

**A  
R  
E  
A**

**MEMORIA 2010**

**M  
E  
D  
I  
C  
A**

*Dr. Luis Ciprés Casasnovas  
Coordinador del Area Médica  
del Sector de Teruel*

**Teruel, Marzo de 2011**

**La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.**

**Aristóteles**  
**384 – 322 a. C.**

## **INDICE**

- 1. Misión, Visión y Valores del Servicio Aragonés de Salud y del Hospital Obispo Polanco.**
- 2. Estructura Física del Hospital Utilizada por el Area Médica.**
- 3. Recursos Humanos.**
- 4. Recursos Técnicos.**
- 5. Análisis de la Organización.**
- 6. Docencia e Investigación.**
- 7. Actividad Asistencial Desarrollada. Global.  
Por Secciones.**
- 8. Normas Organizativas y de Funcionamiento del Area Médica vigentes en el momento actual.**

## **VISION, MISION Y VALORES DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD**

### **VISION**

El Servicio Aragonés de Salud camina hacia un escenario en el que, gestionando todos los recursos sanitarios públicos de Aragón, proporciona una atención sanitaria excelente con la que la comunidad está muy satisfecha. Además, las personas que con su trabajo lo hacen posible están motivadas y altamente implicadas.

### **MISION**

Proporcionar a los ciudadanos y residentes en Aragón una atención sanitaria integral, asegurando su accesibilidad a la misma y entendiendo como tal la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y protección frente a factores físicos, medioambientales y biológicos, la prestación de todos los cuidados necesarios en caso de enfermedad, y el mantenimiento del mayor grado posible de autonomía e inserción en su entorno y en la sociedad para, así, satisfacer todas sus necesidades y expectativas en materia de salud.

### **VALORES**

- Equidad, solidaridad y universalidad.
- Orientación a la comunidad.
- Orientación a los resultados.
- Mejora continua, aprendizaje e innovación.
- Responsabilidad de la Dirección.
- Responsabilidad Social.

## **MISION, VISION Y VALORES DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO**

### **MISION**

El Hospital Obispo Polanco es un centro público del SALUD/Servicio aragonés de salud cuyo fin es elevar el nivel de salud de los ciudadanos y residentes en el sector de Teruel y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes mediante la prestación de servicios sanitarios especializados.

Para ello asumimos como guías de actuación el desarrollo de la mejora continua en:

- La implicación y el crecimiento profesional de las personas que trabajan en el hospital.
- La eficiencia y el equilibrio financiero en la actuación.
- Favorecer la mejora global del sistema sanitario mediante la integración y cooperación de todos los niveles asistenciales.
- El compromiso con el respeto al medio ambiente.

### **VISION**

Queremos ser un hospital de excelente calidad, en permanente crecimiento profesional y técnico, que logre un alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que lo componen y especialmente sus clientes.

## VALORES

- Trabajamos para el paciente
- Participación real de los profesionales
- Trabajo en equipo
- Comunicación abierta
- Orientación a resultados
- Apuesta por la innovación
- Mejora continua
- Sentido de pertenencia
- Responsabilidad de la Dirección

## **2.- Estructura física del Hospital Utilizada por el Area Médica.**

Para Hospitalización Medicina Interna utiliza 35 camas en la planta 3ª y 10 en la 4ª; Cardiología, 8 en la 1ª; Digestivo, 6 en la 2ª; Neumología, 6 en la 4ª; Neurología, 4 en la 4ª y Nefrología 2 en la 4ª.

En los bloques de Consultas Externas se ubican las consultas de todas las Especialidades así como la Unidad de Endoscopias Digestivas.

En la Planta Quinta del Hospital se encuentran las unidades de exploración funcional respiratoria, endocrinología, broncoscopia, test de esfuerzo cardiológico y ecocardiografía.

Distribuidos, a lo largo de todo el Hospital, se encuentran los despachos y Salas de Reuniones de las distintas Secciones.

## **3.- Recursos Humanos**

El Área cuenta como personal fijo con 31 Facultativos Especialistas de Área entre los cuales se encuentra el Coordinador-Responsable del Área Médica y 5 Jefes de Sección, (uno perteneciente a Cardiología, uno a Digestivo, uno a Nefrología y dos a Medicina Interna). Además tenemos asignados 2 Especialistas en Medicina Interna que refuerzan la realización de las guardias de presencia física y 4 MIR de medicina interna en los distintos años.

Por especialidades la plantilla se concreta en:

- ALERGOLOGIA:	2 Facultativos Especialistas
- CARDIOLOGÍA:	1 Jefe de Sección 3 Facultativos Especialistas
- DIGESTIVO	1 Jefe de Sección 3 Facultativos Especialistas 1 Facultativo de Cupo
- ENDOCRINOLOGIA:	2 Facultativos Especialistas
-MEDICINA INTERNA:	2 Jefes de Sección. 5 Facultativos Especialistas
- NEFROLOGIA:	1 Jefe de Sección 3 Facultativos Especialistas
- NEUMOLOGIA:	2 Facultativos Especialistas
- NEUROLOGIA:	2 Facultativos Especialistas
- REUMATOLOGIA:	2 Facultativos Especialistas

La plantilla medica, mayoritariamente, se mueve en un rango de edad entre 45 y 55 años. Esto supone un potencial importante de experiencia y abundante capacidad física e intelectual para desarrollar un trabajo intenso y de calidad.

## **4.- Recursos Técnicos**

El Area Médica, cuenta con recursos técnicos propios y otros compartidos.

Las Unidades de pruebas funcionales (Neumología, Endocrinología, Cardiología, etc.), dan apoyo a todo el proceso asistencial proveniente de Consultas Externas o del área de Hospitalización. La Unidad de endoscopias digestivas, cumple una misión diagnóstico-terapéutica y la de Formación Diabetológica (potenciada desde la de pruebas funcionales Endocrinológicas), eminentemente educacional y preventiva.

La Unidad de monitorización de la presión arterial (Nefrología), cumple un importante papel complementario para otras especialidades y preventivo para la población general.

Otros recursos son compartidos: quirófanos para la implantación de marcapasos y endoscopias con sedación, laboratorio, radiología, anatomía patológica, etc. Con ellos se da y fomenta un espíritu de simbiosis y colaboración.

Para la adquisición de futuros recursos técnicos, que se hagan necesarios en función de la demanda sanitaria y de la evolución científica, se puede contar con los recursos propios y también con convenios de colaboración.

En general, se puede decir, que los recursos técnicos de los que dispone el Area Médica, son suficientes para prestar una buena oferta sanitaria. No obstante la constante renovación tecnológica y las nuevas prestaciones siempre van a exigir nuevos y más modernos medios que surgirán de un estudio real de su idoneidad y necesidad.

## **5.- Análisis de la Organización**

El Area Médica tiene sus órganos de dirección emanados de la Gerencia del Sector, del cual depende la Dirección del Hospital y de esta depende directamente el Area Médica en todos los aspectos de dirección, gestión y coordinación.

Ya dentro del Area es el Coordinador el responsable de la dirección de las distintas especialidades y cuatro Secciones: cardiología, digestivo, medicina interna y nefrología, cuentan con Jefes de Sección que les aportan autonomía de gestión y organización.

El Area Médica forma parte de los Órganos de asesoramiento y participación del Centro: Comisión Técnico Asistencial y Comisión Mixta.

## **6.- Docencia e Investigación**

Dentro del más puro principio hipocrático los médicos debemos transmitir nuestros conocimientos y experiencias a las generaciones futuras, la docencia es inherente a nuestra profesión. En esta meta haremos nuestros los siguientes principios.

- El centro y la primera prioridad de la educación médica lo constituye el paciente.
- La medicina como profesión es una ciencia.
- El aprendizaje requiere reflexión, y el proceso de solución de los problemas requiere tiempo.
- La educación médica es un todo continuo entre la educación en el colegio, en la Universidad y en postgrado.
- El aprendizaje de la medicina requiere un exquisito balance entre la práctica y las enseñanzas teóricas.
- La educación necesita un proceso de evaluación que tase correctamente los progresos y la competencia, en consecuencia la calidad.
- La profesión médica requiere el más alto nivel ético.

## Investigación

Es un error pensar que la investigación solo debe ser ejercida por determinados centros especializados.

Existen diversos grados, desde la investigación de élite, que normalmente exige dedicación absoluta, hasta la investigación clínica, que generalmente origina poco gasto y suele basarse en una correcta organización de la asistencia, y una ordenada recogida de datos.

La investigación clínica está al alcance de cualquier médico, debe ser practicada ya que su ejercicio ayudará a la utilización de un método científico y a la formación de un espíritu crítico muy útil a la hora de juzgar nuevos hallazgos, por ejemplo, mejorando la calidad del trabajo. Hay que huir del "ojo clínico" y la "experiencia" que no hayan sido contrastados con un método científico.

De esta manera en un Hospital debe haber programas de investigación clínica y son especialmente interesantes la participación en estudios multicéntricos.

Como en la investigación clínica se trata con personas y a veces se pueden plantear la realización de ensayos terapéuticos o actos no imprescindibles en la asistencia, se deben respetar las normas de ética y deontología, como viene especificado en el acta de Helsinki.

En el último apartado de esta Memoria (8 K y L) se relacionan las Sesiones Clínicas realizadas y los proyectos de investigación activos en 2010.

## **7.- Actividad Asistencial Desarrollada:**

- **Global**
- **Por Secciones**

## Actividad Asistencial Total Desarrollada

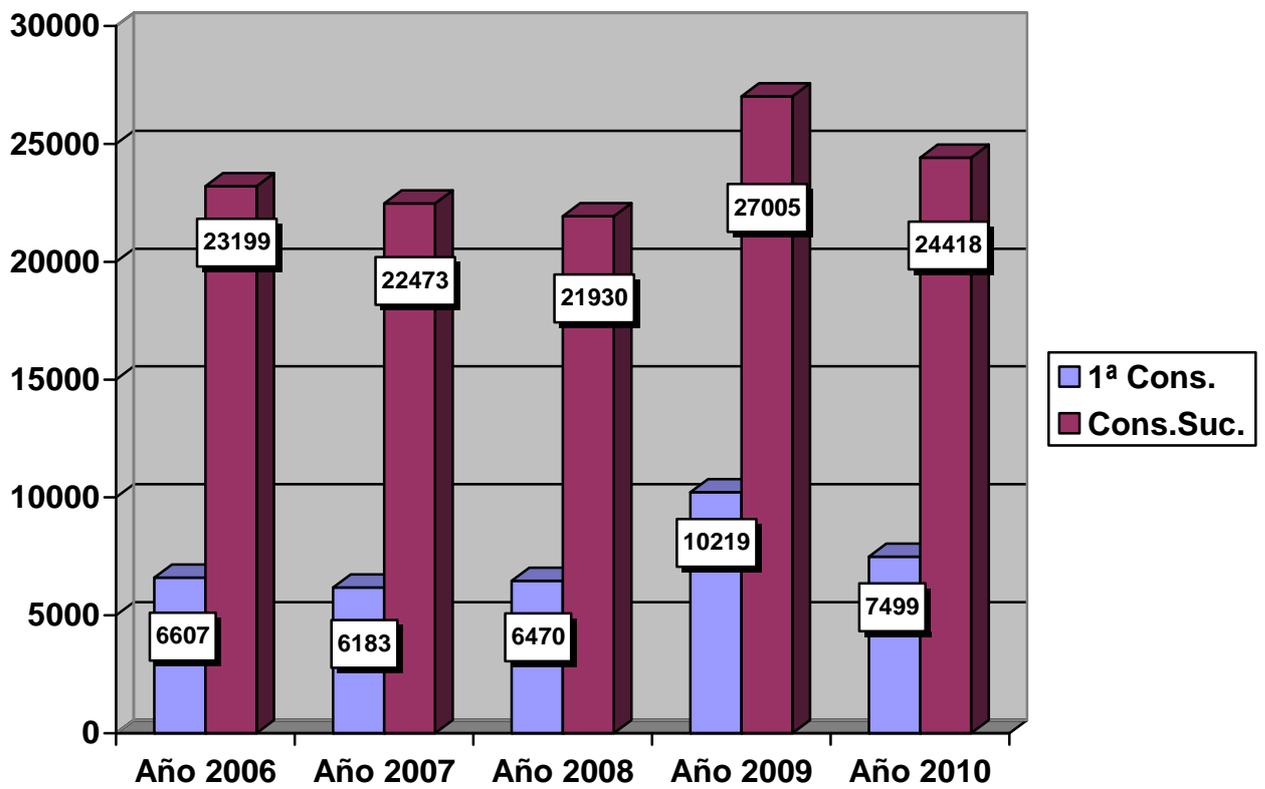
### Consultas Externas por Especialidad

SECCION	2006		2007		2008		2009		2010	
	PRIM.	SUC.	PRIM.	SUC.	PRIM.	SUC.	PRIM.	SUC.	PRIM.	SUC.
ALG	886	3.319	921	3.318	890	3.133	993	3.257	1.052	3.276
CAR	954	3.009	847	3.051	1.025	3.058	1.030	3.415	996	3.495
DIG	1.203	4.337	1.187	4.219	1.251	4.526	1.428	4.744	1.487	5.030
END	762	3.745	740	3.563	728	3.528	786	3.678	855	3.556
MIR	244	1.285	226	1.196	208	1.119	231	1.164	245	1.191
NEF	224	1.103	247	1.280	267	1.372	262	1.474	229	1.475
NML	512	2.183	456	2.082	498	1.894	528	2.157	599	2.217
NRL	1.135	2.196	1.048	1.946	933	1.737	1.313	1.873	1.046	1.767
REU	687	2.022	511	1.818	670	1.563	992	2.327	990	2.411
<b>TOTAL</b>	<b>6.607</b>	<b>23.199</b>	<b>6.183</b>	<b>22.473</b>	<b>6.470</b>	<b>21.930</b>	<b>10.219</b>	<b>27.005</b>	<b>7.499</b>	<b>24.418</b>

Evolución de la actividad de Consultas Externas (2006-2010). Globalmente y por Especialidad.

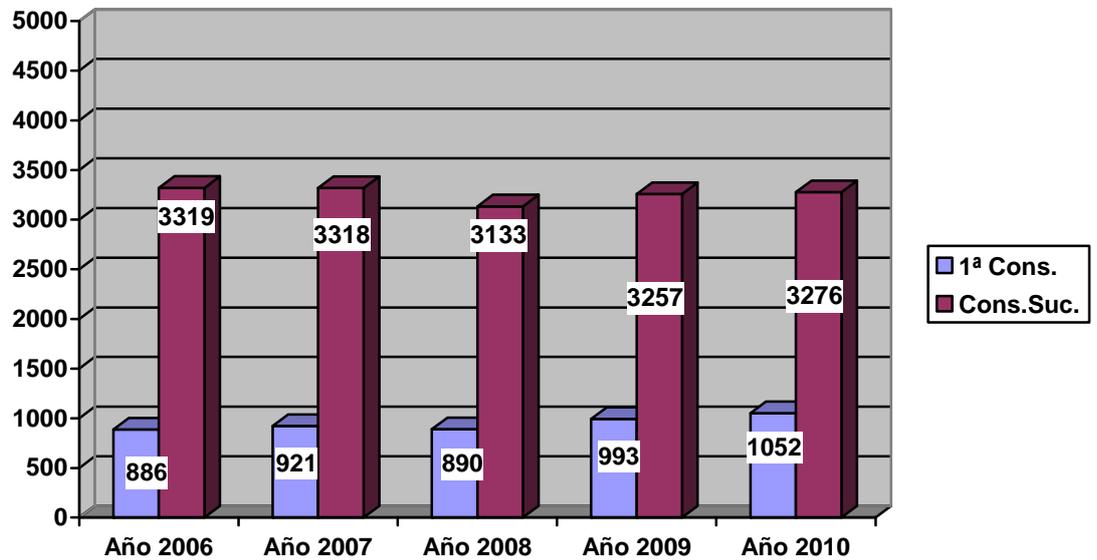
## Evolución de Consultas Externas 2006-2010

(Globalmente)

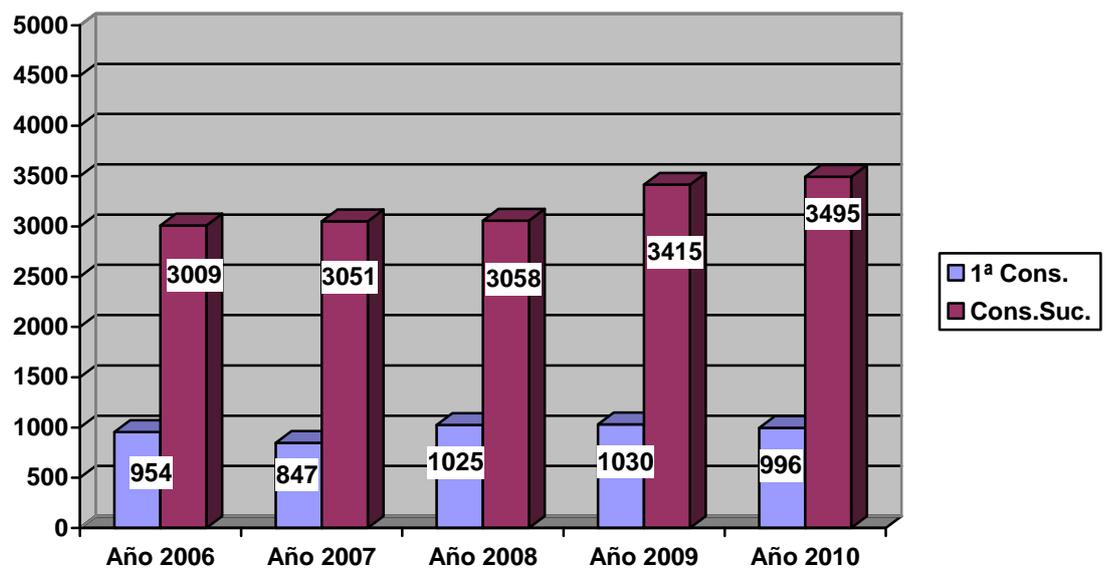


## Evolución de Consultas Externas 2006-2010 (por Especialidad)

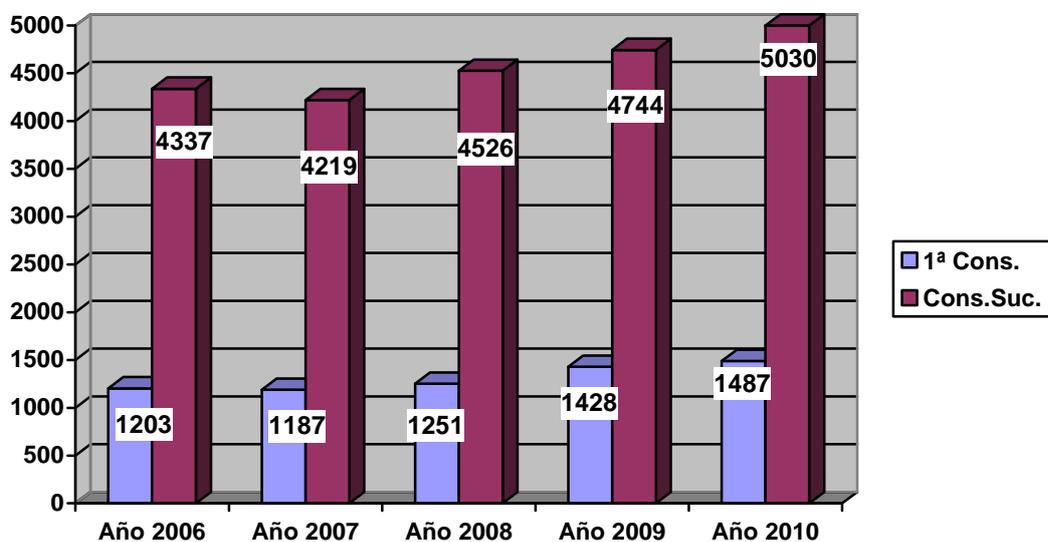
### ALERGOLOGIA



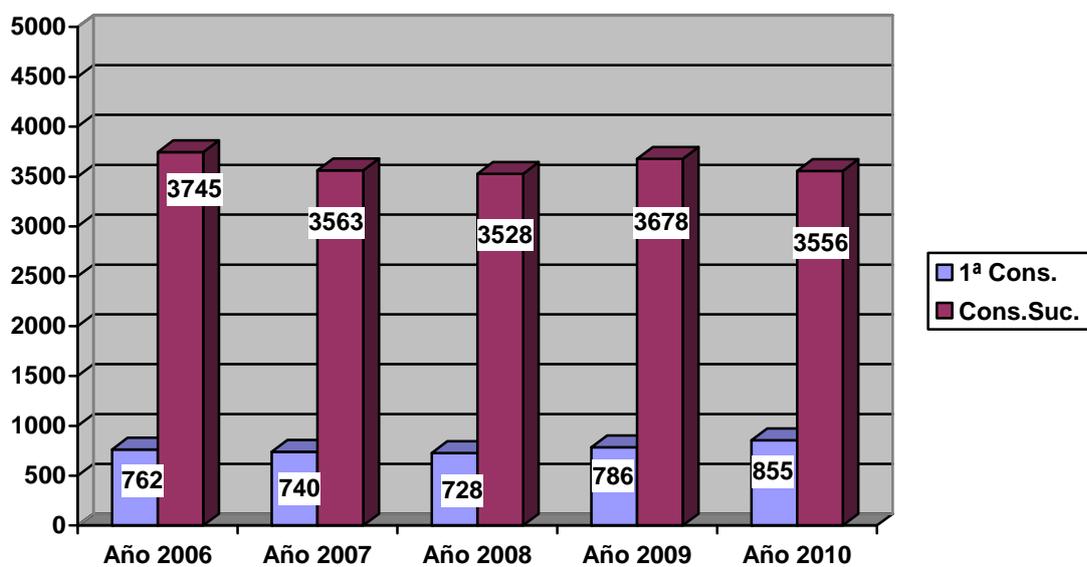
### CARDIOLOGIA



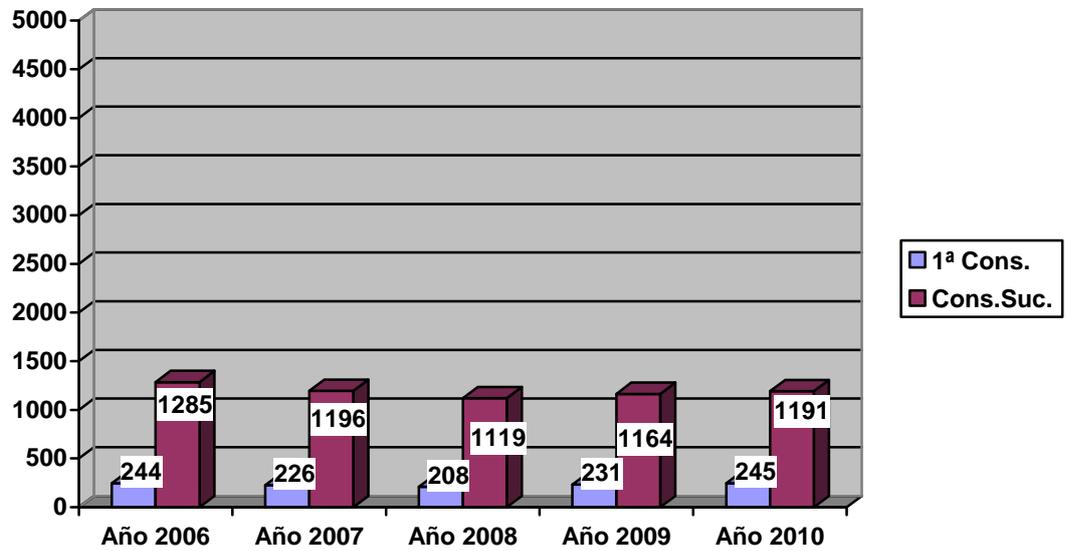
## DIGESTIVO



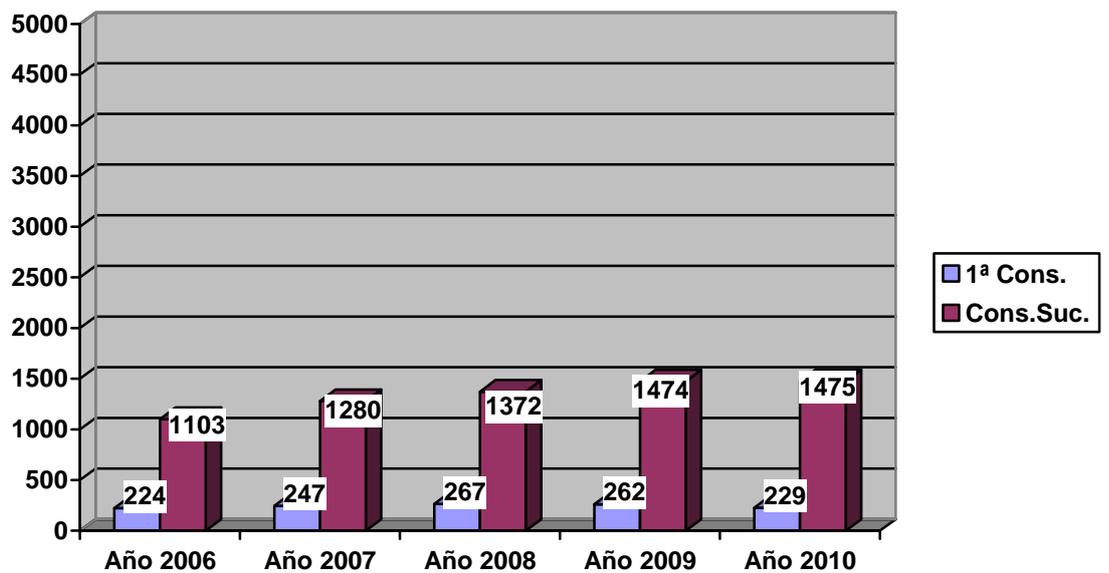
## ENDOCRINOLOGIA



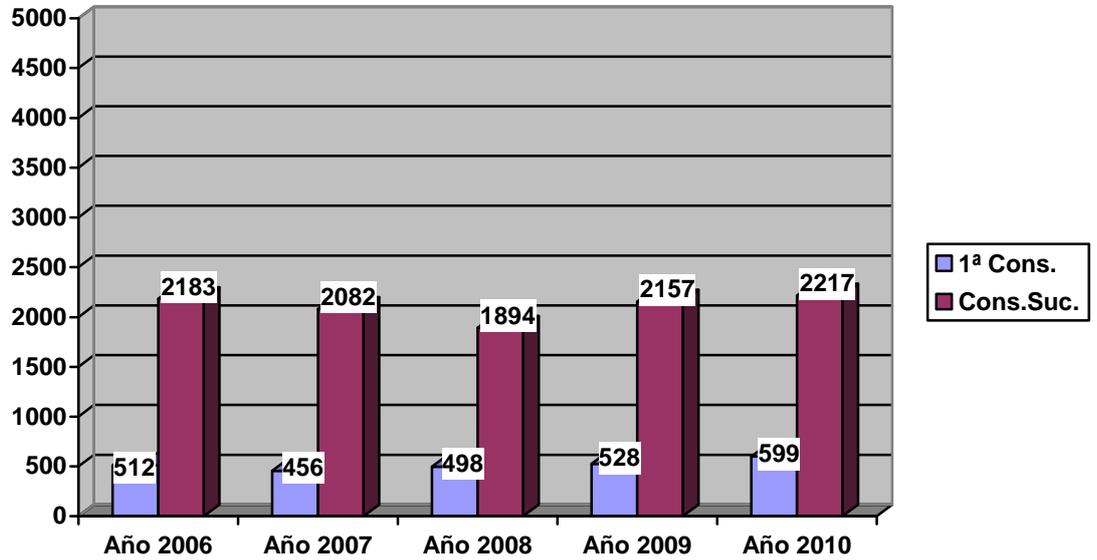
## MEDICINA INTERNA



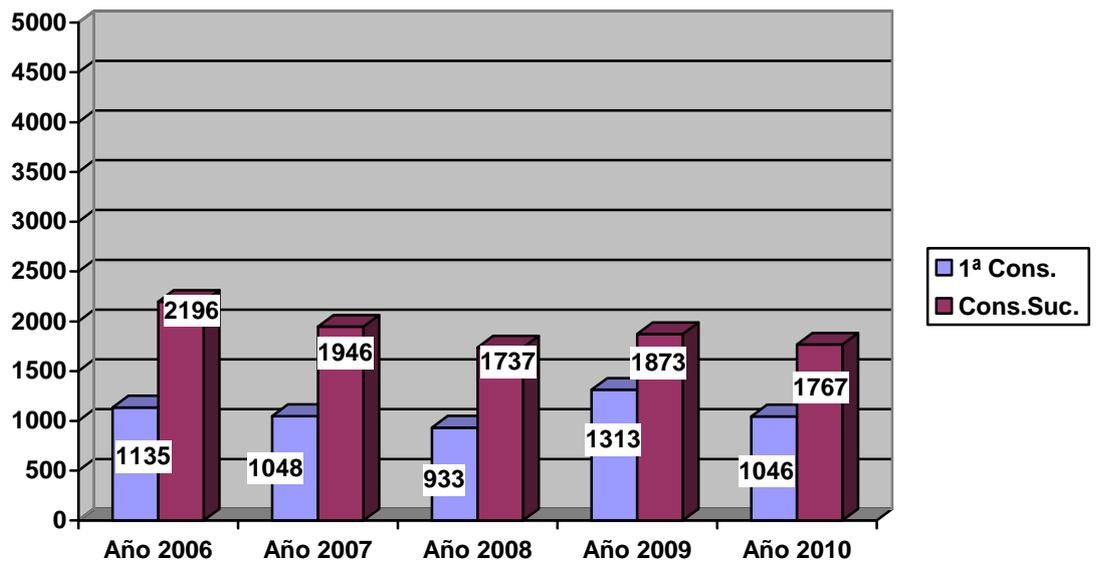
## NEFROLOGIA



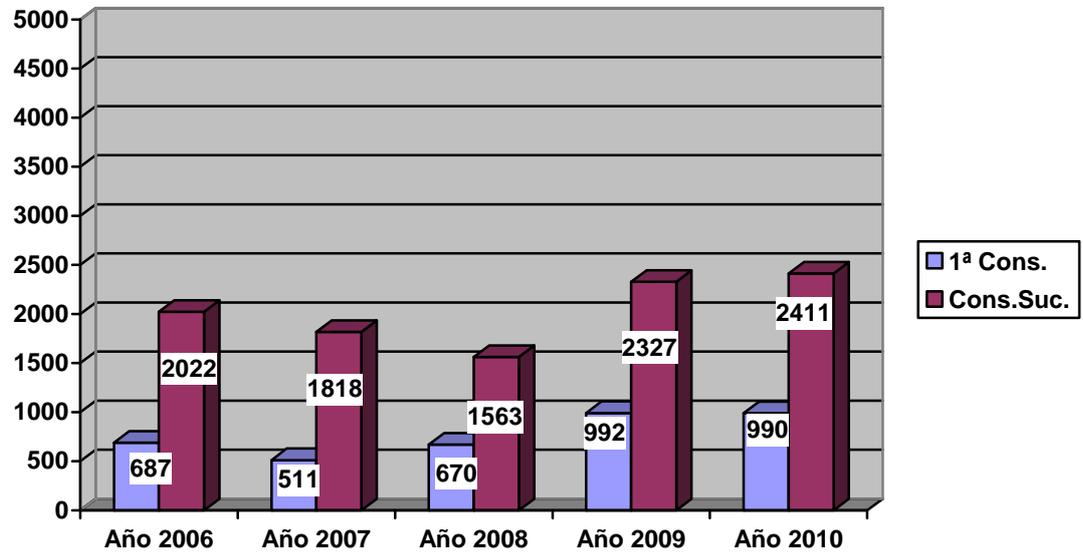
## NEUMOLOGIA



## NEUROLOGIA



## REUMATOLOGIA



## Actividad Hospitalización

Sección	2007			2008			2009			2010		
	Ingresos	Estancias	E. Media	Ingresos	Estancias	E. Media	Ingresos	Estancias	E. Media	Ingresos	Estancias	E. Media
CAR	402	2.306	5,7	137	733	5'4	465	2.374	5'2	4821	2.156	4'5
DIG	315	1.996	6,3	472	2.559	5'4	440	2.309	5'2	452	2.204	4'9
MIR	1.519	16.224	10,7	1.702	18.439	10'8	1.530	17.513	11'5	1.506	15.276	10'1
NEF	119	917	7,7	133	1.062	8	109	854	7'8	106	752	7'1
NML	294	2.421	8,2	297	2.735	9'2	265	2.386	9	265	1.932	7'3
NRL	198	1.755	8,9	241	2.169	9	254	2.310	9'1	259	1.717	6'6
<b>TOTAL</b>	<b>2.847</b>	<b>25.169</b>	<b>8,8</b>	<b>2.982</b>	<b>27.697</b>	<b>7'9</b>	<b>3.063</b>	<b>27.746</b>	<b>9</b>	<b>3.070</b>	<b>24.037</b>	<b>6'75</b>

**GRDs más frecuentes por Especialidades con Estancia Media**  
**(Años 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010)**

**Sección de Cardiología**

	DESCRIPCION	2006	2007	2008	2009	2010
140	Angina de Pecho	5.66	6.32	7.00	5.83	5,28
125	Trast. Circulatorios; Excp. IAM; con cateterismo sin dc.	3.30	3.43	2.74	2.88	2,84
127	Insuficiencia cardiaca y shock	7.58	7.72	3.50	6.59	6,06
122	Tras. Circulatorios con IAM sin cc cardiovasculares	8.11	7.2	7.63	5.83	6,92

**Sección de Digestivo**

	DESCRIPCION	2006	2007	2008	2009	2010
175	Hemorragia intestinal sin cc	5.26	5	3.90	3.92	4,6
204	Trastornos de páncreas excepto neo maligna maligna	8.61	7.97	8.17	6.44	8,23
206	Trastornos del Hígado excepto n Neo maligna, cirrosis, hep. Alc.	2.77	2.44	4.31	3.77	5

**Sección de Medicina Interna**

	DESCRIPCION	2006	2007	2008	2009	2010
140	Angina de pecho	6.65	7.67	7.29	5.29	7,14
541	Tras. respi. Exc. infección, bronquitis, asma con cc mayor	11.07	10.77	10.50	10.49	10,13
127	Insuficiencia card. y shock	8.46	9.05	9.14	8.68	8,59
15	AIT y oclusión precerebral	6.33	6.44	15.00	9.50	10,71

### Sección de Nefrología

	DESCRIPCION	2006	2007	2008	2009	2010
316	Insuficiencia Renal	4.86	9.67	8.30	9.05	7,74
568	Insuficiencia Renal con CC mayor	8.50	15.40	15.00	14.50	21
134	Hipertensión	700	4.75	5.33	3.00	5,5

### Sección de Neumología

	DESCRIPCION	2006	2007	2008	2009	2010
541	Tras. resp. Exc. infección, bronquitis, asma con cc	9.63	8.91	10.05	10.15	8
88	EPOC	7.18	7.03	9.39	7.71	7,54

### Sección de Neurología

	DESCRIPCION	2006	2007	2008	2009	2010
14	Trastornos cerebrovasculares Excepto AIT	7.21	8.98	9.28	10.33	8,1
533	Otros Trastornos SN exc AIT, convulsiones, cefalea con cc	15.55	13.36	13.69	17.06	15,2
15	AIT y oclusión precerebral	7.82	9.25	10.60	5.33	8

### **Guardias de Presencia Física Realizadas**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Número	365	365	366	365	365
Ingresos efectuados	2.510	2.847	3.001	2.828	2.679
Total	10.023	10.102	10.420	10.320	4.044

### **Guardias Localizadas Realizadas (Digestivo)**

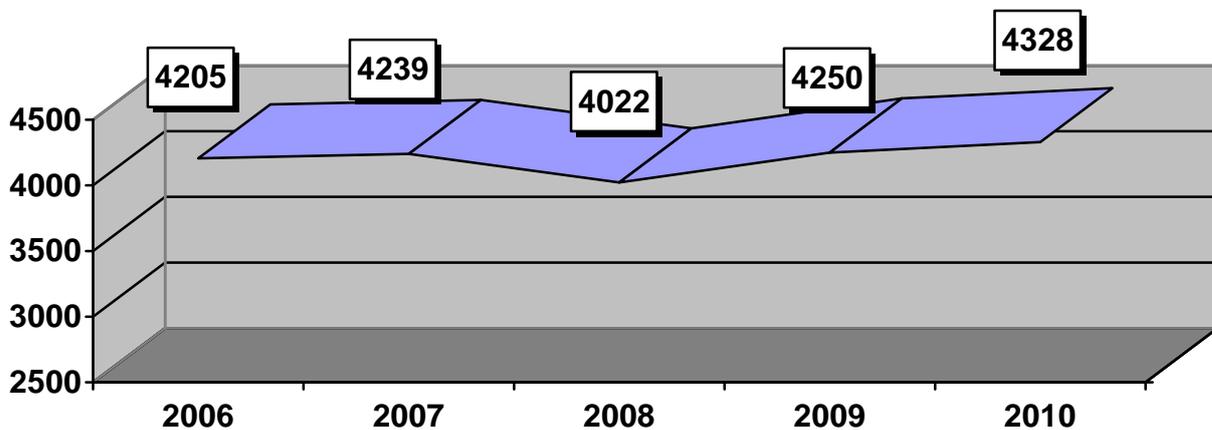
	<b>2006 (10meses)</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Número	145	184	163	168	175
Endoscopias Urgentes	61	44	57	66	76

## **Actividad por Secciones**

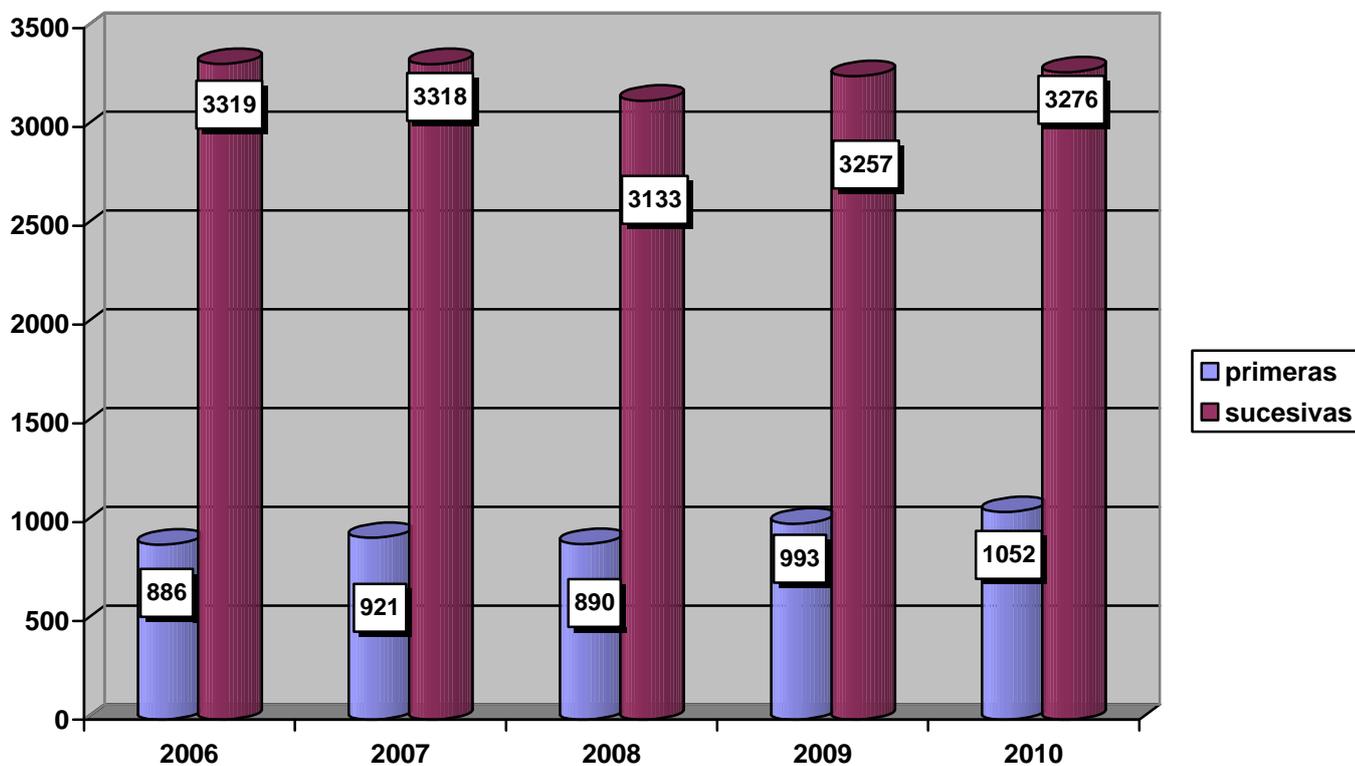
# ALERGIA

## ACTIVIDAD EN CCEE

### Total Consultas



### Desglosadas



## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

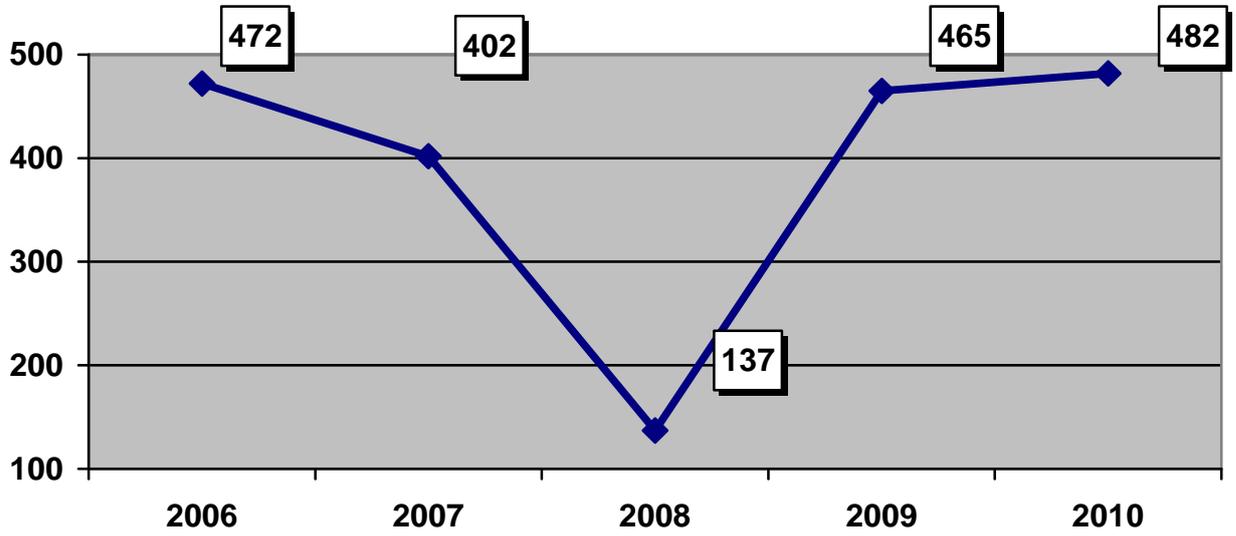
	<b>2006</b>
HIPERSENSIBILIDAD A FARMACOS	5.798
HIMENOPTEROS	86
TEST DE METACOLINA	7
PARCHES EPICUTANEOS	590
INMUNOTERAPIA ESPECIFICA	1.924
TEST CUTANEOS HIPERS. INMEDIA	1.371

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Test cutáneos hipers. Inmediata	1.330	1.355	1.381	1.480
Estudios alergia medicamentosa	4.924	6.506	4.910	5.397
Vacunas	1.888	1.856	2.124	2.133
Test epicutaneos (parches)	595	505	517	579
Espirometrías	720	684	755	742
Test de metacolina	17	12	15	8
Provocaciones conjuntivales	38	68	68	14
Frotis nasales	32	28	16	38
Tratamientos	22	32	26	38

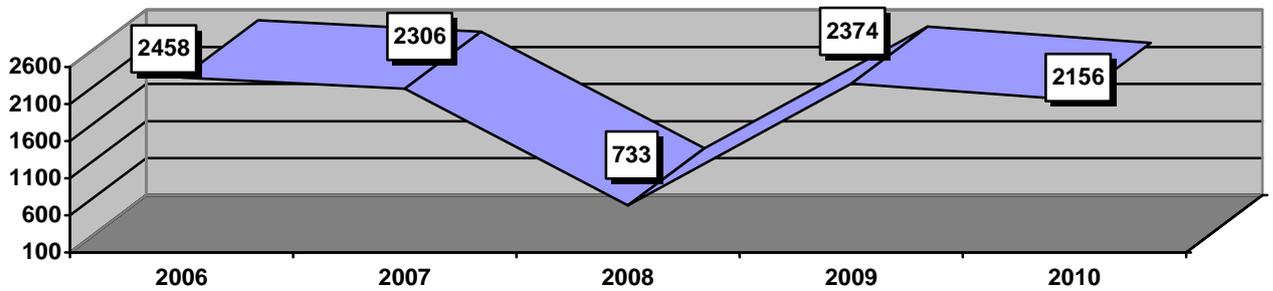
# CARDIOLOGIA

## ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACION

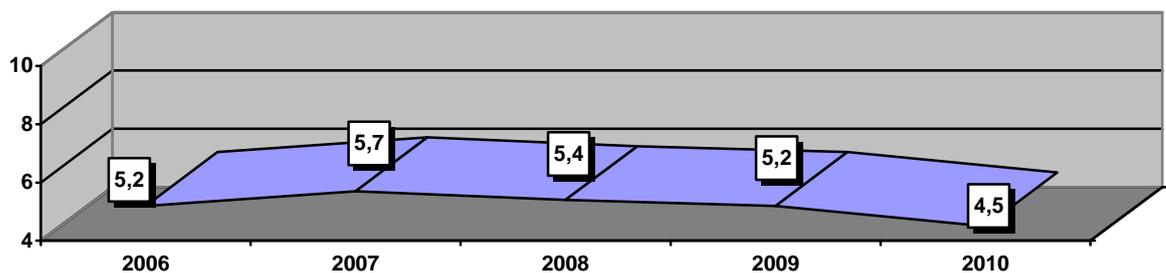
### Ingresos



### Estancias

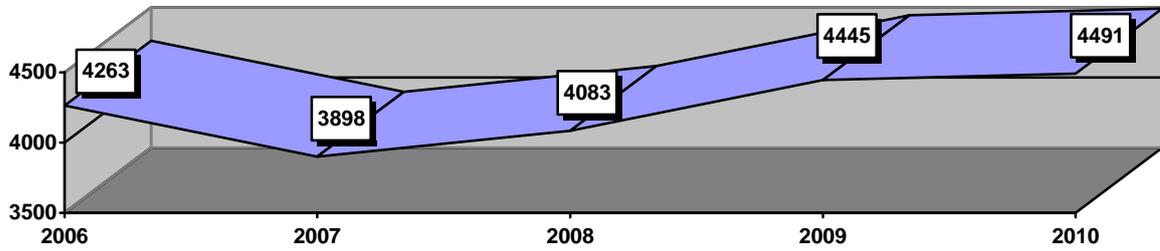


### Evolución Estancia Media por años

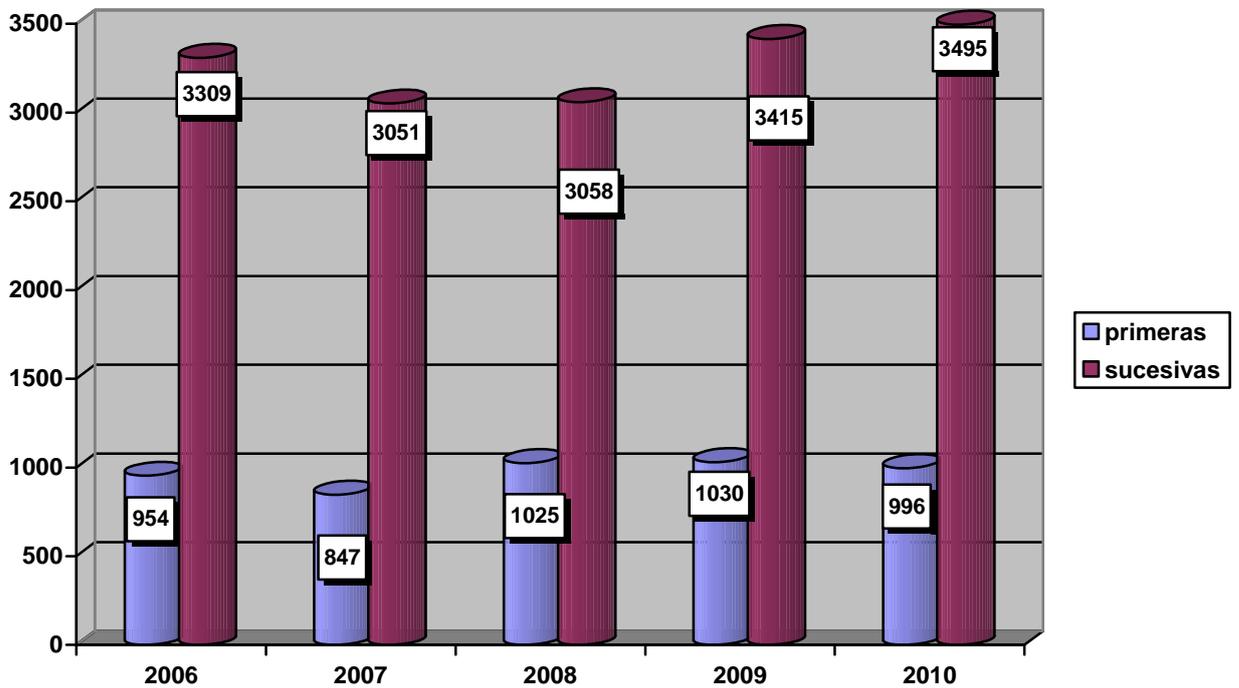


## ACTIVIDAD EN CCEE

### Total consultas

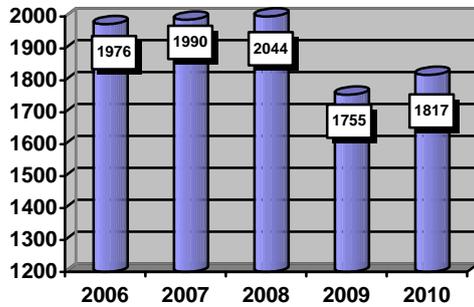


### Desglosadas

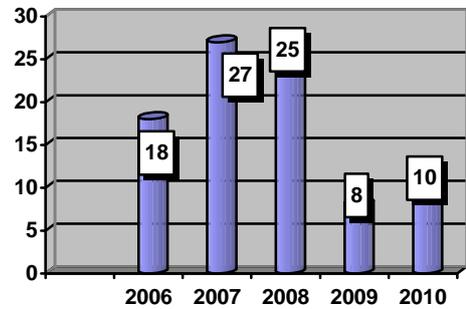


## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

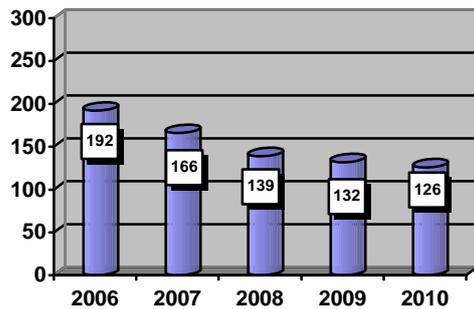
*Ecocardiogramas TTR*



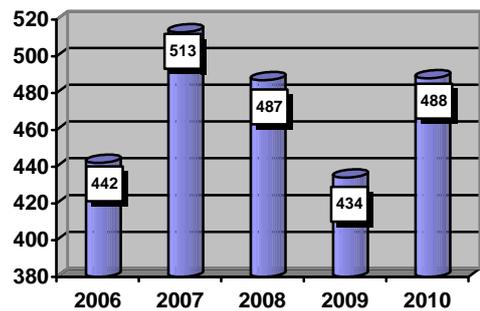
*Ecocardiogramas TE*



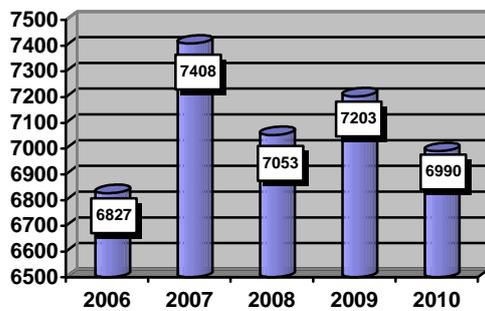
*P. de Esfuerzo*



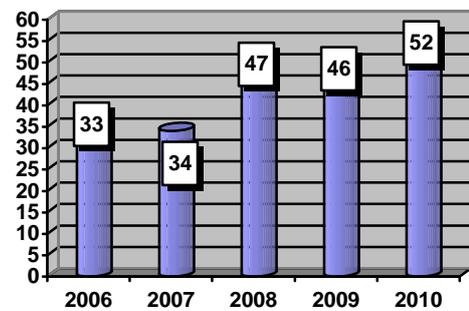
*Holter*



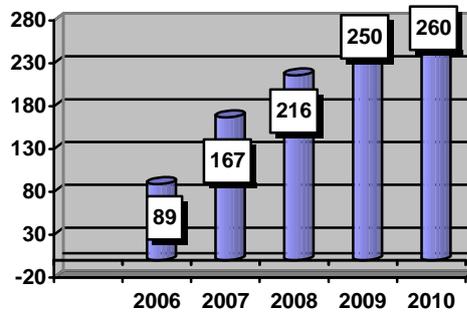
*ECG Informados*



*Implantes de Marcapasos*



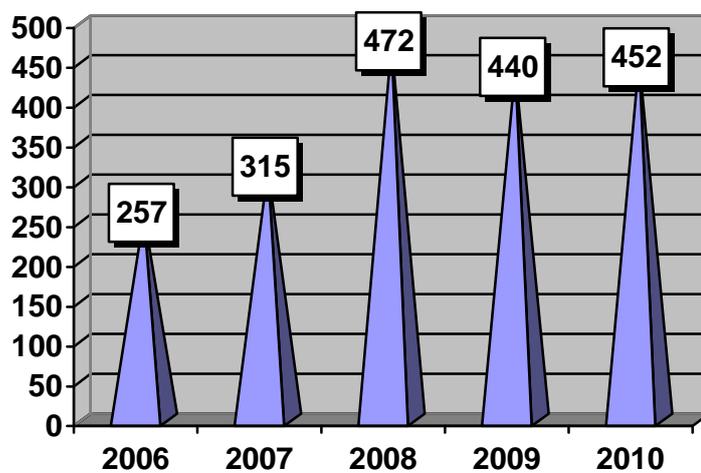
### *Revisión de Marcapasos*



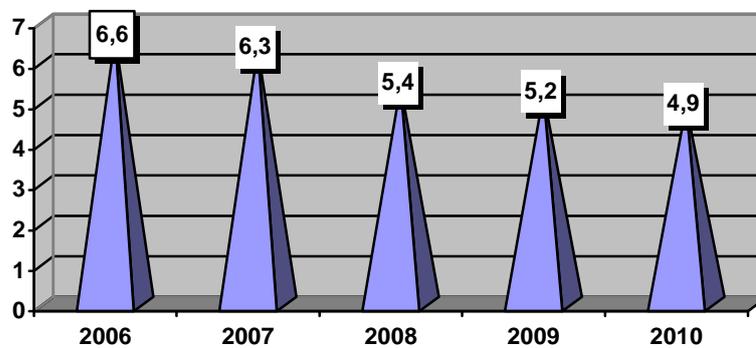
## DIGESTIVO

### ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACION

#### Ingresos

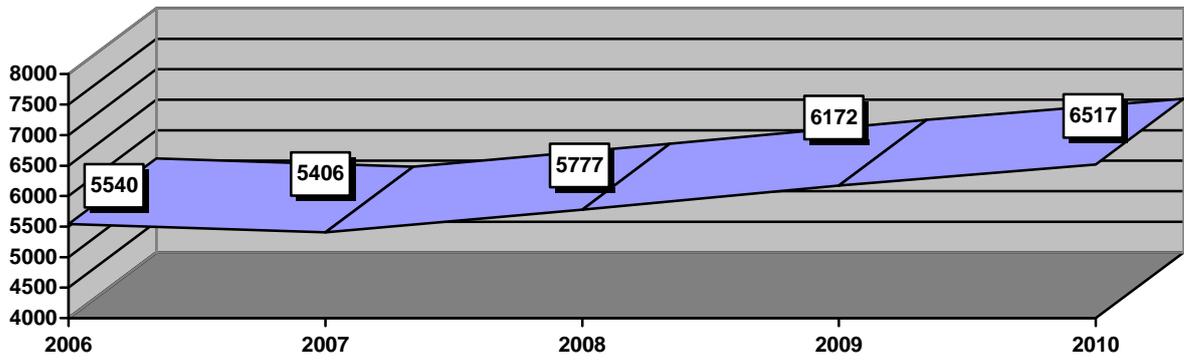


#### Evolución Estancia Media por años

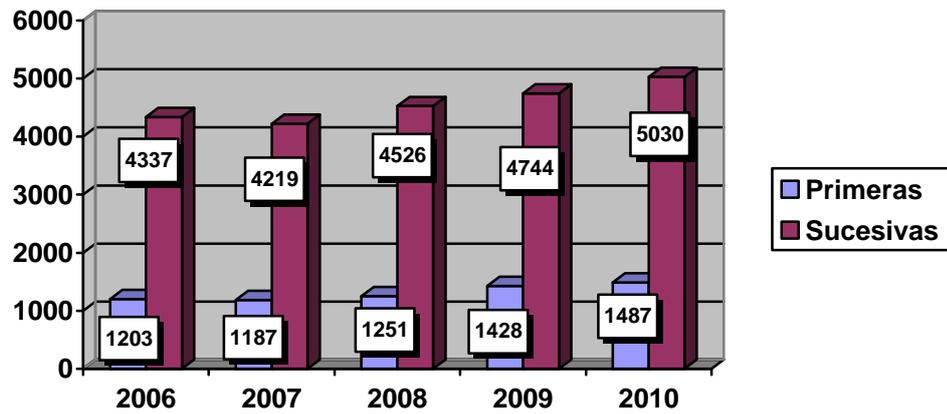


## ACTIVIDAD EN CCEE

### Total Consultas

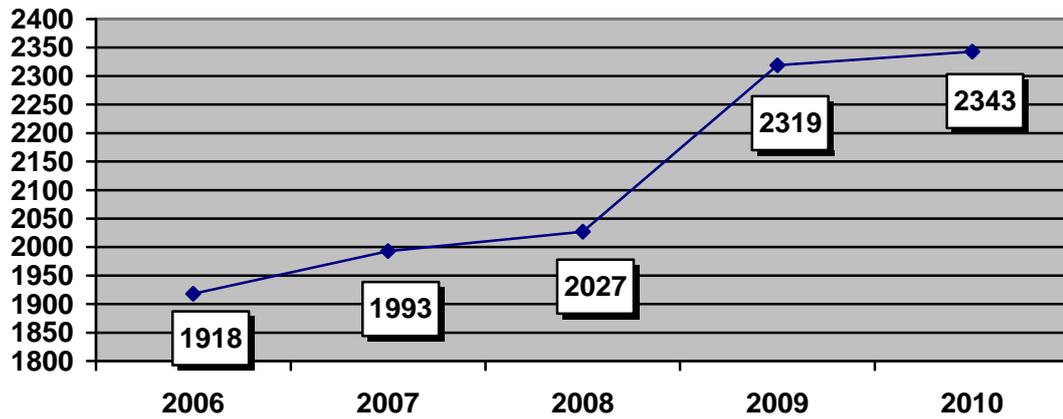


### Desglosadas

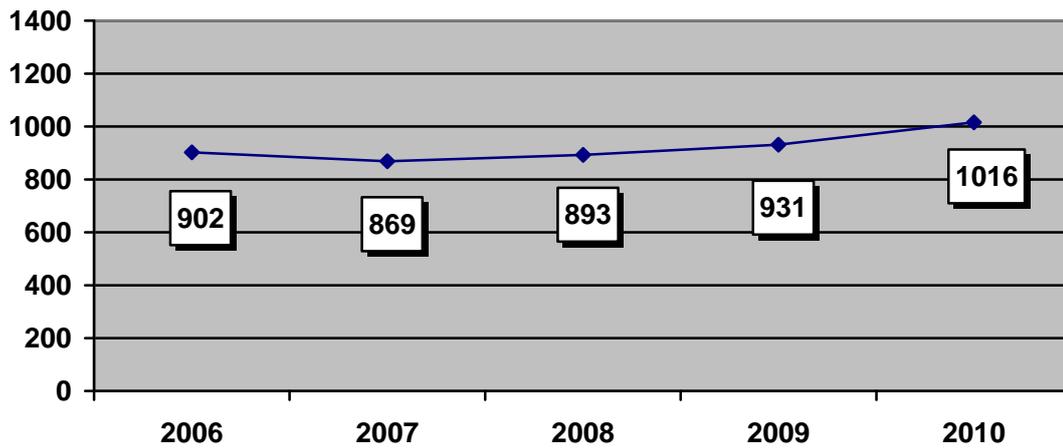


## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

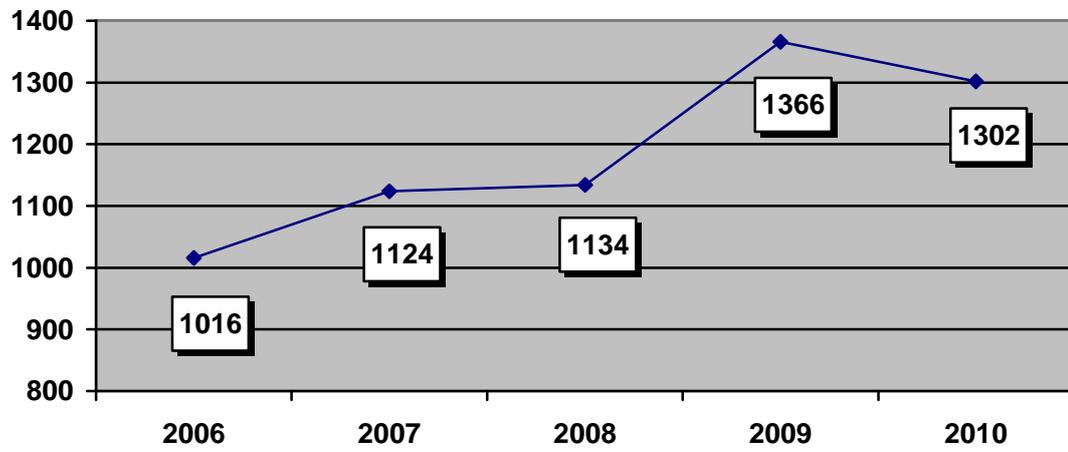
### Evolución de las Endoscopias



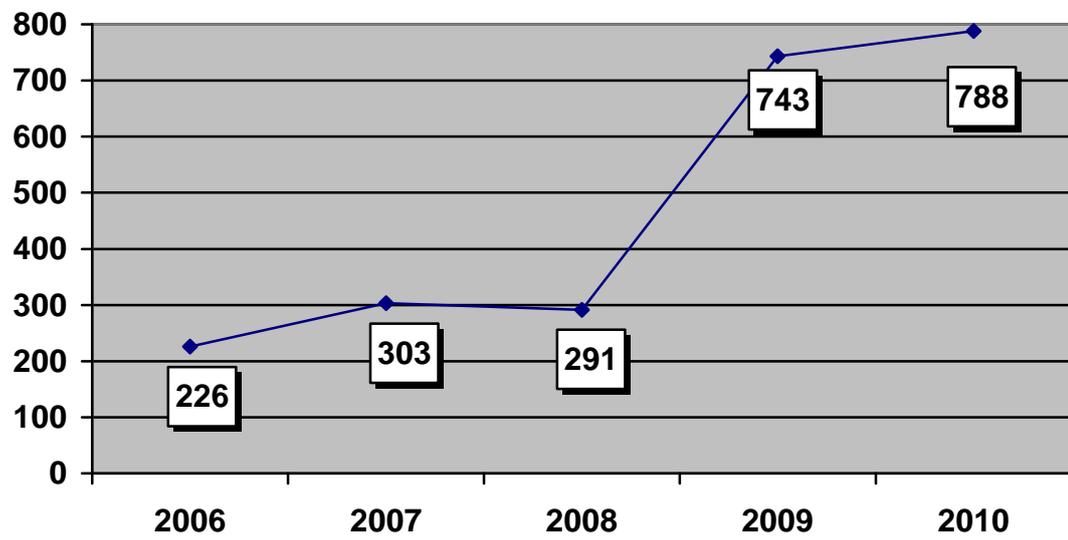
### Gastroscopias



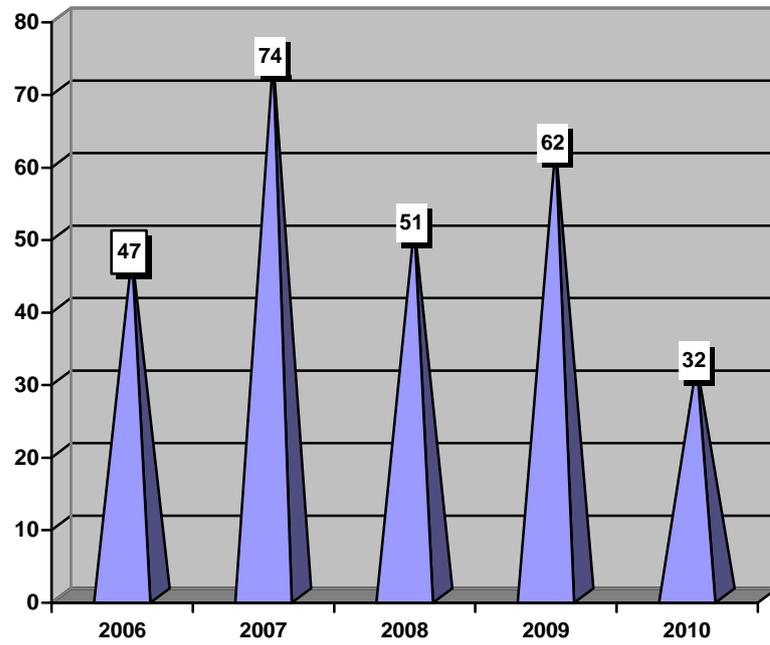
### Colonoscopias



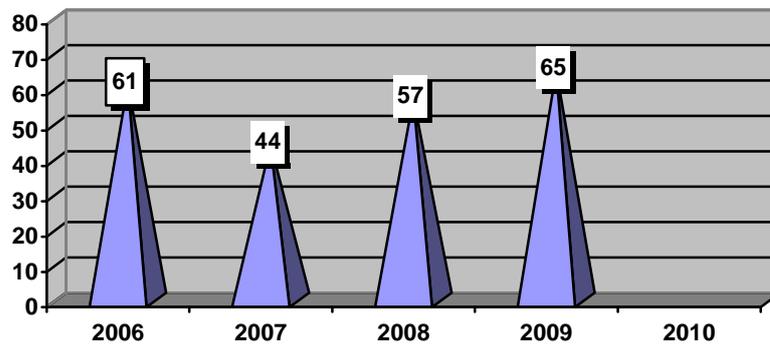
### Polipectomias Endoscópicas



## Esclerosis Ulceras

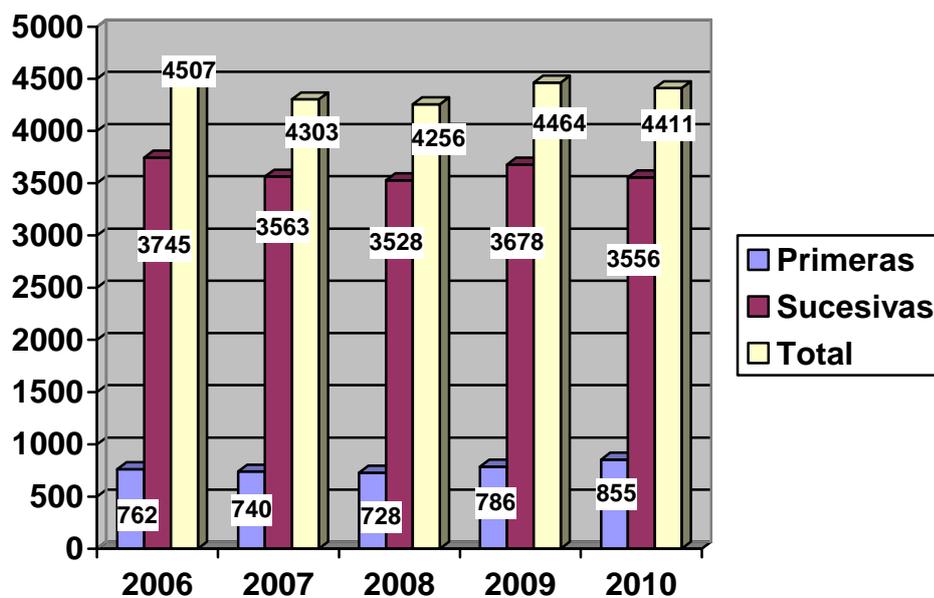


## Endoscopias Urgentes



## ENDOCRINOLOGIA

### ACTIVIDAD EN CCEE



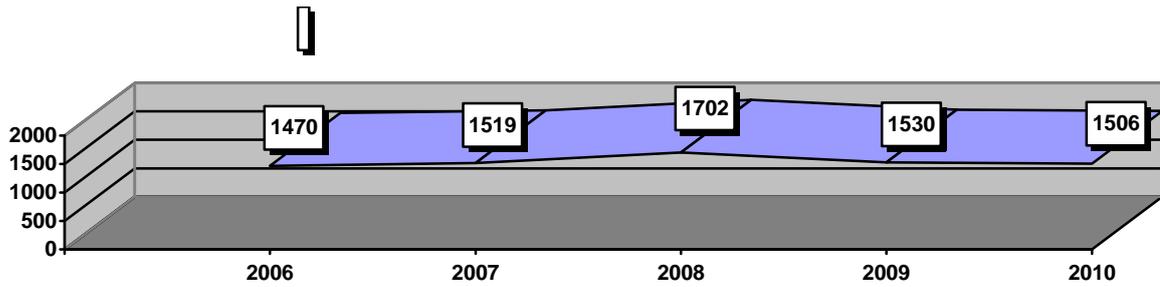
### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

	2006	2007	2008	2009	2010
PRUEBAS FUNCIONALES	347	320	300	282	366
FORMACION DIABETOLOGICA	395	354	494	441	480

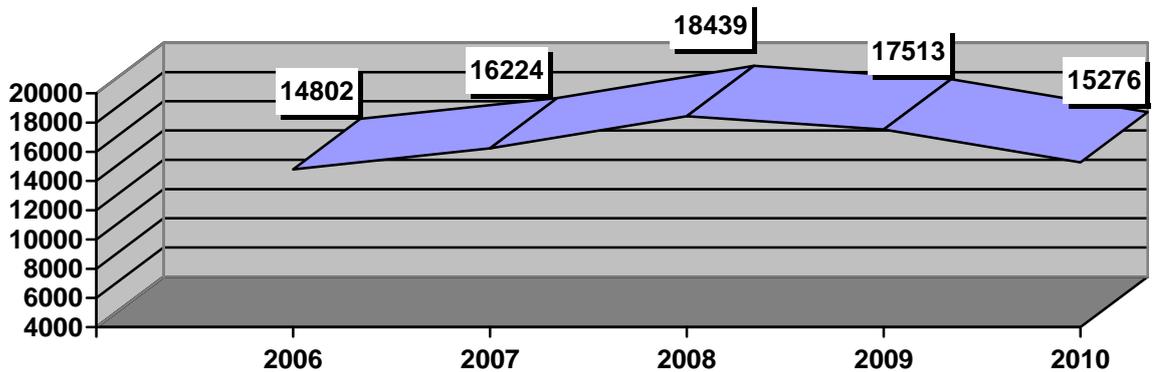
# MEDICINA INTERNA

## ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACION

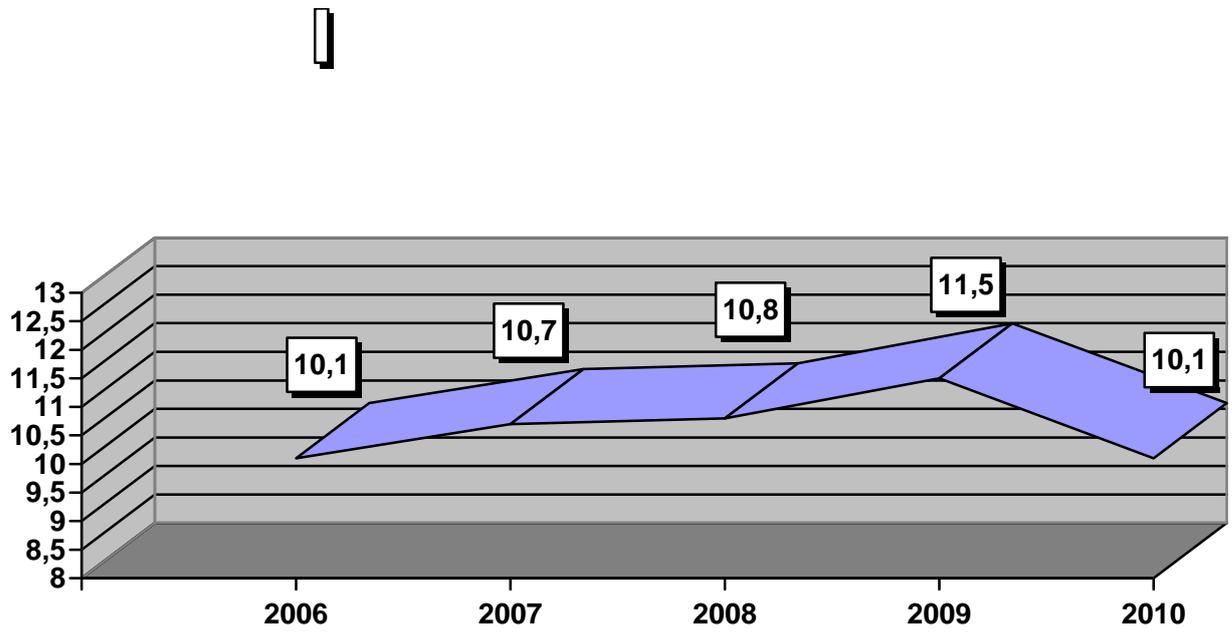
### Total Ingresos



### Evolución Estancias por años

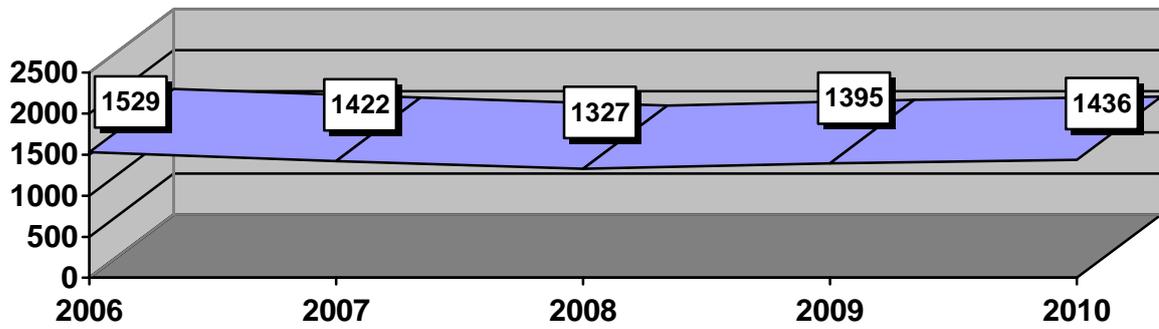


### **Evolución Estancia Media por años**

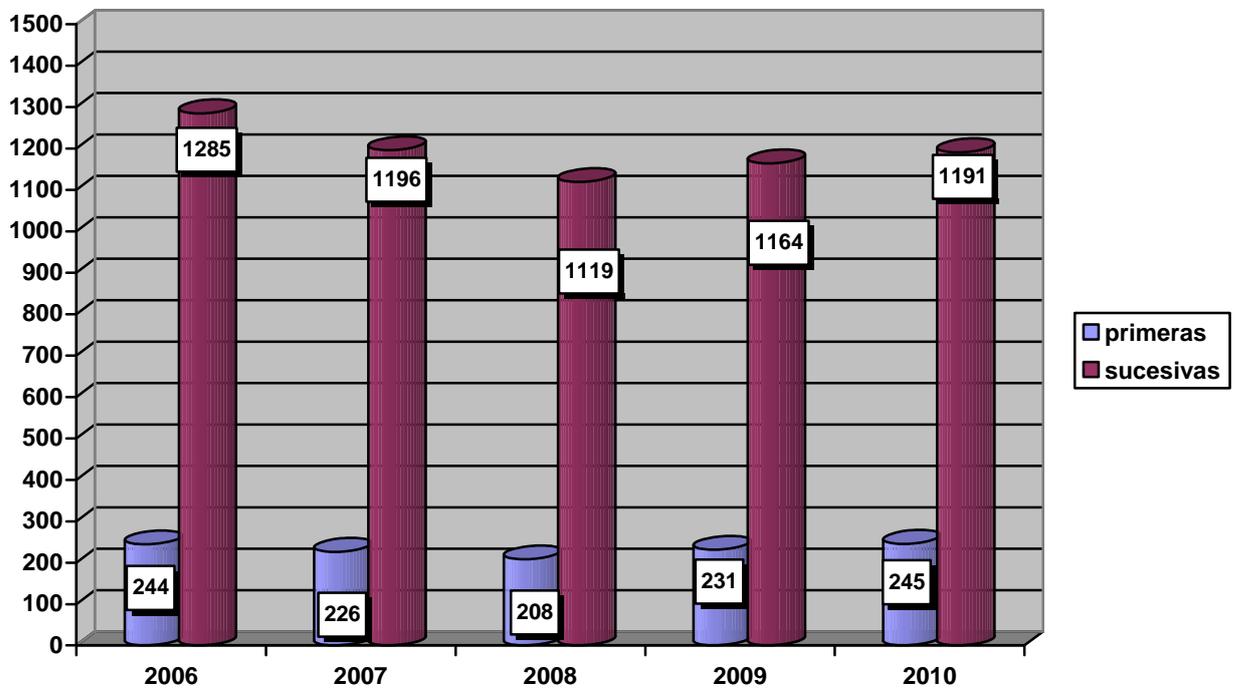


## ACTIVIDADES EN CCEE

### Total Consultas



### Desglosadas



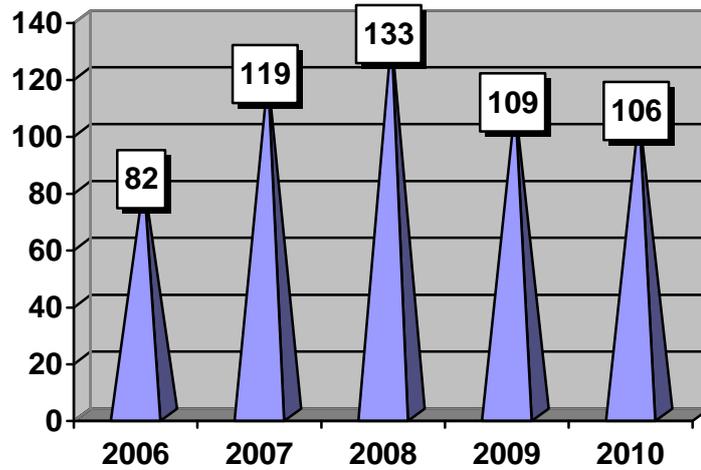
## **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Paracentesis	15	23	31	30	22
Punción lumbar	3	7	0	10	5
Punción articular	3	5	3	13	8
Toracocentesis	40	53	53	40	56

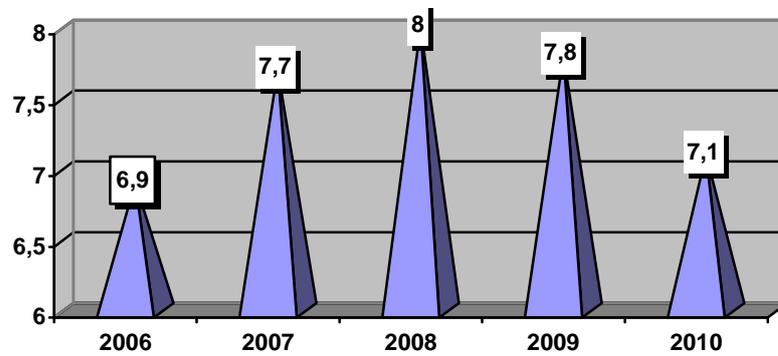
# NEFROLOGIA

## ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACION

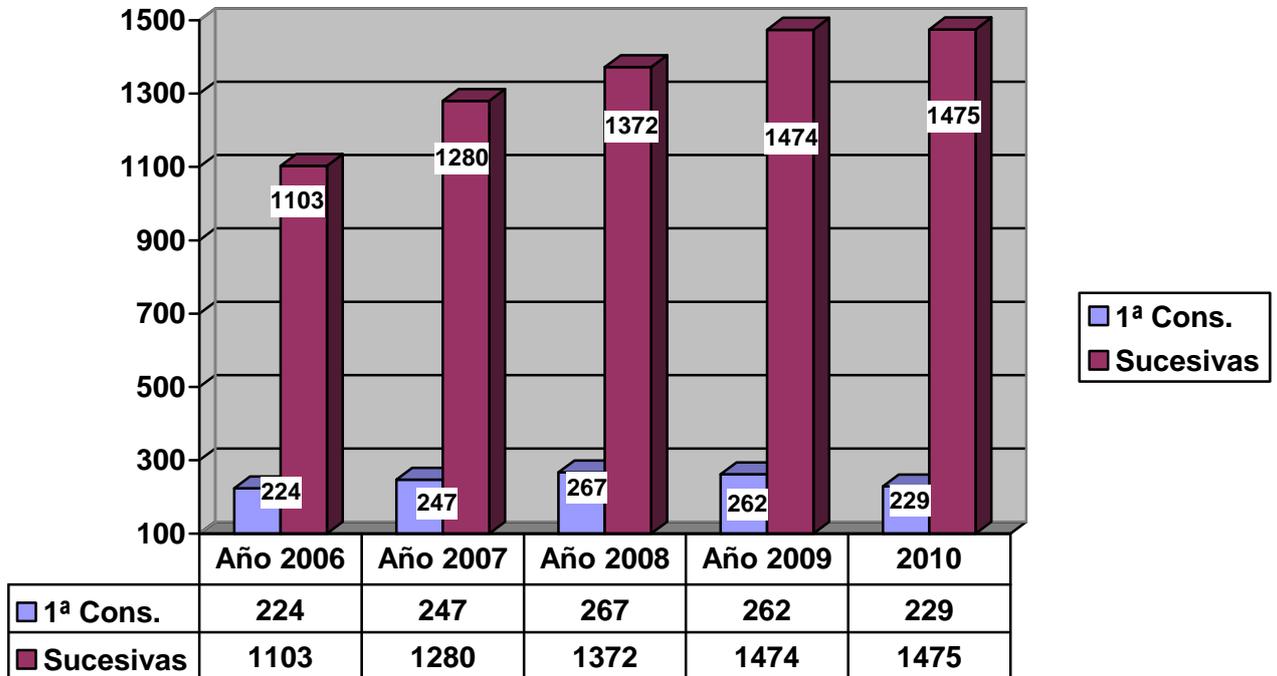
### Ingresos



### Evolución Estancia Media por años



## ACTIVIDAD EN CCEE



## DIALISIS

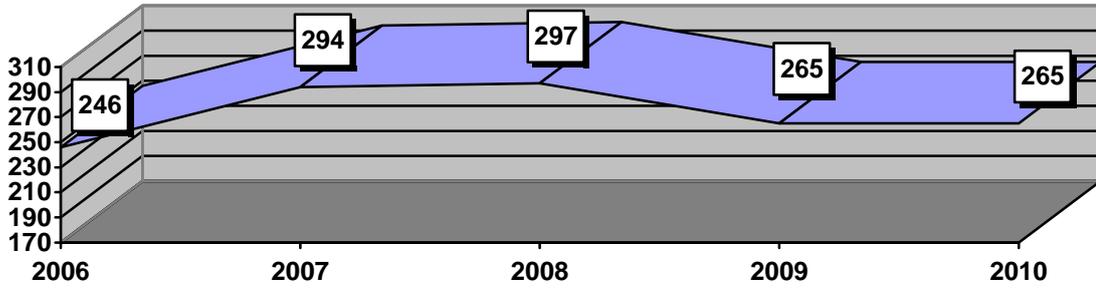
### Hospital

	2006	2007	2008	2009	2010
PACIENTES NO INFECCIOSOS	421	467	451	454	434
PACIENTES INFECCIOSOS	45	43	48	41	25
SESIONES NO INFECCIOSOS	5.219	5.499	5.914	5.562	5569
SESIONES INFECCIOSOS	587	530	638	512	230

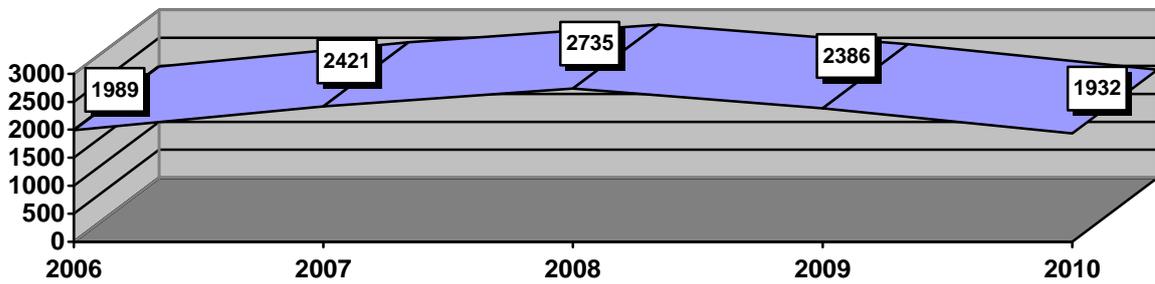
# NEUMOLOGIA

## ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACION

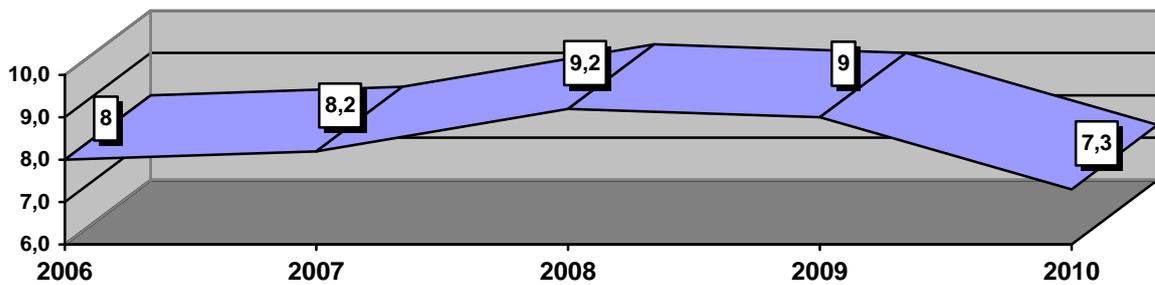
### Ingresos



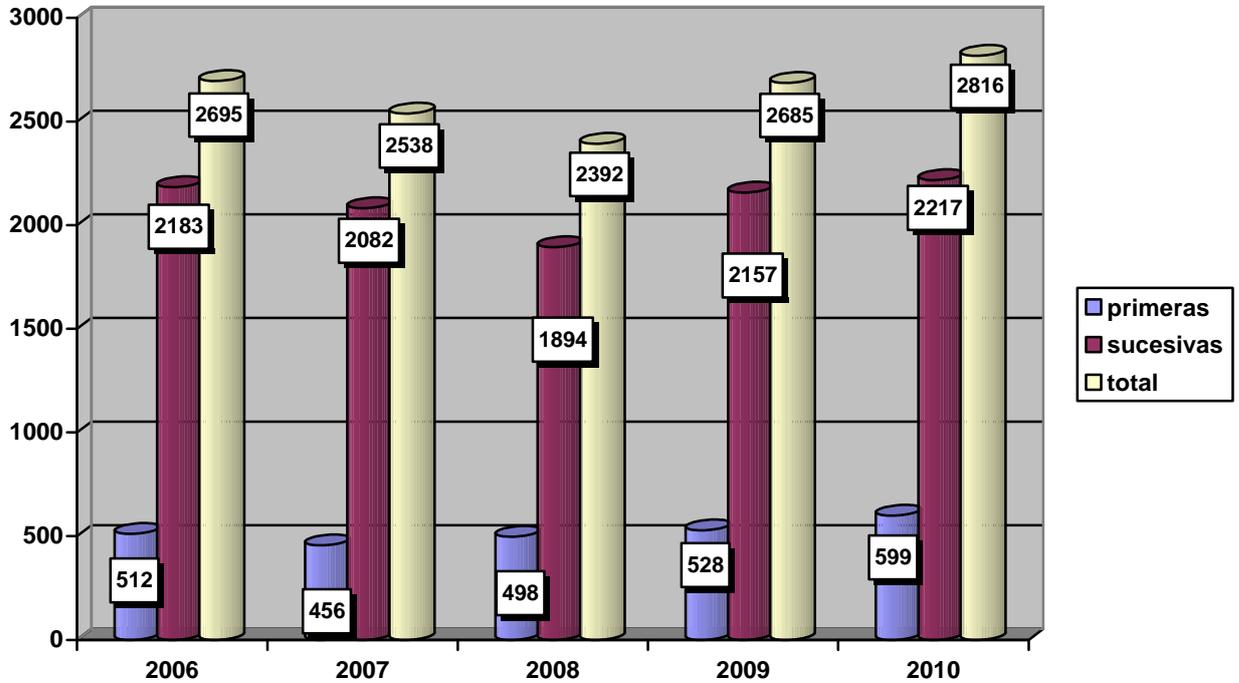
### Estancias



### Estancia Media



## ACTIVIDAD EN CCEE



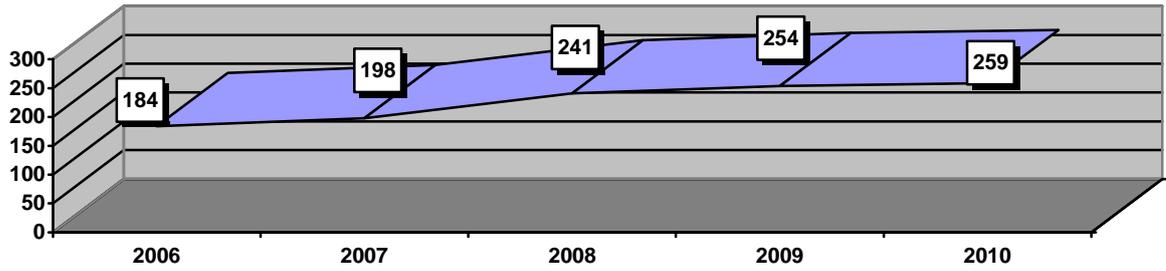
## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

	2006	2007	2008	2009	2010
BRONCOSCOPIAS	107	91	89	94	86
ESPIROMETRIAS	1.199	1.186	1.193	1.325	1.424
ESTUDIOS DEL SUEÑO	196	259	268	239	294

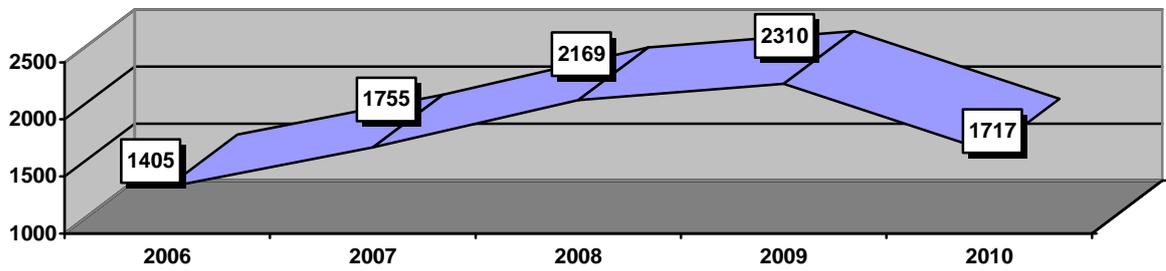
# NEUROLOGIA

## ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACION

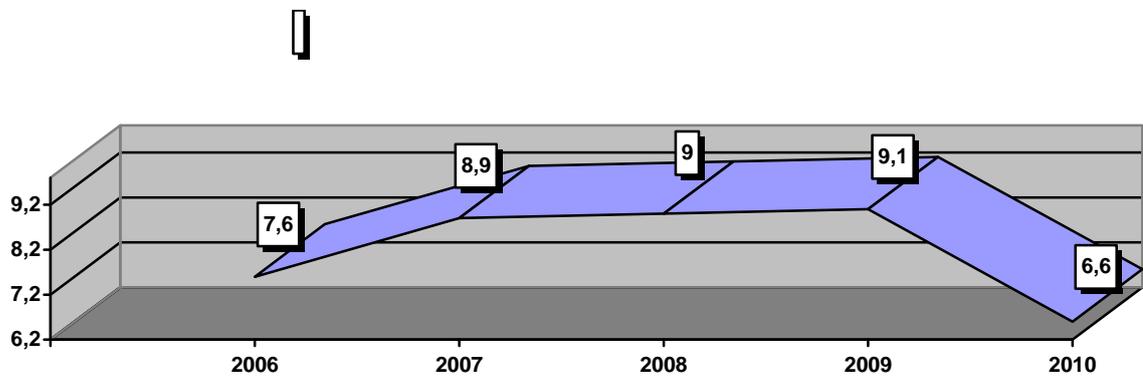
### Ingresos



### Estancias

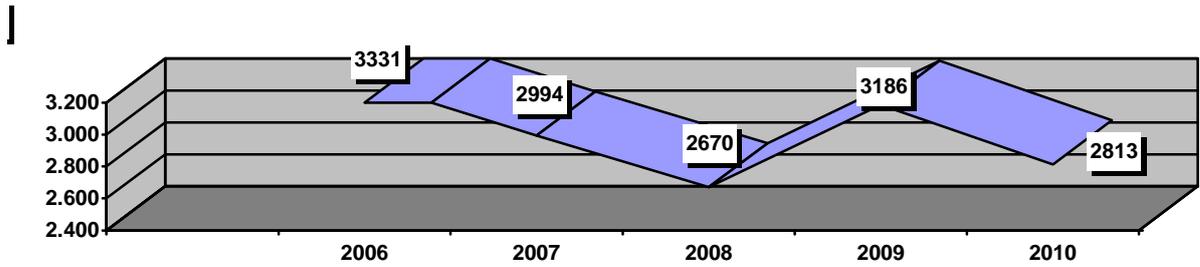


### Estancia Media

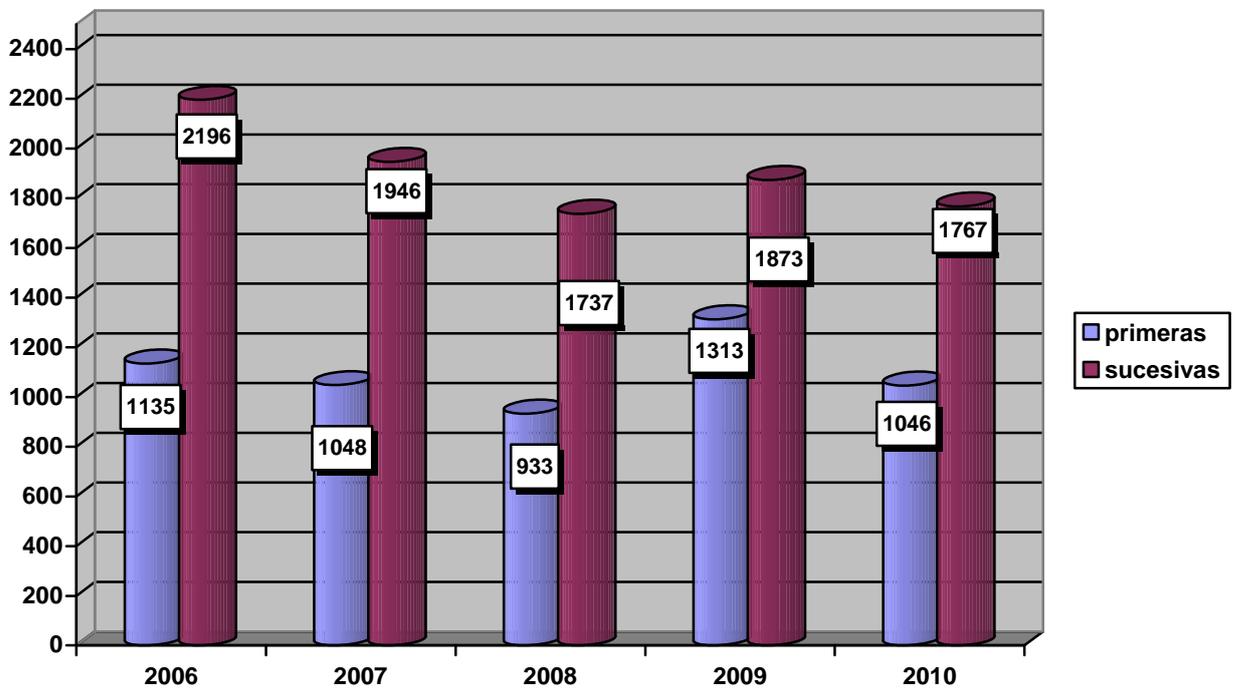


## ACTIVIDAD EN CCEE

### Total Consultas



### Desglosadas



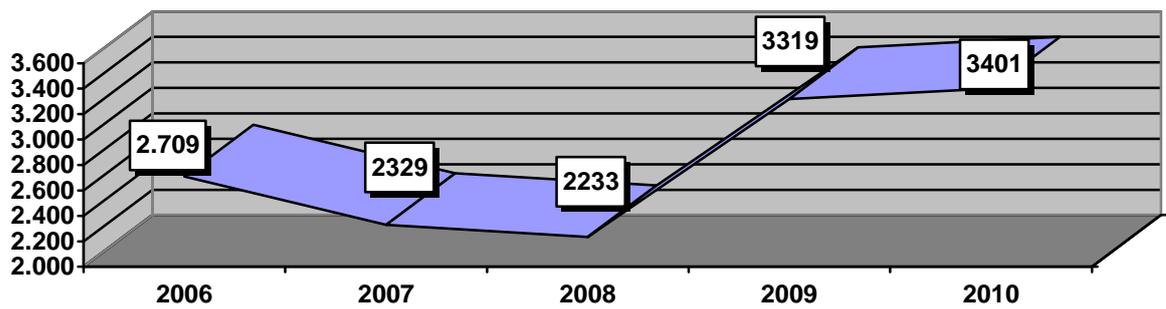
## **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

	2006	2007	2008	2009	2010
E.E.G.	300	280	316	371	281
TOXINA BOTULINICA	48	63	13		

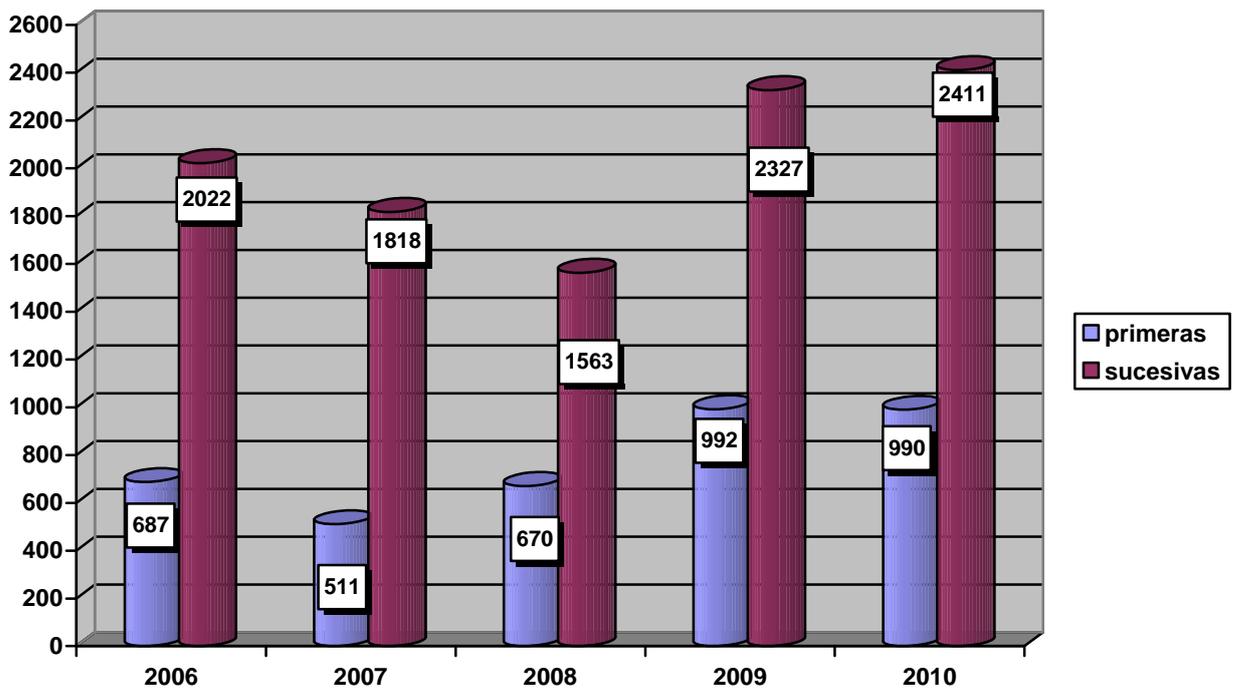
# REUMATOLOGIA

## ACTIVIDAD EN CCEE

### Total consultas



### Desglosadas



## **8.- Normas organizativas y de Funcionamiento del Area Médica vigentes en el momento actual.**

- a) Proceso Ingreso – Pase de Visita – Alta.**
- b) Criterios de Ingreso Preferente en las distintas Secciones del Area Médica.**
- c) Protocolo de gestión de camas.**
- d) Distribución de camas y horarios de pase de visita del Area Médica.**
- e) Estándares de calidad para Guía de CCEE y para las Historias Clínicas.**
- f) Normas y criterios a aplicar en la elaboración de las guardias de presencia física.**
- g) Organización de la asistencia los sábados a los enfermos ingresados.**
- h) Normativa para la realización de pruebas funcionales en la Unidad de Endocrinología.**
- i) Horarios de las Consultas Externas.**
- j) Derivación de pacientes del Servicio de Urgencias al Hospital San José.**
- k) Organización de las Sesiones Clínicas.**
- l) Proyectos de Investigación vigentes en el momento actual.**
- m) Guía de Gestión de la Consulta Externa (se adjunta).**

## **A) PROCESO INGRESO – PASE DE VISITA – ALTA.**

1. Los Ingresos se realizarán directamente desde el Servicio de Urgencias en las camas asignadas a cada Especialidad atendiendo tanto a la patología del paciente como a los criterios orientativos del ingreso facilitados por cada Sección.
2. Desde Urgencias se dejarán solicitados la analítica y pruebas complementarias que se estimen oportunas y/o se hayan acordado con cada Sección. Se tenderá a la mayor especificidad posible en las determinaciones analíticas.
3. Una vez en la Planta no será precisa, por parte del Médico de Guardia, una nueva valoración ni modificación de las órdenes de tratamiento del paciente estable.
4. El número de camas asignado a cada especialidad representa el tope máximo de pacientes ingresados que, de ordinario, atenderá cada Sección. Una vez superado ese número los pacientes ingresarán en Medicina Interna.
5. Para Medicina Interna se establece un tope máximo de 56 enfermos ingresados entre camas asignadas y enfermos ectópicos. Una vez superada esa cifra los nuevos ingresos se distribuirán equitativamente entre las distintas Especialidades en función de su patología.
6. El pase de visita conjunta de Médicos con Enfermería se realizará, habitualmente, entre las 9 y las 12 h. al objeto de que a partir de esa hora Enfermería pueda seguir realizando su trabajo y los enfermos de alta abandonen lo antes posible su habitación; para que esto sea factible es imprescindible que tanto los pacientes como sus familiares conozcan, con antelación, que se les va a dar de alta.

## **B) CRITERIOS DE INGRESO PREFERENTE EN LAS DISTINTAS SECCIONES DEL AREA MEDICA**

### **SECCION DE CARDIOLOGIA**

Patologías con indicación de ingreso hospitalario, con carácter preferencial, en las camas asignadas a la Sección de Cardiología:

- **Pacientes procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos:**
  - **Síndrome Coronario Agudo.** Patología que supone el 50% de los ingresos en la referida unidad.
  - **Patología Cardíaca Específica:** Miocardiopatías, miopericarditis, arritmias ventriculares...
  
- **Pacientes procedentes del Servicio de Urgencias:**
  - **Estudio Dolor Torácico** con sospecha de origen coronario.
  - **Arritmias supraventriculares** agudas.
  - **Insuficiencia Cardíaca** inicial no estudiada previamente y que no esté vinculada a pluripatología, cardioesclerosis senil y/o proceso intercurrente (sobre todo el infeccioso).
  
- **Pacientes procedentes de Consulta Externa de Cardiología:**
  - Con **Patología Cardíaca Descompensada** e indicación de ingreso hospitalario por el cardiólogo responsable.
  - **Programados** para la realización de examen hemodinámico, cardioversión eléctrica electiva e implante de marcapaso definitivo.

### **Ingresara de forma preferente en las camas de DIGESTIVO:**

- HDA Y HDB
- PANCREATITIS
- ICTERICIA
- HEPATOPATIAS CRONICAS O DESCOMPENSADAS en paciente controlados de forma habitual en Digestivo.
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

## **SECCION MEDICINA INTERNA**

### Criterios orientativos de ingreso en las camas asignadas:

1. Paciente pluripatológico. Se entiende como tal aquél que asocia alteraciones en distintos órganos o sistemas, no derivados de una única patología causal (Ej: EPOC + HDA).
2. Procesos prevalentes en otras especialidades médicas, en las que participa en su atención Medicina Interna (ictus, insuficiencia cardiaca, EPOC, neumonía...)
3. Enfermedad tromboembólica.
4. Enfermedades autoinmunes sistémicas.
5. Procesos frecuentes en el ámbito hospitalario, fundamentalmente en personas mayores.
6. Enfermedades infecciosas.
7. Síndrome febril prolongado.
8. Síndrome constitucional.
9. Anemia.
10. Enfermedades de difícil adscripción.
11. Pacientes controlados en consultas de Medicina Interna que ingresan por descompensación del proceso por el que son seguidos habitualmente.
12. Pacientes oncológicos en situación de tratamientos paliativos.

Los pacientes controlados por otras especialidades que ingresan por descompensación del proceso por el que son seguidos habitualmente, deben ingresarse, siempre que la disponibilidad de camas lo permita, a cargo de la especialidad correspondiente.

## **SECCION DE NEUMOLOGIA**

Deben ingresar preferentemente en camas de la especialidad desde Urgencias.

- Neumonías / TBC
- Sospecha de enfermedad neoplásica torácica
- EPOC / Asma Bronquial que habitualmente se siguen en consulta externa
- Patrón intersticial de origen desconocido
- Derrame pleural a estudio
- TEP

## **SECCIÓN DE NEUROLOGÍA**

### **Criterios orientativos de ingreso en camas específicas de Neurología:**

1. Patología vascular cerebral aguda. En general menores de 80 años (tributarios de fibrinólisis). Pacientes no pluripatológicos.
2. Epilepsia.
3. Neuroinfecciones en pacientes no VIH.
4. Patología periférica (muscular o neuropática) moderada o grave. Estudio y tratamiento.
5. Estudio previo en sospechas de neo cerebral primaria. NO se incluyen metástasis cerebrales de tumores de otra localización.
6. Déficits focales neurológicos de origen no filiado. Estudio.
7. Casos seleccionados de cefalea crónica primaria de difícil control ambulatorio.
8. En general descompensaciones de sinomatología neurológica de pacientes con patología crónica controlada en CCEE de Neurología (parkinson, epilepsia, casos seleccionados de EM, etc.). No es criterio de ingreso el deterioro intelectual crónico.

### **Consideraciones especiales v excepciones:**

1. El estudio del síncope corresponde a MI o a Cardiología.
2. El síndrome confusional es plurietiológico y, por lo tanto, el ingreso en una unidad determinada depende de la Etiología. En caso de Etiología no filiada sería de ingreso en Psiquiatría.
3. Las complicaciones infecciosas generales en patología crónica neurológica (respiratorias, urinarias,...) no son tributarias de ingreso en Neurología.
4. El traumatismo craneoencefálico es una patología quirúrgica y, por lo tanto, inadecuado su ingreso en plantas médicas. Determinadas complicaciones pueden ser valoradas por hoja de consulta.

## **C) PROTOCOLO DE GESTION DE CAMAS**

### **PROTOCOLO DE GESTION DE CAMAS.**

La Unidad de Admisión y Documentación Clínica (UADC), en lo relativo a la Gestión Centralizada de las camas del Hospital, debe conocer en todo momento la situación real de ocupación de éstas.

Para ello es necesaria una comunicación fluida, puntual y veraz entre las Unidades de Hospitalización y la UADC.

Es necesario que cada Servicio planifique los ingresos y las altas de sus pacientes para evitar la existencia de pacientes "periféricos/ectópicos" y pacientes "cruzados" en camas supletorias.

#### **Premisas:**

- Todo paciente que ingrese en el Hospital deberá hacerlo con su Historia Clínica y con la correspondiente **Orden de Ingreso** cumplimentada y firmada por un facultativo de la plantilla del Hospital.
- Las habitaciones han de estar preparadas para el ingreso de los pacientes programados antes de las 17 horas de cada día.
- Los ingresos de pacientes procedentes de consultas externas se realizarán siempre a partir de las 17 horas salvo en aquellos casos en los que el estado del enfermo no lo permita.
- Las Unidades de Hospitalización nunca aceptarán el ingreso de pacientes de los que no tenga conocimiento previo de su ingreso la UADC. En los casos de pacientes de Tocoginecología y Pediatría de urgencia, que acudan directamente a la planta sin pasar previamente por el Servicio de Urgencias, desde la planta se comunicará de inmediato a la UADC de la ubicación asignada.
- Las altas de hospitalización serán facilitadas a la UADC por parte de las Unidades de Hospitalización entre las 12 y las 13 horas de cada día.

- Los traslados de pacientes dentro de la misma Unidad de Hospitalización así como los éxitus y las altas voluntarias se comunicarán a la UADC con carácter inmediato.
- La reubicación de pacientes a solicitud del facultativo solamente se realizará previa autorización de la UADC y cuando haya motivos organizativos que lo justifique y la situación de ocupación de camas lo permita.
- Tanto las órdenes de aislamiento de pacientes como las de anulación de éstas, serán dadas por las personas autorizadas para ello y en ambos casos se comunicará a la UADC con carácter inmediato, debiendo dejar constancia en la Historia Clínica (fecha y firma).
- El Módulo Penitenciario será de uso exclusivo para los pacientes reclusos con las excepciones que más adelante se indicarán.
- No se ingresarán pacientes con patologías infecciosas en la primera planta (camas de tocoginecología, cardiología y oftalmología).
- Solamente se habilitarán camas supletorias ( "cruzadas" ) cuando sea autorizado por la Dirección del Hospital o por el Jefe de la Guardia.
- Cuando se vaya a proceder a trasladar a un paciente a otro Hospital, los Servicios lo comunicarán a la UADC enviando la documentación necesaria (Informe de Alta) a la mayor brevedad posible para poder iniciar la gestión de dicho traslado.
- La Dirección del Hospital comunicará a la UADC los supuestos de anulación temporal de habitaciones.

En Anexo adjunto se establece la distribución de camas acordada por la Dirección del Hospital.

## PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CAMAS.

- Cada paciente será ingresado en la especialidad que le corresponda. Si esto no fuera posible (picos de ocupación y situaciones excepcionales) lo será en las camas asignadas al área (Médica o Quirúrgica) a la que corresponda la especialidad (ver anexo). En el caso de que el área que se complete sea el Área Médica, los pacientes ingresarán en las camas del Área Quirúrgica realizándose un reparto equitativo entre los distintos Servicios Quirúrgicos.
- Las camas del Módulo penitenciario sólo podrán ser ocupadas por pacientes reclusos. Excepcionalmente (cuando no existan otras camas libres) podrán ser ocupadas por pacientes a intervenir de Cirugía Mayor Ambulatoria u otros tratamientos en los que se prevea el alta en el día; en ningún caso pernoctarán pacientes que no sean reclusos.
- En el Servicio de Tocoginecología, 4 camas de Obstetricia no podrán ser ocupadas por pacientes de otras especialidades; solamente se ocuparán estas camas por pacientes de esta especialidad, salvo indicación expresa y puntual de la Dirección del Hospital o del Jefe de la Guardia.

En esta planta (Tocoginecología-Cardiología-Oftalmología) no se ingresará ningún paciente con patología infecciosa.

- Se procederá a "**cruzar**" camas cuando no queden camas libres en todo el Hospital a excepción de las del Módulo Penitenciario y de las 4 de Obstetricia. Esta decisión será tomada siempre por la Dirección del Hospital o por el Jefe de la Guardia, y nunca por la UADC.
- Una vez se conozcan las altas ( 12-13 horas de cada día ), se procederá por la UADC, a la vista de los ingresos programados que existan para la tarde de ese día ( pacientes quirúrgicos y médicos programados y procedentes de consultas externas), a la correspondiente asignación de cama en el siguiente orden:
  1. Pacientes procedentes de la UCI cuando esté completa y sea prioritario el ingreso de otro paciente en la misma.
  2. Pacientes de Urgencias siempre que la cama libre sea de su especialidad
  3. Pacientes programados de especialidades quirúrgicas a intervenir en quirófano de mañana.
  4. Pacientes de Urgencias cuando no haya cama en su especialidad. Se ingresarán preferentemente en las camas asignadas al área en que corresponda la especialidad (médica o quirúrgica) procurando un reparto equitativo.
  5. Pacientes programados del área médica.
  6. Pacientes programados del área quirúrgica a intervenir en jornada extraordinaria (autoconcertación)

- Se considera, en caso de necesidad, la posibilidad de ingreso en Pediatría de pacientes de hasta 20 años.
- Los pacientes oncológicos y los tratados en la Unidad del Dolor, ingresarán, dependiendo de la patología que motive su ingreso, en la especialidad correspondiente.
- La UADC siempre avisará a la Unidad de Enfermería previamente al ingreso de los pacientes, confirmando en primer lugar la disponibilidad de la cama y facilitando información del paciente (sexo, edad, especialidad médica, diagnóstico de ingreso, etc.). Cuando haya más de una cama de la especialidad a disposición del ingreso, será la Unidad de Enfermería la que asigne la cama.

## ANEXO

### DISTRIBUCION DE CAMAS

<b>Servicio</b>	<b>PEDE</b>	<b>TOCE</b>	<b>CIRE</b>	<b>TRAE</b>	<b>MINE</b>	<b>ESPE</b>	<b>UCI</b>	<b>PSIQ</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PEDIATRIA (13+8)</b>	21								<b>21</b>
<b>OBSTETRICIA</b>		13							<b>13</b>
<b>GINECOLOGIA</b>		5							<b>5</b>
<b>CIRUGIA</b>	1		26						<b>27</b>
<b>ORL</b>	2		2						<b>4</b>
<b>OFTALMOLOGIA</b>		2							<b>2</b>
<b>TRAUMATOLOGIA</b>	1			33					<b>34</b>
<b>MEDICINA INTERNA</b>					35	10+4*			<b>49(*)</b>
<b>DIGESTIVO</b>			6						<b>6</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>		8							<b>8</b>
<b>RESPIRATORIO</b>						6			<b>6</b>
<b>NEFROLOGIA</b>						2			<b>2</b>
<b>NEUROLOGIA</b>						4			<b>4</b>
<b>UROLOGIA</b>						12			<b>12</b>
<b>HEMATOLOGIA</b>						2			<b>2</b>
<b>UCI</b>							6		<b>6</b>
<b>PSIQUIATRIA</b>								12	<b>12</b>
<b>ALTA RESOLUCION</b>		2							<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>36+4<sup>(1)</sup> 40</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>215</b>

## **ÁREA MÉDICA**

ALTA RESOLUCIÓN: 2 camas (uso fundamentalmente por Hematología)  
H. doble: 110

CARDIOLOGIA: 8 camas  
H. dobles: 112, 114, 116, 118

DIGESTIVO: 6 camas  
H. dobles: 202, 204, 206

HEMATOLOGIA: 2 camas  
H. individuales: 417, 419

MEDICINA INTERNA: 45 camas  
H. dobles: 301, 303, 305, 307, 309, 311, 313, 315, 317, 319, 321, 323, 325, 327,  
329, 331, 333, 409, 411, 413, 415, 421, 423  
H. individuales: 335, 422, 424

NEFROLOGIA: 2 camas  
H. doble: 414

NEUMOLOGIA: 6 camas  
H. doble: 410, 412  
H. individual: 422, 424

NEUROLOGIA: 4 camas  
H. doble: 405, 407

## **ÁREA QUIRÚRGICA**

CIRUGIA: 27 camas  
H. dobles: 210, 212, 214, 216, 218, 220, 222, 224, 226, 228, 230, 232, 234  
1 cama en la planta de Pediatría

GINECOLOGIA: 5 camas  
H. dobles: 120, 122, 132

OBSTETRICIA: 13 camas

H. dobles: 102, 104, 124, 126, 128, 130

OFTALMOLOGIA: 2 camas

H. doble: 108

ORL: 4 camas

H. doble: 208

2 camas en la planta de Pediatría

TRAUMATOLOGIA: 34 camas

H. dobles: 203, 205, 207, 209, 211, 213, 215, 217, 219, 221, 223, 225, 227,  
229,231, 233

H. individual: 235

1 cama en la planta de Pediatría

UROLOGIA: 12 camas

H. dobles: 401, 402, 403, 404, 406, 408

## **OTRAS ÁREAS**

MÓDULO PENITENCIARIO: 4 camas

H. dobles: 418, 420

PEDIATRIA: 21 camas

3 Lactantes: 101, 103, 105

10 Escolares: 107, 109, 111, 113, 115

4 incubadoras (neonatos): 123-5,6,7,8

4 cunas (nidos): 121-1,2,3,4

PSIQUIATRIA: 12 camas

H. dobles: 302, 304, 314, 316

H. individuales: 306, 308, 310, 312

UCI: 6 camas

H. individuales: 250-1,2,3,4,5,6

URGENCIAS

8 camas de observación (no son gestionadas por la UADC)

## **D) DISTRIBUCION DE CAMAS Y HORARIOS DE PASE DE VISITAS DEL AREA MEDICA.**

### **ÁREA MÉDICA**

ALTA RESOLUCIÓN: 2 camas (uso fundamentalmente por Hematología)

H. doble: 110

CARDIOLOGIA: 8 camas

H. dobles: 112, 114, 116,118

DIGESTIVO: 6 camas

H. dobles: 202, 204, 206

MEDICINA INTERNA: 45 camas

H. dobles: 301, 303, 305, 307, 309, 311, 313, 315, 317, 319, 321, 323, 325,  
327, 329, 331,333,409,411,413,415,421,423

H. individuales: 335,422,424

NEFROLOGIA: 2 camas

H. doble: 414

NEUMOLOGIA: 6 camas

H. doble: 410, 412

H. individual: 422,424

NEUROLOGIA: 4 camas

H. doble: 405, 407

**ASIGNACIÓN DE CAMAS POR FACULTATIVOS DE LA  
SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA.**

- Dra. Gracia: 301, 303, 305, 335.
- Dra. Dolz: 307, 309, 311, 313 A.
- Dr. Sauras: 313 B, 315, 317, 319.
- Dr. García-Alvarez: 321,323,325,327 A.
- Dr. Uroz: 327 B, 329, 331, 333.
- Dr. Zabala: 409, 411, 413,415,421,423.
- Dra. Garzarán: Pta. 4ª y otras plantas.

### **PASE DE VISITA MEDICINA INTERNA**

- Dra. Dolz: 9,45 -10,15 horas.
- Dra. Garzarán: 9,00 - 11,00 horas.
- Dra. Gracia: 10,15 -10,45 horas.  
(excepto los jueves que será a partir de las 12 horas).
- Dr. Uroz: 9,45 -10,45 horas.
- Dr. García-Alvarez: 10,15 -10,45 horas.
- Dr. Sauras: 10,15 -10,45 horas.  
(excepto los viernes en que será a partir de las 12 horas).
- Dr. Zabala: 9,00 -11,00 horas.

### **HORARIO DE PASES DE V/SITA (PLANTA 4a)**

- Medicina Interna: 9,30- 11,30 horas.
- Dr. De Pablo: 10,30 -11 horas.
- Neurología: 11 -11,30 horas.
- Dra. Mateo: 11,30 -12,30 horas.
- Nefrología: 11 -12 horas.

## **E) ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA GUIA DE CCEE Y PARA LAS HISTORIAS CLINICAS.**

### **ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO y CALIDAD DE LA GUÍA DE CONSULTAS EXTERNAS.**

Para considerar el cumplimiento se evaluarán los siguientes indicadores:

1 --Porcentaje de altas. Se considerará cumplido si se alcanza una de las siguientes condiciones:

- Número de altas: 15% del total de pacientes vistos al año.
- Posibilidad de citar todas las consultas sucesivas en los tiempos solicitados sin necesitar de acumular pacientes.

2 --Porcentaje de reprogramaciones. Cumplir una de las siguientes:

- No sobrepasar el 5% del total de pacientes citados en la consulta, si se realizan por la Unidad de Citaciones.
- Realizar las reprogramaciones desde la propia consulta.

3 --En la evaluación de:

- A- Solicitud de peticiones.
- B- Informe de Atención Especializada.
- C- Historia de Consultas Externas

-Se considerará cumplido el objetivo si al menos el 70% de los documentos evaluados cumple el 70 % de los puntos enumerados, para cada uno de ellos, en la Guía.

## ITEMS A EVALUAR EN LAS HISTORIAS DE INGRESOS

### HOSPITALARIOS

#### 1-Evaluación de los informes de alta hospitalaria

Se valorarán todos los apartados referidos en la plantilla de evaluación que se adjunta.

#### 2-Evaluación de la documentación del episodio de ingreso

La Historia Clínica de cada ingreso debe:

- Estar completa: Historia al ingreso, evolución, resultados de pruebas complementarias, documentación de enfermería etc.
- Independiente de cualquier otro episodio de ingreso o de la historia de Consulta Externa
- Ordenada. Se adjunta documento sobre el orden, recomendado, de la documentación.
- Grapada. Se recomienda incluirla en carpeta de la especialidad.
- La copia del informe de alta debe estar firmada.
- Todas las anotaciones: Historia al ingreso, evolución diaria, tratamientos, interconsultas, etc, deben estar fechadas, firmadas y claramente identificado el facultativo que la realiza. Si la firma es ilegible se escribirá, junto a la firma, nombre y apellido (o nombre y apellidos o nombre apellido y especialidad si hay coincidencia con otros profesionales).

#### 3-Evaluación de los Consentimiento Informados

- Nombre, Apellidos y Número de Historia del Paciente (o etiqueta identificativa).
- Nombre y apellidos del Médico.
- Fecha.
- Nombre del Servicio/Unidad.
- Nombre del procedimiento.
- Firma del Paciente o Familiar autorizado si el paciente no pudiese hacerlo.
- Firma del Médico.
- Riesgos personalizados: Si el paciente no tuviera ningún riesgo añadido, anotar ninguno.

## ORDEN DE LOS DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

<b>Número de documento</b>	<b>Documento</b>
00	Clínico-estadística
--	Orden de ingreso
02	Autorización para examen post-mortem
03	Autorización de técnicas de riesgo
04	Petición de alta voluntaria
09	Evaluación preoperatoria en cirugía programada
10	Informe de alta
11	Protocolo quirúrgico
12	Protocolo de anestesia
13	Informe de autopsia
14	Informe anatomopatológico
20	Lista de problemas
21	Anamnesis
22	Exploración física
23	Ingreso de parto
24	Partograma
26	Epicrisis del parto
27	Asistencia al recién nacido
30	Evolución clínica
31	Evolución observaciones de enfermería
40	Valoración de enfermería (en orden cronológico)
40-p	Valoración de enfermería pediátrica
41	Plan de cuidados
42	Gráfica de constantes (en orden cronológico)
43	Registro de enfermería prequirúrgico y de acogida al bloque quirúrgico
46	Administración de tratamiento
50	Ordenes de tratamiento (en orden cronológico)
50-a	Ordenes de tratamiento para unidosis
60	Control exámenes complementarios
70	Solicitud de colaboración
--	Informe de Urgencias



Otros procedimientos significativos si proceden:							
	gastroskopias con / sin biopsia						
	Colonoscopias con / sin biopsia						
	Transfusiones						
	Coronariografía						
	Diálisis						
	Quimioterapia						
	Biopsias						
	Otras pruebas (especificar):						
Procedimientos quirúrgicos y obstétricos, incluyendo:							
	Fecha de la intervención						
	Técnica empleada						
	Hallazgos						
	Muestras enviadas a AP						
	Circunstancias para el seguimiento del paciente						
Diagnostico principal diferenciado: uno, no varios							
Otros diagnósticos si los hay.							
Evolución del pte., situación de alta							
Recomendaciones terapéuticas							

## **F) NORMAS Y CRITERIOS A APLICAR EN LA ELABORACION DE LAS GUARDIAS DE PRESENCIA FISICA.**

### **NORMAS Y CRITERIOS A APLICAR EN LA ELABORACION DE LAS GUARDIAS DE PRESENCIA FISICA DEL AREA MEDICA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO.**

1. A los Facultativos contratados específicamente para esta tarea se les facilitaran entre 8 y 10 guardias al mes.
  - Cada trimestre, y con mes y medio de antelación, estos facilitaran las guardias que van a realizar en ese periodo.
  - En este momento, y dado que son dos las personas contratadas para esta finalidad, se adjudicaran el 50% de los fines de semana del mes.
  - También realizaran el 50% de los puentes.
  
2. El resto de días del mes se distribuirán entre los Facultativos de plantilla que realizan guardias de presencia física con arreglo a los siguientes criterios:
  - a) De lunes a jueves existirá una lista corrida y alfabética para la asignación. Lista de Laborables.
  - b) Los viernes-sábado y domingo se adjudicaran con arreglo a otras listas de las mismas características. Listas de Festivos (distintas para cada día). El festivo que no sea puente tendrá la consideración de domingo.
  - c) Los puentes (día laborable entre dos festivos) y cuando coincidan dos días festivos seguidos se adjudicaran según otra lista de las mismas características. Lista de puentes.
  - d) Los días de Navidad y Semana Santa que no cubran los Facultativos contratados se adjudicaran por sorteo entre los que no realizaron ese periodo el año anterior. En Navidad se establecerán dos bloques, en función del turno de vacaciones que cada uno elija, y se sortearan los días entre los que trabajen en ese bloque, excluyendo de los festivos a los que los realizaron el año anterior.

- e) Si se producen coincidencias de guardias en dos días seguidos o dos fines de semana seguidos se saltará la lista pero se considerará este día como pendiente.
  - f) Al final de cada año se realizará un. computo de toda la actividad de guardias realizada y, al año siguiente, se establecerán acciones compensatorias.
3. El plan de vacaciones de verano se entregara en la primera semana de mayo, al objeto de poder planificar las guardias de los meses de julio, agosto y septiembre con la suficiente antelación.

## **G) ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA LOS SABADOS A LOS ENFERMOS INGRESADOS**

- 1.- Cada Sección organizara autónomamente su horario hasta completar las 1596 horas laborales anuales.
- 2.- Para completar la jornada laboral ordinaria el trabajo que se realizara en sábado será en tareas propias y específicas de cada especialidad: ver pacientes ingresados de la propia especialidad, elaborar informes, informar pruebas complementarias, tareas de organización, etc.
- 3.- Se asume el compromiso expreso de todas las Secciones de no dejar trabajo ordinario pendiente (analítica, radiología, etc) del viernes para el sábado que pudiera repercutir en una mayor carga asistencial para el médico de guardia.
- 4.- Cada especialista responsable del enfermo asume el compromiso de informar al paciente y familiares de que el siguiente día de pase de visita ordinario después del viernes será el lunes siguiente, que deja todo previsto y organizado y que si surgiera cualquier necesidad urgente cuentan con un médico de guardia las 24 horas del día.
- 5.- Cada sección elaborara autónomamente su calendario laboral de los sábados . Convendrá, para conocimiento de todos los compañeros, hacerlo público en el tablón de anuncios de la tercera.

## **H) NORMATIVA PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA.**

### **NORMATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS EN LA UNIDAD DE ENDOCRINO.**

Los requisitos para la realización de pruebas serán las siguientes:

1. Todos los pacientes a los que se les realice pruebas deben tener historia abierta en el hospital, que deberá estar en la Unidad de pruebas endocrino el día anterior.
2. Todos los pacientes deben tener el correspondiente consentimiento informado firmado antes de la realización de las pruebas. No se realizará ninguna prueba sin este documento debidamente cumplimentado.
3. Las dosis de la medicación a utilizar deberá estar firmada por el facultativo solicitante, de forma individualizada para cada paciente en la hoja de orden de tratamiento.
4. El facultativo solicitante, valorará la necesidad de realizar la prueba de forma ambulatoria en la consulta o bien ingresado durante la prueba en una Unidad de Enfermería. De llevarse a cabo las pruebas en una Unidad de Enfermería el personal de la Unidad colaborará en el apoyo necesario durante la realización de las mismas.
5. En caso de realizar la prueba en la Consulta de Pruebas Funcionales de Endocrino, el facultativo responsable de la petición estará localizable durante la realización de la misma.
6. En la historia del paciente, quedará registrado en las observaciones de enfermería, todas las incidencias que se produzcan durante la misma, así como las dosis administradas de medicación.
7. En el caso de que alguno de los requisitos no se cumpla, no se realizarán las pruebas solicitadas, comunicándose al facultativo solicitante

## i) HORARIOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS.

### *CONSULTAS DE ESPECIALISTAS DE HOSPITAL:*

<b>AGENDA</b>	<b>FACULTATIVO</b>	<b>DIAS</b>	<b>HOR. CONS</b>	<b>CITA C. SAL</b>	
	<b>ALERGOLOGIA</b>				
<b>ALE 1</b>	Mª Pilar Muñoz Pamplona	L, X M, J	Citados consulta 9 a 11,15	NO	
<b>ALE 2</b>	Felicitas Villas Martínez	L, X V M, J	8,30 a 14 8,30 a 11 Citados consulta	NO	
	<b>CARDIOLOGIA (Rotación 4 meses)</b>				<b>No disponible en consulta</b>
<b>CAR 1</b>	Francisco Monzón Sánchez	Diaria (De L a V)	9 a 11,20	NO	ENE,FEB,MAR,JUL,AGO,SEP.
<b>CAR 2</b>	Manuel Gato León	Diaria (De L a V)	12 a 14,20	NO	ENE, FEB, MAR, JUL, AGO, SEP.
<b>CAR 3</b>	Dorinda Silva González	Diaria (De L A V)	12 a 14,20	NO	ABR, MAY, JUN, OCT, NOV, DIC.
<b>CAR 4</b>	Eva Moreno Esteban	Diaria (De L a V)	9 a 11,20	NO	ABR,MAY,JUN,OCT,NOV,DIC.
<b>CAR 5</b>	MARCAPASOS Manuel Gato León Eva Moreno Esteban	M M, X	9 a 12	NO	SOLICITA CONSULTA

	<b>DIGESTIVO</b> (Rotación 4 meses Consulta y 2 planta)				
<b>DIG 1</b>	Alejandro Benedi Mata	Diaria	8 a 10	SI	
<b>DIG 3</b>	María Teresa Botella Esteban	L, M, V (V alterna horarios con DIG6 y DIG7 según planta)	10,45 a 14,15	SI	ABR, MAY, OCT, NOV.
<b>DIG 4</b>	María-José Alcalá Escriche				FEB, MAR, AGO, SEP.
<b>DIG 6</b>	M <sup>a</sup> Concepción Thomson Llisterri	L, X (V alternos autocita)	10,45 a 14,15	SI	FEB, MAR, AGO, SEP.
<b>DIG 7</b>	Emilio Garza Trasobares	M, J, V (V alternos)	10,45 a 14,15	SI	ENE, JUN, JUL, DIC.
<b>DIG 5</b>	Resultados ingresados	V	12 a 13,30	NO	
	<b>ENDOCRINOLOGIA</b>				
<b>END 1</b>	Vicente Estopiñán García	L, M, X, V, J	8,45 a 11,30 11,45 a 14,15	SI	
<b>END 2</b>	Luis Ciprés Casasnovas	L, M, X J	11,45 a 14 8,45 a 11,05	SI	

	<b>MEDICINA INTERNA</b>				
<b>MIN 2</b>	Miguel-Angel Sauras Herranz	Martes	12 a 14,15	SI	
<b>MIN 3</b>	Sergio Zabala López	Miércoles	12 a 14,15	SI	
<b>MIN 1</b>	Raquel Dolz Aspas	Jueves	12 a 14,15	SI	
<b>MIN 4</b>	Pilar Gracia Sánchez	Jueves	9 a 12	SI	
<b>MIN_5</b>	Miguel-Angel Sauras Herranz	Viernes	9 a 11,45	SI	
<b>MIN 6</b>	Juan José Uroz del Hoyo	Viernes	12 a 14,15	SI	
<b>MIN 7</b>	Ignacio García-Alvarez	Martes	9 a 11,15	SI	

	<b>NEFROLOGIA</b>				
<b>NEF 1</b>	Paquita Berisa Lozanitos	M, J	9,15 a 11	SI	
<b>NEF 2</b>	José Antonio Gascón Mariño	L	9 a 13	SI	
<b>NEF 3</b>		M, J	11,30 a 13,15	SI	
<b>NEF 4</b>		M, j	13,30 a 14,30	SI	
	<b>NEUROLOGIA</b>				
<b>NEU 2</b>	José Manuel Sanz Asín	L, M, X, J, V	9 a 11	SI	VIERNES – TOXINAS
<b>NEU 1</b>	Alfredo López López	L, M, X, J, V	12 a 14	SI	VIERNES – TOXINAS

<b>NEUT</b>	José Manuel Sanz Asín	J	15,30 a 17	SI	
<b>ocasional</b>	Alfredo López López	M	16 a 17,30		
<b>EEG 1</b>	EEG: pruebas	M, X, J, V	8,30 a 11,30	NO	
<b>RESPIRATORIO</b>					
<b>RES 3</b>	María Luz Mateo Lázaro	L, M, J, V X	9 a 10,40 9,30 a 10,50	SI	
<b>RES 4</b>	Juan María de Pablo Cárdenas	L, M, X, J V (Cita Consulta)	9 a 13,,35 9 a 12,45	SI	
<b>REUMATOLOGIA</b>					
<b>REU 1</b>	José-María Moreno Martínez	L, M, X, (Cita Consulta)	9 A 13,35 9 a 12,45	SI	L y M pasa consulta por la mañana y X por la tarde.
<b>REU 2</b>	Emilio Giner Serret	L, M, X, J, V.	9 a 13,35	SI	

## **J) DERIVACION DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS AL HOSPITAL SAN JOSE**

### **DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL HOSPITAL SAN JOSE**

#### **1. Objetivo:**

- Utilización adecuada de los recursos de que disponemos, de acuerdo a las necesidades de la nuestra población.

#### **2. Población diana:**

- Pacientes geriátricos con enfermedad aguda tributarios de atención en la Unidad de Geriátrica, considerando como geriátrico al paciente que cumpla al menos dos de los siguientes criterios:
  - Edad > 80 años (no es conditio sine qua non).
  - Pluripatología relevante.
  - Tendencia a la invalidez, tanto por enfermedad aguda que causa una dependencia intensa como por patología crónica progresivamente incapacitante.
  - Pacientes con reingresos hospitalarios repetidos y/o frequentadores de servicios de urgencias.
  - Situaciones de riesgo familiar y/o social que repercute en el estado de salud.
- Pacientes tributarios de ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos.

#### **3. Procesos susceptibles de derivación al Hospital San José:**

- ACV (considerar situación funcional basal)
- Insuficiencia cardiaca
- EPOC descompensado
- Infecciones respiratorias
- Deshidratación
- Deterioro funcional de causa no aclarada
- Delirium en contexto de demencia
- Síndromes febriles...

SIEMPRE EN EL CONTEXTO DE PACIENTE GERIATRICO

- Enfermedad terminal (oncológica o no, geriátrico o no) con necesidad de control de síntomas o en situación de claudicación familiar.

## **K) ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES CLINICAS**

### **SESIONES CLINICAS DEL ÁREA MÉDICA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO**

#### **Objetivos:**

1. Poner en conocimiento de todos los facultativos del Área Médica, y de todos aquellos interesados del Sector, cuestiones de interés y utilidad general de todas las especialidades.
2. Actualizar conocimientos.
3. Revisar temas.
4. Dar a conocer Guías Clínicas propias de cada especialidad.
5. Exponer Casos Clínicos para conocimiento y debate.

#### **Modalidades:**

- a) Ordinarias.
- b) De Coordinación (con Radiología, Urgencias, Atención Primaria, Hospital San José, etc...).
- c) Extraordinarias:
  - Por el ponente.
  - Por el tema.

#### **Fechas y Hora:**

- Los miércoles de 8: 15 a 9 horas en el Aula de la Planta 4ª de Consultas Externas.
- En el mes de Noviembre del año anterior, se elabora un calendario anual con las fechas y los ponentes. Se excluyen las fechas de Navidad (aproximadamente del 15 de Diciembre al 15 de Enero); La Semana Santa con la semana posterior y los meses de Verano (Julio, Agosto y Septiembre).

## SESIONES CLINICAS ÁREA MÉDICA 2010

**Lugar:** Aula de la Planta 4ª de Consultas Externas.

**Hora:** Miércoles de 8:15 a 9 horas.

### **Fechas y Ponentes:**

- 03/02/2.010.....Dr. Lerín (Medicina Interna).
- 10/02/2.010.....Dr. Sanz Asín (Neurología).
- 17/02/2.010.....Dr. Gato (Cardiología).
- 24/02/2.010.....Dr. Garza (Digestivo).
- 03/03/2.010.....Dr. Uroz ( Medicina Interna).
- 10/03/2.010.....Dr. Gascón (Nefrología).
- 17/03/2.010.....Dra. Muñoz (Alergia).
- 24/03/2.010.....Dra. Mouronval (Cardiología).
- 14/04/2.010.....Dra. Alcalá (Digestivo).
- 21/04/2.010.....Dr. Estopiñán (Endocrinología).
- 28/04/2.010.....Dra. Dolz (Medicina Interna).
- 05/05/2.010.....Dr. De Pablo (Neumología)
- 12/05/2.010.....Dr. López (Neurología).
- 19/05/2.010.....Dra. Gracia (Medicina Interna).

- **26/05/2.010.....Dra. Villas (Alergia).**
- **02/06/2.010.....Dra. Silva (Cardiología).**
- **09/06/2.010.....Dra. Botella (Digestivo).**
- **16/06/2.010.....Dr. Ciprés (Endocrinología).**
- **23/06/2.010.....Dra. Juyol (Medicina Interna).**
- **30/06/2.010.....Dra. Berisa (Nefrología).**
- **27/10/2.010.....Dra. Mateo (Neumología).**
- **03/11/2.010.....Dr. Moreno (Reumatología).**
- **10/11/2.010.....Dr. Zabala (Medicina Interna)**
- **17/11/2.010.....Dra. Thomson (Digestivo).**
- **01/12/2.010.....Dra. Calpe (Cardiología).**

## **L) PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN VIGENTES EN EL MOMENTO ACTUAL**

### **1. “Eficacia de Exenatida de liberación prolongada administrada una vez a la semana e insulina glargina administrada una vez al día en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con metformina en monoterapia o en combinación con sulfonilurea”**

- 1.1. Años de Realización: 2008 – 2011
- 1.2. Estudio en Fase III.
- 1.3. Promotor: Laboratorios Lilly.
- 1.4. Código de Estudio: H80 – MC – GWBR(a)
- 1.5. Investigador Principal: Dr. Luis Ciprés Casasnovas

### **2. “Seguridad y eficacia de exenatida semanal frente a liraglutida, en pacientes con diabetes tipo 2 y control glucémico inadecuado, tratados con modificaciones del estilo de vida y antidiabéticos orales”**

- 2.1. Año de realización: 2009-2011
- 2.2. Ensayo en fase III
- 2.3. Promotor: Laboratorio Lilly S.A.
- 2.4. Protocolo: H80-MC-GWDE
- 2.5. Investigador Principal: Dr. Luis Ciprés Casasnovas
- 2.6. Subinvestigador: Dr<sup>a</sup>. Ana Garzarán Teijeiro

**3. Estudio en fase II, aleatorizado, de 12 semanas de duración, doble ciego, controlado con comparador activo, en el que se evalúa LY 2599506, administrado en monoterapia o combinado con metformina, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”**

3.1. Año de realización: 2009-2011

3.2. Ensayo en fase II

3.3. Promotor: Laboratorio Lilly S.A.

3.4. Protocolo: 12Q-MC-GMAJ(a)

3.5. Investigador principal: Dr. Luis Ciprés Casasnovas

3.6. Subinvestigadora: Dr<sup>a</sup>. Ana Garzarán Teijeiro

**4. Comparación del efecto de LY2189265 frente a insulina glargina, administrados en combinación con insulina lispro, para el tratamiento hasta alcanzar el objetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”**

4.1. Año de realización: 2010-2012

4.2. Ensayo en fase III

4.3. Promotor: Laboratorio Lilly S.A.

4.4. Protocolo: H9X-MC-GBDD

4.5. Investigador principal: Dr. Luis Ciprés Casasnovas

4.6. Subinvestigadora: Dr<sup>a</sup>. Ana Garzarán Teijeiro