



**Interreg**  
**España - Portugal**

Fondo Europeo de Desarrollo Regional  
Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional



UNIÓN EUROPEA  
UNIÃO EUROPEIA



## **INNOSPITAL: HACIA UN NUEVO MODELO DE HOSPITAL BASADO EN LA INNOVACIÓN Y LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO**

**TÍTULO DOCUMENTO:**

**E1.1.3 Informe II Concurso de ideas**

**RESPONSABLE: CLUSTER DE LA SALUD**

**FECHA DE ENTREGA: 01/04/2022**

**AUTORES: CLUSTER DE LA SALUD**

**CONTRIBUCIONES: Beatriz Solís y  
Nicolás Montero**

**RESUMEN DEL DOCUMENTO:**

Este documento describe el Informe del Segundo Concurso de Ideas INNOSPITAL con el objeto de impulsar la innovación y la transferencia de conocimiento, así como fomentar la iniciativa emprendedora y promover proyectos en fase de idea en el ámbito sanitario.

## I. INTRODUCCIÓN

El Segundo Concurso de Ideas pertenece a la Actividad 1; Fomento de Cultura de innovación y emprendimiento en hospitales, y en particular, se ubica en las tareas de la Acción 1.3. dedicada a la difusión de la innovación.

## II. DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS

Los concursos de ideas son una buena herramienta para estimular y premiar la participación en actividades de innovación, así como para detectar iniciativas con potencial innovador y que en numerosas ocasiones se encuentran ocultas, hecho bastante común en los hospitales.

El principal objetivo es impulsar la innovación y la transferencia de conocimiento, así como fomentar la iniciativa emprendedora y promover proyectos en fase de idea en el ámbito sanitario.

Se han seleccionado las ideas y proyectos que más puntuación han conseguido según los criterios recogidos en las bases del 2º Concurso y que han sido evaluados por el jurado designado para ello. Los criterios de evaluación han sido los siguientes:

- Novedad
- Impacto o valor
- Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad
- Claridad de exposición de la propuesta
- Colaboración trans-regional o trans-fronteriza

Estos concursos servirán también para difundir y dar visibilidad a las mejores iniciativas innovadoras ante la Administración, los pacientes y la población en general.

## III. DESARROLLO

A continuación, se describe el proceso seguido en el desarrollo del II Concurso de Ideas INNHOSPITAL:

### 1. FASE DE PREPARACIÓN:

- 1.1. Traspaso de funciones de Biotecyl al Cluster de la Salud: Las funciones de Biotecyl para el II Concurso pasan al Cluster de la Salud. Se mantienen diferentes reuniones entre estos dos socios para el buen desarrollo de la actividad.
- 1.2. Definición de las Bases del Concurso: se mantuvieron diferentes reuniones entre Cluster de la Salud, IPN y Universidad de Aveiro responsables de la actividad, para la definición de las bases definitivas del concurso: <https://innhospital.eu/wp-content/uploads/2022/01/bases-II-concurso-ideas.pdf> y selección del jurado.
- 1.3. Formulario y enlace de inscripciones: fueron habilitados los enlaces de inscripción tanto en español, como en portugués: <https://innhospital.eu/formulario-2-concurso-de-ideas-innhospital/>
- 1.4. Promoción del concurso: se hizo diseminación del concurso a través de todos los canales disponibles tanto del proyecto como de los socios del consorcio:

<https://saludextremadura.ses.es/fundesalud/web/noticia?idPub=segundo-concurso-de-ideas-innhospital>  
<https://innhospital.eu/el-proximo-17-de-marzo-se-publicaran-las-propuestas-ganadoras-del-2o-concurso-de-ideas-innhospital/>  
<http://www.clustersalud.es/>  
<https://innhospital.eu/innhospital-da-a-conocer-en-el-ii-foro-transfronterizo-el-ganador-del-2o-concurso-de-ideas/>

➤ Posts en RRSS:

**2º Concurso de ideas INNOSPITAL**

**Características de las propuestas a presentar:**

- Propuesta original sobre COVID-19, Health@Home, cronicidad o gestión hospitalaria.
- Se pueden presentar en castellano o portugués.
- Pueden presentar mayores de edad, relacionados con Castilla y León, Extremadura o Región Centro de Portugal.
- Plazo: hasta el **28 de febrero de 2022** a las 17:00 horas.
- Consulta las bases.
- Se presentan en la web Innhospital.eu (formulario).
- Dos premios para las mejores propuestas.

Más información en [innhospital.eu](http://innhospital.eu)

**2º Concurso de ideias INNOSPITAL**

**Características das propostas a apresentar:**

- Proposta original sobre COVID-19, cronicity, hospital management ou Health@Home.
- Podem apresentar-se em castelhano ou português.
- Podem apresentar maiores de idade, relacionados com Castilla y León, Extremadura ou à Região Centro de Portugal.
- O prazo para inscrições será até 28 de fevereiro de 2022 às 17h00.
- Consulta as bases.
- Apresentam-se no site Innhospital.eu (formulário).
- Dois prémios para as melhores propostas.

Mais informação em [innhospital.eu](http://innhospital.eu)

Difusión en Twitter @INNOSPITAL

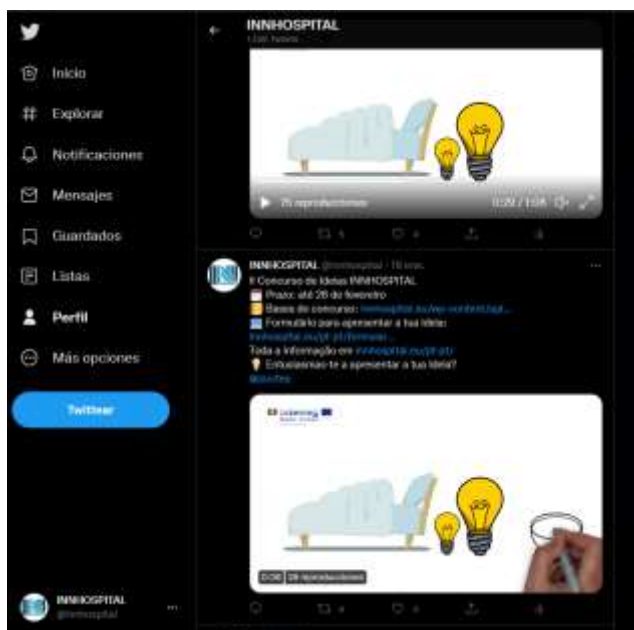
Difusión en Facebook <https://www.facebook.com/Innhospital-104459081704683>

➤ Otras actividades de difusión:

- Se elaboró un vídeo promocional:
- [https://innhospital.eu/wp-content/uploads/2022/01/INN-HOSPITAL\\_versi%C3%B3n%202022.mp4](https://innhospital.eu/wp-content/uploads/2022/01/INN-HOSPITAL_versi%C3%B3n%202022.mp4)
- Notas de prensa: (anexo I)
- Banner publicitario, en ambos idiomas:



- Publicaciones en redes sociales, como ejemplo:



## 2. FASE DE CONCURSO:

Finalizado el plazo de presentación de propuestas, y para asegurar la transparencia y accesibilidad de la información, se publicó, en la página web del proyecto: <https://innhospital.eu/2-concurso-de-ideas-innhospital/>, un listado con los títulos de las propuestas, indicando si es una propuesta individual o grupal, y su respectivo código alfanumérico identificativo, como se muestra a continuación:



Título de la propuesta	Tipo	Código
Proyecto de calidad en la codificación clínica y explotación del CMDB	Individual	INN201
Uta Hospitalar. Reutilizável Inovadora	Individual	INN202
Registro del proceso de Cuidados Paliativos mediante un programa informático para profesionales de salud y una aplicación para los cuidadores.	Individual	INN203
Kindology	Individual	INN204
Atención a la demanda en fisioterapia	Grupal	INN205
Caracterización no invasiva de los sustratos arritmicos. Ingeniería al servicio de la medicina	Individual	INN206
Proyecto de APP en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria	Grupal	INN207
CHOeste - Saúde Digital, um projeto a pensar no colaborador	Grupal	INN208
Apoyo y tratamiento tras reemplazo articular de prótesis de rodilla	Grupal	INN209
El conocimiento abre la puerta a la salud, educación para promover la calidad de vida y salud en la mujer	Grupal	INN210
Proyecto de implementación de programas de bienestar en el lugar de trabajo para personal sanitario	Grupal	INN211
Proyecto de implementación de métodos de humanización durante los cuidados del periodo periparto	Grupal	INN212
Alivio - gestão da medicação em casa	Individual	INN213 *

\* excluida. Fuera de plazo

Más información en [innhospital.eu](https://innhospital.eu)

© 2019 INNOSPITAL. Iniciativa de Cooperación Regional de Salud de Castilla y León, una colaboración por acciones coordinadas de Gobierno Regional de Castilla y León, del Programa FEDER 2014-2020 y el Programa FEDER 2007-2013.

El Jurado se compuso de 5 miembros, representativos de los actores principales del ecosistema sanitario (administración pública, empresas, científicos, sanitarios y gestores de innovación) de las regiones impulsoras del proyecto INNOSPITAL respondiendo a criterios de equilibrio de género.

- Dra. Maria de la Cruz Sánchez Escobedo - Profesora Titular de la Universidad de Extremadura en la Facultad de Empresa, Finanzas y Turismo de Cáceres.
- António Lindo da Cunha - Director Adjunto del Laboratorio de Automática y Sistemas del Instituto Pedro Nunes.
- Dr. Delfim Rodrigues - Vicepresidente de APAH.
- Nuria Trobos - Área de Innovación y Transferencia de Tecnología del Instituto para la Competitividad Empresarial de Castilla y León.
- Verónica Martín Galán – Gerente de Fundesalud.

El Jurado evaluó cada propuesta con arreglo a los criterios recogidos en las bases. Cada miembro del Jurado emitió su evaluación, de modo que la puntuación de cada propuesta vino constituida por la media de las puntuaciones de todos los miembros del jurado.

A continuación, se adjunta las valoraciones del proyecto:

ID	Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	Impacto o valor (0-30 puntos)	Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	TOTAL	
PROPUESTA 01 – INNH201	60,00	105,00	100,00	40,00	0,00	305,00	
PROPUESTA 02 – INNH202	50,00	65,00	70,00	21,00	0,00	206,00	
PROPUESTA 03 – INNH203	90,00	106,00	104,00	43,00	0,00	343,00	
PROPUESTA 04 – INNH204	60,00	70,00	81,00	35,00	0,00	246,00	
PROPUESTA 05 – INNH205	88,00	103,00	90,00	43,00	0,00	324,00	
PROPUESTA 06 – INNH206	111,00	116,00	109,00	46,00	0,00	382,00	1º PREMIO
PROPUESTA 07 – INNH207	82,00	83,00	80,00	36,00	0,00	281,00	
PROPUESTA 08 – INNH208	98,00	97,00	93,00	60,00	0,00	348,00	
PROPUESTA 09 – INNH209	100,00	109,00	100,00	44,00	0,00	353,00	2º PREMIO
PROPUESTA 10 – INNH210	83,00	104,00	85,00	38,00	0,00	310,00	
PROPUESTA 11 – INNH211	86,00	95,00	86,00	38,00	0,00	305,00	
PROPUESTA 12 – INNH212	81,00	102,00	92,00	36,00	0,00	311,00	

### 3. FASE DE ENTREGA DE PREMIOS:

El fallo del jurado sobre las dos propuestas ganadoras se anunció en la página web de INNHOSPITAL el día 17 de febrero.

La entrega de premios tuvo lugar durante celebración del **II Foro Transfronterizo INNHOSPITAL** el pasado 23 de marzo de 2022 en formato online por la presidenta del jurado Dra. Maria de la Cruz Sánchez Escobedo. Los dos premiados tuvieron la oportunidad de presentar sus propuestas en este foro.

## ANEXOS

ANEXO I – NOTAS DE PRENSA

ANEXO II – IDEAS PRESENTADAS

ANEXO III – TABLA EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

ANEXO IV – TABLA VALORACIONES JURADO

ANEXO V – MODELO DIPLOMA

## **INNHOSPITAL: Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria**

El consorcio del proyecto europeo INNHOSPITAL, ha convocado la segunda edición del Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria con el objetivo de impulsar la innovación y la transferencia de conocimiento, así como fomentar la iniciativa emprendedora y promover proyectos del ámbito sanitario que se encuentren en una fase de idea.

En el certamen pueden participar personas mayores de edad de las regiones españolas de Castilla y León o Extremadura y de la Región Centro de Portugal. De forma individual o en colaboración, los participantes pueden presentar una o varias propuestas, siempre que se ajusten a alguna de las temáticas que propone esta iniciativa: Cronicity, Hospital Management, COVID-19 y [Health@Home](#). El plazo para presentar las iniciativas permanecerá abierto desde el 17 de enero de 2022 hasta el próximo 28 de febrero de 2022.

El jurado tendrá en cuenta el carácter innovador de la propuesta, las ventajas que aporte frente a productos o servicios ya existentes, o la mejora que suponga respecto a la práctica sanitaria y asistencial actuales. Asimismo, se valorará el impacto que puede tener sobre la asistencia y calidad de vida de los pacientes, el grado de mejora en la actividad de los profesionales y el valor de mercado y la sostenibilidad que consiga para el sistema sanitario.

También será importante que el proyecto pueda tener una implantación en la práctica clínica, así como sus posibilidades de comercialización, teniendo en cuenta factores científicos, técnicos, económicos y legales. Si la propuesta implica una colaboración de entidades de dos de las tres regiones que constituyen el ámbito geográfico del proyecto INNHOSPITAL tendrá una mayor valoración.

### **BASES DEL CONCURSO**

Se pueden consultar a través de [este enlace](#).

### **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

Los interesados pueden presentar sus propuestas, tanto en castellano como en portugués, a través del siguiente enlace: <https://innhospital.eu/formulario-2-concurso-de-ideas-innhospital/>

Los galardonados con el primer y el segundo premio tendrán la oportunidad de presentar sus ideas durante celebración del II Foro Transfronterizo INNHOSPITAL.

### **PLAZO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**

**Desde el 17 de enero de 2022 hasta el 28 de febrero de 2022 a las 17:00 horas.**

### **PREMIOS**

Se establecen dos premios, el primero será una **mención honorífica**, que incluye certificado, mención honorífica, reconocimiento público y **presentación en el II Foro Transfronterizo INNHOSPITAL**. El segundo consistirá en la presentación de la propuesta en el mencionado Foro.

El fallo del jurado se anunciará en la web del proyecto una semana antes del Foro, que tendrá lugar en marzo de 2022.

### **El proyecto INNHOSPITAL**

Este Certamen se enmarca dentro de las actividades del proyecto INNHOSPITAL, del Programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020 que se desarrolla bajo la coordinación de la Gerencia de Salud de Castilla y León en colaboración con Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura, el Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, la Universidade de Aveiro la Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, el Cluster Sociosanitario de Extremadura el Instituto Pedro Nunes - Associação para a Inovação e Desenvolvimento em Ciência e Tecnologia y Biotecyl, Clúster de Salud de Castilla y León.

INNHOSPITAL tiene por objeto potenciar la innovación, la investigación y el desarrollo tecnológico en el ámbito sanitario, avanzando hacia un nuevo rol de los hospitales en la sociedad, donde además de fuente de conocimiento (científico y asistencial), los hospitales se posicionen como generadores de retornos económicos derivados de la explotación de dicho conocimiento.

## INNOSPITAL: II Concurso de Inovação em Saúde e Hospitalar

O consórcio europeu de projetos INNOSPITAL convocou a segunda edição do Concurso de Inovação em Saúde e Hospitalar com o objetivo de promover a inovação e a transferência de conhecimento, bem como fomentar a iniciativa empreendedora e promover projetos na área da saúde que se encontrem em fase avançada.

Podem participar no concurso pessoas maiores de idade das regiões espanholas de Castilla y León ou Extremadura e da Região Centro de Portugal. Individualmente ou em colaboração, os participantes podem submeter uma ou mais propostas, desde que se enquadrem num dos temas propostos por esta iniciativa: Cronicidade, Gestão Hospitalar, COVID-19 e Health@Home. O prazo para apresentação das iniciativas permanecerá aberto de 17 de janeiro de 2022 a 28 de fevereiro de 2022.

O júri terá em conta o carácter inovador da proposta, as vantagens que proporciona em relação aos produtos ou serviços existentes, ou a melhoria que implica em relação às práticas de saúde e cuidados actuais. Da mesma forma, será avaliado o impacto que pode ter na assistência e qualidade de vida dos pacientes, o grau de melhoria na atividade dos profissionais e o valor de mercado e sustentabilidade que alcança para o sistema de saúde.

Também será importante que o projeto possa ser implementado na prática clínica, bem como suas possibilidades de comercialização, levando em consideração fatores científicos, técnicos, económicos e legais. Se a proposta envolver a colaboração de entidades de duas das três regiões que compõem o escopo geográfico do projeto INNOSPITAL, receberá uma classificação superior.

### REGRAS DA COMPETIÇÃO

Podem ser consultados através [deste link](#).

### APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS

Os interessados podem enviar suas propostas, tanto em espanhol quanto em português, através do seguinte link: <https://innhospital.eu/formulario-2-concurso-de-ideas-innhospital/>

Os vencedores do primeiro e segundo prémios terão a oportunidade de apresentar as suas ideias durante o II Fórum Transfronteiriço INNOSPITAL.

### PRAZO PARA SUBMISSÃO DE PROPOSTAS

**De 17 de janeiro de 2022 a 28 de fevereiro de 2022 às 17h.**

### PRÊMIOS

Estão estabelecidos dois prémios, sendo o primeiro uma **menção honrosa**, que inclui certificado, menção honrosa, reconhecimento público e **apresentação no II Fórum Transfronteiriço INNOSPITAL**. A segunda consistirá na apresentação da proposta no referido Fórum.

A decisão do júri será anunciada no site do projeto uma semana antes do Fórum, que acontecerá em março de 2022.

### O projeto INNOSPITAL

Este Concurso faz parte das atividades do projeto INNOSPITAL, do Programa Interreg VA Espanha-Portugal (POCTEP) 2014-2020, que se realiza sob a coordenação da Direção de Saúde de Castilla y León em colaboração com a Fundação para a Formação e Investigação dos Profissionais de Saúde da



Extremadura, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, da Universidade de Aveiro, da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, do Cluster Sócio-Sanitário da Extremadura, do Instituto Pedro Nunes - Associação para a Inovação e Desenvolvimento em Ciência e Tecnologia e Biotech, Castilla y León Health Cluster.

O INNHOSPITAL tem como objetivo promover a inovação, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, avançando para um novo papel do hospital na sociedade, onde além de fonte de conhecimento (científico e de saúde), o hospital se posiciona como gerador de retorno econômico derivado de a exploração desse conhecimento.

## El próximo 17 de marzo se publicarán las propuestas ganadoras del 2º Concurso de ideas INNHOSPITAL

Doce han sido las propuestas presentadas al Concurso, vinculadas a las regiones españolas de Castilla y León y Extremadura, así como a la Región Centro en Portugal.

El pasado 28 de febrero se cerró el plazo para la presentación de propuestas al 2º Concurso de ideas INNHOSPITAL, al que se han presentado 12 ideas relacionadas con Cronicidad, Gestión hospitalaria, COVID-19 y Health@Home.

Las diferentes propuestas, vinculadas a las regiones españolas de Castilla y León y Extremadura, así como a la Región Centro en Portugal están siendo valoradas en estos momentos según las bases del segundo certamen por el jurado encargado de ello, compuesto por cinco miembros representativos de los actores principales del ecosistema sanitario (administración pública, empresas, inversores, científicos, sanitarios) de las Regiones impulsoras del proyecto INNHOSPITAL.

Los premios, que serán para las dos mejores propuestas presentadas, consistirán en mención honorífica, certificado acreditativo, reconocimiento público y presentación en el II Foro Transfronterizo INNHOSPITAL para el primer premio. Y para el segundo; la presentación de su propuesta en el referido Foro.

Los premios serán entregados en una ceremonia online durante la celebración del II Foro Transfronterizo INNHOSPITAL, que tendrá lugar el próximo 23 de marzo. El Foro es gratuito, pero será necesaria la inscripción previa a través del siguiente enlace, en el que se puede encontrar toda la información sobre el mismo: <https://innhospital.eu/foros-transfronterizos/>. Además, el listado de propuestas presentadas al Concurso también se encuentra publicado en la página web del proyecto.

*“Proyecto cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional FEDER en el marco del programa Interreg V A España – Portugal (POCTEP) 2014-2020”.*



**II Foro Transfronterizo  
INNHOSPITAL**

**Fecha: 23 de marzo de 2022 (online)**  
Horario: de 10:30 a 13:30 horas (España) / de 9:30 a 12:30 horas (Portugal)

**PROGRAMA DEL FORO**

10:30 - 10:45	Sesión de apertura
10:45 - 11:15	Presentación de las necesidades de Innovación Hospitalaria
11:15 - 12:55	Innovación desde la práctica clínica
12:55 - 13:25	Premio 2º concurso de ideas INNHOSPITAL
13:25 - 13:30	Sesión de clausura

Nota: el horario está indicado en hora peninsular española, el horario de Portugal es una hora menos

Más información e inscripciones en:  
<https://innhospital.eu/foros-transfronterizos>

El proyecto INNHOSPITAL, liderado por la Servicio Regional de Salud de Castilla y León, está cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y el Fondo de Programación Regional (FPR) de la Región de Castilla y León (POCTEP) 2014-2020.

## No dia 17 de março serão publicadas as propostas vencedoras do 2º Concurso de Ideias INNHOSPITAL

Foram doze as propostas de ideias apresentadas ao 2.º Concurso INNHOSPITAL, ligadas às regiões espanholas de Castilla y León e Extremadura, bem como à Região Centro de Portugal.

No dia 28 de fevereiro encerrou-se o prazo de submissão de propostas para o 2º Concurso de Ideias INNHOSPITAL, ao qual foram submetidas 12 ideias relacionadas com a Cronicidade, Gestão Hospitalar, COVID-19 e Health@Home.

As diferentes propostas, ligadas às regiões espanholas de Castilla y León e Extremadura, bem como à Região Centro de Portugal, estão neste momento a ser avaliadas de acordo com as regras do 2.º concurso, pelo júri responsável, composto por 5 representantes principais, membros do ecossistema da saúde (administração pública, empresas, investidores, cientistas, saúde) das Regiões promotoras do projeto INNHOSPITAL.

Os prémios, que serão às 2 melhores propostas apresentadas, consistirão numa menção honrosa, certificado de acreditação, reconhecimento público e haverá lugar à apresentação oral no II Fórum Transfronteiriço INNHOSPITAL.

Os prémios serão entregues numa cerimónia online durante a celebração do II Fórum Transfronteiriço INNHOSPITAL, que terá lugar no dia 23 de março. O Fórum é gratuito, mas será necessária inscrição prévia através do seguinte link, onde poderá encontrar toda a informação sobre o mesmo: <https://innhospital.eu/foros-transfronterizos/>.

Além disso, a lista de propostas apresentadas ao Concurso também é publicada no site do projeto.

*"Projeto cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional FEDER no âmbito do programa Interreg V A Espanha - Portugal (POCTEP) 2014-2020".*



**II Foro Transfronterizo  
INNHOSPITAL**

**Fecha: 23 de marzo de 2022 (online)**  
Horario: de 10:30 a 13:30 horas (España) / de 9:30 a 12:30 horas (Portugal)

**PROGRAMA DEL FORO**

10:30 - 10:45	Sesión de apertura
10:45 - 11:15	Presentación de las necesidades de Innovación Hospitalaria
11:15 - 12:55	Innovación desde la práctica clínica
12:55 - 13:25	Premio 2º concurso de ideas INNHOSPITAL
13:25 - 13:30	Sesión de clausura

Nota: el horario está indicado en hora peninsular española, el horario de Portugal es una hora menos

Más información e inscripciones en:  
<https://innhospital.eu/foros-transfronterizos>

El proyecto INNHOSPITAL, liderado por el Gobierno Regional de Castilla y León, está cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del programa Interreg V A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020.

## **INNOSPITAL da a conocer en el segundo foro transfronterizo, celebrado ayer, el ganador del 2º concurso de ideas.**

**La propuesta: “Caracterización no invasiva de los sustratos arrítmicos. Ingeniería al servicio de la Medicina.”, presentada por el Dr. J. Manuel Durán del Hospital Universitario de Badajoz ha obtenido el primer premio en el segundo Concurso de ideas INNOSPITAL.**

Doce han sido las propuestas presentadas por los participantes sobre Cronicidad, Gestión hospitalaria, COVID-19 y Health@Home, vinculadas a las regiones españolas de Castilla y León y Extremadura, así como a la Región Centro en Portugal. De todas ellas, se han premiado las dos mejores propuestas que el jurado, representado por la Dra. Mari Cruz Sánchez Escobedo, profesora titular de la Universidad de Extremadura, ha considerado.

La propuesta: “Caracterización no invasiva de los sustratos arrítmicos. Ingeniería al servicio de la Medicina.”, presentada por el Dr. J. Manuel Durán del Hospital Universitario de Badajoz ha obtenido el primer premio. El segundo, ha recaído en la propuesta: “Apoyo y tratamiento tras reemplazo articular de prótesis de rodilla”, presentada por D. José Luis Morencia Fernández, Fisioterapeuta del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl).

El primer premio ha sido galardonado con mención honorífica, certificado acreditativo, reconocimiento público y presentación en el II Foro Transfronterizo INNOSPITAL. Y para el segundo; la presentación de su propuesta en el referido Foro.

*“INNOSPITAL es un proyecto cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional FEDER en el marco del programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014 – 2020.”*



**Anuncio del ganador del 2º Concurso de ideas durante el II Foro INNOSPITAL**

## **INNOSPITAL anuncia no segundo fórum transfronteiriço, o vencedor do 2º concurso de ideias.**

**A proposta: "Caracterização não invasiva de substratos arrítmicos. Engenharia ao serviço da Medicina.", apresentado pelo Dr. J. Manuel Durán do Hospital Universitário de Badajoz, ganhou o primeiro prémio no segundo Concurso de Ideias INNOSPITAL.**

Doze propostas foram apresentadas pelos participantes sobre Cronicidade, Gestão Hospitalar, COVID-19 e Health@Home, ligadas às regiões espanholas de Castilla y León e Extremadura, bem como à Região Centro em Portugal. De todas as candidaturas, foram premiadas as duas melhores propostas que o júri, representado pela Dra. Mari Cruz Sánchez Escobedo, professora da Universidade da Extremadura, considerou como sendo as melhores.

A proposta: "Caracterização não invasiva de substratos arrítmicos. Engenharia ao serviço da Medicina.", apresentado pelo Dr. J. Manuel Durán do Hospital Universitário de Badajoz, ganhou o primeiro prémio. O segundo prémio foi para a proposta: "Apoio e tratamento após substituição da prótese de joelho", apresentada pelo Sr. José Luis Morencia Fernández, Fisioterapeuta do Serviço de Saúde de Castilla y León (SACYL).

O primeiro prémio foi atribuído com uma menção honrosa, um certificado, reconhecimento público e apresentação no 2º Fórum Transfronteiriço INNOSPITAL. E para o segundo prémio; a apresentação da sua proposta no referido Fórum.

*"INNOSPITAL é um projecto co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional FEDER no âmbito do programa Interreg V-A Espanha-Portugal (POCTEP) 2014 - 2020".*



**Anúncio do vencedor do 2º Concurso de Ideias no II Fórum INNOSPITAL**

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 01

---

**TÍTULO DEL PROYECTO**  
(máximo 20 palabras):

PROYECTO DE CALIDAD EN LA CODIFICACIÓN CLÍNICA Y EXPLOTACIÓN DEL CMBD

**RESUMEN (máximo 400 palabras):**

La codificación hospitalaria, técnica por la cual los procedimientos y diagnósticos se convierten en códigos alfanuméricos basándose en una clasificación internacional, es fundamental para el funcionamiento de un hospital, ya sea público o privado. En la actualidad, los códigos que identifican las enfermedades y los procedimientos son además los ingredientes básicos para un sistema de casemix (complejidad de la casuística).

Una buena calidad en la codificación permite optimizar los beneficios y oportunidades que ofrecen los Sistemas de Clasificación de Pacientes para la gestión sanitaria, tanto a nivel clínico como a nivel económico-financiero. En Extremadura no existen unidades de codificación con profesionales con una formación de base en CIE10; esta situación se ve agravada por la alta tasa de rotación y temporalidad del personal asignado, que impide que puedan acceder al necesario reciclaje que sólo se puede obtener mediante cursos específicos en las distintas disciplinas médicas.

De esta forma se propone un plan integral que consiga mediante varias fases (auditorías, formación, supervisión, soporte) por el que se consigan unos niveles de codificación clínica y explotación de estos datos de los que extraer los máximos beneficios de la fuente ingente de datos que pueda aportar un CMBD de calidad, redundando así en una mayor calidad asistencial en los distintos servicios que integran las unidades hospitalarias.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):**

Se propone un programa dirigido a solventar los principales puntos problemáticos detectados en el SES, que se desglosa en las siguientes acciones:

1. Plan de auditoría de codificación

Como hemos explicado antes, para obtener un CMBD fiable y de calidad, la premisa básica e ineludible exige una codificación exhaustiva, de tal forma que se describan de manera muy precisa los diagnósticos principales, se amplíen lo más posible los diagnósticos secundarios, y a su vez, la codificación de los procedimientos se acerque de manera muy precisa a la técnica quirúrgica descrita por los facultativos, haciendo hincapié en todo lo relativo a los materiales protésicos y dispositivos implantados en los pacientes, ya que son una de las componentes que más influyen dentro de los pesos específicos de cada episodio clínico.

Dicho plan de auditoría deberá ser realizado de manera individual en cada una de las Áreas de Salud que conforman el SES, haciendo un seguimiento exhaustivo de los hospitales que mayor presión quirúrgica soporten en la región.

- Resultará imprescindible realizar catas periódicas de los episodios codificados, incluso sería recomendable el realizar una supervisión directa y en tiempo real de la codificación que se realice en cada servicio.

- Se llevará a cabo un estudio pormenorizado de la calidad de los informes clínicos que sirven como base para la codificación que se efectúe. Se evaluará mediante estudio directo de dichos informes por Servicio, comprobando cómo se definen y parametrizan los ítems que conformarían el diagnóstico principal, secundario, antecedentes clínicos (muy importantes), morfologías de neoplasias, y por supuesto los procedimientos, viendo si las descripciones de las técnicas quirúrgicas son del todo descriptivas para los codificadores, permitiéndoles plasmar con detalle la realidad del caso codificado.

- Se propondrán reuniones informativas con los distintos Jefes de Servicio, para mostrarles cómo pueden mejorar la redacción de los informes de tal

forma que la comunicación entre los codificadores y los facultativos sea lo más clara posible.

## 2. Desarrollo de herramientas y consultoría CMBD.

Una vez resueltos los distintos problemas de codificación y creada una metodología estable de trabajo, proponemos empezar a aprovechar de manera efectiva los infinitos recursos informativos que puede brindar un CMBD de calidad. De tal forma, se podrá:

- o Visualizar una foto dinámica del estado de los distintos Servicios que conforman cada Hospital, o una en conjunto, de su funcionamiento.
- o Identificar problemas y tendencias negativas en los distintos Servicios
- o Crear herramientas de la mano de los especialistas informáticos del SES que sirvan para mejorar la calidad de la atención prestada
- o Desarrollar un Servicio de Consultoría a demanda de los distintos servicios médicos de cada Hospital, por el cual podrían solicitar datos sobre los distintos aspectos que conforman su área de influencia.
- o Ejercitar una supervisión directa del CMBD que se envía periódicamente al SNS.

## RECURSOS NECESARIOS

- Contratación de un profesional experto en codificación clínica CIE 9 y CIE 10 junto con desarrollo y gestión del CMBD, con más de 5 años de experiencia demostrable en la materia. Es imprescindible que el perfil que se busque sea el de un titulado universitario, preferiblemente en Documentación, con cursos acreditables en las distintas áreas de la codificación, especialmente aquellas que contengan disciplinas quirúrgicas.
- Apoyo puntual por parte del área de Tecnología de la Información a la hora de diseñar herramientas de explotación o de sondeos estadísticos.

## **OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):**

Tras hacer un estudio analítico pormenorizado de las cifras de codificación del Sistema Extremeño de Salud de los últimos años publicadas en el Portal Estadístico del Área de Inteligencia de Gestión del Ministerio de Sanidad se ha llegado a la conclusión de que se ha dado un descenso generalizado en la calidad de la codificación clínica realizada, dicho descenso se da tanto en los diagnósticos como los procedimientos, y se da en servicios médicos clave, como por ejemplo:

- Se constata un descenso de mas de 1400 procedimientos codificados en Cirugía General, más de 2000 procedimientos menos en Obstetricia y Ginecología.

- Se comprueban cifras constantes, aunque extremadamente bajas de codificación en áreas/especialidades como Digestivo con tan solo 2721 procedimientos, Urología 5127 procedimientos, etc.

Desde el punto de la calidad de la codificación evaluada se detecta una gran falta de especificidad a la hora de consignar los Diagnósticos Principales, teniendo una tendencia al alta aquellos que son de poca determinación patológica, lo cual puede venir por una baja calidad de los informes a codificar en lo tocante a la definición de los diagnósticos principales y secundarios, o por la falta de preparación del personal a la hora de saber diferenciar su mayor o menor importancia.

**NOMBRE DEL/DE LOS  
PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS  
PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO:  
CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN  
INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN  
LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:** Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 02

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** Bata Hospitalar Reutilizável Inovadora

**RESUMEN (máximo 400 palabras):** Bata reutilizável com integração de uma etiqueta RFID para controlo de lavagens e de stock da bata reutilizável assegurando um maior controlo na proteção dos utilizadores e dos pacientes. Provém de matérias primas reutilizáveis e concilia o desenvolvimento de tecnologia com uma melhor e mais eficiente rastreabilidade do dispositivo médico. O processo de desenvolvimento da bata recorre a métodos de produção mais sustentáveis e ecológicos.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):** A bata é desenvolvida através de um design ergonómico por forma a garantir máximo conforto e liberdade de movimentos. Na fase seguinte é incorporada a etiqueta e por fim, é comercializada. No final do seu ciclo de vida, após as suas 75 lavagens, esta é recolhida para que possa ser transformada para dar origem a um novo produto.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):** É um projeto inovador pois contribui, também, para o desenvolvimento da economia local e nacional, pois todo o seu processo é realizado em Portugal. Com este produto é possível melhorar a proteção dos profissionais de saúde a um preço reduzido enquanto recorremos a métodos mais responsáveis e amigos do ambiente.

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado



## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 03

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** Registro del proceso de Cuidados Paliativos mediante un programa informático para profesionales de salud y una aplicación para los cuidadores.

**RESUMEN (máximo 400 palabras):** La atención en el final de la vida mediante los cuidados paliativos es un proceso complejo para los profesionales sanitarios. Se ha de valorar el paciente de forma integral, a través de todas las dimensiones que componen el ser humano, física, psicoemocional, social y espiritual. También el cuidador debe ser valorado y educado para poder llevar a cabo los mejores cuidados sobre todo en su domicilio. Los cuidados paliativos tienen como misión disminuir el sufrimiento posible a través de una buena comunicación, proporcionar la información que el paciente y cuidador necesitan día a día, ante una enfermedad cambiante tanto en síntomas como en intensidad. Otro de los objetivos es mejorar la calidad de vida del paciente mediante un control de los síntomas, situaciones psicoemocionales, sociales y espirituales. Para ello se deben manejar escalas o herramientas de registro validadas. Todo el proceso diagnóstico necesita de un registro temporal y continuado.

Todo este proceso de cuidados paliativos no tiene por lo general en los sistemas informáticos de los programas de salud un adecuado soporte. Se pierde información esencial para atender a la unidad paciente-familia por diferentes profesionales sanitarios, urgencias, emergencias, servicios hospitalarios, médicos de atención primaria o paliativitas.

Se plantea una idea original ya que no existe este tipo de recurso a nivel nacional, donde se pueda registrar el final de vida del paciente, sus situaciones clínicas, necesidades y planificación de tratamientos. Poder a su vez emitir informes, analizar el proceso, detectar mejoras puede ser parte de la información registrada, muy útil a la hora de planificar mejoras.

A través de un programa destinado a diseñar una base de datos, donde visualmente se puedan seguir de manera intuitiva todo el proceso necesario en Cuidados Paliativos. Esta base de datos contiene un Excel donde se transforman los datos cuantitativamente para poder explotar estadísticamente la información. La aplicación para el paciente será una aplicación muy sencilla, donde le permite monitorizar la situación clínica del paciente, mandar alertas, consultar pdf y videos para proporcionar los cuidados al paciente.

Se trata del primer programa informático con un soporte tipo app para el cuidador donde se pueda registrar el proceso de cuidados paliativos y permitir al cuidador principal interactuar con los profesionales de referencia.

En la actualidad los programas informáticos soy muy generales en este aspecto y no permiten seguir el proceso asistencial de Cuidados Paliativos.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):**

El diseño se debe en primer lugar consensuar las escalas y herramientas diagnósticas, pronósticas y similares que a un nivel de excelencia debe tener el proceso de cuidados paliativos. Para ello se revisará el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Castilla y León. Se organizará un grupo de expertos en Cuidados Paliativos para consensuar el diseño y la información. Todo paciente que se incluye en el proceso de Cuidados Paliativos de Medora (sistema informático de atención primaria de Castilla y León), a través de un link se abriría este programa donde se empezaría a seguir la atención según las necesidades y complejidad del paciente. En este programa en una primera parte se volcarían los datos generales del paciente. Tras esta primera acción se iría a valorar las dimensiones físicas, psicoemocionales, funcionales y espirituales y la situación del cuidador principal. Para la aplicación se necesita consensuar que información básica debe rellenar el cuidador periódicamente para que se pueda monitorizar bien al paciente en el domicilio, mediante un sistema de alertas que permita una asistencia proactiva y evite que el paciente acabe en un servicio de urgencias. En la aplicación de manera muy intuitiva y fácil de obtener se ofrecería toda la información a través de videos, documentos, protocolos en pdf sobre como cuidar al paciente.

Este proyecto tiene varias fases, en primer lugar una fase de diseño en papel. Otra fase conjunta con los técnicos de diseño de este tipo de tecnología. Una tercera fase para diseñar la aplicación para el cuidador principal. Cuando se tenga el programa y aplicación se debería hacer un pilotaje durante unos meses para detectar fallos e implantar mejoras.

Las entidades implicadas son los equipos de cuidados paliativos, este recursos se ofrecería a la Junta de Castilla y León para su implantación en todas las áreas de salud

Para su realización se necesita un grupo de expertos en cuidados paliativos y médicos de familia, no superior a 10 profesionales y dos o tres expertos en tecnologías relacionadas con la salud

El coste de este tipo de recursos informáticos superan según lo consultado los 12.000 euros, en función de la complejidad de la plataforma, base de datos etc..

El objetivo de este proyecto es poder disponer de un registro de toda la atención paliativa de los pacientes en las áreas de salud, facilitar el proceso y seguimiento en cuidados paliativos, poder analizar como se está realizando esta atención en los domicilios y proponer mejorar según los datos obtenidos a las Gerencias de Salud y Direcciones correspondientes.

El impacto en el sistema de salud permite garantizar con calidad la atención al final de la vida por cualquier profesional que necesite el paciente, sea atención primaria, emergencias o paliativas. Garantiza que en el seguimiento no se obvie ningún aspecto de calidad que se considera esencial. Garantiza que el proceso de sedación terminal en el domicilio se proporcione en un marco de seguridad a través de un protocolo consensuado. Potencia la seguridad del paciente, ya que todos los profesionales pueden tener acceso a todo lo que está ocurriendo en ese momento con un paciente que está al final de su vida, con la complejidad en la toma de decisiones que conlleva y que este registro puede facilitar con su seguimiento.

Este registro es muy interesante ofrecerlo a la Consejería de Salud de Castilla y León y otras Comunidades Autónomas y también a diferentes países del entorno europeo ya que no hay este tipo de proyectos ya que hoy aún la atención al final de la vida mediante los Cuidados Paliativos no está al mismo nivel que otros servicios sanitarios.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):**

El diseño no pretende obtener beneficios económicos, sino que sea una herramienta que mejore la asistencia de los pacientes que se encuentren en el domicilio a través de la sanidad pública. Debemos tener en cuenta que la aplicación para el cuidador será también gratuita y de fácil acceso a través de los teléfonos móviles o Tablet.

La información sobre el paciente se tratará siguiendo las recomendaciones legales sobre información de los pacientes según lo establecido en la Comunidad Autónoma y a nivel del sistema nacional de salud.

Existe ya un diseño elaborado que puede servir de muestra, realizado a través del programa Filemaker

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:** Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 04

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** KINDOLOGY

**RESUMEN (máximo 400 palabras):** A Kindology é uma marca e comunidade com a missão de tornar a saúde mental acessível a todos, através de consultas privadas e sessões de grupo, eventos e comercialização de produtos. O problema da saúde mental não se resolve apenas com mais psicólogos. Resolve-se ao desmistificá-la - ao permitir que se fale abertamente sobre o assunto e haja facilidade em aceder a um psicólogo, quer seja pelo preço como pela disponibilidade sempre à mão.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):** A Kindology assenta em dois eixos:  
- Plataforma disponível em três línguas de profissionais acreditados pela Ordem dos Psicólogos  
- Loja online  
A prestação de serviços, por um lado, será destinada a utilizadores finais e empresas, com a criação de uma plataforma que garanta o apoio permanente e o acesso a relatórios dedicados, bem como materiais que ajudem ao desenvolvimento de cada pessoa. As empresas terão acesso a um relatório coletivo de progresso dos seus profissionais, mas também a materiais para partilha interna e melhoria do estado de saúde mental dos seus recursos humanos. A loja online, por outro lado, terá como objetivo sustentar o crescimento da comunidade da Kindology. Ao adquirir um produto, cada pessoa está igualmente a contribuir para a saúde mental. Isto porque a Kindology devolverá à comunidade uma parte considerável do valor auferido, através de sessões de psicologia individuais, eventos e outras ações de sensibilização para a importância da saúde mental.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):** Para sustentar o crescimento da empresa, a Kindology conta já com o apoio de 15 profissionais de Psicologia, uma equipa de Programadores Informáticos, um profissional de Marketing, um Designer e uma Agência de Comunicação. O objetivo da empresa a 12 meses é internacionalizar a marca para os mercados de língua espanhola e língua inglesa.

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:** Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 05

---

**TÍTULO DEL PROYECTO**  
(máximo 20 palabras):

ATENCIÓN A LA DEMANDA EN FISIOTERAPIA

**RESUMEN (máximo 400 palabras):**

A lo largo de estos años el discurso político y de gestión ha estado focalizado en dos problemas, comunes a todas las regiones del territorio nacional pero especialmente graves en nuestras regiones: el principal problema, ya comúnmente conocido, es la falta de profesionales médicos que afecta a la atención hospitalaria, pero también a la atención primaria. En el DAFO realizado por la Gerencia Regional de Salud se encontraron como debilidades la infrafinanciación, y la organización desactualizada así como algunas amenazas ya conocidas como el envejecimiento poblacional y de los profesionales así como la despoblación y la concentración de los recursos (\*cita disponible). La realidad es que en Castilla y León es necesario cambiar el sentido del embudo de la demanda, desde un modelo en el que toda la demanda se centra en el médico de Atención Primaria (MAP) a uno en el que se pueda dispersar la misma a profesionales más resolutivos y que pueden mitigar esa falta de médicos sin detrimento de sus competencias, con el uso de profesionales de enfermería, fisioterapia, matronas y trabajadores sociales así como personal administrativo y el apoyo de nuevas tecnologías, como la gestión a la demanda por medio de la app Sacyl Conecta y el proyecto HADAS que podría mejorar la discriminación de esa “primera consulta” y descargar a los profesionales de la medicina de muchos procesos que, sin duda, actualmente le incomodan y le hacen perder un precioso tiempo que podría dedicarse a una labor asistencial más certera. En Europa, al menos un país ha tenido el mismo problema: Reino Unido. En el caso del país sajón, que mejora día a día en su sanidad gracias al tirón de la Atención Primaria, se ha establecido hace años un acceso directo de los profesionales de fisioterapia. Tras varios estudios apostaron por el fisioterapeuta para reducir las pesadas y complicadas listas de espera de su Atención Primaria, derivándose al paciente con dolor musculoesquelético crónico (AME) que acudiría ahora al citado profesional. Se estableció una considerable reducción en algunos perfiles que reiteran visitas y que, según algunos estudios “pueden suponer más del 40% de las consultas de atención primaria como son dolores de la esfera musculoesquelética y traumatismos leves como esguinces o contusiones” (\*cita disponible).

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):**

Entendemos que el/la/los/las profesional/es que efectúen este pilotaje deben de ser fisioterapeutas con práctica clínica avanzada con experiencia en AP y bagaje importante en la gestión diaria de pacientes en aplicación de los protocolos de AP en Fisioterapia existentes, ya que la atención directa no variará mucho con respecto a las consultas y casos habituales en la praxis habitual.

El perfil, por tanto, deseable del fisioterapeuta de acceso directo sería el de un profesional con considerable experiencia y conocimientos, con capacidad de manejar de forma indiferenciada condiciones aún no valoradas, con habilidad para identificar banderas rojas y patología grave subyacente y tomar la acción apropiada, con capacidad de coordinación y conocimiento del funcionamiento del sistema, inclusive la experiencia en el Centro de Salud de poder buscar apoyos en otros profesionales y recursos, como por ejemplo, personal de enfermería, trabajadores sociales, administrativos y por supuesto el propio médico de primaria etc...

De igual modo sería muy bueno realizar “refrescos formativos” de los propuestos bajo el concepto de “banderas rojas”, técnicamente la forma en la que los sanitarios hablamos de aquellas patologías graves detectables en la praxis habitual y que podrían requerir de atención inmediata y urgente y/o

una derivación a otro nivel asistencial en base a su gravedad. Este asunto es perfectamente asumible por parte del Colegio Profesional de Fisioterapeutas, que ya lleva años insistiendo en la formación en Banderas Rojas en distintos ámbitos: afecciones musculoesqueléticas, neurológicas y en general.

Hay que tener en cuenta que lo que se busca con este proyecto es una alta resolutivez en algunos procesos, no duplicar los servicios que actualmente tienen en los centros de salud los/as fisioterapeutas de Atención Primaria. Es por ello que pensamos que la derivación directa debe hacerse sobre procesos muy claramente resolutivos, evitando que este circuito sea utilizado por pacientes sin crisis de dolor o que por el motivo que sea, no son prioritarios: entendemos como tales aquellos que sufren procesos que pueden ser contenidos con una intervención rápida y certera, evitando agravamientos de la patología por la espera a la atención o por una atención ineficaz y pacientes en situación de baja laboral a los que urge la reincorporación a la actividad productiva.

Se requiere, obviamente, de un inicial acceso al servicio del usuario, que en el caso que nos ocupa dependerá de cuatro formas de captación:

**TELÉFONO** (La centralita puede iniciar la locución alegando que si la consulta al médico hace referencia a algún tipo de dolor crónico o reciente de carácter leve de cuello, espalda, óseo, articulaciones o dolor muscular.)

**PERSONAL ADMINISTRATIVO (PROYECTO HADAS en CyL o similares en otras regiones)** - El circuito sería similar, pero en este caso sería el personal administrativo del centro de salud el encargado de derivar al fisioterapeuta de atención directa en caso de detectar que la persona requiere atención sanitaria por dolor crónico o reciente de carácter leve de cuello, espalda, óseo, articular o dolor muscular.

**APP ("SACYL CONECTA" en el caso de CyL)** - La App puede reflejar en la solicitud de consulta una selección en el que se especifique que si la consulta con el Médico de Atención Primaria es por dolor crónico o reciente de carácter leve de cuello, espalda, óseo, articular o dolor muscular puede solicitar directamente cita con el fisioterapeuta del centro de salud

**ACCESO POR DERIVACIÓN/ PARTE DE OTRO/S PROFESIONALES DE A.P.** - Este caso concreto no se trataría de una derivación ordinaria, sino una derivación directa cuando el paciente cumple claros criterios de remisión y se tratase de un proceso claramente abordable de forma urgente por fisioterapia. Lo podría efectuar cualquier profesional sanitario y/o de apoyo del EAP

**OTROS DATOS DE INTERÉS  
(máximo 200 palabras):**

Este proyecto consta de una documentación de apoyo consistente en 48 folios explicativos del proyecto, incluyendo propuestas de protocolos de inclusión y criterios y circuitos-algoritmos de derivación, así como 161 referencias bibliográficas entre las que se incluyen artículos científicos que demuestran la costo-eficiencia de algunas actuaciones similares a las aquí propuestas en distintos estudios realizados en Reino Unido, EEUU y otros países europeos.

**NOMBRE DEL/DE LOS  
PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS  
PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO:  
CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN  
INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN  
LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 06

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** Caracterización no invasiva de los sustratos arrítmicos. Ingeniería al servicio de la medicina

**RESUMEN (máximo 400 palabras):** Las arritmias cardíacas son una causa importante de morbimortalidad. La ablación se ha establecido como un tratamiento eficaz en la mayoría de las arritmias aunque hay sustratos en los que sus resultados no son del todo óptimos.

La ablación taquicardias ventriculares (TV), es compleja pues engloba un conjunto de miocardiopatías cuyo sustrato es muy variado. Además, realizar una ablación de TV conlleva una mortalidad asociada por lo que tenemos la necesidad de simplificar y optimizar sus resultados. La presencia de fibrosis o cicatriz es debido a una reparación imperfecta del tejido miocárdico que facilita la aparición de taquicardias.

El abordaje convencional se basa en identificar de forma invasiva la presencia de cicatriz y por tanto, del sustrato que puede ser causante de arritmias. Este procedimiento no sólo es habitualmente largo, pues punto a punto (los catéteres tienen espaciados de 3,5 mm) hay que mapear toda la cámara cardíaca implicada, sino que además al ser invasivo, obliga a realizar un cateterismo al paciente con los riesgos sobreañadidos que ello conlleva.

Igualmente, en los pacientes que presentan fibrilación auricular, el mantenimiento del ritmo sinusal constituye un auténtico reto hoy en día, debido a la dificultad para poder comprender y caracterizar el sustrato que genera la arritmia.

La resonancia magnética nuclear y el TAC multidetector nos permiten de forma no invasiva obtener imágenes detalladas de cualquier cámara cardíaca. Por otro lado, sabemos que en el proceso de cicatrización que ocurre en el corazón se produce un adelgazamiento de los espesores miocárdicos que se han relacionado con zonas de cicatriz. De la misma forma, la resonancia magnética nuclear nos ha permitido caracterizar el tejido miocárdico gracias a la presencia de realce tardío con gadolinio separando de forma muy clara la zona de cicatriz de las zonas sanas.

La elaboración de algoritmos que integren la información obtenida mediante TAC o Resonancia cardíaca y asigne un código de colores según la intensidad de la señal del realce tardío, así como de los espesores miocárdicos nos podrían definir a priori las zonas de miocardio con fibrosis previo a la realización del procedimientos tales como ablación de taquicardia ventricular o fibrilación auricular, consiguiendo así realizar procedimientos más cortos y eficaces pues ya podríamos conocer de antemano dónde se localiza el sustrato de la arritmia.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):** Entidad Implicada: Unidad de Arritmias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, referencia provincial (población 672.490 habitantes).

Objetivos:

- Mejorar la comprensión, diagnóstico y tratamiento de las arritmias complejas
- Desarrollo de nuevos algoritmos en el manejo de las arritmias cardíacas
- Validación de un nuevo algoritmo de decisión en el manejo de las Taquicardias Ventriculares y Fibrilación auricular en base a la utilización de la herramienta ADAS 3D.

Recursos económicos necesarios

- Adquisición del software ADAS 3D (40.000 Euros).

Impacto en el Sistema Sanitario

- Generación de conocimiento y valor en la Comunidad Autónoma
- Estrategia pionera que permite crear estructuras sobre las que se puedan desarrollar futuras ideas
- Mejora en la Atención. Optimización de los recursos: procedimientos más cortos y más costo-efectivos.

Desarrollo

MAPEO NO INVASIVO

a) Adquirir el sistema ADAS 3D que nos permita realizar mapas de forma no invasiva en base a las imágenes obtenidas con RMN cardíaca o angioTAC.

b) Formación y aprendizaje del uso del software ADAS 3D y delimitar de forma

correcta tanto la cicatriz auricular como ventricular.

c) Establecer el siguiente protocolo de actuación ante los pacientes que sean referidos para ablación de taquicardia ventricular o fibrilación auricular:

1.- Determinar la presencia de Cardiopatía estructural, Fracción de Eyección y volumen de aurícula izquierda.

2.- Determinar la presencia de cicatriz en el caso de RMN, volumen, distribución y localización de realce tardío en la cámara cardiaca estudiada.

En caso de realización de TAC, medir de forma precisa los espesores de la cámara cardiaca estudiada.

3.- Aplicar sobre las imágenes obtenidas y los datos conseguidos, los mapas no invasivos con sistema ADAS 3D

4.- Determinar la presencia o no de escara:

\* PRESENCIA DE ESCARA:

\*\* plantear y planificar realización de Estudio Electrofisiológico (EEF) en base a los mapas no invasivos.

\*\* Realizar ablación del sustrato arrítmico y valorar inducibilidad posterior de las arritmias

\*\* Determinar implante de DAI según Guías de Práctica Clínica

\* AUSENCIA DE ESCARA:

\*\* Probar inicialmente con fármacos antiarrítmicos y en caso de fallo, planear EEF con abordaje "clásico" (mapas invasivos) como guía de tratamiento.

\*\* Determinar implante de DAI según Guías de Práctica Clínica.

d) Valorar resultados de eficacia y eficiencia del protocolo previamente mencionado y comparar con serie histórica

a. Indicadores:

i. Necesidad de repetir EEF por recidivas de Taquicardia Ventricular o FA en un seguimiento a 6 meses y un año

ii. Tiempos de procedimiento pre y post implantación de sistema ADAS 3D. Se dejará un período hasta acumular 10 casos de curva de aprendizaje y se compararán entre sí los resultados.

iii. Concordancia de mapas invasivos y no invasivos

iv. Inducibilidad de Taquicardia Ventricular al finalizar el procedimiento.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):**

El uso de técnicas no invasivas para caracterizar la cicatriz ha demostrado ser muy eficaz en el estudio de las taquicardias ventriculares. No en vano, en el proceso de cicatrización del Infarto de miocardio, se generan canales con diferentes propiedades electrofisiológicas que sirven de sustrato para originar y mantener las arritmias y que pueden ser visibles con técnicas de imagen. Esto que se ha estudiado con más detenimiento en la cardiopatía isquémica parecer ser la base de otras enfermedades cardiacas con alta incidencia de muerte súbita como la miocardiopatía arritmogénica o la miocardiopatía dilatada de origen no isquémico.

Por otro lado, estos conocimientos adquiridos creemos que se podrían aplicar también en el sustrato más frecuente que es la Fibrilación auricular.

Probablemente, el estudio de la cicatriz y la fibrosis, así como las señales eléctricas que de ellas se derivan, tengan mucho que ver con qué estrategia sea más eficaz para la ablación de la fibrilación auricular. Esto que a corto plazo puede ser inalcanzable, con herramientas como las que se podrían desarrollar a partir de proyectos como éste, podrían ser una realidad con una visión temporal más larga.

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 07

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** PROYECTO DE APP EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

**RESUMEN (máximo 400 palabras):**

En una unidad de hospitalización de Psiquiatría las tardes y los fines de semana hay mucho tiempo libre para los pacientes en general. En la sanidad pública el personal sanitario y más aún de enfermería, quien permanece en contacto continuo con el paciente, tiene ratios ajustados.

Por eso, una herramienta de apoyo y trabajo para la recuperación, y especialmente dirigida a los pacientes de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pueden ser las nuevas tecnologías.

Es difícil que exista la figura de un Terapeuta Ocupacional o Psicólogo para estos horarios, tardes y fines de semana, y la necesidad de trabajo introspectivo en este tipo de pacientes es esencial.

Una ayuda para el tratamiento de esta patología podría realizarse con Tablets y APP de uso interno, con un programa propio del sistema sanitario, enfocado al trabajo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales que en muchas ocasiones presentan estas pacientes. Actividades sobre el afrontamiento al estrés (ingestas, aislamiento de su entorno en edades muy tempranas en un alto porcentaje, momentos difíciles en su patología...).

Son pacientes con patología multifactorial, ansiedad, estrés, depresión, TOC, TLP, consumo de tóxicos, problemática social además de problemas orgánicos asociados.

Cada sesión día debe durar un máximo de tiempo (1-2hs) para que la adherencia sea más fácil.

En caso de seguimiento por consultas externas de TCA, podría animarse a la implicación de un familiar/tutor con un compromiso de cumplimiento como parte del tratamiento terapéutico.

En caso de hospitalización el objetivo máximo a alcanzar por días o tareas, podría obtener una recompensa al conseguirlo, un beneficio previamente acordado (por ejemplo: 10 min más tiempo de visita o de móvil...) con el fin de que realicen y trabajen mentalmente este proceso.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):**

Personas implicadas: podría aprovecharse un trabajo en común con monitorización de la Universidad implicada y el Sistema Sanitario interviniendo: Ingeniería Informática (Proyecto de fin de carrera), Medicina Interna-Nutrición (MIR trabajo de investigación), Terapia Ocupacional (TFG), Pedagogía (TFG), Psiquiatría, Psicología (Proyecto de fin de carrera), Enfermería (TFG), Ciencias de la Salud (TFG).

Fases.

1 Ideación de actividades destinadas al desarrollo de habilidades cognitivas, Actividades emocionales y Actividades sociales.

Actividades sencillas que expongan un relato de lo que se pretende trabajar, y un ejercicio que explique una situación y los recursos a utilizar, bien mediante opciones predefinidas o que se puedan escribir Introspección, resolución de sentimientos o estresores que deriven en rechazo a la ingesta. Actividades adecuadas y enfocadas a la patología nutricional de enfrentamiento a la ingesta de determinados alimentos, cómo reducir el estrés, motivación al cambio.

Por ejemplo tipo a las propuestas en la Guía de Prevención del



Suicidio del Ayuntamiento de Burgos 2021, que son didácticas y factibles en amplios rangos de edad.

2 Desarrollo de actividades de comunicación, entretenimiento, disminución del estrés a través de mindfulness, relajación y terapias alternativas.

3 Actividades de ocio: juegos dinámicos y de esparcimiento, películas, cortos... sin que específicamente sean para trabajarlo después pero sí algo dirigido.

4 Películas, cortos, relatos, entrevistas con un trasfondo emocional, no solo de temática nutricional -TCA. Y después comentarios de debate, online si es a través de consulta.

Enfermería, psicología y psiquiatría de la unidad/ consulta estarían encargados de valorar el seguimiento del programa y ver la consecución de objetivos del paciente a nivel emocional y cognitivo.

- Monitorización de actividad y logros.

- Contacto estrecho con la familia/tutores y paciente como parte de la terapia en Consulta o en el ingreso.

- Podría existir un medio de comunicación directa whatsapp dentro de la app en caso de Consulta.

Durante la hospitalización enfermería apoyaría el desarrollo, las dudas, y haría una derivación a psicólogo/psiquiatra si se precisara de una manera más rápida.

El programa tendría que tener actividades aleatorias para que no se repitiesen con frecuencia, evitar que se copien entre las pacientes en caso de que se desarrollen en medio hospitalario. Estudio para que exista la mayor seriedad posible en la terapia y no se logren objetivos del programa o sesión de manera fraudulenta.

Impacto. Trabajo cognitivo con el paciente continuado. Valoración de dificultades. Resolución de conflictos y observación de puntos de inflexión.

Medios económicos: Inversión inicial de medios electrónicos Tablet en medio hospitalario, desarrollo de la app para uso domiciliario y hospitalización con instalación gratuita de la app para el usuario, wifi en caso de hospital para éstos, personal de mantenimiento y revisión de aparataje.

Medios personales: Equipo multidisciplinar para la elaboración con esfuerzo de los profesionales en el diseño del programa y equipo multidisciplinar para el seguimiento.

A nivel de Enfermería: 1 persona en exclusiva para este tipo de pacientes en los turnos de tarde y en fin de semana Mañana y Tarde.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):**

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 08

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** CHOeste - Saúde Digital, um projeto a pensar no colaborador

**RESUMEN (máximo 400 palabras):**

Diariamente no desempenho das suas funções os profissionais de saúde são expostos a elevados níveis de exigência física, mental e emocional, os quais constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento de lesões músculoesqueléticas (LME). A ocorrência destas lesões poderá resultar em incapacidade (temporária ou permanente) para o desempenho das funções laborais, em absentismo laboral e/ou na saída precoce do mercado de trabalho. Face à pandemia COVID-19 desde março de 2020, o sistema de saúde e os seus profissionais observaram um acréscimo das suas atividades assistenciais e da sua responsabilidade quer profissional quer social. Os profissionais de saúde, especialmente os do SNS, foram expostos a uma maior exigência laboral e viram reduzida a sua disponibilidade para disfrutar de tempos de lazer e bem-estar, constatando-se um acréscimo na exposição aos fatores que predis põem para o desenvolvimento de LME ou de sintomatologia relacionada. A prevenção da ocorrência das LME é a melhor estratégia de intervenção. No entanto, é comum que alguma da sintomatologia das LME permaneça no tempo e assuma um padrão de cronicidade, sendo nesta situação a melhor intervenção recorrer a técnicas de autogestão da sintomatologia, por forma a minimizar o seu impacto no quotidiano do profissional. Com base na identificação desta problemática e pretendendo dar resposta a um desafio lançado pela Comissão de Humanização (CH) da instituição, o qual procurava propostas que promovessem o bem-estar global dos seus profissionais, os Fisioterapeutas da unidade de Caldas da Rainha (uCR) propuseram o desenvolvimento de um projeto digital de prevenção e autogestão de sintomatologia neuro-músculo-esquelética relacionada com a atividade laboral e promoção de um estilo de vida ativo, designada por CHOeste - Saúde digital. A concretização de uma plataforma digital foi considerada uma opção que permitiria possibilitar o acesso aos conteúdos informativos e interativos disponibilizados independentemente da localização e horário do profissional. Há que considerar que o CHOeste é constituído por 3 unidades orgânicas que distam entre si cerca de 50 kms e que a maioria dos profissionais têm horários rotativos. Em tempos de pandemia, esta resposta revelou-se ainda mais pertinente, por forma a evitar a circulação e cruzamento de profissionais de equipas e serviços distintos. Este desafio contribui ainda também para o desenvolvimento de uma política de saúde alinhada com a campanha “Locais de trabalho seguros e saudáveis” da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):**

Após a validação da pertinência do projeto CHOeste - Saúde digital pela da CH, pelo seu objetivo principal: promoção de estratégias de prevenção e autogestão da sintomatologia neuro-músculo-esquelética relacionada com o trabalho e de um estilo de vida ativo para prevenção da ocorrência de lesão efetiva, junto dos colaboradores do CHOeste; foi apresentado ao Conselho de Administração (CA) o desenho do projeto e dos recursos necessários para o seu desenvolvimento. Para o desenvolvimento e implementação do programa foi proposta a criação de uma página web de acesso interno (acessível exclusivamente pelos colaboradores da instituição) e remoto (possibilidade de aceder à página do CHOeste - Saúde digital em ambiente externo à instituição). Nesta página serão disponibilizados os conteúdos informativos e interativos produzidos pelos Fisioterapeutas da uCR sob diferentes formatos (questionários, lembretes periódicos, vídeos de sensibilização, classes de exercício, estratégias de coping e autogestão) abordando temáticas relativas às LME e sintomatologia relacionada. Para a construção desta página foi solicitado o apoio dos Serviços Informáticos que acederam ao pedido e se encontram a adotar as devidas diligências para a sua conclusão. Enquanto se aguarda pela disponibilização da plataforma digital foi solicitado pelo CA que se iniciasse uma componente presencial, considerando este que o projeto

revela grande pertinência e que terá um impacto bastante positivo na saúde e bem-estar dos colaboradores. Assim, em março de 2021 foi desenvolvido pelos Fisioterapeutas-uCR um programa de Classes de Fisioterapia presenciais com um sistema de inscrição em formato digital (disponível através da ferramenta Microsoft Forms), tendo sido divulgado o seu início em circular interna própria. Pretendendo os Fisioterapeutas inovar constantemente e sempre responder às expectativas dos colaboradores, em outubro de 2021 foi incluída no programa de Classes presenciais, uma classe semanal de Pilates Clínico e ainda, divulgado o acesso ao formulário de inscrição através de QRcode.

Quanto aos recursos alocados ao projeto em termos materiais correspondem aos custos iniciais com os equipamentos digitais (câmara de filmar, tripé, microfone...) e de apoio ao exercício (bandas elásticas, arcos de Pilates, colchões...) e em termos humanos correspondem à retribuição do tempo em Bolsa de Horas para os Fisioterapeutas. Isto porque as atividades afetam ao CHOeste - Saúde digital decorrem em horário pós-laboral. Além da componente da atividade física e exercício terapêutico o CHOeste - Saúde digital pretende incluir outros profissionais cuja atividade contribua para a minimização dos fatores de risco das LME. Espera-se, portanto, desenvolver parcerias com outros serviços clínicos das diferentes unidades orgânicas da instituição, como a nutrição, a psicologia, saúde ocupacional, entre outros...Qualitativamente o projeto tem recebido dos participantes relatos de um impacto extremamente positivo ao nível da redução da sua sintomatologia neuro-músculo-esquelética, nomeadamente, dor e desconforto ao nível de uma ou mais regiões do corpo. Os resultados da componente digital serão mensurados pelo número de acessos aos conteúdos e respostas aos desafios lançados; análise de questionários acerca da adoção de um estilo de vida ativo ou similares; quantificação do impacto do projeto ao nível da sintomatologia músculo-esquelética relacionada com o trabalho através de instrumentos auto reportados; e pela apreciação qualitativa acerca dos conteúdos do projeto. Posto isto, o presente projeto apresenta uma componente inovadora, tecnológica, motivacional e de simplicidade, que o transforma num projeto pragmático capaz de incutir a mudança em outras instituições. Antevê-se, portanto, uma fácil transferibilidade e replicabilidade ao nível de outras unidades de saúde nacionais e internacionais, dependendo esta ação essencialmente da mobilização dos recursos humanos já existentes, alocando o devido tempo para as atividades no seu horário laboral.

Para que cuidar do outro seja possível e seja um cuidar de excelência há que proporcionar condições de excelência aos profissionais que cuidam.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):**

Uma vez que a plataforma digital se encontra em desenvolvimento, a atividade do projeto tem sido centrada meramente na componente presencial. Desde o lançamento do projeto até ao final de dezembro de 2021, foram recebidas 436 inscrições (139 realizadas pela modalidade email e 297 pelo formulário digital), tendo sido distribuídas pelas 104 Classes de Fisioterapia realizadas. Por forma a responder ao elevado número de inscrições, o número de sessões realizadas semanalmente foi sempre ajustado a esta necessidade, ultrapassando em inúmeras semanas as 3 sessões semanais inicialmente previstas. A assiduidade ao longo destes meses aumentou, com os colaboradores a frequentar 2 ou mais sessões por mês. Inclusivamente, algumas colaboradoras tornaram a sua presença semanalmente, por dois ou mais meses. Os participantes nas Classes de Fisioterapia correspondem a elementos das diferentes categorias profissionais da instituição desde Assistentes Operacionais, a Assistentes Técnicos, Enfermeiros, Gestores de Departamento, Médicos e Técnicos Superior de Diagnóstico e Terapêutica.

**NOMBRE PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 09

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** APOYO Y TRATAMIENTO TRAS REEMPLAZO ARTICULAR DE PRÓTESIS DE RODILLA

**RESUMEN (máximo 400 palabras):** En España al año se ponen en torno a 75.000 prótesis de rodilla. Según distintas fuentes, en torno al 20% de personas que se somete al reemplazo de la articulación sufre dolor a largo plazo, definido éste como el dolor que ocurre o aumenta en intensidad a los 3 meses o más después de la cirugía. Estos pacientes en ocasiones se sienten decepcionados con el resultado de su intervención con consecuencias a muchos niveles. A pesar de la alta prevalencia y el impacto del dolor crónico después del reemplazo total de rodilla, hay poca evidencia disponible sobre la mejor manera de tratarlo, por eso esta propuesta se basa en un ensayo multicéntrico publicado este año en UK. Distintos estudios previos han demostrado que realizar terapia de apoyo y tratamiento después del reemplazo articular reduce la intensidad, la relevancia y la discapacidad del mismo. Esta terapia de apoyo, de carácter multidisciplinar, tiene una gran relevancia el papel del fisioterapeuta.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):**

Básicamente se haría un seguimiento a través del servicio de traumatología, el cual a través de sus revisiones sería el encargado de realizar la captación de estos casos, a las 8 semanas de la intervención. Se formaría a los mismos para introducir en todos los pacientes, bien en persona o bien por correo electrónico, un formulario del OKS (OXFORD KNEE SCORE) en el que se recabará información sobre el estado de dolor tras ese periodo de tiempo. Posteriormente, a aquellos cuyos datos han sido significativos, se les realiza una nueva encuesta vía telefónica dos semanas después, para confirmar el mismo. En caso de cumplir los criterios de dolor, se inicia un protocolo de actuación basada en el guión propuesto por el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (<https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/star-intervention-training-manual>). La intervención consistirá en una cita clínica de evaluación inmediata de aproximadamente 1 hora de duración con un fisioterapeuta con adecuada formación sobre el programa unos 3-4 meses después de la cirugía y hasta seis llamadas telefónicas de seguimiento durante 12 meses. En la primera consulta se hace una revisión de la historia clínica con análisis de los resultados informados por los pacientes, incluidas las medidas de dolor (Inventario Breve del Dolor), depresión (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), y dolor neuropático (PainDETECT y Douleur Neuropathique) o formularios validados similares. Examen de la rodilla para evaluar la sensibilidad, la curación de heridas o la sospecha de una infección, el rango de movimiento, la alineación, la estabilidad, la función de la articulación femorrotuliana y los posibles signos de SDRC, evaluación de la alineación anteroposterior de la pierna con soporte de peso, radiografías de la rodilla laterales y del horizonte de la rótula en busca de evidencia de fractura o problemas de alineación, la fijación, el tamaño o la posición del implante y análisis de sangre para marcadores de posible infección (proteína C reactiva). Según los resultados de la evaluación, los participantes podrán ser remitidos a los servicios correspondientes para recibir tratamiento dirigido a las posibles causas subyacentes del dolor: traumatólogo, si el

dolor fuera atribuible a factores quirúrgicos o sospecha de infección, a un fisioterapeuta para fortalecimiento muscular y ejercicio, a su médico general (MAP) para una mayor evaluación y tratamiento de la depresión o la ansiedad o para el tratamiento del dolor neuropático, a un especialista en dolor para el tratamiento del síndrome de dolor regional complejo u otras referencias que se consideren necesarias.

Reflejando sus necesidades individuales, los participantes podrían recibir más de un apoyo en función de los hallazgos.

Se realiza el seguimiento de forma no presencial con una llamada telefónica de seguimiento del fisioterapeuta en torno a las 6 semanas después de la evaluación. Posteriormente hasta cinco llamadas más a lo largo de 12 meses, para analizar si se habían llevado a cabo derivaciones existentes y si podrían ser apropiadas otras derivaciones en caso de que el problema persista y/o plantear una reevaluación del caso. Esencial que el seguimiento se realice desde el propio gestor inicial del caso.

Los fisioterapeutas elegibles deberán recibir reciclaje y sesiones de capacitación, que incluirán contacto con los traumatólogos e, incluso, asistencia a algunos procedimientos quirúrgicos.

Presupuestariamente el proyecto tendría sólo asociados costes relacionados con la formación específica de los fisioterapeutas, ya que la labor podría efectuarse por parte de fisioterapeutas del propio hospital en el que se implantase el proyecto. Sería esencial realizar la coordinación con los distintos servicios hospitalarios implicados.

**OTROS DATOS DE INTERÉS  
(máximo 200 palabras):**

Basado en los resultados de un ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado realizado en el NHS que encontraron como resultado menor severidad del dolor e impacto en la vida diaria tanto a los 6 como a los 12 meses después del tratamiento (a los 9 y 15, tras la cirugía), la mitad del número de reingresos hospitalarios, reducción de la duración del tiempo hospitalario para las admisiones de pacientes hospitalizados tres meses después de la cirugía entre otras.

**NOMBRE DEL/DE LOS  
PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS  
PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO  
ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN  
INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN  
LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 10

---

**TÍTULO DEL PROYECTO**  
(máximo 20 palabras):

EL CONOCIMIENTO ABRE LA PUERTA A LA SALUD, EDUCACIÓN PARA PROMOVER LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA MUJER

**RESUMEN** (máximo 400 palabras):

Las mujeres a lo largo de su vida pueden necesitar atención médica especializada para resolver diferentes problemas de salud propios, como la asistencia del embarazo y parto, el tratamiento de problemas ginecológicos o tratamientos durante la menopausia. Es frecuente que después de estos tratamientos puedan surgir complicaciones o efectos no deseados que afectan a la calidad de vida de las mujeres.

En España se estima que hay una prevalencia global de la IU del 24% que aumenta al 30%-40% en la edad adulta, alcanzando el 50% en las mujeres mayores de 80 años.

Si hablamos de disfunción sexual, la prevalencia es del 33-40%. Según la Sociedad Española de Ginecología (SEGO) el dolor pélvico crónico tiene una prevalencia en la mujer de hasta el 15-20%.

Dentro de los factores de riesgo de la IU, la disfunción sexual y el dolor pélvico crónico encontramos: lesiones de la musculatura y tejido pélvico tras el parto (episiotomía, instrumental, parto prolongado), cesárea, cirugía reparadora del periné, reparación del cistocele y rectocele, cirugía de extirpación de órganos pélvicos, liberación de adherencias, trastornos hormonales, fármacos, el estreñimiento, factores ambientales y psicológicos entre otros.

Las disfunciones que con más frecuencia encontramos después de un tratamiento ginecológico-obstréutico entre otras son: dolor postquirúrgico, pérdida de masa muscular por reposo, dolor o sensibilización de cicatrices, disfunciones pélvico-perineales y de estabilidad lumbo-pelvica, incontinencia, disfunción sexual, estreñimiento, cambios en el estado del ánimo entre otros.

En muchos casos los cambios que puede sufrir la mujer tras estas intervenciones, terminan constituyendo un nuevo problema de salud. Conocer los cuidados básicos de una cicatriz (higiene de la herida, hidratación y masaje) recibir asesoramiento para una buena recuperación del estado físico (incluidos los ejercicios de suelo pélvico y tonificación abdominal), estrategias para recuperar las relaciones sexuales y recibir apoyo psicológico tiene un impacto positivo sobre la salud de la mujer. Esta actividad de promoción de la salud es potencialmente útil porque puede generar espacios de encuentro grupal, de autoconocimiento y de autoapoyo, con el objetivo de mejorar la salud de la mujer, mejorar el tiempo de recuperación, optimizar su condición física para el desempeño de su actividad laboral, dotarla de habilidades para recuperar cuando lo desee sus relaciones sexuales, habilitar estrategias y apoyos que faciliten la interacción personal en su entorno social habitual.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN** (máximo 600 palabras):

Metodología:

- Captación mediante cuestionarios (CDPC-M, EPIQ SPANISH, FSM, Depresión Test Spanish) desde Urología, Ginecología, Rehabilitación, Psiquiatría en las mujeres que hayan recibido un tratamiento quirúrgico.
  - Remisión de los casos al grupo de intervención.
  - Trabajo con las mujeres captadas: entrevista personal sobre salud, participación en sesiones individuales y/o grupales según el caso.
  - Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de la intervención en el programa, con la realización de cuestionarios.
  - Análisis de resultados y estadística referenciada a los datos actuales de prevalencia en centros donde no se aplica el programa (Grupo control).
- Fases:
- Creación grupo de trabajo responsable de la implantación.
  - Sesiones formativas a todo el personal de los Servicios participantes:

cuestionarios para el cribado, protocolo de derivación, actualización en el abordaje integral de los problemas secundarios a intervención quirúrgica y en el abordaje de la salud biopsicosocial.

-Puesta en marcha del grupo con mujeres:

Entrevista individual: recogida de datos de salud, resultados de los cuestionarios, análisis de situación actual laboral, familiar y del entorno social.

Planificación personalizada de objetivos y mejoras que espera conseguir. Participación en sesiones individual y/o grupal de educación para la salud, abordaje activo, técnicas de ejercicio, relajación, asesoramiento y acompañamiento.

Aplicación de las herramientas aprendidas, realización de las pautas y ejercicios así como recomendaciones en su día a día.

Sesiones de monitorización y solución de problemas.

Revisión a los 3, 6 y 12 meses tras finalizar el programa, refuerzo y solución de problemas.

Encuesta de satisfacción al final.

-Estadísticas de resultados grupo de trabajo y control.

-Evaluación de la adherencia al programa.

-Reevaluación y actualización anual del programa.

Entidades, recursos humanos, técnicos y económicos:

-Se forma un grupo de trabajo para el desarrollo y aplicación del programa en cada centro asistencial. Este grupo incluye personal de Psiquiatría, Rehabilitación, Urología y Ginecología-Obstetricia. Con apoyo de Calidad para la evaluación y análisis de resultados.

-Este grupo desarrolla los contenidos de las sesiones, recopilación de encuestas e implantación del programa de captación en cada servicio.

-Profesionales de los servicios de Ginecología-Obstetricia, Urología, Rehabilitación y Psiquiatría conforman un grupo de trabajo con las mujeres captadas: encuesta personal de salud integral (modelo biopsicosocial con análisis del entorno familiar y personal para conseguir una recuperación integral en el desempeño completo de actividades laborales y sociales, aspectos psicológicos, apoyos y barreras de su entorno), intervención individual y/o grupal, seguimiento de resultados a los 3,6 y 12 meses.

El programa que se propone busca:

-Detectar a las mujeres con criterios de riesgo para desarrollar otros problemas de salud.

-Implantar un programa de educación y salud para disminuir el impacto de las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas.

-Generar un espacio de encuentro y apoyo en la recuperación de la mujer para un abordaje integral de salud física, mental y social.

Impacto del proyecto en profesionales y pacientes:

Este programa busca:

-Ofrecer una atención integral a la mujer.

-Mejorar la atención en la recuperación de las intervenciones quirúrgicas y salud de la mujer.

-Reducir el número de consultas médicas derivadas de complicaciones.

-Implementar un programa de salud multidisciplinar con historia clínica compartida que optimice los recursos.

-Mejorar los conocimientos de los profesionales.

Proyección Nacional e Internacional:

Este programa es un paso para los programas de Salud en la mujer ya existentes, el objetivo principal es aumentar el trabajo coordinado de los servicios especializados. Según la estrategia mundial de salud en mujeres, la mejor atención en salud:

Disminuye la pobreza.

Estimula la productividad y desarrollo económico.

Es costo-eficaz.

Ayuda a realizar los derechos humanos fundamentales.

Impulsar cambios en las políticas para una sociedad más sana.

Fortalecimiento de programas con abordajes compartidos y monitoreo de los progresos.

**OTROS DATOS DE INTERÉS  
(máximo 200 palabras):**

Prevalence of urinary incontinence and possible risk factors among women in our health area. R. Rodríguez-Núñez, E. Álvarez, L. Salas, A. González-González  
Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid  
Cristina Martín Tuda<sup>1</sup>, María Pilar Carnero Fernández<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario. Área de Salud Valladolid Este  
<sup>2</sup>Matrona Titular de E.A.P. Centro de Salud Gamazo. Área de Salud Valladolid Este. España.  
Cómo la cirugía puede afectar la vida sexual de las mujeres con cáncer  
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/cirugia-pelvica.html>  
Complications of gynaecological surgery  
E. Recari, L.C. Oroz, J.A. Lara  
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.  
Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas Female sexual dysfunction: a prevalence study in premenopausal women Sandra Portillo Sánchez<sup>1</sup>, Tirso Pérez Medina<sup>1</sup>, y Ana Royuela<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Disfunción sexual femenina estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas  
Sandra Portillo Sánchez [1]; Tirso Pérez Medina [1]; Ana Royuela [2]  
Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia  
Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida  
Female sexual dysfunction and menopause. Impact on quality of life  
Santiago Pintado Vázquez

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO:  
CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:** Marcado



## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 11

---

### TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE BIENESTAR EN EL LUGAR DE TRABAJO PARA PERSONAL SANITARIO.

### RESUMEN (máximo 400 palabras):

El nivel de estrés que acumulan los profesionales sanitarios de cualquier hospital es muy alto, los reportes recogidos así lo indican, llegando a afectar a un 50% con bajo estado de ánimo y cuadros depresivos. Con la situación sanitaria vivida desde 2019 con la Pandemia, en la que aún estamos sumergidos, ha quedado, más aún al descubierto, las necesidades de cuidado del personal de los centros hospitalarios. Según diferentes estudios publicados, entre ellos revisiones sistemáticas y metaanálisis, los trabajadores podrían beneficiarse en gran medida de programas de alivio del estrés y mejora de la salud física y mental como pueden ser: técnicas de relajación, mindfulness y yoga, masaje, estiramientos, etc.

Por todo ello proponemos la implementación de un programa de bienestar que incluya estrategias, que puedan aplicarse de forma remota y cuyo objetivo general será la gestión del estrés laboral/emocional. Y los objetivos específicos: mejorar los entornos de trabajo, sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y facilitar mediante la potenciación de fortalezas la resiliencia del profesional.

El programa incluirá:

- Técnicas de relajación/ mindfulness y psicoafectivas
- Formación específica en entrevista motivacional, asertividad y empatía, comunicación y resolución de conflictos y cultivo de la resiliencia.
- Sesiones de yoga
- Adaptaciones ergonómicas

Para evaluar la adhesión y los resultados de esta intervención, así como las posibles mejoras del mismo. Se llevará a cabo un registro de las sesiones y número de asistentes, así como las solicitudes de este servicio. Todo el programa incluirá una encuesta de satisfacción y una evaluación del estado mental, emocional y físico de los participantes al inicio, al finalizar el mismo y a los 6 meses, que nos permita evaluar la efectividad.

### DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):

Primera Etapa:

1- Se formará un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto en cada hospital/centro asistencial. Este grupo incluirá personal de las Unidades de Psiquiatría, Rehabilitación, Riesgos laborales, así como expertos externos en cada una de las áreas del programa.

2- El grupo contará con un coordinador de proyectos, que será el encargado de la gestión, puesta en marcha y evaluación del programa. A su vez establecerá contrato con cada unidad de trabajo para difundir, controlar y objetivar los resultados.

3- Formación necesaria para el personal que lleve a cabo las sesiones, así como para profesionales dentro de cada unidad que puedan dar apoyo al personal de cada una de ellas.

4- Sensibilizar a los profesionales sobre los beneficios del programa y la necesidad de adhesión al mismo.

Segunda Etapa:

5- Desarrollo de las sesiones. Podrán realizarse presencial o bien de forma remota y grupal, además de ser grabadas para su posible uso posterior.

Y consistirán en:

- Implementar medidas de prevención que ayuden al control del estrés laboral.
- Técnicas de Mindfulness y psicoafectivas. Encaminadas entre a la reducción del estrés, disminución de la ansiedad, mejora atencional, etc. Se constituyen en una herramienta útil para los profesionales en la gestión del estado emocional y la prevención del desgaste profesional, formando parte de un Programa continuado de prevención primaria del Estrés y el Síndrome de Burnout, con diferentes modalidades de implementación:

- ↳ Sesiones en el Centro de trabajo: sesiones semanales de 30 minutos de duración ofrecidas en turnos de mañana y tarde dentro de la jornada laboral. Estas sesiones se podrán realizar en los centros de trabajo en formato presencial y online.
  - ↳ Sesiones fuera del horario laboral: sesiones semanales de 30 minutos de duración ofrecidas en turnos de mañana y tarde fuera de la jornada laboral. Estas sesiones serán en formato presencial y online.
  - ↳ Diseño de una APP específica de Mindfulness y técnicas psicoafectivas para sanitarios. Esta app ofrecería una herramienta específica y adaptada a las necesidades de los profesionales de la salud, incluyendo actualizaciones y un foro para compartir experiencias con otros compañeros.
    - Sesiones de yoga o ejercicio adaptado a cada categoría/desempeño.
    - Sesiones de prevención de lesiones osteoarticulares, así como adaptaciones ergonómicas del puesto de trabajo, si estas fueran necesarias.
    - Sesiones de psicoeducación en habilidades emocionales, empatía terapéutica, comunicación y resolución de conflictos.
- 6- Sistema de detección temprana de necesidad de apoyo psicológico. Este se desarrollará a través de un representante de cada unidad que sea la persona de referencia para la provisión de encuestas que permitan corroborar la necesidad de derivación.
- 7- Formación del personal en entrevista motivacional, mejora de la resiliencia.
- 8- Dar a conocer las posibilidades de realización dentro del campo laboral que ofrece la organización del hospital/centro asistencial. Unidades como investigación, formación, calidad, salud laboral, etc.
- 9- Uso de herramientas de e-salud como apps, entornos de encuentro virtuales, canales de salud propios de cada hospital, campus virtual, etc. Estas herramientas permitirán un uso continuado de estas técnicas, en las que el personal encuentre retroalimentación y una comunidad de personas afines que se ofrecen mutuo apoyo.

#### Tercera Etapa:

Seguimiento, valoración de la consecución de objetivos, se llevarán a cabo:

- Encuesta de salud, encuesta de satisfacción... al principio de la intervención, al final y a los 6 meses de la misma.
- Número de actividades que son organizadas.
- Número de personas que se adhieren a las actividades.

#### Cuarta Etapa:

Análisis de datos y evaluación de las fortalezas, barreras y limitaciones del proyecto, que permita implementar modificaciones para optimizarlo.

## OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):

#### Bibliografía:

- Castillo-Sánchez G, Sacristán-Martín O., Hernández MA, Muñoz I., De la Torre I., Franco-Martín M. Online Mindfulness Experience for Emotional Support to Healthcare staff in times of Covid-19. *Journal of Medical Systems*. 2022.
- Roslan NS, Yusoff MSB, Morgan K, Ab Razak A, Ahmad Shauki NI. ¿Cuáles son los temas comunes de la resiliencia de los médicos? Una Meta-Síntesis de Estudios Cualitativos. *Int J Environ Res Salud Pública*. 2022;19(1):469. doi:10.3390/ijerph19010469.
- Rotenstein LS, Torre M., Ramos MA, Rosales RC, Guille C., Sen S., Mata DA Prevalencia del agotamiento entre médicos una revisión sistemática. *JAMA J. Am. Medicina. Asoc.* 2018; 320 :1131–1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777
- “Online Mindfulness Experience for Emotional Support to Healthcare staff in times of Covid-19” Castillo-Sánchez G, Sacristán-Martín O, Hernández MA, Muñoz I, de la Torre I, Franco-Martín M.. *J Med Syst*. 2022 Jan 26;46(3):14. doi: 10.1007/s10916-022-01799-y. PMID: 35079899; PMCID: PMC8789545.
- Panagioti M., Panagopoulou E., Bower P., Lewith G., Kontopantelis E., Chew-Graham C., Dawson S., Van Marwijk H., Geraghty K., Esmail A. Intervenciones controladas para reducir el agotamiento en médicos una revisión sistemática y un metanálisis. *Pasante JAMA. Medicina.* 2017; 177 :195–205. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7674.
- Escalas de evaluación, disponibles en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/212/182>

#### NOMBRE PARTICIPANTES:

#### APELLIDOS:

#### DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:

#### DATOS DE FILIACIÓN:

#### Política Privacidad:

Marcado

## INNOSPITAL 2º Concurso Ideas - PROPUESTA 12

---

**TÍTULO DEL PROYECTO (máximo 20 palabras):** PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE MÉTODOS DE HUMANIZACIÓN DURANTE LOS CUIDADOS DEL PERIODO PERIPARTO

**RESUMEN (máximo 400 palabras):** Muchas de las madres y padres que nos consultan aquejan que en cada visita ven a un profesional diferente, y la escasa comunicación de los resultados de sus exploraciones de unos a otros. Lo que complica las posibles situaciones comprometidas que pueden aparecer durante un periodo tan delicado como es el periparto. Situación tremendamente empeorada por las medidas derivadas por la Pandemia, en la que aún estamos inmersos. En agosto de 2021, se publicó en España un marco normativo con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), con la que el Ministerio de Sanidad de nuestro país, se compromete a la implementación de los protocolos de actuación de buenas prácticas. Nuestra propuesta va más allá de esta certificación humanización que se ciñe al parto y la protección/promoción de la lactancia. Ya que la calidad asistencial debería ser transversal en todo el proceso del periparto. El esfuerzo al que se comprometió nuestro ministerio podría verse reforzado por un proyecto que dé esa calidad a todo el proceso, con diferentes métodos de humanización que podrían cubrir toda la evolución, desde el comienzo del embarazo hasta que la diada deje de necesitar vigilancia. Así el objetivo principal de este proyecto es extender de forma transversal la humanización de los servicios que atienden a la unidad familiar desde el embarazo al fin de la necesidad de atención por parte de la misma, ofreciendo un abordaje biopsicosocial tan ansiado por nuestro sistema así como por sus usuarios.

Consistiría en:

- Organización de profesionales e historia clínica compartida y estandarizada, lo que permitiría un seguimiento total del/la paciente.
- Implementación del método NIDCAP, "Programa de Cuidados Individualizados y de Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido". En las unidades neonatales y de Cuidados intensivos del recién nacido.
- Implementación del marco IHAN en los diferentes servicios de obstetricia.
- Formación profesional en áreas de gestión del duelo, entrevista motivacional, empatía y escucha activa, así como de las evaluaciones CIF del ámbito familiar.

**DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN (máximo 600 palabras):** Etapa Primera, planificación:

- En la Unidad de Calidad del centro sanitario, se conformará una Comisión de Gestión de la Humanización de los Cuidados Periparto. Que incluiría al menos: un responsable de las Unidades de Calidad, Gineco-obstétrica, Materno- infantil, UCI pediátrica, así como un representante de enfermería de cada unidad. Esta comisión será la encargada del desarrollo, puesta en marcha y evaluación del proyecto. Que incluiría para su puesta en marcha:
- Actualización de guías de humanización del embarazo y parto, así como de la lactancia y del cuidado del recién nacido.
- Creación de un marco operativo que permita estandarizar historias clínicas, exploraciones/pruebas y resultados. Así como la posible consulta de los mismos por aquellos que atiendan cada caso.

- Facilitar la comunicación entre los profesionales implicados en el cuidado de la familia en cuestión, evitando los diagramas jerárquicos que aún persisten en nuestros sistemas.

- Identificar las barreras de implementación para su subsanación, así como los posibles agentes facilitadores.

Etapa Segunda, implementación de cambios:

- Formación y sensibilización de los profesionales de la salud, sobre actuaciones en el embarazo, parto, lactancia materna, manejo del recién nacido y de la diada, así como cuidados en unidades de cuidados intensivos para ambos. No solo desde el punto de vista de función/capacidad sino también de los factores contextuales.

- Desarrollo de cursos de capacitación adaptados al ámbito de actuación de los diferentes profesionales.

- Sensibilización de la población general sobre recomendaciones internacionales sobre lactancia, así como del parto humanizado, cuidados del recién nacido y las necesidades de las madres/familias en las diferentes etapas. A través de los profesionales sanitarios de referencia, medios de comunicación, redes, etc.

- Creación de herramientas de e-salud que permitan mayor seguimiento de esta población: grupos de intercambio de dudas con un profesional, espacios interactivos de resolución de preguntas/problemas, apps de seguimiento de síntomas, elaboración de percentiles y detección temprana de afecciones (escalas de salud, ítems de desarrollo, etc.).

Etapa Tercera, recogida de datos:

- Número de cursos realizados y número de profesionales que asisten a los mismos de cada unidad.

- Registros del uso de recursos electrónicos y adhesión a los mismos. Tanto por parte de los profesionales como del usuario.

- Encuestas de satisfacción del usuario.

Etapa Cuatro, evaluación del proyecto y modificaciones necesarias para su mejora.

**OTROS DATOS DE INTERÉS (máximo 200 palabras):**

Uno de los primeros métodos de humanización que se han ido instaurando en hospitales de todo el mundo ha sido el Método Canguro creado en Colombia en 1979. Este tipo de abordajes, menos intervencionistas y que empoderan al paciente, analizando no sólo sus barreras y limitaciones, sino también el entorno. Que procuran eliminar unas y potenciar otras, respectivamente. Nos acercan más al modelo biopsicosocial tan ansiado por la medicina actual.

**NOMBRE DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**APELLIDOS DEL/DE LOS PARTICIPANTES:**

**DATOS DE CONTACTO: CORREO ELECTRÓNICO:**

**DATOS DE FILIACIÓN INSTITUCIONAL/VINCULACIÓN LABORAL-DOCENTE:**

**Política Privacidad:**

Marcado

TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

PROPUESTAS SELECCIONADAS

1º PREMIO

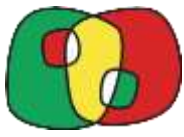
PROPUESTA 06 – INNH206	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	111,00
Impacto o valor (0 -30 puntos)	116,00
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	109,00
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	46,00
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>382,00</b>

2º PREMIO

PROPUESTA 09 – INNH209	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	100,00
Impacto o valor (0 -30 puntos)	109,00
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	100,00
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	44,00
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>353,00</b>



ESTE PROYECTO ESTÁ COFINANCIADO POR EL FONDO EUROPEO DE  
DESARROLLO REGIONAL A TRAVÉS DEL PROGRAMA INTERREG ESPAÑA-PORTUGAL



**Interreg**  
España - Portugal



Fondo Europeo de Desarrollo Regional  
Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional



**VALORACIONES JURADO**  
Segundo Certamen de Innovación  
Sanitaria y Hospitalaria

## TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Las propuestas se calificarán de 0 a 100 de acuerdo con los siguientes criterios:

**1. Novedad (0 – 30 puntos)**

Se valorará el carácter innovador de la propuesta, las ventajas que aporte frente a productos o servicios ya existentes, o la mejora que suponga respecto a la práctica sanitaria o asistencial actuales.

**2. Impacto o valor (0 – 30 puntos)**

Se valorará el impacto que suponga en la asistencia y calidad de vida de los pacientes, el grado de mejora en la actividad de los profesionales y el valor de mercado-sostenibilidad que consiga para el sistema sanitario.

**3. Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 – 25 puntos)**

Se valorará la viabilidad de implantación en la práctica clínica y/o comercialización de la solución, teniendo en cuenta factores científico-técnicos, económicos y legales.

**4. Claridad de exposición de la propuesta (0 – 10 puntos)**

**5. Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 – 5 puntos)**

En el caso de propuestas en colaboración se valorarán con 2.5 puntos las propuestas en las que participen entidades de dos de las tres regiones que constituyen el ámbito geográfico del proyecto y con 5 puntos aquellas en las que participen entidades de las 3 regiones.

<b>2º Concurso de ideas INN HOSPITAL</b>		
Propuestas presentadas:		
Título de la propuesta	Tipo	Código
Proyecto de calidad en la codificación clínica y explotación del CMDB	Individual	INN H201
Bata Hospitalar Reutilizable Innovadora	Individual	INN H202
Registro del proceso de Cuidados Paliativos mediante un programa informático para profesionales de salud y una aplicación para los cuidadores	Individual	INN H203
Kindology	Individual	INN H204
Atención a la demanda en fisioterapia	Grupal	INN H205
Caracterización no invasiva de los sustratos arritmicos. Ingeniería al servicio de la medicina	Individual	INN H206
Proyecto de APP en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria	Grupal	INN H207
CH0este - Saúde Digital, um projeto a pensar no colaborador	Grupal	INN H208
Apoyo y tratamiento tras reemplazo articular de prótesis de rodilla	Grupal	INN H209
El conocimiento abre la puerta a la salud, educación para promover la calidad de vida y salud en la mujer	Grupal	INN H210
Proyecto de implementación de programas de bienestar en el lugar de trabajo para personal sanitario	Grupal	INN H211
Proyecto de implementación de métodos de humanización durante los cuidados del periodo periparto	Grupal	INN H212
Alívio - gestão da medicação em casa	Individual	INN H213 *

\* excluida. Fuera de plazo

Más información en [innhospital.eu](http://innhospital.eu)

El proyecto INN HOSPITAL, financiado por la Generalidad Regional de Salud de Castilla y León, está cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa INTERREG I+D España-Portugal (2014-2020) y el FEDER.

## TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

PROPUESTA 01 – INNH201	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 02 – INNH202	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 03 – INNH203	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	



## TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

PROPUESTA 04 – INNH204	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 05 – INNH205	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 06 – INNH206	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

PROPUESTA 07 – INNH207	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 08 – INNH208	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 09 – INNH209	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

PROPUESTA 10 – INNH210	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 11 – INNH211	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

PROPUESTA 12 – INNH212	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	
Impacto o valor (0 -30 puntos)	
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	
<b>TOTAL</b>	

TABLA EVALUACIÓN PROYECTOS Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

PROPUESTAS SELECCIONADAS

1º PREMIO

PROPUESTA 06 – INNH206	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	111,00
Impacto o valor (0 -30 puntos)	116,00
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	109,00
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	46,00
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>382,00</b>

2º PREMIO

PROPUESTA 09 – INNH209	
INDICADORES EVALUATIVOS	PUNTUACIÓN
Carácter innovador de la propuesta (0 - 30 puntos)	100,00
Impacto o valor (0 -30 puntos)	109,00
Viabilidad de desarrollo o grado de aplicabilidad (0 - 25 puntos)	100,00
Claridad de exposición (0 - 10 puntos)	44,00
Colaboración trans-regional o trans-fronteriza (0 - 5 puntos)	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>353,00</b>

# DIPLOMA

Segundo Certamen de Innovación Sanitaria y Hospitalaria

## Acreditación de participación

en el 2º Concurso de Ideas de INNOSPITAL, a la propuesta con título:

*“Proyecto de calidad en codificación clínica y explotación del CMBD”*

23 DE MARZO DE 2022

