

JUNIO 2025

BOLETÍN VENTANA A LA INVESTIGACIÓN



Gerencia de Asistencia
Sanitaria de Ávila



Junta de
Castilla y León



Si estás interesado en divulgar tu trabajo en este boletín, puedes enviarlo a la Comisión de Investigación de Área de Salud de Ávila:

comisioninvestigacion.gas@saludcastillayleon.es

BIENVENIDA

Junio 2025

Me complace darles la bienvenida al segundo número del Boletín Ventana a la Investigación, una publicación que comienza a consolidarse como un espacio de encuentro, divulgación y reconocimiento de la actividad investigadora en el Área de Salud de Ávila.

Desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria seguimos apostando con firmeza por la investigación como pilar fundamental para la mejora continua de la atención sanitaria, y consideramos esencial dar visibilidad al esfuerzo que muchos de nuestros profesionales realizan en este ámbito, tanto en Atención Primaria como en el Complejo Asistencial de Ávila.

Con cada nuevo número, este boletín se asienta como una herramienta útil para compartir conocimiento, fomentar la colaboración y fortalecer los vínculos entre todos los niveles asistenciales. Es también una forma de poner en valor el talento, la inquietud científica y la dedicación que caracterizan a nuestros equipos.

Os animamos a seguir participando, compartiendo vuestras experiencias y proyectos, y contribuyendo a que Ventana a la Investigación siga creciendo como reflejo del compromiso de nuestro sistema sanitario con el avance del conocimiento y la excelencia en los cuidados.

Gracias a todos por hacerlo posible.

Isabel Martiño
Directora Gerente de Asistencia Sanitaria de Ávila



ÍNDICE

01 Mapeando la ZBS de Barco de Ávila

02 Guía de Embarazo en Atención Primaria

03 Prevalencia de anticuerpos frente al virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

04 Identificación de fenotipos clínicos en bacteriemias por *Staphylococcus aureus*

05 Implantación de registros digitales en el Servicio de Urgencias

06 Técnica Mölndal Vs apósito tradicional tras cirugía de prótesis de cadera



ATENCIÓN PRIMARIA

01

MAPEANDO LA ZBS DE BARCO DE ÁVILA

Equipo de Atención Primaria de Barco de Ávila

En la ZBS de Barco de Ávila, el equipo de Atención Primaria están llevando a cabo un mapeo de activos en salud para prevenir la soledad no deseada. El objetivo de este trabajo es conocer los recursos que podrían ser empleados por la población residente en la ZBS Barco de Ávila para fortalecer la capacidad de sus miembros para prevenir el aislamiento social y la soledad no deseada, y así poder ser utilizados como prescripción comunitaria desde las consultas del Centro de Salud.

El aislamiento social se manifiesta como un desafío creciente que los profesionales de la atención primaria deben abordar de manera integral, debemos reconocer el aislamiento social como un determinante importante de la salud. Su abordaje es fundamental para mejorar el bienestar de los pacientes y la salud de la comunidad.

Aunque el envejecimiento de la población puede acentuar situaciones de soledad no deseada y aislamiento social existen otros factores sociales y estructurales que contribuyen a su aumento también en otros tramos de edad:

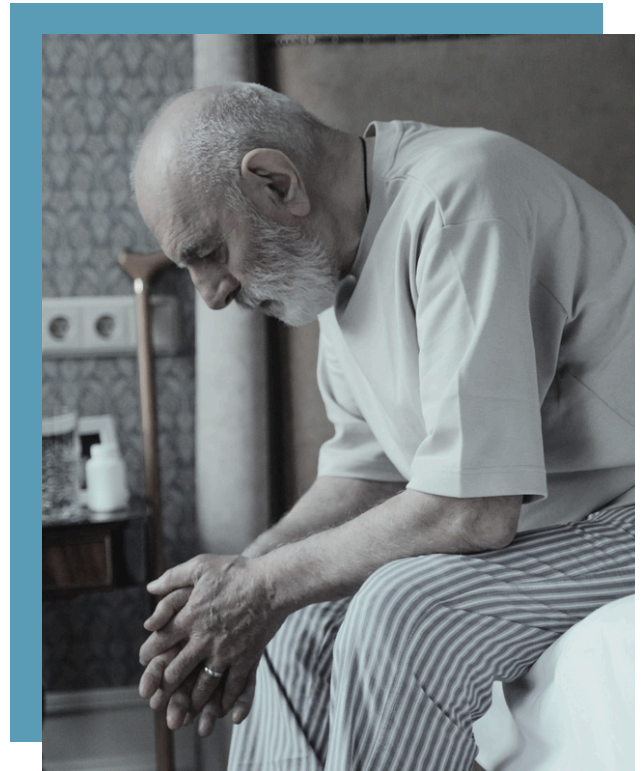
- Cambios en el estilo de vida
- Sociedades más compartimentadas e individualistas
- Ritmos de vida más acelerados
- Crecimiento de las ciudades y despoblación del medio rural.

El abordaje de este problema no es fácil y debe ser interdisciplinar aunando esfuerzos y estableciendo estrategias conjuntas, esto implica no solo

identificar a las personas en riesgo de aislamiento, sino también promover la colaboración entre diferentes profesionales de la salud para brindar una atención integral a las personas que experimentan aislamiento social. Esto garantiza que se aborden tanto los aspectos médicos como los emocionales y sociales del problema.

Es preciso identificar, evaluar y apoyar a los individuos que experimentan la soledad y el aislamiento porque estas situaciones se asocian con una serie de consecuencias negativas para la salud física y mental, incluyendo un mayor riesgo de enfermedades crónicas, depresión, ansiedad y disminución de la calidad de vida.

“Es preciso identificar a los individuos que experimentan la soledad y el aislamiento”



Es importante diferenciar entre la soledad no deseada y el aislamiento social:

- El aislamiento social es la falta sustancial de contactos sociales y puede medirse de manera objetiva.
- La soledad no deseada es un sentimiento subjetivo, de no tener la cantidad o calidad deseada de relaciones sociales

De forma más general, la soledad no deseada se puede definir como: “La experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea”.

02 GUÍA DEL EMBARAZO





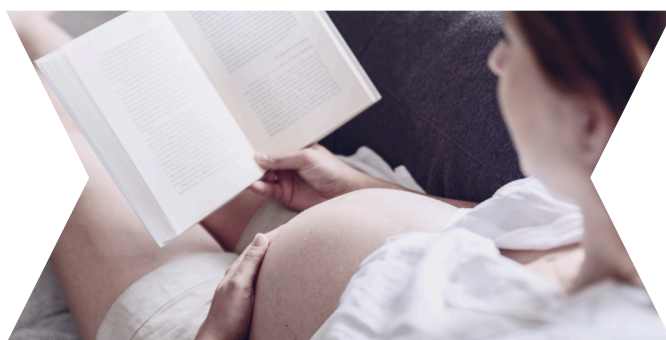
Unificación y mejora de la atención a la mujer gestante en Ávila: iniciativa de las matronas de Atención Primaria

Las matronas de Atención Primaria de la provincia han impulsado la creación de una 'Guía del embarazo' para homogeneizar la información ofrecida a las gestantes, mejorar la coordinación con Atención Especializada y reforzar la respuesta ante partos extrahospitalarios.

Guía del embarazo: una herramienta unificada para toda la provincia

Con el objetivo de ofrecer una atención homogénea y de calidad a todas las mujeres embarazadas de la provincia, las matronas de Atención Primaria de Ávila han desarrollado una guía informativa estructurada en dos partes. Este proyecto surge ante la detección de diferencias en los materiales informativos entregados en los distintos centros de salud, lo que motivó el diseño de un único documento consensuado, actualizado y accesible para todas las gestantes.

La primera parte de la guía, ya en uso, se entrega durante la primera consulta de embarazo. Incluye información esencial sobre hábitos saludables, seguridad alimentaria, tóxicos ambientales, síntomas frecuentes y recomendaciones generales para el bienestar de la madre y el feto. Para su elaboración, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, incluyendo publicaciones recientes, a fin de garantizar la actualidad y fiabilidad del contenido.





Información específica para el tercer trimestre y el postparto

La segunda parte de la guía se centra en el periodo final de la gestación, el parto y el postparto. En ella se abordan aspectos como los recursos disponibles para preparar el parto, los programas de educación prenatal, el masaje perineal, el plan de parto, el proceso del parto en sí, y los cuidados inmediatos tanto de la madre como del recién nacido.

Este segundo documento ha sido recientemente finalizado y se encuentra en proceso de impresión. Está previsto que se entregue más adelante durante la gestación, en una fase más próxima al parto, cuando la información resulta más relevante para la usuaria.

Protocolo clínico de seguimiento del embarazo en Att. Primaria

En 2023, como parte de un esfuerzo conjunto por mejorar la calidad asistencial, las matronas de Atención Primaria de Ávila trabajaron en coordinación con Atención Especializada para consensuar un protocolo clínico común para el seguimiento del embarazo normal. Este documento recoge, de forma detallada, las actividades a realizar en cada consulta de control gestacional, permitiendo una atención homogénea independientemente del centro de salud. El protocolo también se ha planteado como herramienta formativa para los nuevos profesionales que se incorporen a los equipos de Atención Primaria, facilitando su integración y garantizando la continuidad de los cuidados.



Protocolo de atención al parto extrahospitalario

Ante la aparición de varios casos de partos extrahospitalarios en la provincia, se ha iniciado la elaboración de un protocolo específico de actuación, que esté adaptado a las particularidades geográficas y asistenciales del territorio.

Para ello, se ha constituido y formado un equipo multidisciplinar compuesto por matronas, médicos de familia,

enfermeras, enfermeras pediátricas, pediatras y trabajadores sociales de distintos centros de salud.

Este grupo de trabajo ha comenzado con una fase de revisión bibliográfica y análisis de protocolos existentes, con el fin de diseñar un documento de referencia aplicable en toda la provincia y útil en situaciones de parto urgente fuera del ámbito hospitalario.





03 ESTUDIO DE PREVALENCIA

Estudio de prevalencia de anticuerpos frente al virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en la provincia de Ávila

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una fiebre hemorrágica viral causada por el virus del mismo nombre, perteneciente al género *Orthobunyavirus* dentro de la familia *Nairoviridae*. Desde su identificación en garrapatas de la especie *Hyalomma lusitanicum*, en la provincia de Cáceres en 2010, han tenido lugar en España 13 casos en humanos, 5 de ellos fatales. Todos los casos (a excepción de un caso nosocomial de transmisión secundaria en 2016) están relacionados con entornos rurales, y todos ellos menos 1 se adquirieron presumiblemente en la comunidad de Castilla y León.

Asimismo, se han realizado desde el año 2010 numerosos estudios destinados a detectar la presencia del virus o anticuerpos frente al mismo tanto en garrapatas como en diversas especies animales, detectando elevadas tasas de seroprevalencia, en particular en animales salvajes, y

asimismo detectando ARN viral en diversas especies de garrapatas. Finalmente, algunos estudios de seroprevalencia en humanos han arrojado tasas de positividad entre 0 y 3% para IgG frente a CCHFV.

Llamativamente, y pese a que el primer caso diagnosticado en España adquirió presumiblemente la infección en la provincia de Ávila, y que estudios de seroprevalencia en animales arrojan tasas >50% en algunas especies, no tenemos constancia hasta la fecha de que se haya realizado un estudio de prevalencia global de anticuerpos frente a CCHFV en humanos residentes en esta provincia.

Sabiendo que el amplio espectro clínico de la enfermedad incluye la existencia de casos asintomáticos, y que es muy probable que la enfermedad esté infradiagnosticada en nuestro entorno, es de prever que

la seroprevalencia en la zona será mayor que el número de casos que han sido diagnosticados clínicamente y detectados. El conocimiento de esta seroprevalencia puede ser útil en el cálculo del riesgo que permita tomar decisiones de salud pública.

En relación con los casos humanos adquiridos presumiblemente en la provincia de Ávila, el primero de ellos fue un hombre de 62 años sin antecedentes de viajes fuera de España que comenzó con síntomas el 16 de agosto 2016 y falleció nueve días después; refería haber paseado por el campo el día 14 de agosto en un municipio de la provincia de Ávila (probable exposición en el municipio de Villarejo de Ávila) y haber encontrado una garrapata en su piel aunque no se llegó a objetivar herida por picadura. El segundo caso del que se tuvo conocimiento ocurrió sin embargo antes, ya que fue diagnosticado de forma retrospectiva en el año 2021, pero el cuadro clínico en cuestión tuvo lugar en 2013 tras picadura de garrapata en el sur de la provincia de Ávila; el hecho de que este caso tuviera lugar 3 años antes del primer caso identificado originalmente sugiere que pudieran existir otros casos no diagnosticados.

Se ha descrito también una elevada seroprevalencia de anticuerpos específicos frente a CCHFV en animales de algunas comarcas de la provincia. Durante el estudio ya mencionado anteriormente, se analizaron muestras de animales procedentes de comarcas donde había constancia de virus en una garrapata (Arena de San Pedro, Candeleda, Navaluenga y Sotillo de la Adrada). Se analizaron 79 muestras de animales domésticos y 67 muestras de fauna silvestre (ciervos, cabras montesas y jabalíes). De ellas, 33% fueron positivas entre animales domésticos, y 58% entre silvestres.



Llamativamente, y pese a los 2 mencionados casos presumiblemente adquiridos en esta provincia, la seroprevalencia elevada en animales y detección viral en garrapatas, no existen datos de seroprevalencia en humanos centrados en esta provincia hasta la fecha.

Se trata de un estudio serológico de corte transversal (estudio de prevalencia) en población de las distintas zonas básicas de salud de la provincia de Ávila.

“Es preciso identificar a los individuos que experimentan la soledad y el aislamiento”



La población a estudio es cualquier persona > 18 años residentes en la provincia de Ávila durante al menos 1 año, excepto: personas que no puedan firmar el consentimiento informado, pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencias humorales (que pudiesen arrojar resultados falsos negativos) y pacientes con sospecha de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo aguda.

Para la determinación de la seroprevalencia se obtendrán muestras de suero de pacientes que acudan a los centros de salud de la provincia de Ávila por cualquier motivo. Se incluirán todos los pacientes > 18 años, con excepción de pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencias humorales que pudiesen arrojar resultados falsos negativos y aquellos pacientes con sospecha de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo aguda. Se priorizará a aquellos pacientes a los que se les haya solicitado analítica de sangre por cualquier motivo (en aras de disminuir la cantidad de venopunciones, mejorando así la seguridad y el confort de la población).

Los datos recogidos en este estudio ayudarán a conocer una prevalencia real del virus de la fiebre hemorrágica de Crimea Congo en poblaciones potencialmente expuestas en la provincia de Ávila.



ATENCIÓN
ESPECIALIZADA

A scanning electron micrograph (SEM) showing numerous spherical Staphylococcus aureus bacteria. Some bacteria are in sharp focus, revealing their textured surface and small protrusions, while others are blurred in the background. The bacteria are clustered together, with some appearing as individual cells and others as small groups.

04

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Identificación de fenotipos clínicos en bacteriemias por *Staphylococcus aureus* y su relación con la mortalidad y complicaciones: estudio FEN-AUREUS

Las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* (BSA) representan una de las infecciones más graves del torrente sanguíneo que pueden afectar al ser humano. No solo por su frecuencia, sino por su capacidad de complicarse y poner en riesgo la vida del paciente. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la mortalidad sigue siendo elevada, y muchas veces no logramos anticipar qué pacientes evolucionarán mal. La identificación precoz de pacientes con riesgo de desarrollar bacteriemia complicada podría mejorar significativamente el manejo clínico y los resultados en salud. Con esta inquietud nació el estudio FEN-AUREUS, una iniciativa multicéntrica que busca mirar más allá del diagnóstico y encontrar patrones clínicos que ayuden a predecir el pronóstico desde el inicio gracias al

análisis de la asociación de la mortalidad y el desarrollo de sus complicaciones.

La idea que impulsa este estudio se basa en la observación puesto que, tras nuestro diagnóstico y tratamiento diario, no todos los pacientes con BSA se comportan igual porque, en realidad, no tienen la misma enfermedad. O, expresado de otro modo, tienen la misma infección, pero con manifestaciones clínicas distintas, que podrían agruparse en lo que llamamos “fenotipos clínicos”. Estos fenotipos serían como retratos robot de pacientes con características similares: edad, enfermedades previas, síntomas, analíticas... Y si logramos identificarlos, podríamos anticipar qué pacientes tienen más riesgo de complicaciones o muerte, y actuar en consecuencia.

Se trata de un estudio observacional ambispectivo internacional, en tres fases complementarias. En la primera, se ha analizado una gran base de datos internacional con más de 1800 casos de BSA (cohorte ISAC), recogidos en 11 hospitales de cinco países. A partir de esta cohorte, se han buscado patrones comunes entre los pacientes, utilizando técnicas estadísticas avanzadas para agruparlos en fenotipos.

En la segunda fase, se está validando este modelo en una cohorte bidireccional de más de 1600 pacientes reclutados en 14 hospitales españoles. Nuestro CAAV pretende incluir 40 pacientes por año. A cada paciente se le asigna un fenotipo según el modelo desarrollado, y se realiza un seguimiento durante seis meses para comprobar si efectivamente los distintos grupos tienen diferente evolución clínica.

La tercera fase, más ambiciosa, se centra en entender por qué estos fenotipos se comportan de forma distinta. Para ello, se están recogiendo muestras biológicas de 100 pacientes representativos de cada grupo, con el fin de estudiar marcadores genéticos, inmunológicos y microbiológicos que puedan explicar las diferencias observadas.

El objetivo final es doble. Por un lado, disponer de una herramienta sencilla que permita, desde el momento del diagnóstico, clasificar a los pacientes en distintos fenotipos y estimar su riesgo de complicaciones o muerte. Por otro, comprender mejor los mecanismos que hacen que algunos pacientes evolucionen peor, lo que podría abrir la puerta a tratamientos más personalizados y eficaces.

Además, este enfoque podría aplicarse en el futuro a otras infecciones graves, como ya se ha hecho con éxito en pacientes con sepsis o COVID-19.



La idea de que “no todos los pacientes son iguales” está ganando terreno en la medicina, y estudios como FEN-AUREUS ayudan a convertir esa intuición en conocimiento útil para la práctica clínica.

La relevancia del presente proyecto radica en su forma diferente de abordar las bacteriemias por *Staphylococcus aureus*, apostando por una clasificación clínica que permita distinguir perfiles de pacientes con comportamientos evolutivos diferentes.

Reconocer estos grupos podría facilitar una medicina más ajustada a las necesidades individuales, mejorar la eficiencia en la toma de decisiones y, en última instancia, ofrecer mejores resultados en salud.

Además, esta estrategia abre la puerta a nuevas preguntas científicas sobre los mecanismos que explican la variabilidad en la respuesta a la infección.

FEN-AUREUS representa una invitación a replantearnos lo que creemos conocer sobre una infección frecuente pero compleja. A través del estudio de patrones clínicos, no solo buscamos comprender mejor la enfermedad, sino también afinar nuestra capacidad de respuesta ante ella. Porque cada episodio de bacteriemia es más que un cultivo positivo: es una historia clínica con matices, y quizás también, una clave para avanzar hacia una atención más precisa y humana.

Servicios de Medicina Interna y Unidad de Microbiología:
Ana Cristina Antolí, M^a Angeles Garcinuño, Nuría Iglesias



05

IMPLANTACIÓN DE REGISTROS DIGITALES

Implantación de registros digitales en el Servicio de Urgencias: experiencia del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles

Enfermería de Continuidad Asistencial. Responsables Gacela, Paula Franco y Elisa Gil

La transformación digital en el ámbito sanitario es una realidad imparable que afecta a todos los niveles asistenciales. En este contexto, la digitalización de los registros enfermeros se presenta como una herramienta clave para mejorar la seguridad del paciente, optimizar los tiempos de atención y garantizar la trazabilidad de los cuidados. Conscientes de esta necesidad, el equipo de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, en Ávila, emprendió en mayo de 2023 un ambicioso proyecto: la implantación del sistema Gacela Care en el Servicio de Urgencias, con el objetivo de eliminar progresivamente el uso del papel en la documentación de cuidados.

Tras un periodo inicial de formación y adaptación, el 23 de octubre de 2023 se retiró definitivamente la hoja de enfermería en formato físico. Este cambio supuso un hito en la evolución del modelo asistencial, al permitir una

documentación más estructurada, accesible y segura.

Sin embargo, toda transformación requiere evaluación. Por ello, el presente estudio se propuso analizar el impacto de esta implantación en la calidad de los registros enfermeros, centrándose en dos aspectos fundamentales: los procedimientos registrados y el grado de cumplimentación de la valoración enfermera al ingreso del paciente.

Se diseñó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, centrado en dos momentos clave del proceso de digitalización: el primero, cuando aún coexistían registros en papel y digitales, y el segundo, cuatro meses después de la retirada total del papel. La muestra incluyó 150 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, excluyendo aquellos derivados a Ginecología u Obstetricia, con el fin de mantener la homogeneidad del análisis.



Los resultados obtenidos muestran una evolución claramente positiva. En la segunda jornada analizada, se alcanzaron niveles de calidad del 100% en la mayoría de las áreas asistenciales, destacando especialmente las zonas de Recuperación, ORL/OFT y Consultas. Esta mejora se traduce en una mayor seguridad para el paciente, una mejor coordinación entre profesionales y una mayor eficiencia en la gestión del tiempo y los recursos.

No obstante, el análisis también permitió identificar áreas con margen de mejora. En los Boxes y Consultas, por ejemplo, se detectó una menor tasa de cumplimentación de las valoraciones enfermeras, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación y el seguimiento en estos espacios. En Pediatría y Traumatología, aunque la evolución fue positiva, se observó cierta

variabilidad en la calidad de los registros. En el caso de ORL/OFT, si bien la calidad general fue alta, se identificaron oportunidades de mejora en el registro de procedimientos específicos.

Estos hallazgos reflejan la complejidad de un proceso de cambio que, si bien ha sido exitoso en términos generales, requiere un enfoque continuo de mejora. La implantación de Gacela Care no solo ha transformado la forma en que se documentan los cuidados, sino que ha generado una nueva cultura de registro, más consciente, más rigurosa y orientada a la calidad.

En conclusión, este estudio pone de manifiesto que la digitalización de los registros enfermeros en Urgencias es una estrategia eficaz para mejorar la calidad asistencial. La eliminación del papel ha permitido avanzar hacia una documentación más segura, accesible y coherente con los estándares actuales de atención sanitaria. Sin embargo, para alcanzar una excelencia homogénea en todos los espacios asistenciales, es imprescindible mantener el compromiso con la formación continua, la evaluación periódica y la implicación activa de todos los profesionales.

Este tipo de iniciativas no solo optimizan la práctica clínica, sino que también refuerzan la seguridad del paciente, la continuidad de los cuidados y el papel estratégico de la enfermería en la transformación digital del sistema sanitario.



PREMIOS

06 CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Técnica Mölndal Vs apósito tradicional tras cirugía de prótesis de cadera: María Teresa Ávila Palomo y Noelia Barrios Gomez



Premio de la JENCOT en investigación en enfermería de COT (Cirugía ortopédica y traumatológica).

La cirugía de prótesis de cadera es un procedimiento realizado en pacientes con artrosis severa o patologías degenerativas de cadera.

Uno de los principales retos postoperatorios es la adecuada cicatrización de la herida ya que las complicaciones, prolongan la estancia hospitalaria y aumentan los costes sanitarios.

Tradicionalmente, se han tratado estas heridas con gasas o apósitos estándar que requieren cambios frecuentes, lo cual incrementa el riesgo de contaminación y disminuye la comodidad del paciente.

La técnica Mölndal(Suecia) plantea un enfoque de curación en ambiente húmedo, utilizando un apósito de hidrofibra cubierto por un film de poliuretano. Este método reduce la manipulación de la herida y permite evaluarla sin retirar el apósito.



Objetivos del estudio

El objetivo de este trabajo es analizar y comparar la evidencia existente en la literatura sobre la técnica de Mölndal Vs los apósitos tradicionales en el tratamiento de las heridas tras cirugía de prótesis de cadera.

- 1.Evaluar incidencia de complicaciones (infección, flictenas,dehiscencia) en ambos grupos.
- 2.Analizar la cicatrización y la necesidad de cambios de apósito.
- 3.Comparar los costes asociados a cada técnica, incluyendo material y tiempo de atención.
- 4.Valorar la comodidad del paciente en ambos métodos.

Material y método

Revisión bibliográfica de estudios que evalúan la técnica de Mölndal frente a las curas tradicionales. e realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos:PubMed, Cochrane Library y Google Scholar.

Aparecieron un total de 127 artículos, para acotar mas la busqueda se añadieron criterios de inclusión.

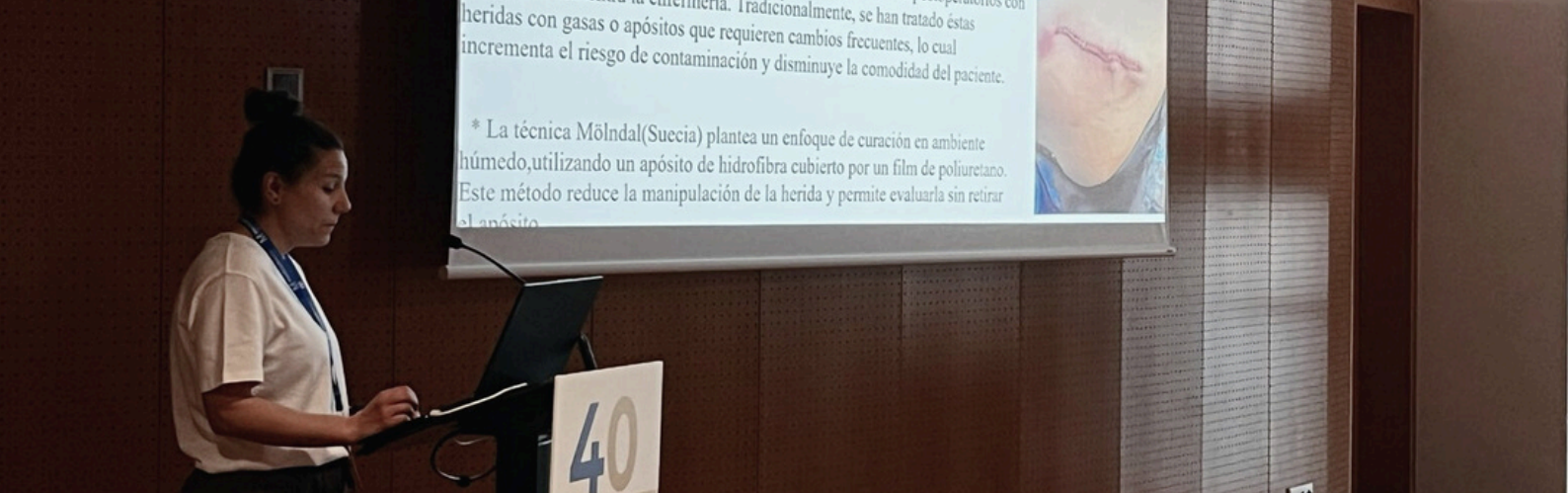
Criterios de inclusión usados:

- Estudios publicados en los últimos 10 años.
- Pacientes sometidos a cirugía de prótesis de cadera.
- Comparación directa entre la técnica de Mölndal y apósitos tradicionales.

Utilizando las siguientes combinaciones de términos:

- "Mölnadal technique AND hip arthroplasty"
- "Traditional dressings AND surgical wound care"
- "Silver dressings AND hip replacement surgery"

Pudimos trabajar finalmente con un total de 9 artículos los cuales se adaptaban a nuestra búsqueda, incluyendo los criterios de inclusión y las combinaciones de términos arriba nombradas.



Resultados

Tras revisar la bibliografía disponible pudimos extraer los siguientes resultados: Las heridas tratadas con la técnica Mölndal presentan menor incidencia de infecciones (5,8% vs. 12,3% con apósitos tradicionales).

Aparecen con mayor frecuencia flictenas usando apósitos tradicionales (22,5% vs Mölndal 2,4%). Los pacientes con técnica de Mölndal requieren menos cambios de apósito (1-2 veces en 10 días) frente a los pacientes con apósitos tradicionales (4-6 veces en 10 días) El tiempo de cicatrización fue un 15% más rápido en técnica Mölndal.

La técnica Mölndal es más costosa inicialmente, pero al reducir los cambios de apósito y necesitar menor intervención del personal sanitario, proporcionan un ahorro del 20- 25% .

Mayor comodidad del paciente con la técnica Mölndal debido a la menor manipulación y la posibilidad de realizar actividades cotidianas(higiene,caminar) sin retirar el apósito.

Conclusiones

La técnica Mölndal es más eficaz para prevenir flictenas e infecciones en heridas quirúrgicas tras cirugía de prótesis de cadera.

Este método reduce la frecuencia de cambios de apósito, mejorando la comodidad del paciente y disminuyendo la carga de trabajo del personal sanitario.

Los costes iniciales más altos se ven compensados por la reducción de la carga de trabajo y la disminución en la frecuencia de cambios de apósito.

Bibliografía

1. Blesa Pons M, Martínez de la Torre MI, García Fores P, Abellán Lucas S, García Chenoll A, Carrillo de Albornoz Bernabeu G. Cuidado de las heridas tras la cirugía ortopédica y traumatológica con la técnica Mölndal. *Enfermería Integral*. 2008;(84):45-47.
2. Núñez Romero R. Beneficios e inconvenientes de la utilización de la cura Mölndal frente a la cura simple en la herida quirúrgica. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidade da Coruña; 2017.
3. González M. Técnicas avanzadas de curación en heridas quirúrgicas: una revisión sistemática. *Enferm Clin*. 2023;33(2):120-128.
4. Murillo AV. Abandonando la cura plana: tratamientos actuales en heridas quirúrgicas. *Enferm Dermatol*. 2017;11(32):30-35.
5. Folestad A. The Mölndal dressing: a new concept in surgical dressings. *J Wound Care*. 2002;11(1):10-12.
6. Gillespie BM, Chaboyer W, Allen P, Morely N, Nieuwenhoven P. Wound care practices: a survey of acute care nurses. *J Clin Nurs*. 2014;23(17-18):2618-2627.
7. Mepilex® Border Post-Op. Mölnlycke Health Care. Disponible en: molnlycke.es
8. Cicatrización de heridas quirúrgicas a través de la técnica Mölndal. ResearchGate. Disponible en: researchgate.net
9. Aplicación de la técnica Mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas. Dialnet. Disponible en: dialnet.unirioja.es
10. Tratamiento de heridas quirúrgicas agudas. SERGAS. Disponible en: ulcerasfora.sergas.gal
11. Experiencia con el uso del kit complementario de cierre de heridas en cirugía ortopédica. *Rev Colomb Ortop Traumatol*. 2017;31(3):123-130.





INFORMACIÓN
ADICIONAL



JORNADAS DE INVESTIGACIÓN DE LA GAS DE ÁVILA

*Nuestros profesionales al servicio de la
ciencia y el cuidado del paciente*

Comité científico y organizador:
Comisión de Investigación de la GAS de Ávila

ENTREGA TRABAJOS



FORMULARIO
ENTREGA DE
RESÚMENES



INSTRUCCIONES
ENTREGA DE
TRABAJOS



12 DICIEMBRE 2025



Salón de Actos del HNSS (Ávila)
INSCRIPCIÓN EN FOSA

CIFRAS DE LA BIBLIOTECA SANITARIA ON LINE CASTILLA Y LEÓN 2024

**Cifras Biblioteca
Año 2024**

Biblioteca Sanitaria
Online
de Castilla y León

biobiblioteca.sanidad@jcy.es
biobiblioteca.sanidad.grs@saludcastillayleon.es

Visita nuestro sitio web
<https://saludcastillayleon.es/biblioteca>




Inversión €

↑
3,5% en el
último año



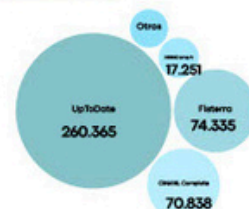
Recursos-e



Top 5 de revistas consultadas



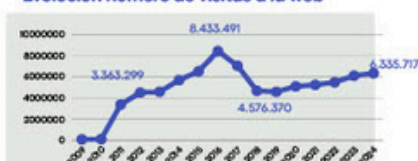
Top 4 de Bases de datos más consultadas



ACTIVIDAD: visitas, consultas, préstamos, formación



Evolución número de visitas a la web



Descargas

	2023	2024	Variación anual (%)
Libros-e	86.867	91.096	4,9% ↑
Revistas-e	283.510	299.690	5,7% ↑
Bases de datos	410.504	423.949	3,3% ↑


Formación Cursos y Talleres



PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Proyectos de investigación biosanitaria, gestión sanitaria y atención sociosanitaria a desarrollar en los centros de la Gerencia Regional de Salud en 2026

FOMENTO INNOVACIÓN EN SALUD

**Boletín Oficial de Castilla y León** **BOCYL**

Núm. 121 Jueves, 26 de junio de 2025 Pág. 240

I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

D. OTRAS DISPOSICIONES

CONSEJERÍA DE SANIDAD

GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SACYL)

RESOLUCIÓN de 13 de junio de 2025, de la Presidencia de la Gerencia Regional de Salud, por la que se establece, para su financiación, el procedimiento de selección de los proyectos de investigación biosanitaria, gestión sanitaria y atención sociosanitaria a desarrollar en los centros de la Gerencia Regional de Salud en 2026.

El impulso de la competitividad de la I+D+i es una prioridad para la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud que, sin duda, contribuye a fomentar la salud y el bienestar de la ciudadanía, así como a desarrollar los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad.

La investigación biosanitaria es un pilar imprescindible en el Sistema de Salud de Castilla y León para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y, en definitiva, la calidad y la expectativa de vida de las personas.

El artículo 70.23 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León establece como competencia exclusiva de la Comunidad la investigación científica y técnica. Asimismo, el artículo 74.4 del Estatuto establece que la Comunidad promoverá la investigación biomédica y biotecnológica en el marco de sus propias instituciones sanitarias y de investigación.

En desarrollo del Estatuto, la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y la Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León, contemplan entre sus objetivos el impulso y fomento de la investigación, el desarrollo y la innovación biosanitaria y biotecnológica, para lo que se atribuye a la Gerencia Regional de Salud la promoción de la investigación en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales.

El marco de coordinación de las actuaciones investigadoras financiadas por la Administración Autonómica está constituido por la Ley 17/2002, de 19 de diciembre, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+i), y por la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una especialización inteligente (RIS3) de Castilla y León 2021-2027, que traza en un único documento una planificación integrada de investigación en la Junta de Castilla y León. Dentro del Objetivo estratégico 2 «Mejorar y fortalecer el ecosistema de investigación e innovación de Castilla y León para avanzar en la especialización» se incluye la presente convocatoria, como una de las líneas de actuación «Personas» del eje 2.1 «Desarrollar y mantener las capacidades para la especialización inteligente».

IMPULSO INVESTIGADOR

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha convocado el procedimiento de selección y financiación de proyectos de investigación biosanitaria, de gestión sanitaria y de atención sociosanitaria para el año 2026. Esta iniciativa se enmarca en el Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud 2023-2027 y tiene como finalidad fortalecer el ecosistema investigador, potenciar grupos emergentes y fomentar la participación de jóvenes investigadores y equipos multidisciplinares. La convocatoria hace especial hincapié en áreas como Atención Primaria, Enfermería, Urgencias y Emergencias, y promueve la traslación de los resultados a la práctica clínica o al mercado.

FINANCIACIÓN ESTRATÉGICA

El presupuesto global asciende a 1.620.000 euros, distribuidos en tres modalidades: Atención Hospitalaria (Modalidad A, con 1.180.000 €), Emergencias, CEREMEDE y Servicios Centrales (Modalidad B, con 40.000 €) y Atención Primaria (Modalidad C, con 400.000 €).

Cada proyecto podrá recibir hasta 20.000 €, con criterios de evaluación que ponderan la calidad científica, la alineación con líneas estratégicas (como cáncer, salud mental o envejecimiento), el perfil del equipo investigador y la capacidad de transferencia de los resultados.

CONVOCATORIA

