: Humanización de la atención pediátrica en el Hospital de Manises para mejorar la experiencia del paciente, la seguridad y la detección precoz de necesidades clínicas y psicosociales

M.^a Inés Costa Alcácer (1), María Teresa Romero Rubio (1), Elena Lucas Sáez (1), Yolanda Mañes Jiménez (1), María Sinisterra Pérez (1), Susana Margarid Gil Lourenço (1), Esther Ramírez Bolaños (1), Elisa Osuna González (1), Iris Gimeno Ferrandis (1), Yessika Collado García (1), Esther Fernández García (1), Patricia Lacruz Gimeno (1), María Doménech Pascual (1)

(1) Hospital de Manises, Departamento de Salud de Manises, Generalitat Valenciana.

Tipo de comunicación: Práctica.

Palabras clave: Humanización pediátrica, experiencia del paciente, seguridad del paciente, hospitalización infantil, participación familiar, bienestar emocional.

Justificación de la propuesta (problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente).

El Plan MANIKIDS es una propuesta de humanización de la atención pediátrica que se ha implementado en la planta de pediatría del Hospital de Manises, dentro del Departamento de Salud de Manises. Este proyecto responde a la necesidad de transformar la atención sanitaria pediátrica, no solo desde una perspectiva técnica, sino también emocional y humana, alineándose con los principios rectores del [Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Sistema Valenciano de Salud](#).

La población diana del proyecto son los niños y adolescentes hospitalizados en la planta de pediatría, así como sus familiares o acompañantes. En la práctica, el proyecto abarca una mejora integral de la experiencia de los pacientes pediátricos, no solo en términos de confort físico, sino también en el aspecto emocional, psicológico y social. Esto se logra mediante la creación de un entorno hospitalario más cálido, acogedor y empático, que favorezca la recuperación y el bienestar general.

La metodología del Plan MANIKIDS se fundamenta en un enfoque multidisciplinario que involucra a pediatras, enfermeras, profesionales de la calidad, gestión de procesos, y comunicación y a los propios pacientes y familiares. El proyecto se desarrolla en varias fases: diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. A través de un enfoque metodológico riguroso, participativo y creativo, con una escucha activa 360º, se han identificado y abordado aquellos aspectos que realmente importan a los niños y a las niñas, a los adolescentes y a las familias durante una hospitalización. El plan resultante, con 19 acciones concretas en alimentación, entretenimiento y confort, no solo pretende responder a las expectativas de nuestros pacientes, sino que las trata de superarlas, buscando generar momentos positivos (experiencias “WOW”) incluso en circunstancias tan difíciles como un ingreso hospitalario.

La participación ciudadana es un sello distintivo de MANIKIDS. En este caso, niños/as, y sus padres han contribuido activamente a diseñar las soluciones. Aquí, no solo se les consultó

mediante encuestas sobre su experiencia, sino que se les involucró en la definición del plan de acción, permitiéndoles opinar sobre las medidas propuestas e incluso sugerir otras nuevas. Esta co-creación con las personas usuarias asegura que el proyecto responde a necesidades reales y percibidas, y además genera un sentimiento de pertenencia y satisfacción en la comunidad: las familias se sienten escuchadas y valoradas. MANIKIDS convierte a los niños y padres de receptores pasivos en agentes de cambio de la humanización y de la seguridad del paciente.

El objetivo SMART de este proyecto es claro: mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos mediante acciones específicas y medibles, alcanzables dentro de los recursos disponibles, y con un enfoque temporal bien definido. El indicador principal que se utiliza es el de satisfacción global con la atención recibida.

Por último, la transferibilidad de este proyecto es clave: todas las acciones implementadas estarán documentadas y sistematizadas, facilitando su adopción en otros hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Contenido de la propuesta (en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan).

El Plan MANIKIDS es un proyecto integral de humanización diseñado para mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital de Manises. Su objetivo principal es transformar la atención pediátrica tradicional, incorporando un enfoque holístico que incluye tanto los cuidados físicos como emocionales de los pacientes, creando un entorno más acogedor, empático y respetuoso.

El proyecto está dirigido a dos grupos clave:

1. Niños y adolescentes hospitalizados en la planta de pediatría del Hospital de Manises, beneficiarios directos de las mejoras en el entorno hospitalario y los cuidados recibidos.
2. Familiares o acompañantes de los pacientes pediátricos, quienes también se benefician de un ambiente más cómodo y la integración activa en el proceso de atención médica.

Para la elaboración e implementación del Plan MANIKIDS se siguió una metodología estructurada en varias fases, combinando análisis de datos, participación de los implicados y revisión de buenas prácticas. El proyecto se organiza, de forma general, en:

1. Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
2. Fase de diagnóstico: Evaluación de las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias mediante encuestas y estudios previos.
3. Fase de planificación: Diseño y planificación de las medidas de humanización con la colaboración de equipos multidisciplinarios y de los propios pacientes y familiares. En concreto, el grupo de trabajo multidisciplinar ha realizado una propuesta que ha sido abierta tanto a profesionales como a pacientes y padres para que participaran activamente en la definición.
4. Fase de implementación: Ejecución de las medidas planificadas para mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos.

5. Fase de evaluación y seguimiento: Evaluación continua de los resultados mediante encuestas de satisfacción y medición del impacto en el bienestar de los pacientes y sus familias.
6. El resultado: un plan que se conforma de 19 acciones, enmarcadas en 3 áreas: alimentación, entretenimiento y confort, que han sido cuidadosamente planificada para ser realizables y sostenibles. Algunas han requerido inversiones materiales (equipos, reformas), mientras que otras dependen más de cambios organizativos o culturales; en conjunto, constituyen un abordaje integral que cubre las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los niños y de las niñas en situación de ingreso hospitalario.

El proyecto se ha implementado a nivel local en el Hospital de Manises, pero tiene un alto grado de transferibilidad. Las medidas de humanización podrán ser replicadas en otros hospitales dentro del Sistema Valenciano de Salud y, potencialmente, en otras comunidades autónomas.

El valor diferencial de MANIKIDS radica la implicación y la escucha activa de los niños y de las niñas ya que se han identificado y abordado aquellos aspectos que realmente les importan durante una hospitalización y se ha construido un plan de acción en base a esto que también ha sido validado tanto por los pacientes como por sus familiares. Además, se enfoca en la mejora del bienestar emocional y psicosocial de los pacientes, un aspecto frecuentemente olvidado en los modelos tradicionales de atención pediátrica.

Población diana / ámbito de aplicación

El Plan MANIKIDS está dirigido a niños y adolescentes hospitalizados en la planta de pediatría del Hospital de Manises, con el objetivo de mejorar su experiencia hospitalaria y garantizar un entorno más humano y seguro. Los pacientes pediátricos son la población diana directa, a quienes se les ofrecerá una atención integral, que abarca no solo el cuidado físico, sino también el bienestar emocional y psicosocial.

El proyecto también beneficia a los familiares o acompañantes de los pacientes, quienes se integran activamente en el proceso de cuidado y toma de decisiones, mejorando su participación y reduciendo el estrés asociado con la hospitalización.

Metodología

Las etapas han sido:

1. Formación grupo de trabajo multidisciplinar.
2. Análisis de necesidades y expectativas de los pacientes y padres: se han empleado como fuentes de información las quejas y agradecimientos recibidos, las encuestas de satisfacción realizadas a las 24 horas tras el alta y encuestas de satisfacción específicas a niños, adolescentes y padres.
3. Identificación de áreas de mejora: se identificaron 3 áreas de mejora: alimentación, entretenimiento y confort.
4. Búsqueda de mejores prácticas y publicaciones en revistas científicas.

5. Definición participativa del plan de acción: el grupo de trabajo realizó una propuesta que fue abierta tanto a profesionales como a pacientes y padres.
6. Aprobación, despliegue y seguimiento: El equipo se reúne una vez al mes para hacer seguimiento de las acciones, resolver incidencias y compartir la puesta en marcha y los resultados observados.

Objetivos

El Plan MANIKIDS tiene como objetivo principal mejorar la experiencia hospitalaria de los pacientes pediátricos del Hospital de Manises, creando un entorno seguro, acogedor y empático.

En concreto:

1. Mejorar el bienestar físico y emocional de los pacientes pediátricos mediante la implementación de espacios de juegos y la mejora de los menús, logrando una reducción del 30% en los niveles de ansiedad de los pacientes, medida mediante encuestas de satisfacción, en un plazo de 6 meses.
2. Fortalecer la participación familiar en el proceso de atención, asegurando que el 90% de las familias estén activamente involucradas en las decisiones médicas dentro de los primeros 6 meses.
3. Capacitar al personal sanitario en escucha activa y empatía, formando al 100% del personal de pediatría antes de finales de 2025.
4. Alcanzar un aumento del 25% en la satisfacción de los pacientes al final del primer año.

Actuaciones realizadas

El Plan MANIKIDS ha llevado a cabo varias actuaciones clave para mejorar la experiencia hospitalaria de los pacientes pediátricos, entre otras:

1. Revisión de menús: Se mejoraron los menús alimentarios, eliminando ultraprocesados y garantizando opciones nutritivas y adaptadas a las necesidades de los niños.
2. Creación de espacios de juegos: Se ha creado una ludoteca para fomentar el entretenimiento y bienestar emocional de los pacientes pediátricos, reduciendo el estrés asociado con la hospitalización.
3. Acondicionamiento de habitaciones: Se mejoró el mobiliario y las instalaciones de las habitaciones, aumentando el confort tanto de los pacientes como de sus acompañantes.
4. Capacitación del personal: Se realizaron sesiones de formación en técnicas de escucha activa y empatía para sensibilizar al personal sanitario en la importancia de una atención humanizada.

Estas acciones han sido implementadas de forma estructurada y están siendo evaluadas continuamente.

Indicadores

Los indicadores del Plan MANIKIDS permiten medir tanto el proceso como el impacto de las medidas implementadas:

1. Satisfacción de pacientes y familias: Encuestas de satisfacción para evaluar la calidad percibida en términos de confort, atención emocional y comunicación, comparando resultados antes y después de la intervención.
2. Bienestar emocional de los pacientes: Se medirán los niveles de ansiedad y estrés con herramientas validadas antes y después de las medidas.
3. Cumplimiento de medidas de confort: Evaluación de habitaciones y espacios comunes, midiendo la comodidad del mobiliario, temperatura y accesibilidad. Se utilizarán checklists periódicos.
4. Capacitación del personal: Evaluación del impacto de la formación en escucha activa y empatía, mediante encuestas internas antes y después de las formaciones.
5. Transferibilidad: Medición de la replicabilidad de las medidas en otros hospitales a través de un análisis cualitativo y cuantitativo.

Estos indicadores permitirán un seguimiento continuo y ajustes en la implementación.

Recursos

El Plan MANIKIDS requiere una adecuada asignación de recursos humanos, financieros y materiales para su implementación exitosa:

1. Recursos humanos: El proyecto involucra a un equipo multidisciplinario, incluyendo:
 - Pediatras
 - Enfermeras especializadas en pediatría
 - Trabajadores sociales
 - Responsables de calidad y comunicación
 - Personal de logística para la implementación de espacios y mobiliario.
2. Recursos financieros: El financiamiento proviene del presupuesto del Hospital de Manises, dependiente de la Conselleria de Sanitat. La optimización se logra priorizando acciones de bajo costo, como la mejora de espacios existentes y la capacitación interna.
3. Recursos materiales: Se destinarán fondos a la adquisición de mobiliario ergonómico, material didáctico para los niños y herramientas tecnológicas para facilitar la comunicación.

Basada en la evidencia

El Plan MANIKIDS se fundamenta en el Plan de Humanización del Sistema Valenciano de Salud, que promueve una atención centrada en las personas, priorizando la dignidad, la empatía y la participación activa de pacientes y familias. Este enfoque humanizado ha demostrado que no

solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino también los resultados clínicos (Meneses-La-Riva et al., 2021).

La literatura científica respalda que un entorno hospitalario acogedor y la comunicación empática reducen el estrés y favorecen el bienestar emocional, impactando directamente en la seguridad del paciente pediátrico (Rodríguez et al., 2019). Además, estudios previos evidencian que la formación en comunicación mejora la relación médico-familia y, por ende, los resultados asistenciales y la satisfacción del paciente (Sánchez et al., 2021).

Adicionalmente, el equipo ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales revistas científicas de interés con objeto de identificar practicas con resultados presentados y exitosos.

Equidad

El Plan MANIKIDS aborda la equidad mediante un enfoque inclusivo y accesible para todos los niños y familias, independientemente de su género, edad, nivel socioeconómico u origen cultural. Se garantiza que todas las acciones de humanización sean igualmente accesibles para los pacientes pediátricos, sin importar su situación económica o social.

Las medidas implementadas, como la mejora de los menús y la creación de espacios lúdicos, se adaptan para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes. Además, el proyecto fomenta la participación activa de las familias en el cuidado del niño, asegurando que todos los padres o tutores tengan la oportunidad de involucrarse en el proceso asistencial, independientemente de su nivel educativo o socioeconómico.

De este modo, MANIKIDS garantiza que la atención hospitalaria sea equitativa, mejorando la calidad de vida de todos los pacientes.

Sostenibilidad

El Plan MANIKIDS está diseñado para garantizar su continuidad a largo plazo, con un respaldo institucional sólido por parte del Hospital de Manises. El compromiso institucional asegura que las medidas de humanización no sean una acción puntual, sino un elemento estructural dentro del hospital.

La financiación proviene del presupuesto asignado al Departamento de Salude de Manises, lo que asegura la sostenibilidad financiera del proyecto. Además, se ha diseñado de manera que las medidas de humanización sean adaptables a diferentes contextos hospitalarios, lo que facilita su replicabilidad en otros centros del Sistema Valenciano de Salud.

La evaluación continua y el ajuste de estrategias garantizan que las intervenciones sigan siendo relevantes y efectivas con el paso del tiempo, asegurando la mejora continua de la calidad asistencial.

Transferibilidad

El Plan MANIKIDS está sistematizado y documentado de forma que facilita su replicabilidad y ampliación en otros hospitales. Todas las acciones de humanización implementadas, como la creación de espacios lúdicos y la mejora de los menús, están registradas detalladamente, lo que permite su adaptación eficiente a diferentes contextos hospitalarios.

Los protocolos de comunicación y formación del personal están diseñados de manera modular y flexible, lo que garantiza una implementación escalable en diversos entornos. Además, se ha desarrollado un sistema de seguimiento continuo que permite ajustar las medidas según las necesidades específicas de cada centro, asegurando su ampliación y sostenibilidad a largo plazo. Esta estructura facilita la replicabilidad del proyecto y asegura que mantenga un impacto positivo en cada hospital que lo implemente.

Efectividad

Comparando los resultados obtenidos en el segundo trimestre del 2025 con los del primer trimestre, todos los valores de satisfacción se han incrementado, siendo la media de 0,82 puntos (máximo de 0,98 puntos y mínimo de 0,68). Como es conocido, la experiencia del paciente está condicionada por la actividad (número de altas en este caso) y la actividad en hospitalización de pediatría es estacional, por lo que se han comparado los resultados obtenidos en el segundo trimestre del 2025 con los del año previo. Así pues, se observa también un incremento medio de 0,2 puntos (máximo de 0,45 puntos y mínimo de -0,22 puntos). Todos los aspectos han sido mejor valorados menos el relativo a la comodidad y confort. Esta cuestión ha sido debatida en el grupo y se tiene la hipótesis de que puede ser debido a que no se ha ejecutado aún el cambio de sillones en las habitaciones.

Eficiencia

El Plan MANIKIDS ha logrado los resultados previstos mediante una gestión eficiente de los recursos disponibles. Se han optimizado los recursos humanos con la formación continua del personal sanitario, y los materiales mediante la creación de la ludoteca y el acondicionamiento de espacios, aprovechando el mobiliario existente y realizando adaptaciones sencillas que no requieren grandes inversiones.

Además, se ha priorizado la mejora de procesos internos para garantizar su sostenibilidad a largo plazo sin necesidad de recursos adicionales.

La evaluación continua y los ajustes en tiempo real han maximizado la eficiencia operativa, asegurando un alto impacto con costos bajos.

Participación multidisciplinar

El Plan MANIKIDS se fundamenta en un enfoque multidisciplinar, involucrando a profesionales de diversas áreas para asegurar una atención integral y humanizada.

- Dirección y Gerencia del Hospital: respalda el Plan MANIKIDS, asegurando asignación de recursos y compromiso institucional para su implementación y sostenibilidad.
- Colaboración multidisciplinar: Servicio de Pediatría, enfermería pediátrica y trabajadores sociales abordan la atención integral del paciente.
- Atención Primaria: garantiza la continuidad del cuidado pediátrico posthospitalario, alineando las medidas de humanización en el seguimiento de los pacientes.
- Responsables de calidad y comunicación aseguran la participación familiar y eficacia en los procesos.

- Instituciones sin ánimo de lucro: Colegios y grupos de voluntarios organizan conciertos, colaboraciones y participan en talleres creativos y actividades para los niños, contribuyendo al bienestar emocional y la distracción durante la hospitalización

Colaboración intersectorial

El Plan MANIKIDS se beneficia de una colaboración intersectorial que involucra a diferentes actores fuera del ámbito sanitario, lo que refuerza su impacto y sostenibilidad a largo plazo:

- Educación: Colegios y asociaciones educativas participan activamente mediante la entrega de dibujos y cartas de apoyo, lo que fomenta la conexión emocional entre los pacientes pediátricos y su entorno escolar.
- Sector cultural: Colaboraciones con artistas locales y grupos de voluntarios organizan eventos musicales, como conciertos y actividades festivas, que proporcionan distracción y bienestar emocional a los niños hospitalizados.
- Instituciones sociales: Organizaciones sin ánimo de lucro apoyan con donaciones de juguetes, materiales educativos y actividades lúdicas, creando un entorno enriquecedor para los pacientes y sus familias.

Estas colaboraciones garantizan que el Plan MANIKIDS no solo sea un proyecto de salud, sino también un esfuerzo comunitario que fortalece su continuidad.

Evaluación

El Plan MANIKIDS cuenta con un sistema de evaluación interna y externa que garantiza la efectividad y mejora continua del proyecto:

- Evaluación interna: Se utilizan encuestas de satisfacción y mediciones de bienestar emocional pre y post intervención para valorar el impacto de las acciones implementadas, como la creación de la ludoteca y la mejora de los menús.
- Evaluación externa: Se lleva a cabo mediante la colaboración con expertos en calidad asistencial y humanización, quienes revisan los resultados obtenidos, evaluando la implementación de las medidas y proporcionando retroalimentación constructiva.

Se emplean indicadores clave como la reducción de ansiedad, y la satisfacción de los pacientes y familias.

Este proceso garantiza que el Plan MANIKIDS siga siendo efectivo y adaptable a las necesidades de los pacientes.

**Para obtener más información sobre los Anexos del proyecto, contactar con las personas integrantes del mismo.*