

Hospital Universitario Río Hortega  
Valladolid, 19 y 20 de junio 2025



# XX Jornadas Nacionales de Documentación Médica **SEDOM**

**LIBRO DE ABSTRACTS**



**ISBN: 978-84-09-74305-6**

Descargo de responsabilidad:

La Sociedad Española de Documentación Médica y Admisión [SEDOM]  
no se hace responsable de las opiniones o puntos de vista de los autores, así como de la  
originalidad del contenido aportado por los autores.

# ÍNDICE

## Comunicaciones Orales

| Ref    | Título  | Pág |
|--------|---|-----|
| E0011  | IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CORREO ELECTRÓNICO PARA GESTIÓN DE CITAS   | 7   |
| E0012  | EVOLUCIÓN DE INASISTENCIAS A CONSULTAS EXTERNAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  | 8   |
| OR0007 | ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO: EFICACIA DE UN CENTRO DE LLAMADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  | 9   |
| E0007  | DISEÑO CUADRO DE MANDOS. ANALISIS INDICADORES MORTALIDAD HOSPITALARIA   | 10  |
| OR0009 | IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UROLOGÍA: IMPACTO EN EFICIENCIA Y EXPERIENCIA DE PACIENTE   | 11  |
| E0028  | IMPACTO DEL APR-GRD 011 RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO [CAR] CÉLULAS T Y OTRAS INMUNOTERAPIAS EN EL PESO TOTAL DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL | 12  |
| OR0012 | APERTURA DE UNA UNIDAD DE PREINGRESOS: REDUCCION EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA  | 13  |
| OR0004 | SABEMOS QUIÉNES SOMOS Y LO QUÉ HACEMOS, PERO ¿LO SABEN LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES?: PÁGINA WEB PARA LOS SADC  | 14  |
| E0024  | ONTOLOGÍAS CLÍNICAS PARA LA RECUPERACIÓN SEMÁNTICA DE COHORTES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA   | 15  |

# ÍNDICE

## Comunicaciones Póster

| Ref    | Título   | Pág |
|--------|--|-----|
| OR0001 | ATENCIÓN CENTRADA EN LAS FAMILIAS: MEJORANDO EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS DESDE EL HOSPITAL   | 17  |
| OR0002 | ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA AL NIÑO CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD: UN PLAN PARA EL CUIDADO DE PACIENTES VULNERABLES.                             | 18  |
| OR0003 | REDEFINIENDO LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: MEJORA DEL CIRCUITO DE LIBRE ELECCIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD  | 19  |
| OR0005 | UN VIAJE HACIA LA EXCELENCIA: CERTIFICACIÓN UNEEN ISO 9001:2015 DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD    | 20  |
| OR0006 | PROCESO DE NORMALIZACIÓN DE LAS AGENDAS DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA: APORTANDO VALOR A LA ORGANIZACIÓN  | 21  |
| OR0008 | EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN URGENCIAS: ANÁLISIS DE CALIDAD DOCUMENTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  | 22  |
| OR0010 | DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE SARCOMAS Y TUMORES MUSCULOESQUELÉTICOS: PERFIL CLÍNICO, RESULTADOS Y TRAZABILIDAD ASISTENCIAL | 23  |
| OR0011 | TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE DERIVACIONES INTERCENTROS: IMPLEMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.                        | 24  |
| OR0013 | ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REGISTRADA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.                                   | 25  |
| OR0014 | SISTEMA DE ALERTA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RIESGO SOCIAL: IDENTIFICACIÓN TEMPRANA Y REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE RESPUESTA                           | 26  |
| OR0015 | HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES POR DIABETES, ANÁLISIS DE CASOS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL   | 27  |
| OR0016 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD EN HOSPITAL A DOMICILIO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL   | 28  |
| E0006  | TRANSICIÓN DE LA CODIFICACIÓN MANUAL A LA AUTOCODIFICACIÓN EN URGENCIAS: AUDITORÍA Y PROPUESTAS DE MEJORA.   | 29  |
| E0008  | IMPORTANCIA DEL INFORME DE ALTA EN EL ÁMBITO JURÍDICO LEGAL  | 30  |
| E0009  | OTRO INTENTO DE DISMINUIR LA LEC-TRAUMATOLOGIA   | 31  |

# ÍNDICE

## Comunicaciones Póster

| Ref   | Título  | Pág |
|-------|---|-----|
| E0010 | FIABILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN POA-N EN LAS ALTAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES AGUDOS  | 32  |
| E0013 | SIFCO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS REGISTROS RECIBIDOS EN UN ÁREA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID   | 33  |
| E0014 | OPTIMIZACION DE LA GESTION DE BUZONES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA GENERAL   | 34  |
| E0015 | EL PAPEL DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LA GARANTÍA DEL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN LA COMUNIDAD DE MADRID           | 35  |
| E0016 | MORTALIDAD POR HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL UN ANÁLISIS DOCUMENTAL   | 36  |
| E0017 | ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN DE PACIENTES DERIVADOS A LOS HOSPITALES DE APOYO QUIRÚRGICOS DESDE UN HOSPITAL DE NIVEL 2 DE LA COMUNIDAD DE MADRID | 37  |
| E0019 | PLANIFICANDO EL CAMBIO: DESPLIEGUE DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LOS SADCS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL   | 38  |
| E0020 | GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR IMPACTO EN LA DEMORA MEDIA   | 39  |
| E0021 | MLS: IA PARA INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA AVANZADOS  | 40  |
| E0022 | ALIANZAS PARA OPTIMIZAR LA COMPLEJIDAD DEL SERVICIO   | 41  |
| E0023 | CREACIÓN DE DIAGNÓSTICOS FAVORITOS PARA LA MEJORA DE LA CODIFICACIÓN DE CONSULTA EXTERNA  | 42  |
| E0025 | AUDITORIA DE INFORMES DE ALTA EN JARA DEL AÑO 2023 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ   | 43  |
| E0026 | PROYECTO DE INCORPORACIÓN DE PRUEBAS DE CENTROS EXTERNOS A VNA EN EL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ   | 44  |
| E0027 | ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN AGUDA  | 45  |
| E0029 | ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LAS TERAPIAS CAR-T A PARTIR DE LOS NUEVOS CÓDIGOS CIE-10-ES EN 2024                                       | 46  |
| E0030 | ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS TRATADAS CON TERAPIAS CAR-T EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL   | 47  |



# Comunicaciones Orales



## EO011

### TITULO: IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CORREO ELECTRÓNICO PARA GESTIÓN DE CITAS

**Autor:** Javier Canelas Fernández. Hospital Universitario Río Hortega

**Co-Autores:** Laura Canelas Fernández, Inés Fernández-Labandera Ramos, Nuria Valentín Tola, Beatriz Sánchez Gil, Soledad Sañudo García. Hospital Universitario Río Hortega

#### Objetivos

**Introducción:** En los últimos años, la digitalización en sanidad ha avanzado especialmente en la gestión del contacto con el paciente, un aspecto clave para mejorar la eficiencia y la satisfacción del usuario. Tradicionalmente, la comunicación se realizaba mediante correo postal, SMS y atención telefónica o presencial, pero estos métodos han demostrado ser insuficientes. La atención telefónica está saturada, generando frecuentes quejas y un nivel de inasistencia del 11%. Se sospecha que muchos pacientes intentan avisar sin éxito debido a las limitaciones de los canales tradicionales. En este contexto, el correo electrónico surge como una alternativa moderna que permite una comunicación más ágil, directa y documentada entre pacientes y hospitales, contribuyendo a optimizar la gestión y la calidad asistencial.

**Objetivos:** Evaluar la implantación y el seguimiento de un sistema de gestión de citas mediante correo electrónico en un hospital de tercer nivel

#### Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo en un hospital de tercer nivel durante 12 meses. Se implementó una dirección de correo electrónico exclusiva para la gestión de los contactos con los pacientes y se contrató a personal administrativo dedicado exclusivamente a esta tarea. Se añadió un texto en los avisos de cita dondenaparecía la dirección de correo y los posibles motivos de contacto (cambios y anulaciones).

Se recogieron datos sobre el número de solicitudes recibidas, promedio diario, motivo de la solicitud y unidades a las que hacían la solicitud. Al no tener datos una muestra aleatoria de 91 casos.

#### Resultados y conclusiones

Durante el periodo de estudio se recibieron 16.567 solicitudes por correo electrónico. El promedio mensual de solicitudes fue de 1.381, lo que supuso unas 67 solicitudes de media al día. Se observó un aumento progresivo de las solicitudes con el paso del tiempo y un descenso esperado en los meses de vacaciones. Al analizar los motivos por los que contactaban con nosotros el 55% eran por cambios o anulaciones.

Un 10% contactaban para solicitar información. El 2% tras indicarles cuanto se demoraba la cita decidían no cambiarla y otro 3% pedía una nueva cita por no haber acudido a la previa. Un 15% de los correos recibidos se derivaban a unidades que citan ellas o tienen algún procedimiento diferente: Psiquiatría, Radiodiagnóstico o Farmacia, por ejemplo.

#### Conclusiones

La incorporación del correo electrónico ha ampliado los canales de comunicación con los pacientes, facilitando el contacto y ofreciendo una alternativa moderna frente a los métodos tradicionales. Aunque no se dispone aún de datos concluyentes sobre su impacto directo en la reducción de la inasistencia o en la disminución de reclamaciones relacionadas con la atención telefónica, el seguimiento muestra un aumento progresivo en su uso. Esto consolida al correo electrónico como un canal eficaz, seguro y valorado por los usuarios para la gestión de citas en el ámbito sanitario.

## E0012

### TITULO: EVOLUCIÓN DE INASISTENCIAS A CONSULTAS EXTERNAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autor:** Javier Canelas Fernández. Hospital Universitario Río Hortega

**Co-Autores:** Laura Canelas Fernández, Inés Fernández-Labandera Ramos, Nuria Valentín Tola, Beatriz Sánchez Gil, Soledad Sañudo García. Hospital Universitario Río Hortega

#### Objetivos

**Introducción:** La inasistencia a consultas externas es un problema frecuente en los sistemas sanitarios, con tasas que oscilan entre el 13% y el 15% según diversos estudios. Este fenómeno afecta negativamente a la eficiencia asistencial, incrementa los costes, retrasa diagnósticos y tratamientos y aumenta la lista de espera innecesariamente.

**Objetivo:** Analizar la inasistencia a consultas externas en un hospital de tercer nivel y exponer las medidas adoptadas para subsanarlo.

#### Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo en un hospital de tercer nivel durante 3 años [2022,2023 y 2024]. Se extrajeron los datos a través de una aplicación corporativa instaurada en toda la comunidad autónoma. Se estratificaron por primeras consultas o consultas sucesivas y por servicios. Se implantaron distintas estrategias para reducir estos niveles de inasistencia a consultas externas.

#### Resultados y conclusiones

**Resultados:** La tasa de inasistencia fue del 15,1%, similar a la reportada en la literatura. Se produjo un descenso significativo desde el 20,28% del año 2022 al 10,80% del año 2024. Si atendemos solo a primeras consultas el promedio de inasistencia en estos años fue de 12,7%, habiendo disminuido también progresivamente: 16,35% en 2022 a 9,35% en 2024.

También se hizo un seguimiento por servicios, y vamos a centrarnos en uno de los que más inasistencias tenía: otorrinolaringología. En el caso de este servicio se redujo la inasistencia desde un 27,6% del 2022 a 14,5% en 2024.

Entre las medidas que se adoptaron hubo distintos actores implicados. Desde la gerencia se implementó un sistema recordatorio de citas por SMS y está en proceso de implantación la posibilidad de gestionar las citas a través de una app. Desde el servicio de Admisión se realizaron diferentes acciones: la más importante de todas fue, en febrero de 2023 que se instauró un correo electrónico para cambio y anulaciones de citas. Más adelante, se instauraron medidas puntuales en servicios con mucha inasistencia. Siguiendo con Otorrinolaringología, se aumentaron los huecos de nuevos en consultas teniendo en cuenta el % de inasistencia que tenían.

**Conclusiones:** La inasistencia a consultas externas supone una pérdida importante de recursos y eficiencia en el sistema sanitario. Se recomienda implementar sistemas de recordatorio, mejorar los canales de información y desarrollar apps para gestionar citas o chatbots que facilitarán el acceso y ayudarán a reducir las inasistencias.

## OR0007

### TITULO: ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO: EFICACIA DE UN CENTRO DE LLAMADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autor:** Marcelle Virginia Canto. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Co-Autores: Palmira Jurado Macias, Lidia Hernandez Cid, Maria Jose Toribio Vicente, Maria Elena Cubero Lopez, Daniel Toledo Bartolome. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

El absentismo en consultas externas hospitalarias constituye un desafío recurrente en los sistemas de salud, con implicaciones negativas tanto en la eficiencia asistencial como en la gestión de recursos. La no comparecencia a las citas sin previo aviso genera una infrautilización de los servicios, incremento en los tiempos de espera y un impacto potencial en la continuidad asistencial y los resultados clínicos. El objetivo principal de este estudio es analizar la prevalencia del absentismo en las consultas externas. Como objetivo secundario se plantea evaluar el efecto de una intervención basada en llamadas telefónicas recordatorias de cita sobre la tasa de absentismo en consultas externas de un hospital de tercer nivel.

#### Material y Métodos

El estudio se realizó en dos etapas, la primera un estudio retrospectivo, donde se llevó a cabo un análisis descriptivo de las citas programadas de primeras consultas en determinadas especialidades durante el periodo de agosto 2024 a marzo 2025, a los cuales se les realizó un recordatorio de cita. La segunda etapa, un estudio cuasiexperimental, con grupo control no aleatorizado, el cual no recibió ningún recordatorio. El grupo de intervención recibió una llamada recordatoria una semana antes de la cita. Se compararon tasas de absentismo entre ambos grupos. Se excluyeron los pacientes que solicitaron reprogramar o anular su cita previamente al día de la consulta. Para la comparación de tasas de absentismo se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Se construyó un modelo de regresión logística simple para identificar la intervención como variable principal de exposición. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . El análisis se realizó con el software estadístico R.

#### Resultados y conclusiones

Se analizaron 46.643 citas programadas, de las cuales 9,1% correspondieron a absentismo. Las especialidades con mayor tasa de absentismo fueron neumología infantil y neurología. De los pacientes que confirmaron su asistencia, 90% acudieron, 2,5% y 1,2% decidieron reprogramar y anular su cita posteriormente a la llamada, y 6,3% de los pacientes no se presentó a la consulta. En la segunda fase se incluyeron 232.876 pacientes, distribuidos en 30.470 en el grupo intervención y 202.406 en el grupo control. La tasa de absentismo fue significativamente menor en el grupo intervención [6,6%] en comparación con el grupo control [12,5%] [ $p < 0,05$ ]. En el análisis de regresión, la intervención mediante llamada telefónica se asoció con una reducción significativa del riesgo de absentismo [OR: 2,04, IC95%: 0,02-(-109,29),  $p < 0,05$ ].

El absentismo en consultas externas representa un fenómeno frecuente, condicionado por múltiples factores. La implementación de llamadas telefónicas recordatorias una semana antes de la cita se asoció con una disminución significativa del absentismo en consultas externas especializadas. Esta intervención, de bajo coste y fácil aplicación, puede contribuir a mejorar la eficiencia asistencial en entornos hospitalarios de alta complejidad.

## E0007

### TITULO: DISEÑO CUADRO DE MANDOS. ANALISIS INDICADORES MORTALIDAD HOSPITALARIA

**Autor:** Alejandro García Azorín. Hospital Universitario del Tajo

Co-Autores: Dolores Castillo Muñoz, Alberto Romero Campillos, Ruth María González Ferrer, María Luisa García González, David Delgado Díaz. Hospital Universitario del Tajo

#### Objetivos

- Reducir la carga de trabajo relacionada con la recopilación y análisis de datos asistenciales.
- Disponer de una visualización mensual y actualizada de los indicadores de mortalidad, sin depender exclusivamente de los informes anuales del Observatorio de Resultados del SERMAS.
- Analizar otras variables clínicas relevantes que forman parte del proceso asistencial del paciente.

#### Material y Métodos

Se ha desarrollado un cuadro de mando interactivo mediante SQL y código DAX en Power BI, que permite extraer, analizar y visualizar altas hospitalarias y casos de exitus relacionados con seis indicadores de mortalidad. El sistema facilita la monitorización de la mortalidad observada para su posterior comparación con la mortalidad esperada según los estándares establecidos por el SERMAS. Además, aporta información adicional como el diagnóstico CIE-10, el tipo de alta, el sexo y la edad del paciente.

La base de datos se encuentra alojada en un servidor del SERMAS y se actualiza mediante un fichero automatizado extraído del CMBD de hospitalización. El sistema abarca datos desde 2016 hasta la actualidad [2025]. La herramienta gráfica, desarrollada en Power BI, utiliza múltiples fórmulas DAX para el análisis de pacientes diagnosticados con las patologías seleccionadas, así como los casos en los que se produjo el fallecimiento durante la hospitalización.

La metodología utilizada en esta investigación se enmarca dentro de un enfoque cuantitativo, descriptivo y comparativo, ya que se busca evaluar la precisión y efectividad del cuadro de mando diseñado mediante el análisis numérico de datos obtenidos del CMBD y los informes oficiales del Observatorio de Resultados del SERMAS.

#### Resultados y conclusiones

La validación del sistema se realizó comparando los datos del cuadro de mando con informes oficiales. Se obtuvo una coincidencia del 100% en los casos de mortalidad por seis patologías [fractura de cadera, insuficiencia cardíaca, ictus, infarto agudo de miocardio, hemorragia digestiva y neumonía].

En total, se analizaron 1.215 altas hospitalarias, con una única discrepancia, lo que arroja una tasa de error bianual del 0,082%. Este nivel de precisión confirma la fiabilidad del sistema para el seguimiento de indicadores críticos.

Durante el análisis retrospectivo [2016–2021], se identificaron desviaciones atribuibles al uso de versiones antiguas de los códigos CIE-10. Por ejemplo, en insuficiencia cardíaca, el uso de una guía con 18 códigos frente a otra con 27 generó un error del 1,42% en el número de altas. Tras actualizar los filtros diagnósticos, el error se redujo a menos del 0,1%.

El cuadro de mando ha demostrado ser una herramienta eficaz y precisa para la monitorización en tiempo real de la mortalidad hospitalaria. Su validación frente a fuentes oficiales muestra una alta concordancia, con desviaciones mínimas. La automatización del proceso reduce la carga administrativa y mejora la toma de decisiones en tiempo real, basada en datos actualizados. La integración de variables adicionales enriquece el análisis clínico y puede contribuir a mejorar la calidad asistencial. Se propone su extensión a otros indicadores y su integración con otros sistemas de análisis para consolidar una visión unificada de la calidad asistencial.

## OR0009

### TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UROLOGÍA: IMPACTO EN EFICIENCIA Y EXPERIENCIA DE PACIENTE

**Autor:** Palmira Jurado Macias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Co-Autores: Marcelle Virginia Canto, Maria Jose Toribio Vicente, Aura Piedad Silva Barajas, Elena Maria Cubero Lopez, Daniel Toledo Bartolome. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

Reorganizar el circuito asistencial de Urología mediante la incorporación de una Enfermera Gestora de Casos [EGC] con el fin de reducir demoras, aumentar la resolución en primera consulta, evitar visitas innecesarias, priorizar casos complejos y mejorar la experiencia del paciente.

#### Material y Métodos

Se diseñó un modelo estructurado de gestión clínica previa a la consulta médica, basado en la revisión semanal de pacientes derivados desde Atención Primaria a una Primera Consulta de Urología. Se realiza una clasificación de pacientes en uno de los 5 procesos urológicos definidos. A continuación, la EGC contacta telefónicamente con los pacientes para completar la valoración, identificar necesidades específicas y aplicar criterios de priorización. En función de esta evaluación, se coordinan pruebas complementarias [analíticas, ecografías, citologías], se reorganizan citas, se entregan instrucciones personalizadas y se ofrece educación sanitaria sobre el proceso asistencial, todo ello siguiendo el protocolo de trabajo consensuado con el Servicio de Urología. Los casos que cumplen criterios de atención precoz se gestionan de forma preferente, con citación de pruebas y adelanto de consulta. El modelo combina protocolo de actuación clínica, organizativas y relacionales, con seguimiento de indicadores semanales, sesiones clínicas mensuales y evaluación mediante encuestas PREM a pacientes atendidos por la EGC.

#### Resultados

Durante el periodo noviembre 2024 - abril 2025 se valoraron 1.527 pacientes, de los cuales 845 fueron protocolizados en base a los procesos clínicos definidos. De los 5 procesos definidos los más frecuentes donde se clasificaron >50% de los pacientes a los que se les asignó un proceso fueron la patología prostática [377] y la incontinencia urinaria [190]. Se detectaron 99 casos con necesidad de atención temprana, que se reprogramaron logrando reducir hasta en 20 días la espera. La intervención contribuyó a disminuir la demora media pasando de 39,7 días a 21,5 días [reducción del 45,8%].

También se observó que la primera consulta médica fue más resolutive al acudir los pacientes con las pruebas realizadas. En el periodo de estudio el porcentaje de altas tras Primera Consulta médica de los pacientes atendidos previamente por la EGC fue de un 15,9% frente a un 9,1% de alta directa en aquellos pacientes no gestionados por la EGC, lo que supone un incremento relativo del 74,7%. Se optimizó el uso de recursos, se evitaron citas sucesivas innecesarias, derivaciones a urgencias y mejoró el flujo asistencial. Se realizó encuesta de experiencia del paciente [PREM, Patient-Reported Experience Measures] a 30 usuarios. El 100% de los participantes valoró con la máxima puntuación el trato recibido, el 94% la claridad de la información y el 91% la experiencia global. El índice NPS [Net Promoter Score] fue de 9,66 sobre 10, sin detractores, lo que refleja una alta fidelización. Los testimonios recogidos destacan la atención personalizada: “te acompaña”, “te organiza todo”, “es resolutive”.

#### Conclusiones:

La incorporación de la EGC ha demostrado ser una intervención eficaz, de bajo coste y alto impacto, que mejora la eficiencia asistencial, la resolución clínica y la experiencia del paciente. El modelo es replicable en otros servicios con alta demanda, promoviendo una atención centrada en el paciente y basada en valor

## E0028

### TITULO: IMPACTO DEL APR-GRD 011 RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO [CAR] CÉLULAS T Y OTRAS INMUNOTERAPIAS EN EL PESO TOTAL DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autor: Jorge Llop Canseco. Hospital Universitario 12 de Octubre

Co-Autores: Juan Martín Romero Sabariego, Iara Saavedra Contreras, María Ángeles González Alonso, Almudena Villarrubia Torcal, Luisa María Mancha Gómez. Hospital Universitario 12 de Octubre

#### Objetivos

Con anterioridad al 2024 no era posible agrupar las altas para administración de terapias CAR-T en un Grupo Relacionado por el Diagnóstico [GRD] propio. La implantación en enero del 2024 de la Versión 40 de APR-GRD hace posible que estas altas se agrupen en un nuevo GRD: el APR-GRD 011 RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO [CAR] CÉLULAS T Y OTRAS INMUNOTERAPIAS.

El objetivo de nuestro trabajo es medir la influencia del nuevo APR-GRD 011 en el peso total del Servicio de Hematología.

#### Material y Métodos

Se codificaron las 934 altas inliers de hospitalización del año 2024 en el Servicio de Hematología de un Hospital de Alta Complejidad con la CIE-10-ES, 5ª ed. Se agruparon las altas en el Sistema de Clasificación de Pacientes [SCP] GRD con la Versión 40 de APR-GRD. Se analizaron las siguientes variables: número de casos por GRD, Peso del GRD, Peso Ponderado de cada alta. Se conformaron dos grupos de estudio: Grupo1, con el total de altas; Grupo2, con el total de altas excluyendo las agrupadas en el APR-GRD 11 y sustituyéndolas por el mismo número de casos, pero asignándoles el peso medio que el servicio hubiera alcanzado sin altas en el GRD 11. Para la codificación de las altas de este servicio el equipo de codificadores del Hospital elaboró un Manual de Instrucciones, fruto del consenso, a fin de conseguir una codificación homogénea. Se consideraron inliers las altas con estancias inferiores al P75 + 1,5 puntos de corte, en la distribución normal.

#### Resultados y conclusiones

RESULTADOS: 1º. En el Grupo1 las 934 altas pesaron 2,9572, de ellas 67 se agruparon en el APR-GRD 11 RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO [CAR] CÉLULAS T Y OTRAS INMUNOTERAPIAS, con un Peso de 12,3853. En el Grupo 2 las 934 altas pesaron 2,1093.

2º. En la comparativa de los pesos se observó una diferencia en el Peso de 0,8629 a favor del Grupo 1, lo que implica un incremento del 41,20%.

CONCLUSIONES: 1º. La inclusión en la versión 40 del APR-GRD del GRD 11 para agrupar las altas de las terapias CART, conlleva un impacto positivo en los indicadores de gestión del Servicio de Hematología. Un 7,17% de las altas, agrupadas en el GRD 11, suponen un incremento en el Peso total del servicio de más de un 40%. 2º. El Peso asignado a este GRD 11 relaciona adecuadamente la gravedad de los pacientes con la complejidad de la técnica, en un SCP por isoconsumo de recursos.

## OR0012

### TITULO: APERTURA DE UNA UNIDAD DE PREINGRESOS: REDUCCION EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA

**Autor:** María Lorente Alvarez. Hospital Universitario Infanta Sofía

Co-Autores: Manuel Freire Magariños, Laura María Rivas López, Lucía Arroyo Lizarazu, María del Pilar Bernáldez Bonilla. Hospital Universitario Infanta Sofía

#### Objetivos

La creciente frecuentación del servicio de urgencias hospitalarios, conlleva un aumento de la presión asistencial sobre el área de hospitalización. Esto supone un cada vez mayor número de pacientes en urgencias esperando que se libere un recurso de hospitalización. En muchas ocasiones, las altas se producen al final del turno de tarde, lo que conlleva que la valoración facultativa por el especialista al ingreso no se realice hasta el día siguiente. Por lo que nos planteamos la puesta en marcha de una Unidad de Preingresos, con la doble finalidad de disminuir la estancia en el servicio de Urgencias y, a su vez, reducir la estancia hospitalaria al recibir los pacientes una pronta valoración al ingreso en hospitalización.

#### Objetivos

Conocer si la puesta en marcha de la Unidad de Preingresos ha reducido las estancias hospitalarias. Objetivo principal:

-Analizar el impacto en estancias de los pacientes que han ingresado en la unidad de ingreso precoz.

#### Material y Métodos

Estudio de casos y controles, retrospectivo, comparando las estancias generadas por los pacientes ingresados a través de la unidad de ingreso precoz con un grupo homogéneo en cuanto a GRD y nivel de severidad en un periodo previo a la puesta en marcha de la unidad.

Se han tomado los ingresos en el periodo de 12 meses tras la puesta en marcha de la unidad [Feb.23 – Ene.24] y como referencia los 12 meses anteriores [Feb.22 – Ene.23]

La agrupación se ha realizado mediante APR-GRD v36.0, utilizando para los puntos de corte la norma SERMAS para el grupo 2.

Análisis de impacto en estancias: Se calcula la estancia media para cada GRD y nivel de severidad de los casos y se compara con la estancia media para el mismo GRD y nivel de severidad en los 12 meses anteriores, calculando el impacto en estancias para cada grupo.

#### Resultados y conclusiones

Tras un año desde la apertura de la unidad se han atendido en el período seleccionado 3.247 pacientes, quedando un total de 3.118 casos tras depurar los outliers. Los ingresos realizados mediante la Unidad de Preingresos han generado 15.987 Estancias, resultando una Estancia Media de 5,13 días. Analizando las estancias para cada GRD y severidad, el de mayor impacto es el GRD-139 [Otra neumonía] con severidad 3 con 201 estancias ahorradas [EM 3,2 días frente a 4,9 días en el periodo previo]. Se realiza el mismo análisis con todos los GRD. El impacto global es un ahorro de 1.600 estancias.

#### Conclusiones

La dificultad actual de la gestión del recurso cama debido al aumento poblacional y a la complejidad asistencial hacen necesario el planteamiento de nuevas unidades de gestión que faciliten el manejo de los hospitales hoy en día.

La experiencia y los resultados obtenidos tras la apertura de la Unidad de Ingreso Precoz en nuestro centro refuerza el planteamiento de mantener y establecer la unidad de manera definitiva, favoreciendo así el manejo eficiente de los recursos.

## OR0004

### TITULO: SABEMOS QUIÉNES SOMOS Y LO QUÉ HACEMOS, PERO ¿LO SABEN LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES?: PÁGINA WEB PARA LOS SADC

**Autor:** Arturo José Ramos Martín-Vegue. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Co-Autores:** Agustín García Sanguino, Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Juan Manuel Quesada López, Esther Herranz Herrero. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

#### Objetivos

1.º Conocer si los pacientes y usuarios de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salu [SNS] pueden obtener, a través de la web, información sobre los Servicios de Admisión y Documentación Clínica [SADC]. 2.º Identificar cuántos hospitales del SNS ofrecen información sobre el SADC accesible y estructurada en una página específica o mediante contenidos integrados en otras secciones. 3.º Presentar la página del SADC en la web de un hospital de alta complejidad.

#### Material y Métodos

Durante el mes de mayo de 2025 se realizó un estudio transversal en el cual se revisaron individualmente las páginas web de los hospitales españoles que cumplían el criterio de inclusión de tener más de 199 camas, según el Catálogo Nacional de Hospitales. El análisis fue realizado por cuatro revisores con conocimientos avanzados en SADC, lo que permitió asegurar un enfoque homogéneo en la evaluación. Se constató la existencia o no de página web institucional, la presencia de un apartado o página específica del SADC y, en su defecto, la existencia de alguna información relacionada con sus funciones [ingreso, lista de espera, citas, etc.].

#### Resultados y conclusiones

1.º Se han identificado un total de 155 hospitales con más de 199 camas. 2.º Del total de hospitales, el 79% [n=122] disponen de página web general del hospital. 3.º El 21% [n=33] incluye un apartado o página estructurada y específico para el SADC. 4.º Un 18% [n=28] ofrece información relacionada con estos servicios, aunque no exista una sección específica. 5.º El 61% [n=94] no aportan ni una sección específica ni contenidos relacionados con el SADC. 6.º Existe página Web estructurada del SADC en el 100% de hospitales de la Comunidad Foral de Navarra y La Rioja, Comunidad de Madrid [52%] y Cantabria e Illes Balears [50%]. 7.º Existe información [estructurada o no] en el 100% de hospitales de Castilla y León, Cataluña, Comunidad Foral de Navarra y La Rioja; Illes Balears [75%], Comunidad de Madrid [65%] y Comunitat Valenciana [41%]. 8.º En Canarias, País Vasco, Región de Murcia y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla los pacientes no encontrarán ni página web estructurada ni información acerca del SADC.

#### Conclusiones

1.ª Los resultados muestran que la visibilidad digital de los SADC en los hospitales públicos del SNS es muy escasa. 2.ª Esta falta de visibilidad puede repercutir directa y negativamente en la experiencia del paciente y dificultar el ejercicio de derechos legislativos reconocidos, en especial, el acceso y confidencialidad de la historia clínica. 3.ª La digitalización en los servicios de salud refleja la importancia de poner a disposición de los pacientes información online. 4.ª La presencia de Web del SADC o, al menos, de información en la Web de los hospitales, facilita el cumplimiento de las funciones de admisión y archivo y documentación clínica asignadas a los médicos de admisión y documentación clínica en las distintas legislaciones autonómicas, fundamentalmente las relacionadas con el acceso de los usuarios a las prestaciones sanitarias.

## EO024

### TITULO: ONTOLOGÍAS CLÍNICAS PARA LA RECUPERACIÓN SEMÁNTICA DE COHORTES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

**Autor:** Juan Martin Romero Sabariego. Hospital Universitario 12 de Octubre

**Co-Autores:** Maria Angeles Gonzalez Alonso, Jorge Llop Canseco, M. Jose Rodriguez Gatón, Iara Vanessa Saavedra Contreras, Almudena Villarrubia Torcal. Hospital Universitario 12 de Octubre

#### Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar los retos de estructuración, semántica y explotación de la información clínica en un hospital terciario del Sistema Nacional de Salud, y proponer un modelo conceptual de mejora basado en el desarrollo de una ontología clínica interoperable. La propuesta busca demostrar cómo una ontología construida sobre principios asistenciales y clínicos normalizados puede permitir la recuperación automatizada de cohortes, facilitar la integración de información distribuida en sistemas complejos y habilitar el uso secundario del dato en investigación y evaluación de resultados.

El modelo ontológico se fundamenta en:

- La ISO 13940, que define los conceptos clínico-asistenciales como sujeto de atención, asunto de salud o episodio asistencial.
- La ISO 13606, en sus partes 1 [modelo de referencia] y 3 [arquetipos y listas de términos], que proporciona la estructura técnica para la HCE.
- Las terminologías SNOMED CT e ICD-11, que aportan interoperabilidad semántica mediante codificación estandarizada.

#### Material y Métodos

Se realizó un análisis funcional de un sistema hospitalario real basado en una Historia Clínica Electrónica, compuesto por 2.319 tablas distribuidas en 49 esquemas. Los módulos principales –hospitalización [453 tablas], urgencias [148] y consultas externas [132]– mostraban que la información clínica se encontraba dispersa en múltiples estructuras de base de datos, dificultando su acceso conjunto, interpretación y reutilización. A esta dispersión se suma el uso predominante de texto libre [más del 80 % del contenido clínico], lo que limita la explotación estructurada de la información.

A partir de este análisis, se diseñó una ontología clínica en OWL utilizando la herramienta Protégé. Se modelaron entidades y relaciones como paciente, diagnóstico, comorbilidad, medicación, episodio asistencial y pertenencia a vía clínica, todo ello vinculado a terminologías normalizadas. La propuesta incluye axiomas de inferencia que permiten recuperar pacientes con determinadas características clínicas sin necesidad de programar en SQL, apoyando así consultas automáticas semánticamente enriquecidas.

#### Resultados y conclusiones

La ontología permite representar formalmente el proceso asistencial, identificar condiciones clínicas complejas y construir consultas inferenciales sobre relaciones entre entidades. Se presenta como ejemplo la identificación de pacientes con diagnóstico de afección degenerativa de columna [SNOMED CT: 762305005], comorbilidad de diabetes tipo 2 [SNOMED CT: 44054006] y tratamiento activo con Metformina.

El modelo es capaz de recuperar esta cohorte mediante razonamiento ontológico, independientemente del módulo donde esté almacenada la información. Esta capacidad mejora la accesibilidad, coherencia y reutilización del dato clínico. Además, el modelo es compatible con estructuras de datos comunes como OMOP CDM y plataformas de análisis como i2b2, y responde a necesidades alineadas con iniciativas como DARWIN EU.

**Conclusiones:** El uso combinado de estándares conceptuales [ISO 13940], modelos estructurales [ISO 13606] y terminologías interoperables [SNOMED CT, ICD-11] permite construir ontologías clínicas que mejoran sustancialmente la interoperabilidad semántica y la explotación del dato clínico. La propuesta facilita la identificación automatizada de cohortes y refuerza el papel estratégico del profesional de la información como mediador entre el conocimiento clínico y los sistemas. Se plantea como línea futura su validación en entorno real y la integración con procesamiento del lenguaje natural para enriquecer datos no estructurados.

0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 1 0  
1 1 1 1 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0  
1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0  
0 1 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0  
1 1 1 0 0 1 0 1 1 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 1 1 0  
0 1 0 0 0 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1 1 1 0 1 0 0 1  
0 1 0 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 1 1  
1 0 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 1 1 1 0 1 1 0  
1 0 1 0 1 0 1 0 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 1 0 1 1 0 1 0 0 1 0 0 1  
1 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 1 0 0 0 1 0 1 1  
0 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 0 1 0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 0 0 0 0  
0 0 0 0 1 1 0 1 1 1 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 1 0 1 1 1 1 0 1 1 1  
0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1  
0 0 1 0 0 0 1 0 1 0 0 0 1 0 0 1 1 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0

# Comunicaciones Póster

0 0 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1  
0 0 1 0 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 1 1  
1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 1 0 1 1 1 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0  
1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 0 0 0 0 1 1 1 1 0 1 1 1 1 1 1 0 0  
1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 1 0 0 0 0 1 1 1 1 1 0 0 1 0 1  
0 1 0 0 1 1 0 1 1 0 0 1 1 0 1 1 1 1 1 0 1 1 0 1 0 1 1 1 1 0  
0 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 0 1 1 0  
1 1 0 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 1  
1 0 1 1 1 1 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 1 1 0 0 1 1 0 0  
0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1  
1 0 1 0 0 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 1 1 1 1  
0 1 0 0 1 0 1 1 1 1 0 0 1 1 1  
1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1

## OR0001

### TITULO: ATENCIÓN CENTRADA EN LAS FAMILIAS: MEJORANDO EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS DESDE EL HOSPITAL

**Autor:** M<sup>a</sup> José Toribio Vicente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Salud Villatoro Ortiz, Palmira Jurado Macías, Aura Piedad Silva Barajas, Marcelle Virginia Canto Porcella, Daniel Toledo Bartolomé. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

Para facilitar la inscripción de los recién nacidos, evitando el desplazamiento de los progenitores al Registro Civil, los hospitales deben enviar telemáticamente los datos y documentos necesarios [Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil]. El Registro Civil evalúa la documentación remitida y expide una resolución que, si positiva, conlleva la emisión del Certificado Literal de Nacimiento y lo remite a los progenitores por correo postal o electrónico. La comunicación de datos debe hacerse en un plazo inferior a 72 horas tras el nacimiento [art. 46 Ley 19/2015]. Ante cualquier supuesto que impida la tramitación electrónica en el hospital, se informa a los progenitores de la necesidad de formalizar la inscripción del nacimiento presencialmente en el Registro Civil dentro del plazo de 30 días naturales.

#### Objetivos

- Mejorar la atención y la eficiencia en la oficina del Registro Civil del hospital.
- Evitar información duplicada o incorrecta que pueda llevar a error a los progenitores.

#### Material y Métodos

Se revisó la normativa sobre los casos en que no se puede llevar a cabo el registro hospitalario: progenitores menores de edad o bajo tutela legal, progenitores extranjeros de distinta nacionalidad, inscripción como progenitoras de dos mujeres no legalmente casadas o progenitor gestante divorciado o separado. También sobre la necesidad de comparecencia de ambos progenitores en los casos parejas no legalmente casadas, teniendo en cuenta que la situación de pareja de hecho no se asimila a matrimonio a estos efectos.

Se revisó también la documentación necesaria, tanto la de presentación obligatoria en todos los casos [declaración de nacimiento y documento identificativo con fotografía], como la que solo debe presentarse en determinados supuestos [libro de familia o certificado de matrimonio en parejas legalmente casadas, o documento de inscripción de nacimiento del primogénito en parejas no legalmente casadas con hijos comunes previos].

En base a la revisión realizada se diseñaron nuevas vías para divulgar la información.

#### Resultados y conclusiones

Se han elaborado carteles con la información actualizada, que se han colocado en la oficina de comunicación de datos del hospital y en las plantas de Obstetricia.

Se ha colocado un código QR en las áreas relevantes y la web del servicio de Admisión, para que los progenitores puedan acceder cómodamente a toda la información desde sus dispositivos móviles. Se ha trabajado con enfermería para garantizar que la información que se ofrece a los progenitores es común y adecuada. Esta información se ofrece a su llegada al hospital en los casos de parto programado, durante las visitas guiadas previas al parto y en cualquier momento que las pacientes la precisen durante el ingreso.

#### Conclusiones

Una correcta información desde todos los estamentos facilita los trámites a los progenitores, disminuyendo la insatisfacción de los mismos y agilizando el trámite administrativo para evitar esperas innecesarias en un momento vital tan relevante como es el nacimiento de un hijo.

## OR0002

### TITULO: ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA AL NIÑO CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD: UN PLAN PARA EL CUIDADO DE PACIENTES VULNERABLES.

**Autor:** M<sup>a</sup> José Toribio Vicente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Aura Piedad Silva Barajas, Marcelle Virginia Canto Porcella, M<sup>a</sup> Paz Fernández Eiras, Palmira Jurado Macías, Daniel Toledo Bartolomé. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

En los últimos años, con la mejora de la atención pediátrica, ha aumentado la supervivencia de los niños con patologías graves y complejas, que requieren una atención completa, multidisciplinar y coordinada. En esta línea, el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma ha establecido un proceso asistencial integrado del niño con patología crónica y complejidad para garantizar la mejor atención a estos pacientes, poniendo especial énfasis en la asistencia ambulatoria, para lograr una vida plena fuera del hospital.

#### Objetivos

- Creación de una consulta específica para la atención de niños con enfermedades crónicas y complejas.
- Mejora de la calidad de vida del paciente y su familia, reduciendo el número de visitas al hospital.
- Mejora de la calidad asistencial mediante la coordinación entre la pediatra y la enfermera de práctica avanzada.

#### Material y Métodos

Se llevaron a cabo reuniones multidisciplinarias para definir los pacientes a quienes iría destinada la consulta, que serían aquellos con una o más enfermedades crónicas o de una duración prolongada, habitualmente multisistémicas y graves, dependientes de tecnología o con necesidad de atención especial, o que precisasen de una elevada utilización de recursos sanitarios, utilizando la escala PedCom modificada e incluyendo en esta consulta a aquellos pacientes con una puntuación igual superior a 6,5 puntos.

Una vez definidos los pacientes que se podrían beneficiar de esta consulta, se realizó un dimensionamiento de las agendas para garantizar que se prestase la atención en los plazos adecuados, tanto por la pediatra como por la enfermera. Para ello, se analizaron todas las posibles alternativas, y se optó por un modelo en el que las profesionales pudiesen gestionar directamente sus agendas en tiempo real, teniendo en todo momento conocimiento de los pacientes citados a futuro y permitiendo optimizar la asistencia en función de los requerimientos de atención de los niños.

#### Resultados y conclusiones

Se elaboraron agendas complementarias de Pediatría y Enfermería, se habilitó acceso a la herramienta de citación en la historia clínica electrónica y se formó a ambas profesionales en la gestión del proceso administrativo. Desde su creación, se han incluido 17 pacientes en el programa, con 48 asistencias médicas [media de 2,82 asistencias por paciente]; el 82% procedía de Pediatría, y el resto de Psiquiatría [12%] y Neurología [6%]. Se han producido 67 consultas de enfermería [media de 3,94 asistencias por paciente]. Se han reducido el número de visitas mensuales, de media, un 57%, y ha aumentado la satisfacción de las familias por haberse simplificado la atención, reduciendo las ausencias escolares y laborales y simplificando la gestión de sus citas.

#### Conclusiones

La creación de un servicio multidisciplinar, que aúne todos los condicionantes de los pacientes y la atención de diferentes profesionales, repercute positivamente en la calidad de vida de los pacientes vulnerables y sus familias, mejora la atención sanitaria y reduce costes innecesarios y riesgos asociados a la asistencia sanitaria, al reducir el número de visitas al hospital, permitiendo que los pacientes pediátricos y sus familiares puedan desarrollar su vida cotidiana con la mayor normalidad posible.

## OR0003

### TITULO: REDEFINIENDO LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: MEJORA DEL CIRCUITO DE LIBRE ELECCIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

**Autor:** M<sup>a</sup> José Toribio Vicente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Palmira Jurado Macías, Aura Piedad Silva Barajas, M<sup>a</sup> Paz Fernández Eiras, Marcelle Virginia Canto Porcella, Daniel Toledo Bartolomé. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

En nuestra comunidad, las gestantes pueden ejercer libre elección, según las “DIRECTRICES COMPLEMENTARIAS PARA LA LIBRE ELECCIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA”: “desde los Servicios de Admisión del hospital de origen se tramitarán las solicitudes [...], acompañando siempre el informe de consulta”. Estas solicitudes son valoradas por Obstetricia, que determina la cita más adecuada o la deniega “de acuerdo con el artículo 5 apartado 1c del Decreto 51/2010, si estima que se puede menoscabar la correcta práctica asistencial.”

En 2024 se atendieron 3863 primeras consultas de Obstetricia, el 73% de ellas en los centros de especialidades [CEP].

#### Objetivos

- Optimizar las primeras consultas de Obstetricia según las características de las pacientes.
- Evitar citas inadecuadas, que menoscaben la atención de la interesada y del resto de usuarias.

#### Material y Métodos

Se analizó la configuración de agendas, la procedencia de las pacientes y los indicadores del cuadro de mando. Se calculó el número de citas ofertadas y se revisaron las vías de derivación de primeras consultas: centralizada desde Atención Primaria, a través de los servicios de Admisión y valoradas por Obstetricia, o directa a través del sistema centralizado desde el hospital de origen, anulando las citas previas de la paciente en dicho centro.

#### Resultados y conclusiones

Los CEP pueden atender 3146 pacientes nuevas, de las cuales la libre elección no debería superar las 550 pacientes [17,48%].

El 10,01% de pacientes procedía del hospital, el 20,61% de otros centros de atención especializada [AE], el 0,44% de otras instituciones y el 65,23% de atención primaria [AP] [86,79% de nuestra área y 13,21% de libre elección].

Según el cuadro de mando del hospital, la actividad fue similar a 2021, y el absentismo superó el 12%. Las consultas de las ofertadas fueron suficientes para atender las procedentes de AP, dejando más de 200 huecos anuales para las procedentes de AE, que fueron sobrepasados. Al asignar una cita de manera automática a estas pacientes, en fechas en general inadecuadas, se produjo un elevado absentismo y perpetuó el problema para poder asignar una primera consulta en la fecha adecuada a pacientes posteriores, al no anular la paciente anterior esta cita.

Para mejorar la atención, se propuso:

- Eliminar la citación automática desde el sistema centralizado para pacientes de otros AE, asegurando que las citas se gestionen desde los servicios de Admisión con informes actualizados
- Formar a los servicios de Obstetricia y AP, mediante la Dirección de Continuidad Asistencial.
- Revisar todas las citas asignadas a través del programa Multicita desde AE, optimizando o anulando según sea necesario.

#### Conclusiones

La reorganización del circuito de libre elección en Obstetricia ha mejorado la asignación de primeras consultas, facilitando el acceso a las pacientes y reduciendo el absentismo. Al eliminar la citación automática desde el sistema centralizado y al involucrar activamente a los servicios de Admisión y Obstetricia, se garantiza una atención más segura y eficiente. Esta estrategia, junto a formación continua y revisión de agendas, refuerza la continuidad asistencial y mejora la calidad del seguimiento del embarazo.

## OR0005

### TITULO: UN VIAJE HACIA LA EXCELENCIA: CERTIFICACIÓN UNEEN ISO 9001:2015 DE UN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

**Autor:** Arturo José Ramos Martín-Vegue. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Co-Autores:** Agustín García Sanguino, Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Juan Manuel Quesada López, Esther Herranz Herrero. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

#### Objetivos

La aplicación de la norma UNE-EN: ISO 9001:2015 representa una herramienta efectiva para integrar los procesos de un servicio hospitalario, analizar sus fortalezas y carencias, y mejorar la gestión global del trabajo realizado. En el contexto de un servicio de Admisión y Documentación Clínica representa un importante desafío, debido a su complejidad. El objetivo principal de este trabajo mostrar el proyecto de aplicación de la norma UNE-EN: ISO 9001:2015 en el servicio de Admisión y Documentación Clínica [SADC] de un Hospital de Alta Complejidad.

#### Material y Métodos

La metodología está basada en la norma internacional, que especifica una serie de requisitos y condiciones para conseguir una mejora continua de la calidad asistencial. Entre otros, incluye los siguientes puntos:

- Alcance.
- Contextualización de la organización: partes interesadas, debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades y riesgos.
- Mapa de procesos.
- Objetivos e indicadores de calidad.
- Perfiles de puestos y recursos de apoyo.
- Evaluación del desempeño.
- No conformidades y acciones correctivas.
- Revisión por la Dirección.
- Auditorías interna y externa.

La Unidad de Gestión de la Calidad participó

#### Resultados y conclusiones

1.º Mediante reuniones estructuradas multidisciplinares se definió el Mapa de procesos y se identifican debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades, destacando la alta rotación de auxiliares administrativos [debilidad] y los planes de formación multidisciplinar [fortaleza]. 2.º Se convocaron grupos de trabajo en cada uno de los procesos, detallando las actividades, interrelaciones con otros procesos, necesidades de personal y recursos y posibles riesgos inherentes a cada uno de ellos. 3.º Se realizaron segundas revisiones de estos documentos con otras personas no implicadas en los grupos de trabajo. 4.º Se diseñaron planes de contingencia para responder a los riesgos más prioritarios, como posibles fallos informáticos o apagones. 5.º Se desarrollaron censos de documentos y de recursos físicos. 6.º Se definieron los perfiles profesionales requeridos para cada proceso y los conocimientos de los trabajadores. 7.º Se determinaron y midieron los objetivos de calidad: mejora de la comunicación, incentivación de la formación, desarrollo del Hospital a domicilio, disponibilidad del CMBD y GRD, seguridad del paciente, resolución de reclamaciones y codificación de episodios asistenciales en consultas externas [Cirugía Maxilofacial y Neurorradiología]. 8.º Se diseñó un Cuadro de Mandos con indicadores de resultados de todos los procesos. 9.º Se llevaron a cabo dos auditorías internas y una auditoría externa del servicio. 10.º El SADC obtuvo la certificación UNE-EN ISO 9001:2015.

#### Conclusiones

A pesar de su complejidad, acometer esta certificación de calidad en un SADC tiene numerosas ventajas a la hora de estandarizar protocolos, identificar interrelaciones entre procesos, mejorar las actuaciones del servicio y realizar mediciones. Esta metodología puede ser reproducible en otros servicios similares.

## OR0006

### TITULO: PROCESO DE NORMALIZACIÓN DE LAS AGENDAS DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA: APORTANDO VALOR A LA ORGANIZACIÓN

**Autor:** Marcelle Virginia Canto. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Co-Autores: Cristina Arias Baelo, Maria Jose Toribio Vicente, Aura Piedad Silva Barajas, Carmen Lobo Rodriguez, Palmira Jurado Macias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

La estandarización de las agendas de las enfermeras de práctica avanzada [EPA], es un paso fundamental para seguir trabajando hacia la mejora continua y la excelencia del cuidado. Con motivo de la gran variabilidad y aumento del volumen de agendas disponibles en un Hospital de tercer nivel, se ha detectado la necesidad de consensuar el diseño y tiempos de las agendas de consultas EPA, así como detallar el procedimiento a seguir para la aprobación/modificación de las mismas, y profesionales implicados en su gestión.

Objetivo General: Estandarizar la nomenclatura, prestaciones y tiempos de asistencia en las agendas de consultas de enfermería.

Objetivos Específicos: Realizar un procedimiento normalizado de creación o modificación de agendas de las agendas de enfermería y mejorar la monitorización de la actividad.

#### Material y Métodos

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, en los que participaron profesionales del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Informática, Investigación y la Dirección del Centro. Se realizó un cronograma de trabajo identificando diferentes fases y las acciones a realizar en un tiempo estipulado. El proyecto se llevó a cabo en tres fases:

La Fase I consistió en Revisión de agendas EPA disponibles, definición nominal de agenda, y verificación de las estructuras existentes de las agendas. Esta revisión se realizó por áreas, estudiando su desarrollo con las jefaturas correspondientes. En la Fase II se utilizó el método Delphi, que permite conocer la opinión de un grupo de expertos en un tema de forma estructurada. Los principales beneficios de este método son: la organización del trabajo de campo, comunicación directa entre los investigadores y participantes y el mantenimiento del anonimato. En la fase III se llevaron a cabo los cambios de estructura de las agendas existentes.

#### Resultados y conclusiones

Se generó un catálogo de actividades que, tras tres rondas de revisión, permitieron identificar las más prevalentes. Se elaboró y difundió el procedimiento de gestión de agendas EPA. Se definieron 8 prestaciones de primeras consultas y sucesivas en modalidades de asistencia presencial, telefónica y telemática, así como los tiempos asociados y la nomenclatura a utilizar para la descripción de las agendas. Se modificó la estructura de 42 agendas de EPA. Se incluyó la visualización del registro de actividad normalizada de las consultas EPA en el cuadro de mandos del hospital para facilitar la monitorización y el seguimiento por parte de los mandos intermedios y de la Dirección de Enfermería.

En la última fase se llevaron a cabo todos los cambios pertinentes en las estructuras de las agendas existentes. Para la creación de nuevas agendas de EPA, se siguió el nuevo circuito establecido. El proceso de normalización ha contribuido a homogeneizar la práctica asistencial de las EPA, fortaleciendo la calidad del cuidado y la equidad en la atención. La definición consensuada de prestaciones y tiempos ha permitido unificar criterios y mejorar la coordinación entre unidades. La integración de esta información en herramientas de seguimiento institucional promueve una gestión más eficiente, centrada en la mejora continua.

## OR0008

### TITULO: EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN URGENCIAS: ANÁLISIS DE CALIDAD DOCUMENTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autor:** Palmira Jurado Macias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Co-Autores: Isabel Almendro Martínez, Marcelle Virginia Canto, Aura Piedad Silva Barajas, María José Toribio Vicent, Daniel Toledo Bartolomé. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

Evaluar la calidad y el cumplimiento de los componentes de la historia clínica electrónica en el Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel. Como objetivo secundario se propone identificar áreas de mejora en el registro de datos y en la adherencia a los estándares establecidos.

#### Material y Métodos

En el primer trimestre de 2024, la Comisión de Documentación Clínica diseñó un formulario y una instrucción técnica para auditar las historias clínicas del servicio de Urgencias. Se seleccionaron auditores, a quienes se les proporcionó formación sobre el procedimiento y el uso del cuaderno de recogida de datos. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron 62 historias clínicas de pacientes adultos dados de alta durante mayo de 2024. Se evaluaron 57 variables agrupadas en cuatro áreas: datos demográficos, antecedentes, atención médica y atención de enfermería.

#### Resultados

De las 62 historias clínicas analizadas, el 63% correspondió a mujeres y la edad media fue de 53 años.

El 95% de los pacientes fue dado de alta a domicilio, y un 3% requirió hospitalización.

Los ítems de antecedentes personales que obtuvieron una mayor cumplimentación [80%] fueron los apartados de alergias y enfermedades previas. La medicación se registró en <50% y solo en el 23% se describió la situación funcional del paciente.

Los apartados de historia actual de la enfermedad, exploración física, diagnóstico principal y recomendaciones al alta se cumplimentaron en > 90% de las historias clínicas. También se detectó adherencia al registro del tratamiento farmacológico al alta [81%] incluyendo dosis prescrita y frecuencia de administración [90%]. Se detectó un amplio margen de mejora en evitar el uso de abreviaturas [87% de las historias analizadas contenían abreviaturas].

En la valoración de enfermería se detectó el registro del evolutivo y la toma de constantes por turnos en el 50% de las historias, en un 40% se registró la valoración del dolor y en <30% se detectó la administración de medicación para el dolor. En los mayores de 65 años se cumplimentó un 6% la escala Barthel.

#### Conclusiones:

El estudio muestra un buen cumplimiento en puntos clave de la historia clínica como el diagnóstico y recomendaciones al alta [>90%]. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora, especialmente en el registro de antecedentes [medicación y situación funcional <50%] y el uso de abreviaturas [87%]. Además, en la valoración de enfermería, se identificaron aspectos a mejorar como la valoración del dolor por turno, su tratamiento y la eficacia del mismo. También se identificó la necesidad de una mayor adherencia al registro de la escala Barthel.

## OR0010

### TITULO: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE SARCOMAS Y TUMORES MUSCULOESQUELÉTICOS: PERFIL CLÍNICO, RESULTADOS Y TRAZABILIDAD ASISTENCIAL

**Autor:** Marcelle Virginia Canto. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Palmira Jurado Macías, Aura Piedad Silva Barajas, Maria Jose Toribio Vicente, Elena Gomez Vidal, Daniel Toledo Bartolome. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

Los sarcomas y tumores músculo-esqueléticos representan un grupo heterogéneo de neoplasias poco frecuentes, que requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico altamente especializado debido a su complejidad clínica, histológica y quirúrgica. La evidencia internacional respalda que el manejo en centros de referencia con equipos multidisciplinares mejora significativamente los resultados clínicos, optimiza la indicación terapéutica y reduce las tasas de recurrencia y mortalidad. En España, el Ministerio de Sanidad ha establecido los Centros, Servicios y Unidades de Referencia [CSUR] con el objetivo de concentrar la experiencia clínica y garantizar una atención equitativa, eficiente y de alta calidad en patologías de baja prevalencia. Se ha desarrollado estrategias organizativas orientadas a la mejora asistencial, incluyendo la implementación de una alerta identificativa, denominada “CSUR Sarcomas” en la historia clínica electrónica. El objetivo de este proyecto es describir las características, actividad asistencial y perfil clínico de los pacientes valorados por la Unidad CSUR durante el periodo enero 2015 a diciembre 2024.

#### Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro clínico de pacientes atendidos en la unidad CSUR. Se analizaron variables sociodemográficas, características tumorales, procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, así como datos de seguimiento. Se analizó el impacto organizativo de la creación de una alerta electrónica específica en la historia clínica para los pacientes incluidos en el circuito de sarcomas.

#### Resultados y conclusiones

Durante este periodo se evaluaron 2045 pacientes, con una media de edad de 53 años, siendo 52% hombres. La mayoría residían en Madrid [73%], el resto fueron remitidos desde otras comunidades autónomas, principalmente Castilla y Leon y Castilla-La Mancha. El 78% de los tumores eran tumores primarios, la gran mayoría de partes blandas [81%], y las localizaciones más frecuentes fueron en extremidades [33%], seguido de retroperitoneo [15%] y abdomen [11%]. El tratamiento quirúrgico fue realizado en 75% de los casos, sin residuos en 54% de ellos. La tasa global de recidiva local fue del 18%, y 15% de recidiva a distancia. La tasa global de fallecimientos al fin del seguimiento fue del 12%.

La alerta clínica de sarcoma permitió la correcta identificación y trazabilidad de 100% de los casos, facilitando su priorización en pruebas diagnósticas, revisiones y continuidad asistencial. Durante 2015-2024, la Unidad CSUR ha atendido a más de 2.000 pacientes, en su mayoría con tumores primarios de partes blandas, destacando las extremidades y el retroperitoneo como localizaciones más frecuentes. La cirugía fue el tratamiento principal en la mayoría de los casos, con una tasa de recidiva local del 18% y de metástasis a distancia del 15%. La implementación de una alerta clínica ha permitido la correcta identificación y trazabilidad de los pacientes incluidos en el circuito, demostrado ser una herramienta clave en la mejora de la coordinación y priorización asistencial, trazabilidad clínica y seguimiento estructurado. La coordinación entre especialidades, la protocolización de procesos y el seguimiento sistemático contribuyen a mejorar los resultados clínicos y garantizan una atención integral, equitativa y de calidad de los pacientes con sarcomas en el sistema sanitario público.

## OR0011

### TITULO: TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE DERIVACIONES INTERCENTROS: IMPLEMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Autor: Maria Paz Fernández Eiras. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Co-Autores: Antonio García Magro, Aura Piedad Silva Barajas, Marcelle Virginia Canto Porcella, Daniel Toledo Bartolome, Cristina Arias Baelo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

En 2024, en nuestro centro se tramitaron 15.173 expedientes de derivaciones de entrada y 6.161 de salida a otros hospitales. En un momento en el que las nuevas tecnologías impulsan un cambio profundo en todas las Administraciones, en nuestro hospital la tramitación de derivaciones mantiene un sistema basado en documentos en papel que se distribuyen mediante correo interno.

El sistema actual genera ineficiencias, riesgos de pérdida de información y dificultades para la trazabilidad y seguimiento de los procesos. La implementación del expediente electrónico permite integrar información clínica y administrativa, optimizar tiempos de respuesta y garantizar la continuidad asistencial entre niveles y centros sanitarios.

#### Objetivos

- Incorporar a la tramitación de canalizaciones los beneficios de la administración electrónica: seguridad, trazabilidad del expediente, optimización del tiempo.
- Diseñar un gestor documental digital adaptado especialmente a nuestros circuitos de derivaciones.

#### Material y Métodos

Como primera opción se exploró la posibilidad de utilizar la aplicación “Portafirmas” corporativa de la Comunidad, pero se descartó por la dificultad de adaptar nuestros circuitos a ella, por lo que se optó por una automatización de los procesos mediante POWER APPS.

Se han revisado los actuales circuitos de tramitación en reuniones con los equipos de trabajo que intervienen, buscando definir:

- Diferentes flujos de envío de la documentación, según cada tipo de expediente: canalización de nuestra Comunidad, SIFCO CSUR, SIFCO No CSUR, externalización a centros públicos, externalización a centros privados, libre elección...
- Agentes y usuarios implicados: Dirección Médica, Subdirec

#### Resultados y conclusiones

Analizados los procesos de tramitación, se ha realizado el diseño de la Herramienta, contemplando tanto los requisitos funcionales como la integración con los sistemas de información existentes en el hospital, garantizando así su viabilidad técnica y su alineación con los procesos asistenciales y administrativos.

## OR0013

### TITULO: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REGISTRADA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

**Autor:** Maria Paz Fernández Eiras. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Co-Autores: Maria Elena Villanueva Barba, Aura Piedad Silva Barajas, Palmira Jurado Macías.

Maria José Toribio Vicente, Daniel Toledo Bartolomé. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

En 2007, tras el desarrollo normativo posterior a la creación del Fondo de Cohesión [Ley 21/2001, 27 de diciembre], se puso en marcha la aplicación que soporta el Sistema de Información del Fondo de Cohesión [SIFCO] y que recoge los flujos de pacientes entre Comunidades Autónomas [CCAA].

En nuestro centro, un hospital de alta complejidad con 19 designaciones de Centros, Servicios y Unidades de Referencia [CSUR], el número de solicitudes SIFCO recibidas ha ido en aumento. Tratándose de un mecanismo de financiación para compensar costes de asistencia sanitaria generados por pacientes derivados entre CCAA, una correcta gestión de estas derivaciones es imprescindible.

#### Objetivos

- Conocer la evolución de la actividad registrada en SIFCO entre 2022 y 2024.
- Evaluar la calidad del registro de episodios de hospitalización en SIFCO en 2024.

#### Material y Métodos

Se utilizaron descargas de SIFCO-WEB para conocer la evolución de la actividad realizada entre 2022 y 2024 por: tipo de asistencia, número de pacientes atendidos y procedencia.

El análisis se centró en hospitalizaciones realizadas en 2024, extrayendo de SIFCO-WEB las solicitudes del Anexo I y Anexo III [CSUR] de hospitalización que se relacionaron con el Conjunto Mínimo Básico de Datos [CMBD] buscando:

- Ingresos de pacientes de otras CCAA en SIFCO Y CMBD.
- Hospitalizaciones no registradas susceptibles de haber sido gestionadas en SIFCO
- Servicios al alta de episodios no registrados en SIFCO.
- Grupos Relacionados por el Diagnóstico [GRD] más frecuentes, con niveles de gravedad y riesgo de mortalidad asociados.
- En base a la Orden SND/976/2024, GRD y niveles de gravedad, se diferenciaron las hospitalizaciones con GRD compensable de las no compensables, estableciéndose los costes medios y compensaciones.

#### Resultados y conclusiones

Los pacientes externos supusieron un 5% del total de ingresos en 2024, procediendo principalmente de Castilla La Mancha 44%, Castilla-León 24% y Extremadura 11%. El volumen de expedientes SIFCO ha aumentado progresivamente de 2022 a 2024, especialmente en el Anexo II y Anexo III, en relación a una mayor adherencia al registro y por el aumento de técnicas compensables y de designaciones

CSUR.

En 2024 el tercer GRD más frecuente en hospitalizaciones fue no compensable [862-Otros cuidados posteriores y convalecencia], además del total de ingresos registrados en SIFCO el 24% correspondió a GRD no compensables. Estimándose en 11.624.192€ el coste de las hospitalizaciones compensables registradas [9.299.354€ coste compensación].

Detectamos 274 hospitalizaciones no registradas con posible tramitación SIFCO, de las cuales 162 serían compensables. Los Servicios al alta más frecuentes entre ellas son Pediatría [56%] y Cirugía Pediátrica [7%].

#### Conclusiones

Los resultados evidencian una mejora del registro de actividad en SIFCO, pero persisten ingresos potencialmente compensables no registrados, que implican una importante pérdida económica. Una correcta identificación y gestión de estos casos permitiría optimizar recursos y asegurar una financiación más ajustada a la actividad real del centro. Es necesario reforzar los mecanismos de coordinación y formación.

## OR0014

### TITULO: SISTEMA DE ALERTA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RIESGO SOCIAL: IDENTIFICACIÓN TEMPRANA Y REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE RESPUESTA

**Autor:** Palmira Jurado Macías. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Marcelle Canto, Maria Jose Vicente, Aura Piedad Barajas, Maria Paz Fernandez Eiras, Daniel Bartolomé. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

Implementar un sistema automatizado que permita identificar de forma temprana a los pacientes hospitalizados con riesgo social y agilizar su valoración por parte del equipo de Trabajo Social.

#### Material y Métodos

Desde el Centro de Control del Hospital se ha configurado una alerta automatizada para identificar a pacientes hospitalizados con marca de riesgo social. La marca de riesgo social se genera de forma automática a partir de la cumplimentación de formularios de enfermería donde se valora la existencia de riesgo social. Esta marca también puede ser activada manualmente si se identifica una situación de riesgo social en el paciente. Si en un plazo de 24 horas, en un paciente hospitalizado con marca de riesgo social, no se ha registrado una intervención o comentario por parte de Trabajo Social, se genera una alerta automática a través de correo electrónico al equipo de Trabajo Social que corresponda, según la ubicación del paciente. La evaluación de la condición se realiza de lunes a viernes, entre las 08:00 y las 15:00 horas, con periodicidad horaria. No se contabilizan fines de semana ni festivos. El seguimiento se realiza mediante el porcentaje de pacientes valorados en menos de 36 horas y la media del tiempo de respuesta.

#### Resultados y conclusiones

**Resultados:** Durante el periodo analizado [de mayo de 2023 a febrero de 2025], se identificaron 1.985 pacientes hospitalizados con riesgo social, de los cuales 785 fueron valorados por Trabajo Social en menos de 36 horas desde la activación de la marca, lo que representa un 39,5 % del total. La media mensual de tiempo de respuesta en estos casos fue de 5,7 horas. A lo largo del periodo de estudio se ha observado una mejora progresiva tanto en la detección de pacientes con riesgo social como en la agilidad de respuesta del Servicio de Trabajo Social. El número medio de pacientes con riesgo social identificados aumentó de 71 al inicio del proyecto a 166 en los primeros meses de 2025. Asimismo, el porcentaje de valoraciones realizadas en menos de 36 horas se incrementó del 36 % al 54 %.

Atendiendo a las veces que se disparó la alerta en el periodo de estudio encontramos 453 casos en los que se envió comunicación a Trabajo Social, lo que supone un 22,8% del total de los pacientes de riesgo social. Esta alerta se disparó más frecuentemente en los primeros meses [32% de los casos] que en los últimos [12,8%].

**Conclusiones:** La incorporación de un sistema de alerta automatizado ha demostrado ser una herramienta eficaz para acelerar la valoración social de los pacientes hospitalizados. Esta intervención ha mejorado la trazabilidad del proceso, la equidad en la atención a los pacientes con necesidades sociales complejas y la coordinación y comunicación entre equipos. La mejora de los indicadores avala su utilidad como herramienta de apoyo a la gestión asistencial y su potencial reproducibilidad.

## OR0015

### TITULO: HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES POR DIABETES, ANÁLISIS DE CASOS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

**Autor:** Aura Piedad Silva Barajas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Daniel Toledo Bartolomé, María José Toribio Vicente, Palmira Jurado Macias, Marcelle Virginia Canto Porcella, María Paz Fernández Eiras. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

Nuestro objetivo es hacer un análisis de los episodios de hospitalización cuyo diagnóstico principal está relacionado con la diabetes y sus complicaciones, principalmente desde el punto de vista de su codificación, para conocer las características de estos casos, que potencialmente podrían reducirse con un adecuado manejo extrahospitalario.

#### Material y Métodos

Siguiendo los criterios metodológicos para el indicador de hospitalizaciones potencialmente evitables por diabetes, se seleccionaron las altas desde el 2016 al 2024, incluyendo las variables relacionadas con la codificación de los diagnósticos y su severidad durante el proceso de agrupación, además de incluir variables demográficas y estancia. Los datos se analizaron grupalmente según se tratasen de hospitalizaciones por complicaciones diabéticas agudas, complicaciones diabéticas crónicas, diabetes no controlada, o por amputación de extremidad inferior por diabetes.

#### Resultados y conclusiones

Para las hospitalizaciones por complicaciones agudas, el 59,5% eran varones con una media de edad de 46 años y 55 años para las mujeres, con una estancia media de 8 días. En los ingresos por complicaciones crónicas, la mayoría eran varones [77%] con una edad media de 67 años y estancia media de 13 días. Los ingresos por diabetes no controlada tuvieron una distribución similar por sexo y la media de edad fue de 69 años para varones y 78 años para las mujeres.

En las hospitalizaciones por amputación de extremidad inferior, el 82% eran varones con una media de edad de 67 años, frente a 74 años de las mujeres, cuya estancia media fue de 22 días.

Sobre los diagnósticos secundarios más codificados en el total de pacientes analizados, fueron hiperlipidemia [34%] e hipertensión arterial [32%], seguidos de los códigos de uso crónico de insulina [24%], aspirina [19%], anticoagulantes [12%], dependencia a la nicotina [15%] y fallo renal agudo [11.5%].

Sobre la severidad asignada a cada diagnóstico, en los casos ingresados por complicaciones agudas, los principales diagnósticos que aportaron severidad 3 y 4 fueron el de desnutrición, insuficiencia renal y neumonitis por aspiración. En las complicaciones crónicas, fueron los diagnósticos de aterosclerosis con gangrena, osteomielitis, desnutrición e insuficiencia respiratoria los que aportaron más severidad. En casos de diabetes no controlada, la desnutrición y la enfermedad renal crónica fueron los más influyentes, y en los ingresos por amputación de la desnutrición, el diagnóstico de osteomielitis y embolismo fueron los más relevantes.

En general los diagnósticos que más influyeron en la severidad de los episodios fueron el fallo renal agudo, la aterosclerosis con gangrena, las infecciones por estafilococo, la desnutrición, la osteomielitis y las insuficiencias respiratorias.

Según nuestros hallazgos, los ingresos hospitalarios asociados a la diabetes parecen ser más prevalentes en los varones, especialmente por complicaciones crónicas. En cuanto a la estancia, los ingresos por amputaciones por extremidades inferiores son los que tienen más impacto. Los ingresos por complicaciones agudas tienen una representación de edades más jóvenes que los otras causas. Los diagnósticos que más impactan en la severidad de la agrupación son el fallo renal agudo, los procesos infecciosos y la desnutrición.

## OR0016

### TITULO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD EN HOSPITAL A DOMICILIO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

**Autor:** Aura Piedad Silva Barajas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Co-Autores:** Daniel Toledo Bartolomé, Maria Lourdes Cosano Perez, Palmira Jurado Macias, María José Toribio Vicente, Marcelle Virginia Canto Porcella. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivos

La modalidad asistencial de hospital a domicilio nació como una respuesta a la necesidad de facilitar la asistencia de pacientes, que tengan necesidades diagnósticas, terapéuticas y de cuidados similares a los dispensados durante una hospitalización convencional, pero de menor complejidad y sin necesidad de asistencia permanente durante todo el día de personal sanitario, y que garantice la misma cultura de seguridad. Aunque en algunas comunidades autónomas, se hace algún tipo de extracción de datos de esta actividad, actualmente en nuestra comunidad autónoma, no se ha determinado aún, un sistema homogéneo, que recoja los datos relacionados con esta modalidad de atención, y por ello nuestro objetivo propuesto es hacer un análisis de datos recopilados sobre los pacientes atendidos en hospital a domicilio en nuestro centro, para hacer una descripción de su casuística.

#### Material y Métodos

Se seleccionaron los pacientes registrados en la aplicación informática asistencial de nuestro centro, que fueron atendidos en la modalidad hospital a domicilio, desde el 2020 hasta el 2024, se hizo una descarga de la codificación recogida en estos episodios, y otras variables de otras fuentes, las cuales fueron fusionadas para realizar el presente análisis.

#### Resultados y conclusiones

Durante el periodo comprendido desde el 2020 hasta el 2024, se atendieron 10.146 pacientes adultos en Hospitalización a domicilio, de los cuales el 81.3% eran de Medicina Interna [MIR], 17% de Hematología [HEM], 2 % de Psiquiatría [PSQ] y desde hace 1 año en Pediatría [PED] 256 niños.

La estancia media de los pacientes de MIR fue de 11 días, en HEM 18 días, en PSQ de 43 días y en PED de 5 días.

Sobre las categorías Diagnósticas mayores donde se agruparon los pacientes, en MIR fueron enfermedades y trastornos del sistema respiratorio [29%] y del riñón y vías urinarias [19%], En PED los más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias [37%], seguidas de las infecciosas y parasitarias [14%], trastornos mieloproliferativos [13%] y del sistema hematopoyético [11%].

Los diagnósticos principales más prevalentes en MIR fueron las infecciones urinarias [855 casos], la neumonía [602 casos], infección por COVID [420 casos], la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [350 casos], las enfermedades cardiacas y renales de origen hipertensivo [312 casos], las bacteriemias [223 casos], y las celulitis [115 casos] Consideramos que esta modalidad de atención es muy importante para reducir el ingreso hospitalario convencional y disminuir el riesgo asociado a este, pensamos que en el futuro este ámbito de atención será utilizado por más especialidades dado los buenos resultados en el manejo de patologías hospitalarias ambulatorizables.

## E0006

### TITULO: TRANSICIÓN DE LA CODIFICACIÓN MANUAL A LA AUTOCODIFICACIÓN EN URGENCIAS: AUDITORÍA Y PROPUESTAS DE MEJORA

**Autor:** Dolores Castillo Muñoz. Hospital Universitario del Tajo

Co-Autores: Ruth María González Ferrer, Rosario García Fernández, Alejandro García Azorín, David Delgado Díaz, Alberto Romero Campillos. Hospital Universitario del Tajo

#### Objetivos

El Real Decreto 69/2015 estableció la obligatoriedad de registrar un Conjunto Mínimo Básico de Datos [CMBD] al alta de urgencias en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud a partir del 1 de enero de 2018.

En nuestro centro, un hospital comarcal de Nivel 1, se opta por la codificación manual para garantizar la precisión y el control de los registros, pero en enero de 2025 se implementa una herramienta de autocodificación que permite automatizar parte del proceso.

#### Objetivos:

- Analizar la calidad y precisión de la codificación generada por el sistema automatizado.
- Identificar áreas de mejora que optimicen su funcionamiento.
- Evaluar el impacto de la herramienta en el área de codificación.

#### Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo en los informes de alta de urgencias durante el primer trimestre de 2025. Se realizó una auditoría de los casos codificados por el programa para evaluar la idoneidad del código propuesto.

#### Resultados y conclusiones

En el primer trimestre de 2025 se produjeron 19.007 altas. Se realizó una auditoría del 68% de los casos codificados por el programa para ver la idoneidad del código propuesto.

De los 12.872 casos revisados, se realizaron 4.027 modificaciones [31% del total auditado], mientras que 8.845 casos [69%] fueron considerados correctos.

Incidencias detectadas:

- Falta de informe: aproximadamente un 10% de las altas no se codifica debido a que el sistema no localiza el informe de alta o no identifica el campo diagnóstico en dicho informe.
- Fuga del paciente: el paciente abandona el centro antes de ser atendido y no se emite informe.
- El diagnóstico se consigna en el evolutivo, pero la ausencia de un campo específico impide que la herramienta lo detecte.
- Uso de abreviaturas clínicas: el programa interpreta ciertas abreviaturas como siglas, generando errores.
- Ausencia de patología actual: se omite el motivo de consulta cuando no se especifica una patología activa.
- Duplicidad patología/síntoma: se codifican simultáneamente el diagnóstico y el síntoma, generando redundancias.
- Negaciones no reconocidas: el sistema no interpreta correctamente la negación de diagnósticos y los codifica como positivos.
- Errores de interpretación semántica: el programa atribuye códigos a patologías incorrectas.

#### Conclusiones:

Los resultados reflejan una precisión del 69%, lo que indica que la herramienta es efectiva en una proporción significativa de los casos. No obstante, el 31% de los registros requirió intervención manual, lo que evidencia la necesidad de implementar mejoras:

- Revisión de la estructura de las plantillas de informes clínicos.
  - Formación del personal clínico en el uso adecuado de los parámetros requeridos por la herramienta.
  - Comunicación con la empresa desarrolladora para la optimización de los algoritmos de codificación.
- La implantación del sistema ha supuesto una reducción sustancial del tiempo invertido por los profesionales en tareas de codificación, consolidándose como una herramienta de gran utilidad para la gestión de la calidad asistencial y la mejora de procesos. Este cambio representa un avance relevante en la gestión de la información sanitaria, favoreciendo una mayor agilidad en el tratamiento de datos clínicos y permitiendo una explotación más eficiente de la información para la toma de decisiones.

## E0008

### TITULO: IMPORTANCIA DEL INFORME DE ALTA EN EL ÁMBITO JURÍDICO LEGAL

**Autor:** Óliver Pereña Aguilera. Hospital del Mar

Co-Autores: M Teresa Morillo Peleato, Miereia Rios Pareja, Tania Barcelo Grau, Chloe Bonilla Tobar.  
Hospital del Mar

#### Objetivos

Demostrar la importancia de un informe de alta clínico admitido como prueba esencial en la resolución de casos de ámbito jurídico y legal.

#### Material y Métodos

En el informe clínico de alta se recoge el motivo del ingreso hospitalario y el proceso de la enfermedad durante el mismo, así como el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas a seguir.

El informe pericial judicial ayuda a resolver conflictos legales de manera más precisa, basándose en conocimientos técnicos y científicos en lugar de conjeturas o especulaciones, es un documento indispensable en la resolución de casos legales que involucran la atención médica.

Partimos de 7 casos elegidos mediante la [IA] Inteligencia Artificial, donde el Informe de Alta ha resultado esencial para su valoración jurídica y su posterior resolución legal, dando por sí una sentencia adecuada con la ley establecida.

#### Resultados y conclusiones

Adjuntar tablas.

Las resoluciones jurídicas en las que se han aportado documentación clínica han sido fundamentales para la protección del paciente en el ámbito legal sanitario.

La calidad del informe de alta es fundamental, para una codificación correcta y la información y defensa del acto clínico realizado. En última instancia, el informe de alta es un documento legal.

## E0009

### TITULO: OTRO INTENTO DE DISMINUIR LA LEC-TRAUMATOLOGIA

**Autor:** Carmen Garrote Liarte. Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Co-Autores:** Manuela Serrano Pareja, Teresa Orobon Blanco. Hospital Universitario Ramón y Cajal

#### Objetivos

Evaluar si la llegada del paciente procedente de Atención Primaria a las consultas de Traumatología [ cita primera] con la RX convencional ya hecha , conseguiría disminuir los huecos de sucesivas y ampliar el número de huecos de primera consulta

#### Material y Métodos

Para ello se ha estudiado el número de pacientes que acudieron a una primera consulta de Traumatología procedentes de Atención Primaria durante los meses de octubre y noviembre de los años 2022, 2023 y 2024 De ellos lo que tuvieron una solicitud de radiología simple el mismo día de la consulta y de esos los que tuvieron una cita de revisión posterior

#### Resultados y conclusiones

##### RESULTADOS

En los años 2022 y 2024 en los meses estudiados más del 70% de las consultas vistas procedentes de Atención Primaria generaron una solicitud de RX convencional Y más del 85% una cita sucesiva posterior Si el paciente acude con la RX ya hecha se puede disminuir al menos el 60% de las consultas sucesivas posteriores, que se podrían reconvertir en huecos de nuevos

##### CONCLUSIONES

Pero para eso tiene que haber reuniones Atención Primaria y Atención Hospitalaria para valorar procesos en los que claramente sea necesario una RX convencional En nuestra área no se da por ahora, el clima favorable para el acuerdo entre los facultativos de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria para definir unos procesos Sería de mucha ayuda la codificación de los procesos El volumen de pacientes es tal que el intento de reservar huecos a primera hora para estos pacientes no fue exitoso, dado que sería necesarios más huecos a primera hora que capacidad tienen las agendas de RX convencional

## E0010

### TITULO: FIABILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN POA-N EN LAS ALTAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES AGUDOS

**Autor:** Eugènia Sarsanedas Castellanos. Hospital del Mar

**Co-Autores:** Mercè Comas Serrano, Oliver Pereña Aguilera, Teresa Morillo Peleato, Mireia Ríos Pareja, Touria Louah Khattabi. Hospital del Mar

#### Objetivos

Evaluar la fiabilidad de la codificación de la variable POA [Present on Admission], en las altas hospitalarias.

#### Material y Métodos

No existe un porcentaje universal 'aceptable' de errores en los indicadores POA, pero sí hay estándares de calidad y expectativas que varían según normativas del CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services], resultados de auditorías de entidades como OIG [Office of Inspector General], RAC [Recovery Audit Contractors] o AHIMA o políticas internas de los hospitales.

Los rangos de error típicamente aceptables [como referencia general] serían: Excelente [<5%], Aceptable [5- 10%] y de Alto riesgo de sanciones [>10%].

- Periodo de estudio: Año 2024.
- Población: 19.850 altas hospitalarias.
- Criterio de error: Si un solo diagnóstico de una alta está mal etiquetado se considera registro erróneo.
- Estudio piloto: En una muestra basal aleatoria de 52 casos, se detectó 1 error de codificación.
- Cálculo muestral: Se estimó una proporción de errores igual o inferior al 1,92%. Para estimar esta proporción con un nivel de confianza del 95% y una precisión de  $\pm 5$  puntos porcentuales, se seleccionó una muestra aleatoria de 91 casos.

#### Resultados y conclusiones

De los 91 casos revisados, 3 presentaban errores en la codificación del POA, lo que representa un 3,3% de errores.

Conclusiones:

La fiabilidad general de la codificación POA es buena, aunque la tasa de error observada supera ligeramente la esperada, ésta es menor del 5%. Se recomienda revisar los criterios de codificación y reforzar la formación de los profesionales implicados.

## EO013

### TITULO: SIFCO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS REGISTROS RECIBIDOS EN UN ÁREA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**Autor:** Manuela Serrano Pareja. Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Co-Autores:** Carmen Garrote Liarte, María Teresa Orobón Blanco. Hospital Universitario Ramón y Cajal

#### Objetivos

Describir los registros recibidos a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO) en el Área Sanitaria 4 de la Comunidad de Madrid entre los años 2020 y 2024.

#### Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Los datos fueron extraídos de la plataforma SIFCO [<https://sifcowed.sanidad.gob.es/sifcowed/app/>] y corresponden al total de registros enviados por el Área 4 entre 2020 y 2024. Se analizaron los volúmenes de actividad por anexo, la evolución anual y los GRD más frecuentes en hospitalización.

#### Resultados y conclusiones

Entre 2020 y 2024, las solicitudes al Fondo de Cohesión aumentaron de 2.692 a 4.797. La mayoría correspondieron al Anexo II [procedimientos ambulatorios], con un peso del 68% al 75%. Las del Anexo I [procesos con hospitalización] crecieron del 12% al 16%, mientras que el Anexo III [procedimientos en Centros de Referencia] mostró una evolución irregular, con un descenso en 2022 y recuperación posterior, alcanzando un 13% en 2024.

En cuanto a hospitalizaciones [Anexos I y III], los GRD más frecuentes fueron: el GRD 121 [procedimientos sobre aparato respiratorio] con 263 [28%] registros, 217 [23%] del GRD 163 [válvulas cardíacas sin cateterismo], 195 [21%] fueron del [GRD 73 [procedimientos sobre cristalino], 138 [15%] correspondían con el GRD 175 [procedimientos cardiovasculares percutáneos sin infarto], y 129 [14%] del GRD 192 [cateterismo por cardiopatía isquémica].

Según el RD 1207/2006, todos eran compensables excepto el GRD 73. No obstante, con la actualización normativa recogida en la Orden SND/976/2024, el GRD 73 pasó a ser facturable. Este cambio contribuyó al aumento de las asistencias compensables, que experimentaron el mayor crecimiento dentro del sistema. La evolución refleja un reconocimiento más amplio de procedimientos que antes no se incluían, lo que también podría indicar una mayor demanda asistencial.

Respecto a la procedencia de los pacientes, destaca la concentración en provincias limítrofes, especialmente Toledo y Guadalajara, que juntos representan una parte significativa de las derivaciones hacia Madrid. Toledo fue el principal origen de pacientes en todo el periodo, con una tendencia creciente. También se observa una mayor diversidad de procedencias en años recientes, con presencia de pacientes de Murcia, Asturias, Cáceres y otras provincias.

Entre 2020 y 2024 se incrementó notablemente la actividad registrada en SIFCO en el Área 4 de Madrid, sobre todo en las asistencias compensables. Los cambios normativos favorecieron este aumento al incluir GRD previamente no facturables. La mayoría de pacientes proceden de provincias cercanas, lo que evidencia la relevancia de la movilidad sanitaria como herramienta para garantizar el acceso equitativo en el Sistema Nacional de Salud.

## EO014

### TITULO: OPTIMIZACION DE LA GESTION DE BUZONES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA GENERAL

**Autor:** Ana García de la Santa Viñuela. Hospital Universitario de Getafe

Co-Autores: Maria Angeles Escribano Arias, Consuelo García-Velasco García, Raul Fallos Martí, Maria Isabel Hernández Ortego. Hospital Universitario de Getafe

#### Objetivos

Con la implantación de la Historia Clínica Electrónica, las solicitudes de cita dejaron de gestionarse en papel y de manera presencial, para pasar a centralizarse en buzones digitales donde se acumulan las distintas peticiones generadas por los profesionales.

El objetivo de este trabajo es analizar los buzones de los servicios de Traumatología [TRA] y Cirugía General y Digestiva [CGD] con el fin de identificar para una depuración posterior aquellas peticiones que no cumplen criterios de eficiencia, optimizando así la gestión de estos buzones.

#### Material y Métodos

cabo una revisión de los buzones de los servicios de TRA y CGD con fecha de corte del 31 de marzo de 2025.

Se aplicaron los siguientes criterios de selección de peticiones para una revisión posterior por los servicios correspondientes:

- Peticiones no citadas con fecha de indicación previa al 30-03-2023.
- Peticiones no citadas con fechas de indicación superiores al 01-01-2028.
- Peticiones en buzón repetidas para una misma agenda y prestación.
- Peticiones en buzón con una cita posterior a la fecha de indicación, ya sea realizada o no, para una misma agenda y prestación.
- Citas abiertas con indicación de citar únicamente si el paciente lo precisa indicado en las observaciones de la petición.

#### Resultados y conclusiones

Se analizaron un total de 8.831 peticiones en buzón, de las cuales 6.229 correspondían a TRA y 2.602 a CGD. El 11,0% [975] de las peticiones cumplían con los criterios establecidos.

El 10,2% [634] de las peticiones de TRA respondieron a los criterios de estudio. De estas, el 30,4% [193] se correspondían con peticiones con fecha de indicación previa al 2023; el 35,5% [225] a peticiones con fecha de indicación posterior al 2028; el 6,2% [39] a peticiones repetidas en buzón; el 5,8% [37] a peticiones con una cita posterior a la fecha de indicación del buzón; y el 22,1% [140] a citas abiertas.

El 13,1% [341] de las peticiones en buzón de CGD respondieron a los criterios de estudio. De estas, el 1,8% [6] se correspondían con peticiones con fecha de indicación previa al 2023; el 10,6% [36] a peticiones repetidas en buzón; el 39,6% [135] a peticiones con una cita posterior a la fecha de indicación del buzón; el 48,1% [164] a citas abiertas.

La transición de las solicitudes en papel a un sistema digital mediante buzones ha mejorado la trazabilidad y el registro, pero ha favorecido la acumulación de peticiones ineficaces, que pueden genera demoras y citas innecesarias para los pacientes.

La aplicación de criterios de revisión ha permitido identificar un número significativo de peticiones ineficaces, lo que evidencia la necesidad de establecer revisiones periódicas de los buzones.

Este proceso debe realizarse en coordinación con los servicios clínicos, permitiendo así una depuración posterior eficiente y centrada en el paciente.

## EO015

### TITULO: EL PAPEL DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LA GARANTÍA DEL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**Autor:** Rosario García Fernández. Hospital Universitario de Getafe

Co-Autores: David Delgado Díaz, María Luisa Berdún Ramírez. Dirección General de Aseguramiento y Prestaciones sanitarias. SERMAS, Alberto Romero Campillos, Dolores Castillo Muñoz, Gloria Iniesta López

#### Objetivos

Introducción: La Ley General de Sanidad de 1986 estableció la universalidad, gratuidad y calidad en el acceso a la asistencia sanitaria. En la Comunidad de Madrid, el Real Decreto-Ley 16/2012 supuso un cambio significativo en los títulos jurídicos de los ciudadanos y la financiación del sistema sanitario. Dentro de este contexto, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica [SADC] ha sido clave para gestionar la financiación y la clasificación de garantes, asegurando la equidad en el acceso y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud [SNS].

Objetivos:

1. Analizar el papel del SADC como garante del cumplimiento normativo en el acceso universal al SNS.
2. Examinar las herramientas disponibles para la correcta filiación de la financiación y la clasificación de garantes.
3. Evaluar el impacto del registro de garantes en el departamento de Facturación a Terceros.

#### Material y Métodos

En este estudio, se realizó una revisión documental de la normativa sanitaria en la Comunidad de Madrid entre 2012 y 2025, enfocándose en la evolución de los títulos jurídicos y los mecanismos de registro implementados por el SADC.

Durante el período de estudio, se analizó la adaptación de los garantes a diversas circunstancias sociales y epidemiológicas, considerando la clasificación de ciudadanos y garantes en el HIS y en SIP-CIBELES.

#### Resultados y conclusiones

Resultados: Se ha demostrado que el SADC, desempeña un papel clave en la gestión del acceso sanitario a través de:

- Codificación y clasificación de garantes mediante herramientas como SIP-CIBELES y el Fichero Maestro de Pacientes [FMP].
- Actualización periódica del cuadro de títulos jurídicos, facilitando la filiación en el FMP y su integración en el sistema de financiación a terceros.
- Implementación de protocolos claros para la filiación de financiación, asegurando que cada paciente sea registrado correctamente según su condición jurídica.
- Reuniones periódicas del SADC, fortaleciendo la coordinación entre profesionales administrativos y sanitarios.
- Formación continua del personal, mejorando la precisión en la asignación de garantes y reduciendo errores administrativos. Estos avances han generado un impacto positivo en la gestión hospitalaria: 1. Mejor identificación de garantes, lo que ha generado un incremento en la facturación hospitalaria. 2. Reducción de errores en el Conjunto Mínimo Básico de Datos [CMBD], mejorando la trazabilidad de la información. 3. Mayor eficiencia en la gestión del acceso sanitario, optimizando los recursos del sistema.

Conclusiones: El SADC ha sido esencial para garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid. La correcta filiación de financiación y la adaptación de los garantes han fortalecido el cumplimiento normativo, permitiendo una mejor gestión de los recursos hospitalarios, asegurando la sostenibilidad del sistema.

Para continuar mejorando el proceso de registro y asignación de garantes, conforme a la normativa vigente, se recomienda: 1. Optimizar los sistemas digitales, integrando herramientas avanzadas de gestión documental. 2. Reforzar los protocolos de formación, asegurando que el personal administrativo pueda adaptarse a cambios normativos y tecnológicos. 3. Establecer auditorías periódicas, permitiendo una supervisión más efectiva del cumplimiento normativo y financiero.

## E0016

### TITULO: MORTALIDAD POR HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL UN ANÁLISIS DOCUMENTAL

Autor: Maria Ángeles Escribano Arias. Hospital Universitario de Getafe

Co-Autores: Ana García De La Santa Viñuela, Consuelo García-Velasco García, Raul Fallos Marti. Hospital Universitario de Getafe

#### Objetivos

La ratio de mortalidad estandarizada [RME] por hemorragia gastrointestinal en nuestro hospital en la última revisión del Observatorio [2023] ha sido  $> 1$ , lo que indica que la mortalidad del hospital es superior a la de la Comunidad de Madrid. Nuestro objetivo es realizar la revisión del indicador, valorar si dichos resultados pueden ser debidos a errores de codificación y/o a la calidad de la información clínica de los informes de alta e implantar un seguimiento periódico dentro de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001

#### Material y Métodos

La mortalidad por hemorragia gastrointestinal es un indicador de efectividad clínica y seguridad del paciente del Observatorio de resultados del SERMAS.

La hemorragia gastrointestinal es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situada en el tracto digestivo, que origina frecuentes ingresos hospitalarios con una incidencia, estimada entre 30 y 150 casos por cada 100.000 habitantes al año, y una mortalidad que oscila entre el 5 y el 15%.

Durante el 2023 en el Hospital hemos atendido 185 episodios de hemorragia gastrointestinal o trastorno hepático con varices secundarias con una mortalidad 8,6%, superior a la media del SERMAS 5,59%. Se han revisado y analizado los pacientes  $> 18$  años ingresados con diagnóstico principal [codificado con CIE- 10-ES] de hemorragia gastrointestinal, trastornos hepáticos con varices esofágicas secundarias con sangrado incluidos en el indicador y que fallecen durante su estancia en el hospital durante los años 2022, 2023, periodo utilizado por el Observatorio para el cálculo del RME en el 2023.

Se excluyen los episodios que tengan en cualquier campo de diagnóstico Z51.5 [Contacto para cuidados paliativos], las circunstancias de alta sea traslado a otro hospital de agudos o que se clasifiquen en la CDM 14 [Embarazo, parto o puerperio]. Como fuente de datos el Conjunto Mínimo de Datos [CMBD].

#### Resultados y conclusiones

La edad media de los pacientes analizados fue de 75,7 años.

El 68,9% de los pacientes la hemorragia gastrointestinal ha agravado o precipitado complicaciones en las comorbilidades existentes [anemia hemorrágica severa, reagudización fallo renal, shock hipovolémico, reagudización de insuficiencia cardiaca, encefalopatía portosistémica ...].

En el 51,7% de los episodios se ha asignado un APR-GRD con nivel de severidad mayor. Y el 48,3 % de los casos se han agrupado en el APR-GRD 253 OTRAS HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICAS. Y de estos el 93,3 % se han asignado como diagnóstico principal un código inespecífico o un signo [K62.5 Hemorragia de ano y recto; K92.0Hematemesis; K92.2Hemorragia gastrointestinal, no especificada] por la situación clínica del paciente no se le han realizado pruebas diagnósticas que identifiquen la causa del sangrado gastrointestinal.

Revisada la información clínica y recodificados los episodios, se modifica el diagnóstico principal en 10 casos. Sólo en tres de ellos el nuevo código asignado no estaría incluido en el indicador. Los otros siete casos restantes, los códigos asignados no modificarían el indicador y en sólo dos casos el error ha sido debido a la selección de un código incorrecto y/o inespecífico.

CONCLUSIONES: Los resultados del indicador son debidos a los principales determinantes de la mortalidad por hemorragia gastrointestinal, edad, comorbilidades y complicaciones de los pacientes, siendo mínimo el impacto derivado de los errores de codificación y/o documentación.

Los errores de codificación detectados se deben a la interpretación de la información clínica y/o documentación clínica insuficiente y ambigua que dificulta una codificación precisa, llevándonos a reportar en nuestro proceso un seguimiento periódico del indicador y áreas de mejora documental con los clínicos [píldoras informativas...].

## EO017

### TITULO: ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN DE PACIENTES DERIVADOS A LOS HOSPITALES DE APOYO QUIRÚRGICOS DESDE UN HOSPITAL DE NIVEL 2 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Autor:** Ana García De La Santa Viñuela. Hospital Universitario de Getafe

Co-Autores: Raul Fallos Marti, Ana García De La Santa Viñuela, Consuelo García-Velasco García, María Ángeles Escribano Arias. Hospital Universitario de Getafe

#### Objetivos

El Servicio de Admisión del Hospital Universitario de Getafe [HUGF] es el encargado de la gestión de las solicitudes de inclusión en Registro Unificado de Lista de Espera [RULEQ] realizadas por los servicios quirúrgicos, la propia inclusión administrativa en RULEQ y las citas analíticas y con el servicio de Anestesia para la consulta de preoperatorio. Es además el responsable de ofrecer y gestionar la derivación de los procesos quirúrgicos derivables a hospitales de apoyo quirúrgico dentro de la Comunidad de Madrid [CM] de los pacientes incluidos en RULEQ.

Se analizaron las causas de devolución desde los hospitales de apoyo de los pacientes derivados clasificándolas en grupos con el objetivo de disminuir el porcentaje de devoluciones en las futuras derivaciones.

#### Material y Métodos

Se recogen todos los registros de RULEQ de los pacientes que aceptan derivación a los hospitales de referencia del HUGF cuya fecha de salida este comprendida entre enero de 2022 y mayo de 2025.

Analizamos los registros con fecha de devolución incluida en el periodo describiendo las causas de devolución.

#### Resultados y conclusiones

Durante el periodo de estudio se han derivado un total de 2.193 pacientes a los dos hospitales de apoyo que tiene el HUGF designados, 874 [39,85%] al Hospital de la Cruz Roja [HCR] y 1.319 [60,15%] al Hospital de Santa Cristina [HSC] siendo 2.071 los que han entrado en el estudio dado que los restantes 122 están pendientes de salida.

Desagregando por el hospital de derivación se observó que al HCR se derivan 821 pacientes y se devolvieron por diferentes causas el 20,34% [167] mientras que al HSC se derivan 1.250 y nos devolvieron el 19,60% [245]. El análisis de las causas de la devolución desde los hospitales de derivación nos permite observar que el 49,76% de los pacientes vuelven de la derivación porque “Rechazan la derivación” o “Renuncian a la intervención” porque “No acude a la intervención”. Estas causas de devolución dependen de una decisión del paciente antes de ser evaluados por el hospital o en el momento de la intervención. Un segundo grupo de devoluciones se produce tras la valoración en el centro de derivación “Motivos clínicos [Riesgo]” o “Procedimiento no concertado” [19,17%; 10,68%]. Además, el 12,86% de las devoluciones son motivadas porque el facultativo del Hospital de apoyo cree “no indicada la intervención”. Sin embargo, hay diferencias importantes entre ambos hospitales siendo en el HCR el primer motivo de devolución “Motivos clínicos [Riesgo]” con un 30,54% de los pacientes derivados a ese hospital frente al 11,43% en el HSC.

El resto, 7,52% de las causas, se reparten entre “intervenciones en otro centro”, “aplazamiento mayor de 6 meses” e “ilocalizables”. La derivación de pacientes a hospitales de apoyo quirúrgicos supone una parte muy importante del trabajo de la unidad de preoperatorios del HUGF e impacta positivamente en el control de la demora de nuestros pacientes en ser operados.

Alrededor de un 20% de los pacientes derivados son devueltos con el aumento de la carga y sobre todo la pérdida de tiempo para el propio paciente y las instituciones.

El alto porcentaje de devoluciones cuyo origen es el propio paciente nos indica la necesidad de una mejor explicación del proceso de derivación a los pacientes y de con firmar la verdadera motivación para elegir el lugar donde operarse. El hecho de que, a pesar de que las derivaciones se realizan siguiendo criterios consensuados por ambas partes, un alto porcentaje de pacientes se devuelva por criterios clínicos y que haya diferencias importantes entre ambos hospitales de apoyo, nos debe hacer consensuar mejor con ellos el perfil de los pacientes derivables y las características de los procedimientos.

E0019

## TITULO: PLANIFICANDO EL CAMBIO: DESPLIEGUE DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LOS SADC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autor:** Arturo José Ramos Martín Vegue. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**Co-Autores:** Raquel Escuredo Campos, Agustín García Sanguino, Alberto Vallejo Plaza, Juan Manuel Quesada López, Lucía Rodríguez Labadía. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

### Objetivos

OBJETIVOS: El Plan Estratégico de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica [SADC] del Servicio Madrileño de Salud [SERMAS], se aprobó en el Comité de Dirección del Servicio Madrileño de Salud el 10 de mayo de 2023. Los objetivos son: 1.º Presentar el proyecto para el despliegue de este Plan, en un hospital de alta complejidad, con el fin de responder adecuadamente a las necesidades de la organización y sus pacientes.

2.º Actualizar el concepto del SADC, analizar y diagnosticar la situación actual del SADC en el hospital, establecer sus líneas estratégicas y proponer acciones necesarias para su desarrollo, a través de un modelo de implantación por fases. 3.º Evaluar la consecución de los objetivos operativos de la primera fase.

### Material y Métodos

Durante el año 2024 se analizaron detenidamente las 5 Líneas estratégicas del Plan del SERMAS y la posibilidad de su implementación en el hospital, eligiendo aquellos objetivos estratégicos y operativos que permitan al SADC contribuir a cumplir el propósito del hospital: Inspirar la transformación de la atención sanitaria con cultura de seguridad, profesionalidad, humanización y sostenibilidad. El Plan se implantará en tres fases anuales [2024-2027]. Cada fase se ha organizado en torno a las distintas perspectivas recogidas en las líneas estratégicas: misión, financiera, resultados clientes, procesos e innovación, formación y aprendizaje.

### Resultados y conclusiones

La intranet del SADC debe incluir aquellos apartados clave que favorezcan la [2024-2025] que desarrollará la Perspectiva de Misión: Impulsar el papel del SADC en la atención hospitalaria y en la sociedad, determinar la cartera de servicios del SADC y establecer alianzas; junto con la Perspectiva de Procesos: homogeneizar y normalizar el SADC, participar en los órganos de gobernanza, elaborar procesos y diseñar nuevas formas de prestar servicio. En la segunda fase [2025- 2026] se abordará la Perspectiva Financiera con la puesta en valor de la eficiencia generada por el SADC: definir los indicadores de rendimiento y cuantificar el impacto económico de la actividad; además de la Perspectiva Resultado Clientes: acompañar al trabajador e incorporar la visión del paciente. En la tercera fase [2026-2027] se impulsará la Perspectiva de Innovación, Formación y Aprendizaje: incrementar la producción científica, incorporar la metodología de gestión de calidad, realizar un plan de formación y crear alianzas con las sociedades científicas. 2.º Se han alcanzado los siguientes objetivos de la primera fase: Mapa de procesos, DAFO, cartera de servicios, perfil profesional y responsabilidades por categorías; desarrollo normativo, estructura y función del SADC; incorporación de los responsables del SADC en los órganos de gobernanza del hospital y elección de referentes de calidad, seguridad y humanización. Se ha logrado, además, la certificación de la norma UNE-EN ISO 9001:2015 [tercera fase].

CONCLUSIONES: 1.ª Es posible desplegar un Plan Estratégico del SADC en un hospital de TERCER NIVEL. 2.ª El marco institucional de un Plan Estratégico debe de ser adaptado al tipo de hospital, en consonancia con el área sanitaria que atiende, el propósito y sus valores.

## EO020

### TITULO: GESTION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR IMPACTO EN LA DEMORA MEDIA

Autor: Eva Monteagudo Pérez-Machado. Hospital Universitario de Canarias

Co-Autores: Sandra Risco Rancel, Jaume Sastre Barceló, Marta González Sierra.

Hospital Universitario de Canarias

#### Objetivos

Desde los Servicios de Admisión y Documentación Clínica [SADC] y en el tema de la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica [LEQ] el primer lugar de priorización está siempre la situación clínica del paciente y sus condicionantes clínicos. Pero ante la misma prioridad clínica, el siguiente atributo a considerar, en atención a uno de los valores más importantes en nuestro sistema Nacional de Salud, la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, es la antigüedad en la LEQ.

Al mismo tiempo, es necesario tener en cuenta lo establecido en el RD605/2003 de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a la situación de LEQ estructural [LEQEST]. Tanto el poder político autonómico [encargado de gestionar la asistencia sanitaria y por lo tanto, responsable de la evolución de las listas de espera] como estatal [encargado de la coordinación a nivel nacional de las mismas] evalúan periódicamente [cada seis meses] la evolución de la LEQEST.

Sin embargo, en muchas ocasiones el servicio quirúrgico no entiende o no acepta de buen grado este nivel de priorización.

Para afrontar este problema, en el SADC del Hospital Universitario de Canarias [HUC] se decidió establecer un Sistema de Información sobre la LEQ de cada Servicio/Sección que informará, junto a los demográficos de los pacientes y la información clínica pertinente, el impacto en días de intervenir quirúrgicamente a cada uno de los pacientes registrados en la LEQ sobre la Demora Media [DEM] del Servicio/Sección.

Estos “listados de impacto” se han convertido en una herramienta esencial para la Gestión de la LEQ.

#### Material y Métodos

Para la obtención de los Listados de Impacto [en adelante LI] se parte de la obtención en formato Excel a partir del HIS del Hospital [SAP] de la tabla de pacientes activos en LEQ.

El cálculo del impacto se basa en el siguiente análisis:

1.Cada paciente aporta al cálculo de Demora Media [DM] los días que lleva en LEQ en el numerador y 1 caso en el denominador.

$DM = \frac{[\text{?días en LEQ}]}{N^{\circ} \text{ Pacientes}}$

2.Usando la aplicación Acces se simula en una consulta, por cada caso, como resultaría la DM si el paciente fuera intervenido [dado de baja en LEQ Activa]

$DM = \frac{([\text{?días en LEQ}] - \text{Días demora del paciente})}{N^{\circ} \text{ Pacientes}} - 1$

3.Una vez calculada la simulación descrita se define: Impacto = Demora Media Antigua - Demora Media Nueva

#### Resultados y conclusiones

La evolución de la demora media del hospital en los últimos catorce meses pasa de 172.54 a 165.41.

Además, la espera media de las salidas pasa de 211.84 a 237.49.

DISCUSIÓN: La gestión de la LEQ basada en la información del impacto ha resultado eficiente en términos absolutos y relativos en cada Servicio/Sección. Facilita a los mismos conocer con mucha claridad el efecto concreto de intervenir cada uno de sus pacientes sobre la Demora Media de su propio Servicio o Sección. Permite a la Subdirección Médica del Área Quirúrgica establecer objetivos razonables de reducción de la demora para un periodo de tiempo determinado en función de la asignación de tiempo quirúrgico programado en el periodo y la capacidad de programación del propio servicio.

Permite conocer la reducción de la demora media esperada al establecer con antelación la programación quirúrgica de la semana siguiente y el impacto que la misma tendrá sobre nuestra LEQ.

CONCLUSIÓN: Se ha podido objetivar la repercusión que la introducción de la herramienta informativa ha generado en el periodo en términos de reducción de la DM del Hospital en 7.13 días y un aumento de la espera media de las salidas de 25.7 días

## E0021

### TITULO: MLS: IA PARA INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA AVANZADOS

Autor: M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Santiso. HM Hospitales

#### Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir cómo metodologías basadas en Inteligencia Artificial [Machine Learning], pueden mejorar la gestión clínica y la calidad asistencial. Se busca demostrar cómo este tipo de metodologías complementan los métodos tradicionales de evaluación, ofreciendo predicciones individualizadas y más precisas sobre indicadores como la estancia hospitalaria, el riesgo de mortalidad y la probabilidad de reingreso, mediante el análisis de un mayor número de variables y la captura de particularidades clínicas del paciente.

#### Material y Métodos

Se emplea un enfoque conceptual para explicar la utilidad de en el entorno sanitario. Se comparan los indicadores basados en Machine Learning con las normas y métricas tradicionales de evaluación, destacando sus capacidades adicionales. Se describen dos casos de uso específicos: la de estimación del riesgo de mortalidad por episodio y un simulador de episodios clínicos. En el caso del simulador, se detalla cómo permite anticipar escenarios y facilitar la toma de decisiones. Para el riesgo de mortalidad, se explica cómo ayuda en la identificación de pacientes de riesgo y en la planificación de recursos.

#### Resultados y conclusiones

RESULTADOS: El uso Inteligencia Artificial [IA] permite un análisis contextualizado para identificar desviaciones y facilita una monitorización más precisa de los servicios. A diferencia de los modelos tradicionales que presentan limitaciones en la captura de la variabilidad clínica y la estimación individual, los modelos de IA ofrecen estimaciones ajustadas a cada episodio clínico, considerando cientos de características de la historia clínica y el episodio.

Los casos de uso presentados ilustran beneficios clínicos tangibles: el simulador mejora la comprensión de la casuística, anticipa necesidades y optimiza la gestión de recursos, mientras que la estimación del riesgo de mortalidad permite identificar pacientes vulnerables, mejorar la planificación de recursos y apoyar las decisiones clínicas.

CONCLUSIONES: El uso Inteligencia Artificial basada en Machine Learning permite construir herramientas potentes para la mejora continua de la calidad asistencial y la gestión clínica. Su capacidad para ofrecer estimaciones individualizadas y contextualizadas, analizando un gran volumen de datos y variables clínicas, supera las limitaciones de los métodos tradicionales. La implementación de estos indicadores en el análisis de los episodios clínicos facilita una toma de decisiones más informada, permite una gestión más proactiva de los recursos y contribuye a una comprensión más profunda de la casuística de los pacientes. Esto, en última instancia, se traduce en una atención sanitaria más eficiente y de mayor calidad.

## EO022

### TITULO: ALIANZAS PARA OPTIMIZAR LA COMPLEJIDAD DEL SERVICIO

Autor: Rosario Muñoz Gallarín. Hospital Universitario Vall d'Hebrón

#### Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo como Unidad de Documentación consiste en que, una vez finalizada la codificación de todos los episodios de alta se refleje la complejidad real atendida en nuestro centro.

La Codificación es el sistema que permite dar estructura a la información para que pueda ser agrupada y nos permita además de recuperar datos de actividad, poder analizar los resultados de una forma objetiva, y por tanto comparable.

El Objetivo del presente trabajo es mostrar las alianzas creadas con las diferentes unidades asistenciales de nuestro hospital a varios niveles:

- Mejora de la calidad del informe de alta.
- Sesiones informativas: indicadores, actividad y planes de mejora.

#### Material y Métodos

El método utilizado ha sido el de presentar en sesiones clínicas a los profesionales médicos de cada unidad todos los indicadores con los que trabajamos en la Unidad de Documentación, que nos aportan datos, y como elaboramos con estos datos los resultados, aplicados a su propia unidad, mostrando al cierre de cada año, actividad y complejidad comparada con el año anterior.

La implantación de estas sesiones tiene como finalidad mostrar el porqué de la codificación y la importancia de que ésta sea el reflejo de la realidad del servicio tanto en tipo de actividad como en complejidad, todo ello a partir de la información transmitida a través de un informe de alta de calidad.

#### Resultados y conclusiones

Una vez analizado el impacto de dichas sesiones en la mejora de la calidad del informe de alta y por tanto en la mejora del registro y la complejidad real de los servicios hemos observado que en el 31,8% de los servicios en los que hemos impartido la sesión ha habido un incremento de los valores de complejidad del GRD.

Como ejemplo de dichas unidades tenemos algunas de gran complejidad como: Unidad de Lesionados medulares, Cirugía Torácica, Hematología, Unidad de Trasplante hepático pediátrico, Unidad de Medicina intensiva, Unidad de ictus, Unidad coronaria, Unidad de patología mamaria, Neumología pediátrica y Neurocirugía.

## EO023

### TITULO: CREACIÓN DE DIAGNÓSTICOS FAVORITOS PARA LA MEJORA DE LA CODIFICACIÓN DE CONSULTA EXTERNA

**Autor:** Ana Cobano Bejarano. Hospital Universitario Vall d'Hebrón

#### Objetivos

Desde nuestra unidad de Documentación en estos últimos años hemos iniciado un proyecto de colaboración con las diferentes unidades asistenciales para conocer cuál es la actividad real que tratamos en los episodios ambulatorios.

A nivel de Instituto Catalán de la Salud hubo un acuerdo mediante el cual sería el propio facultativo que realizase la asistencia quien asignaría un código diagnóstico de la clasificación internacional de enfermedades [CIE-10-MC] a cada episodio de asistencia ambulatoria.

Con el objetivo de facilitar dicha labor se han creado una serie de listados de diagnósticos favoritos consensuados con el propio servicio, de las patologías más frecuentes tratadas.

#### Material y Métodos

Este estudio se ha hecho en un total de 41 servicios asistenciales.

En cada episodio un solo diagnóstico debe ser asignado como principal. El diagnóstico se asigna en la primera visita y en caso de ser un síntoma, este se modificará con el definitivo en el momento en que el facultativo disponga de dicha información.

Este proyecto se inició en el último trimestre de 2023, con lo cual hemos comparado el primer cuatrimestre de 2023 con el primer cuatrimestre de 2025 para comprobar si después de las sesiones realizadas con los diferentes servicios y de la creación de los diagnósticos favoritos podíamos evidenciar una evolución en positivo de la calidad de los diagnósticos registrados.

Para ello hemos analizado dos indicadores:

- Evolución de la codificación de las primeras visitas.
- Calidad del diagnóstico codificado [Reducción de la utilización del código "R69 Enfermedad no especificada"].

#### Resultados y conclusiones

El resultado a nivel de los indicadores mencionados y aplicados sobre los 41 servicios ha sido el siguiente:

- 31 de ellos, que representan el 78% del total, han incrementado el volumen de primeras visitas codificadas.
- 25 de ellos, que representan el 61% del total han aumentado significativamente la calidad de la codificación disminuyendo el uso del código R69.

## EO025

### TITULO: AUDITORIA DE INFORMES DE ALTA EN JARA DEL AÑO 2023 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

**Autor:** María Luisa Ruiz Cárdbaba. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

**Co-Autores:** Inés Fátima Alejandro Corral, Ana Cubero Santos, Carmen María Gil Martínez, Isabel Lorigo Cano, Livia Manchón López. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

#### Objetivos

Evaluar la disponibilidad de los informes de las altas hospitalarias del año 2023 en la historia clínica electrónica [JARA] del Complejo Hospitalario Universitario [CHUB].

Analizar el grado de cumplimiento de determinados ítems obligatorios establecidos por la normativa vigente, cuantificando la frecuencia con la que se incluyen los datos requeridos.

Examinar la cumplimentación del campo de diagnósticos en los formularios de entrada de datos, evaluando si se incluyen en el campo designado para tal fin.

Identificar áreas de mejora en la calidad de los informes de alta, proponiendo estrategias para garantizar futuros tratamientos de la información contenida en los informes de alta.

#### Material y Métodos

La población objeto de estudio estuvo constituida por las 28.669 altas hospitalarias registradas en el [CHUB] durante el año 2023. Para llevar a cabo el análisis, se calculó una muestra representativa de 386 altas, utilizando una proporción esperada del 50%, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático. Se evaluaron los siguientes ítems del informe de alta: motivo de ingreso, antecedentes personales y familiares, resumen de la historia clínica, exploración física, pruebas realizadas, evolución clínica, diagnósticos, ubicación de los diagnósticos en su campo específico, procedimientos quirúrgicos/obstétricos, fecha del procedimiento y finalmente tratamiento y recomendaciones.

#### Resultados y conclusiones

De las 386 altas seleccionadas, en 385 casos [99,7%] fue posible acceder al informe en JARA. En un caso [0,3%], no se pudo consultar debido a la activación de la opción "Protección de Datos". De las 385 altas accesibles, en 11 casos [2,85%] no constaba el informe de alta. De estas, cuatro correspondían a pacientes fallecidos [36,4%]. Si solo se toma en cuenta los 17 exitus de la muestra [4,41%], el 23,5% de los pacientes fallecidos no presentaba informe registrado.

En cuanto al ítem de diagnósticos, 325 informes lo incluían. De estos, en 203 casos [62,5%] el diagnóstico estaba correctamente consignado en su campo específico, mientras que en 122 casos [37,5%] se hallaba en otros apartados del informe.

Es de destacar que casi un 3% de las altas carezcan de informe correspondiente, y que el 23,5% de los casos de exitus no lo incluyan, dado que suelen estar asociados a una mayor complejidad clínica. Asimismo, resulta significativo que más de un tercio de los diagnósticos no estén registrados en el campo específico, lo que limita su procesamiento informatizado. La correcta estructuración de esta información es fundamental para su futuro tratamiento.

## E0026

### TITULO: PROYECTO DE INCORPORACIÓN DE PRUEBAS DE CENTROS EXTERNOS A VNA EN EL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

**Autor:** María Luisa Ruiz Cárdbaba. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Co-Autores: Daniel Adrados Ruiz, Alberto Rodríguez López, Elvira Gómez de Tejada Moreno, María Oliva Camelo Fernández, María Pilar Gaspar Nieto. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

#### Objetivos

En la práctica clínica es frecuente que los pacientes aporten pruebas de imagen realizadas en centros externos.

Para evitar la repetición innecesaria de exploraciones y reducir demoras en el diagnóstico, los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud [SES] solicitaron a la Unidad de Documentación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz [CHUB], como centro piloto, la elaboración de un protocolo que permitiera la integración de estas pruebas en la historia clínica electrónica mediante el sistema de archivo neutral [VNA] y la validación del aplicativo.

#### Objetivos

1. Definir los roles y responsabilidades del personal involucrado en cada etapa del proceso.
2. Establecer procedimientos para la recepción, validación y carga de imágenes externas en el VNA.
3. Validar el aplicativo de subida de imágenes.
4. Diseñar un formulario de recogida de datos estructurado.
5. Garantizar la conformidad del protocolo con las normativas institucionales de gestión documental.

#### Material y Métodos

En la práctica clínica es frecuente que los pacientes aporten pruebas de imagen realizadas en centros externos.

Para evitar la repetición innecesaria de exploraciones y reducir demoras en el diagnóstico, los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud [SES] solicitaron a la Unidad de Documentación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz [CHUB], como centro piloto, la elaboración de un protocolo que permitiera la integración de estas pruebas en la historia clínica electrónica mediante el sistema de archivo neutral [VNA] y la validación del aplicativo.

#### Objetivos

1. Definir los roles y responsabilidades del personal involucrado en cada etapa del proceso.
2. Establecer procedimientos para la recepción, validación y carga de imágenes externas en el VNA.
3. Validar el aplicativo de subida de imágenes.
4. Diseñar un formulario de recogida de datos estructurado.
5. Garantizar la conformidad del protocolo con las normativas institucionales de gestión documental.

#### Resultados y conclusiones

Se desarrolló una aplicación adaptada para la incorporación de pruebas externas. Asimismo, se diseñó un formulario con la información necesaria para su integración, incluyendo: identificación del paciente, tipo de prueba, asignación a episodio asistencial y verificación de la subida de imágenes. Asimismo, se definieron circuitos específicos para la solicitud de incorporación de imágenes externas.

La implantación del aplicativo, junto con la formalización del protocolo y del documento asociado, permite una integración segura y eficiente de las imágenes diagnósticas externas en la historia clínica electrónica del hospital. La estandarización del proceso minimiza la repetición innecesaria de pruebas, mejorando la seguridad del paciente y la eficiencia en la gestión de la información clínica. Además, optimiza la programación de las citas para la realización de pruebas diagnósticas

## EOO27

### TITULO: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN AGUDA

**Autor:** Maria Raurich Seguí. Parc Tauli Hospital Universitari

**Co-Autores:** Sandra Blanco Ávila, Laura Molina Leal, Susana Marin Duran, Sebastian Alejandro Zapata Acevedo, Raquel Jimenez Sanchez. Parc Tauli Hospital Universitari

#### Objetivos

La estancia media hospitalaria como medida para la optimización del uso de recursos hospitalarios ha sido y será el primer indicador a analizar en gestión hospitalaria, como mejora de la eficiencia hospitalaria. La redefinición de la hospitalización aguda, ya iniciada con Michael E. Porter. Redefining Health Care Delivery, 2006, junto con el aumento de la cronicidad [Central de Resultados de CatSalut], consecuencia de la mayor esperanza de vida, obliga a mejorar la capacidad resolutoria del sistema. Esto implica potenciar la rotación de pacientes para reducir las listas de espera quirúrgica y agilizar los ingresos desde los dispositivos de urgencias, optimizando así la eficiencia y minimizando los riesgos para los pacientes durante su estancia hospitalaria. Las políticas sanitarias en Cataluña orientadas a una transformación gradual de la hospitalización de agudos, favoreciendo la actividad quirúrgica frente a la médica, estando ésta, más tensionada por el aumento de pacientes atendidos con patología crónica, plantea la necesidad de analizar alternativas para la atención de estos pacientes de edad avanzada.

#### Material y Métodos

Se analizó la mortalidad de pacientes en hospitalización de agudos durante el año 2024, excluyendo los fallecimientos en el área de urgencias. Mediante un algoritmo de extracción de texto clínico estructurado como Pipeline, se consiguieron de forma automatizada las últimas anotaciones médicas y de enfermería. La revisión consistió en identificar casos en los que se ha requerido atención de final de vida para conseguir establecer una detección temprana de estas situaciones dentro del entorno asistencial agudo en busca de otras alternativas de hospitalización.

#### Resultados y conclusiones

**Resultados:** En el Parc Taulí Hospital Universitari, con un área de referencia de 400.000 pacientes, en 2024, fallecieron 828 pacientes en hospitalización de agudos [excluyendo urgencias]. Se revisaron 536 casos [64,73%], de los cuales 368 [68,65%] necesitaron atención de final de la vida sin posibilidad de otra alternativa a la hospitalización aguda, 28 [1,50%] con valoración de dependencia total. La duración de la estancia en estos casos fue: 1 día en 273 pacientes, 2 días en 63, 3 días en 21 y 4 días en 9, en habitación individual.

**Conclusiones;** -La revisión detallada de los datos de los procesos y circuitos asistenciales permite mejorar el conocimiento y la planificación de la atención hospitalaria de los pacientes.

-La transformación del perfil de los pacientes en hospitalización aguda, con mayor edad y más comorbilidades, obliga a reforzar la capacidad de la atención intermedia.

-Ampliar la capacidad de dispositivos de atención intermedia facilitará una atención más adecuada al final de la vida, liberará recursos hospitalarios y mejorará la eficiencia del sistema sanitario.

## EO029

### TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LAS TERAPIAS CAR-T A PARTIR DE LOS NUEVOS CÓDIGOS CIE-10-ES EN 2024

Autor: Jorge Llop Canseco. Hospital Universitario 12 de Octubre

Co-Autores: Juan Martín Romero Sabariego, Almudena Villarrubia Torcal, María José Rodríguez Gatón, Lara Saavedra Contreras, María Ángeles González Alonso. Hospital Universitario 12 de Octubre

#### Objetivos

En enero de 2024 se introdujeron nuevos códigos en la CIE-10-ES para registrar las complicaciones asociadas a la administración de los fármacos CAR-T, y se actualizó la normativa para su utilización.

Los objetivos de nuestro trabajo son:

Describir y analizar las complicaciones asociadas a las terapias CAR-T a partir de la codificación con CIE 10-ES de las altas agrupadas en el GRD 011 en un Hospital de Tercer Nivel. Comparar los datos con los publicados en los informes del Servicio Nacional de Salud [SNS].

#### Material y Métodos

Se codificaron con CIE-10-ES 5ªEd las 68 altas programadas para administración de terapias CAR-T en 2024. Los Técnicos Documentalistas del Hospital revisaron la normativa publicada consensuando un Manual de diagnósticos y procedimientos para estandarizar la codificación.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las altas del GRD 011 analizando los códigos de las complicaciones asociadas al tratamiento referenciadas en los protocolos del SNS como “reacciones adversas de especial consideración”:

1.Síndrome de liberación de citocinas [SLC]. 2.Síndrome neurológico asociado al tratamiento con células inmunoefectoras [ICANS]. 3.Linfocitosis hemofagocítica [HHL] - Síndrome Activación macrófaga [MAS] asociado a tratamiento con CART. 4.Neutropenia febril e infecciones. 5.Citopenias prolongadas [excepto linfopenia]. 6.Hipogammaglobulinemia. 7.Síndrome de lisis tumoral [SLT].

#### Resultados y conclusiones

RESULTADOS. En 59 de las 68 altas [el 86,76% de los casos] los pacientes desarrollaron una o varias de las reacciones adversas de especial consideración a lo largo del ingreso. El SLC fue la más frecuente con 55 altas [80,88%]. Gracias a los nuevos códigos pudimos registrar y analizar los grados de severidad del SLC: 33 fueron casos de grado 1 [código D68.831], 16 de grado 2 [código D68.832] y 6 de grado 3 [D68.833]. No se encontraron casos de grado 4 o 5, y tampoco de grado no especificado.

En cuanto al ICANS se registraron 18 casos [26,47%]. Como en el SLC, también pudimos cuantificar los niveles de gravedad: 8 fueron de grado 1 [G92.01], 4 de grado 2 [G92.02] y 6 de grado 3 [G92.03]. No hubo casos de grado 4, de grado 5, ni de grado no especificado. No se encontró ningún caso del grupo 3, ni del 6. Los grupos 4 y 5 se redistribuyeron en “alteraciones de las series hematológicas”, cuya atribución al tratamiento [y no a la enfermedad de base] es más discutida. Hubo 19 casos de neutropenia, 8 de anemia aplásica y 7 de pancitopenia [total 33]. Las infecciones aparecieron en 25 casos [36,76%]. Aproximadamente la mitad fueron reactivaciones de citomegalovirus [12], 5 pacientes desarrollaron sepsis, 2 COVID, 2 bacteriemia por catéter, 2 neumonía nosocomial, 1 esofagitis candidiásica y 1 celulitis periorbitaria. Del grupo 7 [SLT] se encontró sólo un caso.

CONCLUSIONES. Los efectos adversos de especial consideración indicados en los protocolos del SNS aparecieron en nuestro hospital en la frecuencia esperada, excepto dos, que no se presentaron.

Los datos extraídos a partir de la codificación con CIE-10-ES de las altas hospitalarias constituyen un indicador adecuado para describir y analizar las complicaciones relacionadas con la administración de las terapias CAR-T.

## E0030

### TITULO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS TRATADAS CON TERAPIAS CAR-T EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Juan Martín Romero Sabariego. Hospital Universitario 12 de Octubre

Co-Autores: Jorge Llop Canseco, Almudena Villarrubia Torcal, Lara Saavedra Contreras, María Ángeles González Alonso, María José Rodríguez Gatón. Hospital Universitario 12 de Octubre

#### Objetivos

Las terapias CAR-T han supuesto un avance disruptivo en el tratamiento de neoplasias hematológicas refractarias o de mal pronóstico. La reciente incorporación de códigos específicos en la CIE-10 permite por primera vez la monitorización sistemática de estos procedimientos, aportando información clave para la evaluación de resultados y la eficiencia en el uso de recursos.

#### OBJETIVOS:

- 1º. Cuantificar los casos tratados con cada uno de los fármacos CAR-T en 2024.
- 2º. Describir las neoplasias hematológicas tratadas en un Hospital de Alta Complejidad.
- 3º. Relacionar las patologías con las terapias específicas administradas.
- 4º. Comparar los datos locales con las solicitudes aprobadas por el Sistema Nacional de Salud [SNC].

#### Material y Métodos

Se identificaron los 7 fármacos CAR-T autorizados por el SNS y comercializados en España. A los 5 de fabricación industrial se les asignaron sus códigos correspondientes de la CIE-10-ES:

Yescarta® ? XWO43H7.

Tecartus® ? XWO43M7.

Carvykti® ? XWO43A7.

Kymriah® ? XWO43J7.

Abecma® ? XWO43K7.

Para las terapias no industriales, ARI-0001 y ARI-002H, se utilizó el genérico XWO43C7. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de las 68 altas codificadas con el procedimiento principal: administración de terapia de células T autólogas con receptores de antígenos quiméricos [CAR-T]. La fuente de información fue el CMBD institucional. Se clasificaron los diagnósticos principales según CIE-10-ES y se relacionaron con el producto administrado.

#### Resultados y conclusiones

##### RESULTADOS.

1º. De los 68 casos, se trataron con Yescarta® 36; con Carvykti® 7, con Abecma® 6, con Tecartus® 4 y con Kymriah® ningún caso. Con los no comerciales, ARI0001 y ARI0002H se trataron 15 casos. 2º. Se trataron las siguientes patologías: Mieloma Múltiple [MM] en 26 casos, Linfoma B difuso de células grandes en 24 [LBDCG], Linfoma Folicular [LF] en 10, Linfoma de Células del Manto [LCM] en 5, y Linfoma Primario Mediastínico [LBPM] en 3 casos. 3º. Los fármacos Carvykti®, ARI-0001, y ARI-0002H, se administraron sólo en MM [20 casos]. Los otros 6 casos de MM se trataron con Abecma®. El Yescarta® fue el más utilizado, administrándose en los 22 LBDCG, los 10 LF y los 3 LBPM. El Tecartus® fue el fármaco utilizado para tratar los 4 LCM.

##### CONCLUSIONES.

- 1ª. La codificación específica CIE-10-ES ha permitido describir por primera vez el patrón terapéutico en CAR-T en un hospital de tercer nivel.
- 2ª. El LBDCG es la neoplasia linfática más frecuentemente tratada, en línea con los datos nacionales.
- 3ª. Sin embargo, en nuestro centro destaca el MM como principal indicación clínica de terapia CAR-T, en contraste con la tendencia observada en el conjunto del SNS.
- 4ª. Esta diferencia puede explicarse por el liderazgo clínico del centro en el uso precoz de terapias CAR-T en MM, tanto en ensayo clínico como en uso compasivo.
- 5ª. Este tipo de estudios aporta un gran valor para la planificación de recursos, la mejora de la calidad del dato y el análisis de impacto en salud.

sedom.es

**SEDOM** Sociedad Española de Documentación