

**SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL  
APARATO DIGESTIVO**

**HOSPITAL GENERAL DE TERUEL**

**“OBISPO POLANCO”**

**2.008**

# **SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO**

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General de Teruel "Obispo Polanco" viene prestando sus servicios a la Sociedad de Teruel como servicio jerarquizado desde aproximadamente el año 1.968, es decir unos 40 años; previamente funcionaba como Servicio no jerarquizado, compatibilizando la asistencia de pacientes en este Centro con otros como era el Hospital Provincial, así como la asistencia especializada en ambulatorio.

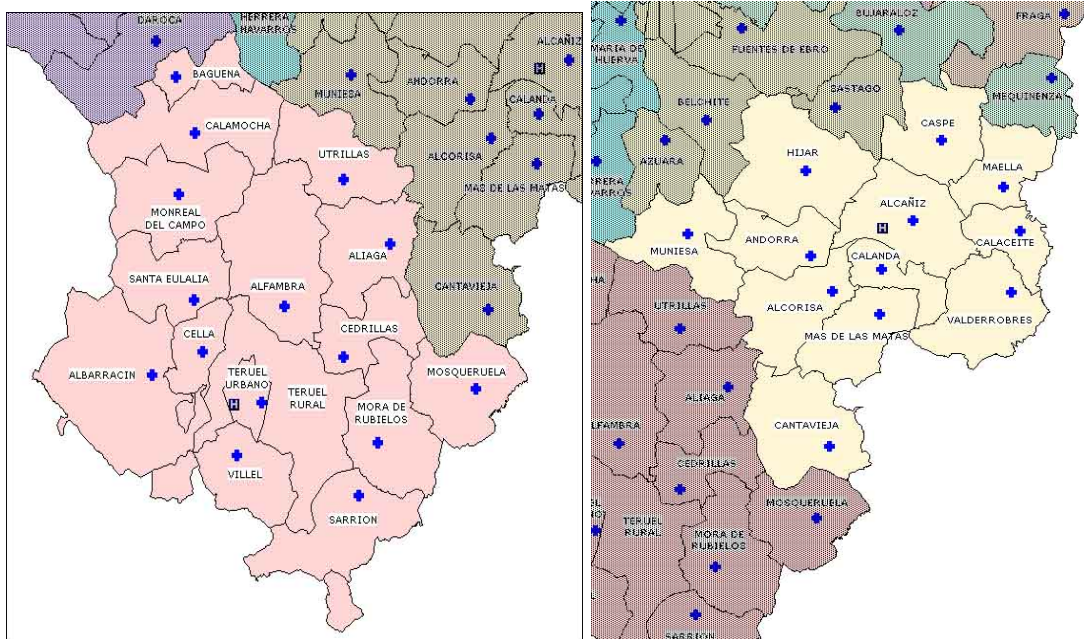
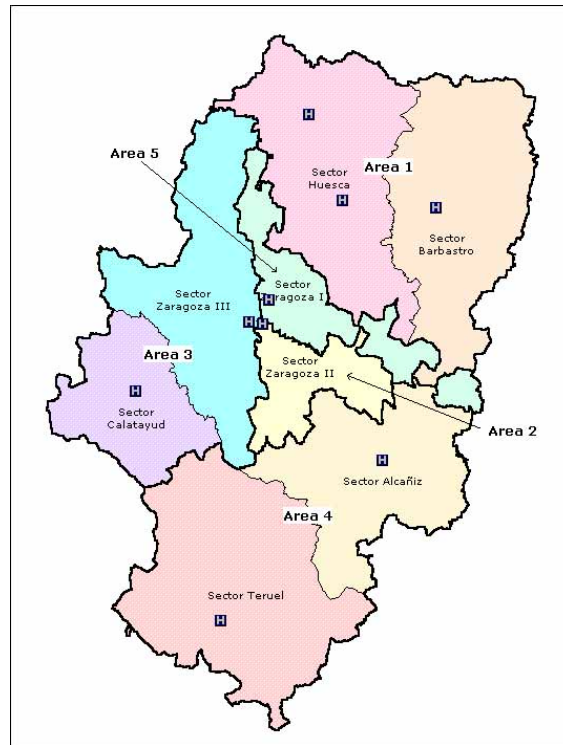
Debemos recordar, como el creador del Servicio Jerarquizado de Cirugía General, al Dr. Miguel Marqués López, que además de ser una gran persona fue el auténtico Cirujano General de pies a cabeza, uniendo en su formación quirúrgica la de todas las especialidades de su tiempo (traumatología, neurocirugía, cirugía torácica, etc.).

## **1.-ASPECTOS GENERALES:**

### **A.-MARCO DE ACTUACIÓN:**

El nuevo modelo de sistema aragonés de salud definido en la Ley 6/2002, de 15 de Abril, de Salud de Aragón y en el Decreto 207/2003, de 22 de Julio por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón, estructura la atención sanitaria en torno a ocho sectores. En cada uno de ellos se integran los diferentes dispositivos asistenciales de Atención primaria, Atención especializada, Salud Mental y Sociosanitario, además de la existencia de un Centro Coordinador de Urgencias (061) para todo el territorio.

Esta división territorial sustituye a la existente antes de las transferencias en 5 Áreas de Salud, de forma que el Área I de Huesca se divide en los Sectores de Huesca y Barbastro, el Área II de Zaragoza se convierte en el Sector de Zaragoza II, el Área III de Zaragoza se divide en los Sectores de Calatayud y Zaragoza III, el Área IV de Teruel se divide en los Sectores de Teruel y Alcañiz, y el Área V de Zaragoza se convierte en el Sector de Zaragoza I.



SECTOR VIII (TERUEL)

SECTOR IX (ALCAÑIZ)

Como ya sabemos, nuestra provincia de Teruel, situada geográficamente al sur de la comunidad autónoma de Aragón y de la que forma parte, constituye la denominada como Área Sanitaria IV, y a su vez se encuentra dividida en dos grandes Sectores desde el punto de vista sanitario, por una parte el Sector VIII, correspondiente a la zona de Teruel, y por otra el Sector IX que corresponde a la zona de Alcañiz, cada uno de ellos con un

hospital, el de Alcañiz con un hospital comarcal y el Teruel con un hospital general.

Las comarcas incluidas en el Sector VIII son: Calamocha (25), Cuencas mineras (26), Teruel (29), Maestrazgo (30), Albarracín (31) y Gúdar-Javalambre (32); y las incluidas en el Sector IX son: Bajo Martín (23), Andorra (27), Bajo Aragón (28) y Matarraña (33).

La superficie total del Sector VIII es de 10.948,7 Km<sup>2</sup>. El Hospital General de Teruel "Obispo Polanco" es centro de referencia del Comarcal de Alcañiz.

El Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de Teruel, asiste a una población aproximada de 90.000 habitantes, cifra que se incrementa mucho durante la época de vacaciones. Esta población asistida corresponde al Sector VIII del Área IV, y a la que hay que añadir algunos pueblos de la provincia de Valencia (Rincón de Ademuz), otros de la de Cuenca y algunos de la de Guadalajara.

Tendremos que considerar que la Ciudad de Teruel, se encuentra situada geográficamente y en lo referente a su Hospital de referencia, el Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza, a 180 km. de distancia. Respecto al Hospital Comarcal de Alcañiz, la distancia es de 160 km.

## **B.-PERSONAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA:**

### **1.-PERSONAL MÉDICO:**

- 1 Jefe de Servicio: Dr. José María del Val Gil
- 1 Jefe de Sección: Dr. José Alberto Cruces Conde
- 1 Médico Adjunto: Dr. Pedro V. López Peris
- 1 Médico Adjunto Funcionario: Dr. Manuel Sanz Gómez
- 4 Facultativos Especialistas de Área:
  - Dr. Magín González Penabad
  - Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez
  - Dra. Celia Moreno Muzas
  - Dr. Barbar
- 1 Médico Residente de Cirugía General y Digestiva:
  - Dra. Laura Isabel Comín Novella (R-4)
  - Dra. Mónica Oset García (R-1)

## **2.-PERSONAL DE ENFERMERÍA:**

-De planta:

- 1 Supervisora ATS/DUE: Dña. Concepción Iranzo García
- 8 ATS/DUE en turno de mañanas
- 2 ATS/DUE en turno fijo de noches
- 2 ATS/DUE de media jornada para el turno de refuerzo
- 8 Auxiliares de Clínica en turno de mañanas
- 1 Auxiliar de Clínica en turno de refuerzo

-De consulta externa:

- 1 ATS/DUE a tiempo completo
- 1 ATS/DUE a tiempo parcial

-De quirófano:

- 1 ATS/DUE instrumentista
- 1-2 ATS/DUE de campo / anestesia
- 1 Auxiliar de Enfermería

## **3.-PERSONAL ADMINISTRATIVO:**

-1 Auxiliar administrativa, compartida con el Servicio de Traumatología.

## **4.-CELADOR:**

- 1 Celador, compartido con UCI

## **5.-1 PINCHE DE COCINA**

## **6.-1 LIMPIADORA**

## **C.-ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN:**

Este Servicio de Cirugía está ubicado en la planta 2ª, ala derecha, del Hospital General de Teruel, y cuenta con una asignación de 26 camas de las 34 que dispone la planta, distribuidas en habitaciones de dos camas, con un aseo formado por un inodoro, ducha y lavabo; las habitaciones disponen además de teléfono y televisión que funcionan con tarjeta.

El resto de camas están asignadas al Servicio de O.R.L. (2 camas) y a Digestivo (6 camas).

## **D.-ÁREA DE QUIRÓFANO:**

Este Servicio tiene asignado un quirófano, el denominado como número 2, ubicado en el área quirúrgica del hospital (planta primera), en el que se realizan todas las intervenciones quirúrgicas del servicio (programadas,

urgentes, con anestesia local, regional o general). Cuando se realizan dos quirófanos a la vez en cirugía programada o urgente, se nos asigna el quirófano número 1 o el 3.

### **E.-ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS:**

Para el desarrollo de esta actividad asistencial, el Servicio de Cirugía dispone de dos locales en el edificio designado a tal fin, donde son vistos los pacientes quirúrgicos de primera visita, sucesivas, revisiones postoperatorias, revisiones de pacientes oncológicos, curas de pacientes ambulatorios, etc., situados en la zona nueva de consultas externas, en la tercera planta, con sala de curas/exploración independiente.

### **2.-NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO**

Para el correcto funcionamiento de cualquier Servicio, y por tanto de éste, deben existir unas normas de obligado cumplimiento para todos los miembros del mismo, basadas en Leyes, Reales Decretos y otras disposiciones legales al respecto y que podemos resumir en las siguientes:

- 1.-Orden de 28 de febrero de 1985 (BOE de 5 de marzo de 1985) por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de sus cargos y puesto correspondiente.
- 2.-Orden de 1 de marzo de 1985 (BOE de 5 de marzo de 1985) por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social.
- 3.-Ley General de Sanidad (14/1986 de 23 de abril)
- 4.-Real Decreto 521/87, sobre Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- 5.-Real Decreto 8/96, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los Servicios de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud.
- 6.-Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- 7.-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 8.-Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.
- 9.-Decreto 207/2003, de 22 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

10.-Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

11.-Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

12.-Resolución de 25 de junio de 2004, fecha de publicación 5 de julio de 2004, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones sobre el nombramiento de "facultativos" en Atención Especializada para la prestación de Servicios de Atención Continuada.

13.-Decreto 41/2005, de 22 de febrero, del Gobierno de Aragón, de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón.

14.-Orden de 1 de marzo de 1985 (BOE de 5 de marzo de 1985) por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social, ya se habla en su artículo 22 de que cada Unidad Asistencial o Servicio deberá cumplir los OBJETIVOS que anualmente señale la Dirección en sus aspectos asistenciales, docentes, de investigación y económico administrativos. Anualmente el responsable de cada Unidad o Servicio presentará una memoria de gestión y actividades y asimismo participará en la elaboración del presupuesto en lo relativo a su ámbito de competencia. En su artículo 23 que los responsables de los servicios médicos tendrán la denominación y categoría de Jefe de Servicio y estarán bajo la dependencia inmediata del Director Médico del hospital. Igualmente dice que, los responsables de las Unidades Asistenciales de rango inferior al de Servicio tendrán la denominación de Jefe de Sección y dependerán del Director Médico o del Jefe de Servicio correspondiente, si lo hubiese.

15.-Ley General de Sanidad (14/1986 de 23 de abril), que reconoce el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, aunque no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones, sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes.

La directriz sobre la que descansa toda la reforma que esta Ley propone, es la creación de un SISTEMA NACIONAL DE SALUD. El eje del modelo que esta Ley adopta, son las Comunidades Autónomas.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, convenientemente coordinados.

Las Áreas de Salud serán las piezas básicas de los sistemas de salud de las Comunidades Autónomas. Desde éstas Áreas de Salud, debe ser posible ofrecer todas las prestaciones propias del Sistema Sanitario.

16.-Real Decreto 521/87, en su anexo, se publica el Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, y en el que no aparece la figura jerárquica del Jefe de Departamento.

17.-Real Decreto 8/96 sobre libre elección de médico en los Servicios de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud, indicando en su artículo 3 que “el usuario podrá elegir médico para la asistencia especializada en consultas externas, pudiendo optar entre ser atendido por el médico especialista asignado al equipo de atención primaria o elegir libremente entre los facultativos especialistas que desarrollen actividad en las consultas externas, tanto en el hospital de referencia del área de salud que corresponda al usuario, como en los centros de especialidades dependientes del mismo”. Entre las especialidades está incluida la de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

18.-Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que tiene por objeto la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43.

Se recogen los derechos y deberes de los ciudadanos en cuanto a su asistencia sanitaria, derechos a la información sobre la salud y la autonomía del paciente, intimidad y confidencialidad. También se define la historia clínica, plan de salud de Aragón, Sistema de Salud de Aragón, competencias de las Administraciones públicas de Aragón, docencia e investigación, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

19.-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

20.-Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón, definiendo el plazo máximo de intervención quirúrgica de acuerdo con la prioridad de la misma.

21.-Decreto 98/2003, de 29 de abril del Gobierno de Aragón, por el que se regulan los ficheros de datos de carácter personal gestionados por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

22.-Decreto 207/2003, de 22 de Julio, del Gobierno de Aragón (B.O.A. de 6 de agosto del 2003), por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón, estructura la atención sanitaria en torno a ocho sectores.

23.-Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en la que se definen las profesiones sanitarias, ejercicio de las mismas, formación de los profesionales sanitarios, desarrollo profesional y su reconocimiento, ejercicio privado de las profesiones sanitarias, participación de los profesionales.

24.-Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en el que se establecen unas normas generales, una clasificación del personal estatutario, planificación y ordenación del personal, derechos y deberes, condición de personal estatutario fijo, provisión de plazas, movilidad del personal, carrera profesional, retribuciones,



jornada de trabajo, permisos y licencias, situaciones del personal estatutario, régimen disciplinario, incompatibilidades, representación-participación y negociación colectiva, todo ello por concretar en las distintas Comunidades Autónomas.

25.-Decreto 41/2005, de 22 de febrero, del Gobierno de Aragón, de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón, hace referencia a la regular la actividad asistencial del sector, estructuras del sector sanitario y órganos de dirección, gestión, asesoramiento y participación del sector.

26.-Orden 8 de marzo 2006 del Departamento de Salud y Consumo por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de Centros quirúrgicos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

27.-Pacto de fecha 7 de julio de 2006 de la Mesa Sectorial de Sanidad, en materia de permisos, vacaciones y otras medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral del personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.

28.-Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

29.-Orden de 5 de diciembre de 2007 del Departamento de Salud y Consumo, por la que se publica el acuerdo del Gobierno de Aragón de 4 de diciembre de 2007, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolos, a los acuerdos alcanzados en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempos de trabajo, jornada y horario de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

Con todo ello y para definir misiones y objetivos a cumplir, se han elaborado estas normas que podemos dividir en tres grandes apartados:

- A.-ORGANIZACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ASISTENCIAL
- B.-ORGANIZACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DOCENTE-  
INVESTIGADOR
- C.-DOCUMENTOS PROPIOS DEL SERVICIO

y que desarrollamos a continuación.

## **A.-ORGANIZACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ASISTENCIAL:**

### **1.-PACIENTES DEL SERVICIO:**

Los pacientes ingresados en este Servicio serán todos y cada uno de ellos del propio Servicio, y serán llevados directamente por uno de los Facultativos del mismo.

---

## **2.-HORARIO DE TRABAJO:**

El horario habitual de trabajo en este Servicio será el de todo el Hospital, es decir de **8 a 15 horas**, debiendo, en dicho horario, permanecer todos los Facultativos dentro del Hospital. Si por algún motivo, alguno de los Facultativos tuviera que salir del Centro durante la jornada laboral, **deberá comunicarlo siempre al Jefe de Servicio.**

Referente a este punto, a continuación se hace referencia a escrito recibido de la Dirección del Hospital que recoge la normativa al respecto. El escrito es del Inspector General de Servicios, donde se nos comunica que a petición del Excmo. Consejero de Presidencia y Relaciones Institucionales, se van a realizar "controles volantes de presencia del personal en sus puestos de trabajo" (Año 2.003).

Del mismo modo se indica, que los órganos gestores del control horario deberán conservar la documentación que se les haya entregado al menos durante 3 meses para las posibles actuaciones inspectoras y que los Jefes de Servicio responsables de las Unidades y el personal destinado en las mismas deben de facilitar a los inspectores de servicios además, cuanta información, datos y expedientes resulten precisos para el mejor ejercicio de su acción inspectora.

Creo conveniente recordarle que el pasado 17 de diciembre de 2003 se publicó el Estatuto Marco (BOE nº 301) que recoge la siguiente normativa en lo que respecta al régimen de horarios y su cumplimiento:

-Artículo 19. Recoge los deberes del personal estatutario de los Servicios de Salud y en su apartado 9 explica como uno de los deberes "Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las Instalaciones, Centros y Servicios.

-El capítulo X recoge todo lo referente a jornada de trabajo, permisos y licencias.

-El capítulo XII se ocupa del régimen disciplinario y en su artículo 72 "Clases y prescripción de faltas" cataloga como:

### **-Faltas muy graves:**

-Apartado 2d : "El abandono del servicio"

-Apartado 2e: "La falta de asistencia durante más de 5 días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada"

---

-Apartado 2f: "El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras de los servicios"

**-Faltas graves:**

-Apartado 3i: "El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes"

-Apartado 3j: "Las acciones u omisiones dirigidas a evadir los sistemas de control de horarios o a impedir que sean detectados los incumplimientos injustificados de la jornada de trabajo".

-Apartado 3k: "La falta injustificada de asistencia durante más de 3 días continuados o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, cuando no constituyan falta muy grave".

También quiero recordar que las faltas de asistencia o disfrute de permisos y licencias deben ser comunicadas al Jefe de la Unidad que debe de firmar su conformidad, y solicitar la autorización a la Dirección del Centro.

En cuanto a la **solicitud de vacaciones reglamentarias y otros permisos**, a continuación se hace referencia a la normativa enviada por la Dirección del Hospital:

-Las solicitudes de ausencias programadas (asistencia a congresos o cursos y moscosos) deberán presentarse con 30 días de antelación, acompañadas del justificante correspondiente.

-La programación del disfrute de días de libre disposición (moscosos) deberá de distribuirse a lo largo del año, de manera que no se produzca acumulación de libranzas por este motivo en algunos periodos vacacionales, como Navidades, interfiriendo las actividades programadas del servicio, y siempre deberán estar condicionados a éstas.

-La programación de los periodos de vacaciones reglamentarias deberá de realizarse y entregarse en Dirección, al menos, dos meses antes del inicio del periodo vacacional (antes del 1 de abril). La distribución de los meses vacacionales entre los facultativos se realizará de acuerdo con las necesidades asistenciales de los servicios.

### **3.-PACIENTES INGRESADOS:**

#### **A.-ASIGNACIÓN DE ENFERMOS A CADA MÉDICO:**

Cada enfermo ingresado en este Servicio tendrá asignado un **Médico Máximo Responsable**, y cuyo nombre y apellidos deberá conocer el paciente. Para ello, a su ingreso en planta, se le entregará al paciente una hoja, en la que, además de una serie de normas, figurará el nombre de los Médicos del Servicio, siendo señalado el de su máximo responsable. (Ver hoja aparte).

La **manera de asignar el Médico a cada paciente** será de la siguiente forma:

-Pacientes que ingresen de urgencia: dependerán del Cirujano que los haya ingresado, salvo aquellos que reingresen por la misma patología que serán llevados por su primer Cirujano.

-Pacientes que ingresen de forma programada procedentes de consulta externa: serán llevados e intervenidos **“siempre que sea posible”** por el cirujano que les haya visto, a excepción hecha de los MIR de la especialidad que intervendrán aquellos pacientes que considere mejor para su formación el Jefe de Servicio los haya visto o diagnosticado cualquiera del Servicio. Lo mismo se hará con los pacientes vistos a través de hojas de consulta.

Se intentará evitar en lo posible que ningún enfermo acuda a consulta externa sin estar previamente citado y distribuido a través del Servicio de Admisión de Consultas Externas, de acuerdo con la elección libre de especialista.

Una vez el paciente ingresado, su Médico máximo responsable tendrá la obligación de realizar o supervisar (en el caso de que le haya visto uno de los Médicos Residentes del Servicio) la correspondiente historia y exploración clínicas, así como anotar el motivo del ingreso y las exploraciones complementarias solicitadas.

El Cirujano que va a intervenir al paciente, revisará detenidamente la historia clínica el/los días anterior/es a la intervención, comprobando están todos los estudios en condiciones: historia clínica, analítica, RX tórax, E.C.G., consentimiento informado para su intervención, hoja de transfusión si se prevé va a ser necesaria, profilaxis antibiótica y antitrombótica correspondientes, consulta preanestésica, si no se ha hecho previamente en consulta externa.

## **B.-VISITA A PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:**

Se realizará a diario, comenzando entre las 9 y 9,15 horas, de lunes a viernes. Los sábados, domingos y festivos, se podrá comenzar un poco más tarde de acuerdo con el cirujano de guardia.

La realizarán **obligatoriamente** todos los Médicos del Servicio que en ese momento no se encuentren en quirófano o en consulta externa, aunque en la hoja de programación semanal solo figure un facultativo.

Previamente al paso de visita, se realizará una rápida revisión de todas y cada una de las historias de los pacientes ingresados para ver las novedades surgidas desde el día anterior, analíticas nuevas que hayan llegado, pruebas complementarias, etc., e incluso poder solicitar nuevas analíticas o exploraciones complementarias que se consideren necesarias.

Durante el pase de visita, y tras ver y explorar a cada paciente, es obligatorio que el Médico responsable del mismo o en su ausencia el que ese

día pase visita, escriba en la hoja de evolución clínica todas las incidencias ocurridas al paciente en las últimas 24 horas y en la de órdenes de tratamiento, de esta forma se puede ver con facilidad y claridad la evolución de cada paciente tanto por cualquiera de los Cirujanos como por otras Instituciones en caso de reclamaciones.

Cuando un paciente pueda ser dado de alta hospitalaria un día determinado y ese día su Médico máximo responsable no pase visita, es obligación, de los Facultativos que ese día lo hagan, darle el alta correspondiente.

Posteriormente se pasará visita a todos los pacientes del Servicio que, por el motivo que sea, se encuentren ubicados en otra planta del Hospital.

Referente a los Informes de alta, cada día habrá un Cirujano responsable de dar y hacer los informes de alta en Secretaría tras haber terminado el pase de visita. Las altas que se produzcan durante el fin de semana se harán el lunes.

***“Debemos de recordar que el trabajo generado en el Servicio debe de ser realizado entre todos los miembros del mismo, es decir, que nadie tiene porque cargar con el trabajo que otros no quieran realizar. Por todo ello sería conveniente estar todos lo suficientemente motivados para que estas situaciones **NO** ocurran y evitar el sobreesfuerzo de algunos y la excesiva relajación de otros, que conduce a una mala convivencia interna en el Servicio”.***

### **C.-INFORMACIÓN MÉDICA A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS:**

Se realizará a diario, de lunes a viernes, a las 14 horas en el despacho destinado a tal fin en la planta de hospitalización, por el Médico asignado cada día a ello, y estará basada en lo escrito en la hoja de curso clínico.

Aquellos pacientes complejos, graves o con complicaciones, independientemente de que sean informados por el Cirujano que lo haga ese día, deberán recibir información más detallada por parte de su Cirujano máximo responsable.

Durante los fines de semana y festivos, tal y como figura en la hoja de información a los pacientes, se dará información de aquellos pacientes que se considere necesaria la misma.

### **D.-HOJAS DE CONSULTA:**

Las hojas de consulta realizadas por otros Servicios del Hospital al de Cirugía, **urgentes y no urgentes**, serán vistas por el Médico de Guardia en el momento que lleguen al Servicio. Las hojas de consulta **“NO urgentes”**, fundamentalmente de **Medicina Interna** que lleguen a partir de las 15 horas, podrán ser vistas al día siguiente por la mañana por el Médico que esté de guardia ese día, en el caso de que el trabajo impida hacerlo el mismo día por el

Médico de guardia; comunicándolo al Jefe de Servicio de cara a su posible programación quirúrgica, de tal modo que si no se pudiera programar en un plazo breve de tiempo se pudiese dar de alta al paciente unos días antes de ser intervenido.

También sería aconsejable que si por algún motivo llega una hoja de consulta durante el horario de trabajo (por las mañanas), y el cirujano de guardia está ocupado y existe algún otro cirujano en ese momento desocupado, realizase éste la contestación de la misma, previa visita al paciente.

Siempre que se solicite colaboración por cualquier Servicio del Hospital, incluidas todas las llamadas a Urgencias, con o sin hoja de consulta, es obligatorio que el médico que vea al paciente escriba en la historia/hoja de consulta del mismo, y una copia de la hoja de consulta se dejará en el Servicio para archivar.

### **E.-PROTOSCOLOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:**

Es obligatorio, tras la realización de cualquier tipo de intervención quirúrgica, escribir el protocolo de intervención, siguiendo todos los pasos que en él se indican.

### **F.-INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA:**

Es obligatorio la realización del informe de alta hospitalaria de todo paciente ingresado en este Servicio, siguiendo los puntos que en dicha hoja se señalan. Estos informes de alta serán dictados a la Secretaria del Servicio una vez se finalice el paso de visita, por el/los facultativos destinados a tal fin ese día, incluyendo los informes de los éxitus, evitando se acumulen informes de alta de fines de semana, etc.

Cuando se produzca un alta en fin de semana, sábado o domingo, o en festivos, en que no disponemos de Secretaria, se deberá rellenar el impreso realizado a tal efecto (ver hoja adjunta) con las normas a seguir por el paciente (retirada de puntos, revisión, etc.), dejando una copia del mismo en la historia, para que posteriormente, en el informe de alta definitivo, se hagan constar esas recomendaciones.

Igualmente es obligatorio, al dar de alta a un paciente, rellenar la hoja de admisión y firmarla, con el **diagnostico principal y todos los secundarios (muy importante)**, con sus códigos diagnósticos y terapéuticos correspondientes, siempre que sea posible. De esa hoja, depende el C.M.B.D. (conjunto mínimo básico de datos), indispensable de cara a valoración de pacientes, estancias, etc.

Dentro del informe de alta hospitalaria, se incluirán las observaciones y consejos de enfermería en cuanto a cuidados que consideren necesarios.

## G.-INFORME PREOPERATORIO A PACIENTES Y/O FAMILIARES:

Es obligatorio proporcionar toda la información a pacientes y/o familiares, que ingresen para estudio y/o intervención quirúrgica (urgente o programada, con anestesia local, regional o general), tanto de forma oral como escrita a través de las hojas de consentimiento informado.

Las hojas de consentimiento informado, tanto generales como específicas de cada proceso, es obligatorio que sean leídas y firmadas por el paciente y un familiar, o testigo, antes de cualquier intervención quirúrgica. Igualmente, aquellos pacientes programados firmarán la autorización para poder realizarles los anticuerpos VIH, hepatitis B y C.

El Médico que indica la intervención quirúrgica, está obligado a firmar las citadas hojas de consentimiento informado.

## 4.-URGENCIAS Y GUARDIAS MÉDICAS:

A efectos de organización, la guardia médica de Cirugía comenzará a las 8 horas y acabará a las 8 horas del día siguiente, y será de presencia física.

Tras la propuesta de los distintos facultativos del Servicio a la Dirección del Hospital, se dispone por parte de esta Dirección (escrito de fecha 13 de septiembre de 2005, salida número 1213) cambiar el sistema de organización de guardias del Servicio, siguiendo una "rueda" y haciendo viernes y domingo de guardia el mismo facultativo, con lo cual, la consulta externa asignada a cada facultativo no siempre es pasada por él, sino por otro facultativo del Servicio; y los martes se dispone de un facultativo menos de cara a poder hacer otro quirófano programado.

Serán atendidas por el Cirujano de Guardia todas las urgencias, tanto internas como externas, de la especialidad, así como las hojas de consulta que lleguen ese día al servicio (urgentes y no urgentes, con la salvedad que se comentó anteriormente).

Se procurará que el cirujano de guardia pase visita a planta para así conocer los pacientes ingresados, que no esté en cirugía programada y a poder ser sea el encargado de dar la información a pacientes y familiares y hacer los informes de alta. Además, si ese día tiene consulta externa, pasará la misma.

Cuando además del Cirujano (staff) se encuentre un Médico Residente de Cirugía de guardia, éste verá las urgencias de la especialidad, pero **nunca tomará ninguna decisión sin contar con el Cirujano de guardia**. El Médico Residente de Cirugía no podrá contestar las hojas de consulta, aunque sí podrá ver al paciente, debiendo de firmar dichas hojas el Cirujano de guardia.

Es obligación del Cirujano de guardia el anotar todas las incidencias de la guardia en el **parte de urgencias** creado a tal fin, anotando los pacientes vistos, internos y externos, hojas de consulta, etc., firmando al final de la

guardia el mismo, señalando aquellos pacientes que quedan en observación (ver hoja adjunta).

Todos los días a las 8,15 horas, se realizará una sesión para comentar los pacientes vistos el día anterior de urgencia, por el cirujano saliente de guardia. en caso de que el cirujano saliente no estuviese en condiciones físicas para hacerlo, la realizará el MIR más joven de cirugía.

Las guardias de cirugía serán **exclusivamente de 24 horas de duración** (7 horas de jornada laboral normal + 17 horas de guardia en días laborables, y 24 horas de guardia en festivos). No se podrán realizar más de 24 horas seguidas de guardia de presencia física.

La libranza de la guardia se realizará el día que se sale de guardia, no pudiéndose guardar libranzas.

En el caso de realizar guardia el mismo cirujano los viernes y domingo, la libranza será lunes y martes. Si no se libra ese día, se pierde la libranza, salvo que sea por necesidades del Servicio.

En cuanto a las libranzas del que hace guardia el sábado o víspera de festivos, y de acuerdo con la normativa actual del Hospital, se librarán el lunes o al día siguiente del festivo.

Los Cirujanos que hagan Ayudantía Quirúrgica, de guardia localizada los sábados y vísperas de festivos que justifiquen han sido llamados para realizar cirugía de urgencia, librarán el lunes o al día siguiente del festivo siempre que sea posible y salvo necesidades del Servicio, en cuyo caso se podrán acumular (ver parte adjunto).

Si esas urgencias surgen en horario de mañanas de días laborables, la ayudantía la hará cualquier Cirujano del Servicio que se encuentre disponible en ese momento.

Cuando se encuentre de guardia un cirujano contratado exclusivamente para la realización de las mismas, es decir en horario de días laborables y sábados de 15 a 8 horas, se asignará al Médico Residente de Cirugía para que vea las urgencias que surjan durante ese periodo de tiempo, y que comentará a cualquiera de los Médicos del Servicio.

Los sábados que se encuentre de guardia dicho cirujano, el periodo de tiempo de 8 a 15 horas será cubierto por un Cirujano de plantilla del Servicio.

#### **5.-PARTES DE QUIRÓFANO:**

Los partes de quirófano se realizarán para toda la semana los jueves, a ser posible en colaboración con el Jefe de Servicio de Anestesia y el Servicio de Admisión, procurando:

-Que el Cirujano de guardia esté lo menos posible en el parte de cirugía programada.



-Que los que tienen consulta a las 11 horas, estén solamente en quirófano a primera hora.

En los partes de quirófano, figurarán el Cirujano y él o los Ayudantes, nombre y apellidos del paciente, habitación y cama en que se encuentra, patología y tipo de intervención a practicar, así como las observaciones específicas en cada caso. También debería figurar en cada uno de ellos el nombre del Anestesiista que va a estar en ese quirófano y ser firmado por el Jefe de Servicio de Anestesia.

Teniendo en cuenta que el Parte de Quirófano es un documento oficial del Hospital, queda **PROHIBIDO INCLUIR** en dicho parte a ningún paciente sin conocimiento, autorización y firma del Jefe de Servicio.

El parte de quirófano se llevará a cabo por los cirujanos que en él se reflejen tanto en cirugía programada de mañana o de tarde. Si por el motivo que fuese, un cirujano quisiera cambiar su trabajo de quirófano a otro, se deberá comunicar con la suficiente antelación al Jefe de Servicio.

Cuando por el motivo que fuere se produjese una **suspensión de un paciente del parte de quirófano programado**, el cirujano responsable de la intervención del mismo, deberá comunicar de inmediato al Jefe de Servicio dicha suspensión, para valorar los motivos y tomar las medidas necesarias de cara a la nueva programación del mismo.

## **6.-CONSULTAS EXTERNAS DE CIRUGÍA:**

De acuerdo con la normativa de **libre elección de especialista**, todos los Médicos del Servicio tienen asignado un día a la semana de consulta externa, para ver pacientes de primer día, revisiones de pacientes operados y revisión de pacientes con patologías oncológicas, como se ha comentado anteriormente. Cuando el cirujano que tenga consulta salga de guardia, y por tanto libre, el Jefe de Servicio asignará el cirujano que pasará esa consulta.

### **ORGANIZACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS**

<b>DÍA</b>	<b>MÉDICOS</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>HORARIO</b>	<b>REVISIONES</b>
<b>LUNES</b>	CRUCES GONZALEZ	Libre elección Libre elección	9-10,30 y 11-14 h. 9-10,30 y 11-14 h.	Colo-rectal Colo-rectal
<b>MARTES</b>	LÓPEZ BARBAR	Libre elección Libre elección	9-10,30 y 11-14 h. 9-10,30 y 11-14 h.	Estómago Estómago
<b>MIÉRCOLES</b>	DEL VAL		9-10,30 y 11-14 h.	Mama
<b>VIERNES</b>	SANZ MORENO	Libre elección Libre elección	9-10,30 y 11-14 h. 9-10,30 y 11-14 h.	Ulceras-Varices Hernias

## **7.-PROTOSCOLOS DE SEGUIMIENTO-TRATAMIENTO DEL SERVICIO:**

Los protocolos que tenemos elaborados, están siempre abiertos para poder ser actualizados y modificados, pero mientras eso no se lleve a cabo, serán de obligado cumplimiento. Igualmente es obligatoria la cumplimentación de los mismos por parte del cirujano que ha tratado al paciente.

## **B.-DESDE EL PUNTO DE VISTA DOCENTE INVESTIGACION:**

### **1.-SESIONES CLÍNICAS:**

A.-DIARIA A LAS 8,15 HORAS:

-Revisión de las urgencias atendidas el día anterior.

B.-JUEVES:

-Vamos a realizar el resto de las Sesiones Clínicas todos los jueves, de la forma que se indica en el siguiente esquema:

8-9,30 horas	Revisión historias pacientes ingresados
9,30-10,30 horas	Visita a planta
11,30-12 horas	Revisión y comentario de pacientes vistos en consulta externa semana anterior.
12-12,30 horas	Sesión conjunta con Oncología-Anatomía Patológica-Digestivo
12,30-13,30 horas	Revisión historias de pacientes fallecidos en la última semana
13,30-14 horas	Sesión clínica MIR Cirugía

### **2.-TRABAJOS CIENTÍFICOS:**

Es del máximo interés para todos los componentes del servicio, que todos y cada uno del mismo realizasen al menos un trabajo científico al año, que se pudiese enviar a una revista de la especialidad, y una comunicación científica a un congreso/reunión de la especialidad.

Sería igualmente interesante realizar trabajos más bien prospectivos que retrospectivos.

### **3.-CONGRESOS Y CURSOS DE LA ESPECIALIDAD:**

Al menos cada médico del servicio, debería asistir a un congreso, simposium o reunión de la especialidad al año.

Si para asistir a una Reunión, Congreso, etc., hay varios Médicos del Servicio interesados, tendrá preferencia aquel que lleve algún trabajo, tipo Comunicación o participación en Mesa Redonda, etc. al mismo.

## C.-DOCUMENTOS PROPIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO:

- 1.-Nota informativa de ingreso en el Servicio de Cirugía
- 2.-Informe provisional de alta hospitalaria
- 3.-Parte de urgencias
- 4.-Hoja de control de documentos a pacientes de consulta que van a lista de espera quirúrgica
- 5.-Nota informativa a los pacientes que pasan de consulta externa a lista de espera quirúrgica.
- 6.-Parte de quirófano
- 7.-Hoja semanal de actividad asistencial
- 8.-Protocolo de profilaxis de la Enfermedad tromboembólica venosa
- 9.-Protocolo de profilaxis antibiótica
- 10.-Protocolo de preparación preoperatoria de colon y recto
- 11.-Informe evolutivo del paciente para su Médico de Atención Primaria
- 12.-Consentimientos informados específicos de cada patología, que no se adjuntan en este documento.

## **NOTA INFORMATIVA DE INGRESO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

Acaba de ingresar en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General de Teruel "Obispo Polanco", queriendo, en primer lugar, y en nombre de todo el personal del mismo, darle la bienvenida y desearle una rápida recuperación, y que su estancia entre nosotros, así como la de sus familiares, sean lo mas agradables posibles.

Este Servicio está formado por Médicos Especialistas en Cirugía General y Aparato Digestivo, Médicos Residentes de la especialidad, Ayudantes Técnicos Sanitarios/Diplomados Universitarios de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Celadores, Auxiliar Administrativo, Personal de cocina y Personal de limpieza.

A continuación verá los nombres de los Médicos del Servicio, estando señalado el máximo responsable suyo, y al que podrá solicitar la información que desee sobre su enfermedad, de acuerdo con el horario establecido:

Jefe del Servicio: Dr. José María del Val Gil

Jefe de Sección: Dr. José Alberto Cruces Conde

Médicos Adjuntos/Facultativos Especialistas de Área:

- Dr. Pedro V. López Peris
- Dr. Manuel Sanz Gómez
- Dr. Magín González Penabad
- Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez
- Dra. Celia Moreno Muzas
- Dr. Barbar

Médicos Residentes:

- Dra. Laura Isabel Comín Novella
- Dra. Mónica Oset García

La A.T.S./D.U.E Supervisora de la planta es Dña. Concepción Iranzo García

Diariamente y sobre las 9,15 horas de la mañana, los Médicos del Servicio, pasan visita a todos los pacientes ingresados, pero debido a las actividades quirúrgicas de los mismos, guardias, vacaciones, etc., habrá algún día que sea visitado por otro Médico que no sea su máximo responsable, pero esté tranquilo y no se preocupe ya que todos conocemos su patología, el tipo de intervención que se le ha practicado, en el caso de estar operado, y otros detalles de su enfermedad, con lo cual la atención va a ser la misma.

La información médica a los familiares de los pacientes que lo deseen se realizará diariamente de lunes a viernes por el Médico que tiene asignado o por otro del Servicio a las 14 horas, en el lugar asignado en la planta para tal fin. Los sábados, domingos y festivos, la información la dará el Médico que pase visita, siempre que exista algún dato nuevo que comunicar sobre la evolución del paciente.

Las normas que rigen este Servicio son las comunes al resto del Hospital y que ya conoce, pero nosotros además le queremos aconsejar y resaltar lo siguiente:

-Las visitas excesivas a los pacientes no son buenas, por lo que se deberán ajustar al horario (de 14 a 19 horas exclusivamente) y número establecido para ellas.

-Si usted tiene que ser operado y mientras dure la intervención, sus familiares permanecerán en la habitación, y una vez finalizada la misma o en último extremo a lo largo de la mañana, el Cirujano que le haya operado les dará toda la información sobre ella.

-Las primeras 24 horas de cualquier postoperatorio son las más molestas para el paciente, por lo que es aconsejable que en su habitación exista un ambiente tranquilo, sin ruidos y sin excesivas visitas, para lo cual tenemos que colaborar todos.

-Durante las mañanas el trabajo en este Servicio es más intenso que el resto del día, por lo que rogamos haya los mínimos acompañantes posibles en las habitaciones, y no estén en los pasillos.

-Procure consultar con su Médico máximo responsable todas las dudas que tenga respecto a su enfermedad y nunca se quede con ellas, ello le hará estar mejor.

Finalmente decirle que nos gustaría conocer su opinión sobre su estancia entre nosotros, para ello hemos elaborado una encuesta que está incluida dentro de la propia del Hospital y que se la entregaremos el día que se vaya de alta, totalmente anónima, rogándole conteste a la misma, con el único afán de mejorar aquellas cosas que bajo su punto de vista sean mejorables y se encuentren en nuestro poder, debiéndola depositar en el buzón que existe en esta planta para tal fin.

El Jefe del Servicio de Cirugía  
Fdo.- Dr. José María del Val Gil

**INFORME PROVISIONAL DE ALTA HOSPITALARIA**

ETIQUETA CON LOS  
DATOS DEL  
PACIENTE

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Con esta fecha es dado de alta hospitalaria, no pudiendo darle el Informe de Alta definitivo en este momento, debido a que hoy es día festivo y/o no es posible realizarlo, y se le enviará por correo lo antes posible.

Mientras ese informe le llega, deberá seguir las siguientes recomendaciones:

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

Acudirá por nuestra consulta externa el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_, o bien cuando se le indique en el informe de alta definitivo.

Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo.- Dr. \_\_\_\_\_

# PARTE DE URGENCIAS

FECHA: \_\_\_\_\_

Nº	PACIENTE	EX/IN/HC	ING	HB	DIAGNOSTICO	I.Q.	AL/AG	OBSERVACIONES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

URG.EXT.	URG.INT.	HOJAS C.	INGRESOS	I.INT.A.L.	I.INT.A.G.	I.EXT.A.L.	I.EXT.A.G.

Fdo.Dr. \_\_\_\_\_  
Cirujano de Guardia

**PARTE DE INCIDENCIAS DURANTE LA GUARDIA LOCALIZADA DE  
AYUDANTE QUIRÚRGICO (\*)**

FECHA: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00\_\_

<b>PACIENTE</b>	<b>CIRUJANO DE PRESENCIA FÍSICA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Etiqueta con los datos del paciente		
Etiqueta con los datos del paciente		
Etiqueta con los datos del paciente		
Etiqueta con los datos del paciente		

Firmado Dr.: \_\_\_\_\_

\*Según la normativa actual que rige las libranzas de los Cirujanos Ayudantes Quirúrgicos de guardia localizada los sábados y vísperas de festivos que justifiquen han sido llamados para realizar cirugía de urgencia, éstos librarán el lunes o al día siguiente del festivo siempre que sea posible y salvo necesidades del Servicio, en cuyo caso se podrán acumular.



## HOJA DE CONTROL DE DOCUMENTOS DEL PACIENTE A SU INGRESO

ESPACIO PARA ETIQUETA  
CON DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia: \_\_\_\_\_  
D./Dña.: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio  
en \_\_\_\_\_  
y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

- HOJA DE HISTORIA CLÍNICA
- HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- HOJA DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
- HOJA DE PREPARACIÓN COLON
- HOJA DE PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA
- HOJA DE TRANSFUSIÓN
- HOJA DE CONSULTA AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
- OTROS DOCUMENTOS: \_\_\_\_\_

Señalar con una X los documentos que deben estar en la carpeta del paciente en el momento de su ingreso en planta.

Fdo.-Dr. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PREOPERATORIA DEL  
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA PACIENTES CON  
PRIORIDAD NORMAL**

Una vez que su Cirujano/a le ha indicado que debe ser intervenido quirúrgicamente por la patología que presenta, le entregamos la siguiente documentación y debe hacer lo siguiente:

**1.-HOJA DE ADMISIÓN:** Le entregamos una copia de la hoja de inclusión en lista de espera. El original lo llevaremos nosotros al Servicio de Admisión de enfermos de este Hospital.

**2.-HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Además le entregamos dos hojas iguales del consentimiento informado, en las que le informamos por escrito de su enfermedad y del tratamiento que se le va a realizar con sus posibles complicaciones. Estas hojas deberá leerlas tranquilamente en su domicilio y después firmarlas. Cuando venga a ingresar en la planta de cirugía, las traerá y entregará en el control de enfermería de la planta de Cirugía, ya que es IMPRESCINDIBLE para poder ser operado/a.

**3.-En el plazo máximo de seis meses** se pondrá en contacto con Usted el Servicio de Admisión del Hospital, que le indicará cuando debe acudir a la consulta de Anestesia, donde el Médico especialista le verá y le indicará las pruebas que debe realizarse antes de ser operado.

**4.-Una vez haya sido visitado en la consulta de anestesia,** el Médico verá los estudios que le ha solicitado y si todo está correcto lo comunicará al Servicio de Admisión y ya se podrá programar para realizarle la operación que necesita.

**INFORMACIÓN PREOPERATORIA DEL  
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA PACIENTES CON  
PRIORIDAD ALTA**

Una vez que su Cirujano/a le ha indicado que debe ser intervenido quirúrgicamente por la patología que presenta, le entregamos la siguiente documentación y debe hacer lo siguiente:

**1.-HOJA DE ADMISIÓN:** Le entregamos una copia de la hoja de inclusión en lista de espera. El original lo llevaremos nosotros al Servicio de Admisión de enfermos de este Hospital.

**2.-HOJAS DE ANÁLISIS, RADIOGRAFÍA Y ELECTROCARDIOGRAMA:** Estas hojas se las llevará a su domicilio y el primer día que pueda, de lunes a viernes, acudirá en ayunas a realizarse la extracción de sangre en la planta segunda de consultas externas. Después acudirá a citación de Radiología para realizarse una radiografía de tórax. Luego subirá a la planta 5ª del Hospital para realizarse un Electrocardiograma.

**3.-CONSULTA DE ANESTESIA:** Una vez se haya hecho todas las pruebas anteriores, solicitará en el Servicio de Admisión de Consultas Externas, día de consulta para Anestesia.

**4.-HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Además le entregamos dos hojas iguales del consentimiento informado, en las que le informamos por escrito de su enfermedad y del tratamiento que se le va a realizar con sus posibles complicaciones, así como otra autorización para la realización de análisis.

Estas hojas deberá leerlas tranquilamente en su domicilio y después firmarlas. Cuando venga a ingresar en la planta de cirugía, las traerá y entregará en el control de enfermería de la planta de Cirugía, ya que es IMPRESCINDIBLE para poder ser operado/a.

**5.-Una vez sea visitado por el Servicio de Anestesia,** en un plazo corto de tiempo se le avisará para ingresar y poderle operar.



		GUARDIA							
		SALIENTE GUARDIA							
		VACACIONES-MOSCOSOS- LIBRANZAS							
		CONSULTA EXTERNA							
		QUIRÓFANO							
		PLANTA-INFORMES DE ALTA- INFORME A FAMILIARES							
		QUIRÓFANO TARDES							
		CONSULTA TARDES							

## **SERVICIO DE**

# **CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO**

**MEMORIA**  
**(SEGÚN MODELO E.F.Q.M.)**

**AÑO 2.007**

# **ÍNDICE**

**PRESENTACIÓN**

**1.-LIDERAZGO**

**2.-POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

**3.-PERSONAS**

**4.-RECURSOS Y ALIANZAS**

**5.-PROCESOS**

**6.-RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**7.-RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

## **8.-RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

## **9.-RESULTADOS CLAVE**

### **PRESENTACIÓN**

Un año más vamos a exponer la memoria del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General de Teruel "Obispo Polanco", objetivos, resultados, etc, correspondiente al año 2.007, basada en el modelo E.F.Q.M. (Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total) aceptado por el Sistema Aragonés de Salud para los Hospitales de la Red Sanitaria Aragonesa.

## **1.- LIDERAZGO**



## **1.- LIDERAZGO**

### **1.1.-Organización del Servicio:**

El Servicio de Cirugía General está ubicado en la planta 2ª, ala derecha, del Hospital General de Teruel, y cuenta con una asignación de 26 camas de las 34 que dispone la planta, distribuidas en habitaciones de dos camas, con un aseo formado por un inodoro, ducha y lavabo; las habitaciones disponen además de teléfono y televisión que funcionan con tarjeta.

El resto de camas y de acuerdo con el Protocolo hospitalario elaborado para la gestión de camas, están asignadas a los Servicios de O.R.L. (2 camas) y a Digestivo (6 camas).

Los pacientes ingresados pueden proceder de consultas externas, de lista de espera quirúrgica para ser intervenidos de forma programada, de otros Servicios hospitalarios cuando presentan una patología quirúrgica, o bien de urgencias, bien para ser intervenidos de urgencia o para estudio.

Una vez ingresados son llevados y atendidos por el médico que les ha visto previamente, y cuando han de ser programados para intervención quirúrgica el Jefe de Servicio, previa evaluación del caso, decide si son intervenidos por el cirujano que previamente lo llevaba, por otro o por el médico residente de la especialidad, todo ello en dependencia de la patología, complejidad de la cirugía y experiencia de cada cirujano.

Para ello es importante realizar una programación quirúrgica adecuada, semanal, es decir confeccionar los partes de quirófano teniendo en cuenta al paciente, a su patología, la técnica quirúrgica a realizar y el cirujano que la va a realizar; para con todo ello valorar tiempos quirúrgicos, número de pacientes a programar y evitar sobre todo suspensiones de intervenciones quirúrgicas, sabiendo y conociendo el trastorno que supone para el paciente y familiares la suspensión de una cirugía programada.

Respecto a quirófanos, este Servicio tiene asignado un quirófano, el denominado como número 2, ubicado en el área quirúrgica del hospital (planta primera), en el que se realizan todas las intervenciones quirúrgicas del servicio (programadas, urgentes, con anestesia local, regional o general). Cuando se

realizan dos quirófanos a la vez en cirugía programada o urgente, se nos asigna (habitualmente) el quirófano número 3 o el número 1.

No se dispone de un quirófano de urgencias específico, como ya es conocido por la Dirección del Centro, y que consideramos imprescindible ante cualquier emergencia que pudiera surgir, sobre todo durante el periodo de tiempo en que se está realizando la cirugía programada.

Otro aspecto importante en la organización del Servicio son las consultas externas, para lo cual disponemos de dos locales en el edificio asignado a tal fin, donde son vistos los pacientes quirúrgicos de primera visita, sucesivas, revisiones postoperatorias, revisiones de pacientes oncológicos, curas de pacientes ambulatorios, etc., situados en la zona nueva de consultas externas, en la tercera planta, con sala de curas/exploración independiente, con el inconveniente de que no lindan entre sí, sino que se encuentran en ambos extremos de la planta.

La organización de las consultas externas es la siguiente: Hay consulta de lunes a viernes, excepto los jueves; cada día tienen consulta dos cirujanos durante toda la mañana, salvo el miércoles, en que por problemas de enfermería una consulta se encuentra activa durante la segunda mitad de la jornada, y los viernes (hasta el mes de octubre) pasaban consulta tres cirujanos (uno la mañana completa y dos con media mañana cada uno) y posteriormente debido a baja por maternidad y posterior excedencia, lo hacen dos cirujanos a tiempo completo.

En un intento de asignar pacientes a cada cirujano por patologías, se decidió en su momento que las consultas de los lunes fuesen más específicas de patología coloproctológica, la de los martes de patología gástrica y pared abdominal, de los miércoles de patología mamaria y la de los viernes de patología vascular y general; dando de esta manera una cobertura más específica a las patologías más frecuentes que tratamos.

Se diseñaron en su momento protocolos de seguimiento de las distintas patologías, algunos de ellos continúan, como es el caso del cáncer de mama, y otros como el cáncer colo-rectal se ha adaptado a los nuevos protocolos elaborados por las comisiones correspondientes a nivel hospitalario.

## **1.2.-Objetivos. Relación de prioridades.**

Los objetivos de este Servicio de Cirugía se encuentran señalados en el contrato de gestión firmado con la Dirección del Hospital y por todos los Facultativos del Servicio.

Existen unos objetivos asistenciales en lo referente a estancias medias hospitalarias generales y de algunos GRDs específicos, rendimientos quirúrgicos que muchas veces no van a depender de los cirujanos exclusivamente, ingresos innecesarios, etc; pero los prioritarios van a ser los tiempos de espera que venimos controlando para evitar que pacientes neoplásicos pasen de los 30 días para ser intervenidos y en general que los pacientes sean intervenidos antes de los 6 meses de inclusión en la lista de espera quirúrgica.

## **1.3.-Dirección de los profesionales para cumplir objetivos.**

Los profesionales del Servicio, con los datos que el Jefe de Servicio recibe, conocen mensualmente la situación de las listas de espera quirúrgica y colaboran en que ningún paciente pueda olvidarse en la programación preferente de determinadas patologías. Igualmente y como decía anteriormente, conocen el programa/contrato de gestión del Servicio.

#### **1.4.-Detección de posibilidades de mejora:**

Semanalmente en la sesión clínica del Servicio, se analizan aquellos pacientes complejos vistos en consulta externa o bien que se encuentren hospitalizados, valorando aquellos problemas asistenciales que pudieran ser susceptibles de mejora de cara al paciente.

Con esa premisa, venimos observando, desde hace años, la existencia de un problema importante en cuanto a la realización de exploraciones complementarias como es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E.) y la realización de esfinterotomías/papilotomías endoscópicas.

En la actualidad el circuito que se sigue es el siguiente: médico responsable del paciente rellena la hoja de solicitud de dicha exploración, la pasa a la Auxiliar Administrativo del Servicio, ésta la pasa a Atención al paciente, quien vía fax la transfiere al Servicio de Atención al paciente del Hospital de referencia Miguel Servet, desde allí la pasan al Servicio de digestivo-endoscopias, quienes citarán al paciente, y se inicia la misma vía en sentido contrario; lo cual puede implicar demasiado tiempo de espera en la citación y aparte la presión asistencial que ese Servicio tenga. En caso de demoras importantes, que suele ser lo más habitual, aparece el sistema del "favor personal", y es entonces cuando el médico responsable del paciente tiene que comenzar a localizar vía telefónica al responsable de las endoscopias y tras los intentos que sean necesarios para localizarlo tiene que rogar le adelante la fecha de ejecución de la prueba, con posibilidades de enfados, malhumor, etc.

Como posible solución a este problema, tenemos la posibilidad de realizar las solicitudes a través de fax directo en el caso de que el servicio de endoscopias digestivas del Hospital de referencia "Miguel Servet" una línea directa de teléfono y se citasen a los pacientes en menos de 48 horas para los casos de urgencia.

De todas formas, pienso (pensamos los cirujanos) que lo ideal, y creo que factible, sobre todo para el paciente sería realizar esta técnica en nuestro hospital, y que parece se encuentra en fase de solución a principios del 2008.

También se está detectando una mala coordinación en las consultas externas del Servicio, todo ello relacionado con las libranzas de las guardias. Esto implica que existen muchos días de ausencia de facultativos para atender sus consultas, lo que lleva consigo que esa consulta sea pasada por otro cirujano que no puede conocer al paciente, su evolución y las posibles decisiones a tomar; además es un hecho que el paciente y familiares que acuden a una revisión con un determinado cirujano, no les parece bien el ser vistos y reevaluados por otro que no le tienen tanta confianza, etc. Por todo ello pienso que se deberían introducir cambios para mejorar este aspecto.

Estos cambios podrían ser de dos formas, una de ellas sería descitar o no citar aquellas consultas que no pudieran ser pasadas por los titulares de las

mismas, lo cual se podría realizar trimestralmente. Otra opción sería organizar las guardias de forma distinta a la actual, teniendo como eje las días de consulta de cada cirujano y distribuir las guardias evitando libranzas esos días. Actualmente lo que se hace es que con una periodicidad trimestral, se anulan las consultas que coincidan con las salidas de guardia de los cirujanos. Todas estas posibilidades de cambios, pienso darían un índice de mayor calidad asistencial de cara al paciente y una mayor satisfacción al médico, y los resultados se podrían observar en un año.

#### 1.5.-Cambios introducidos para mejorar el funcionamiento y los resultados.

Existen técnicas encaminadas a mejorar el tratamiento en determinadas patologías, entre otras cosas evitando, en nuestro caso, cirugías innecesarias. Es el caso del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, en el cual era, hasta hace unos años, realizar de forma sistemática un vaciamiento ganglionar axilar completo de cara a estadiar el tumor y evitar recidivas loco-regionales. La tendencia a una cirugía menos radical con los mismos resultados a corto y largo plazo, ha llevado a realizar técnicas como el “ganglio centinela” que evitará, tras un periodo de validación de la técnica, un indiscriminado vaciamiento axilar. Por ello, este año se ha continuado en este Servicio la detección del ganglio centinela en el cáncer de mama y en el melanoma con isótopos radiactivos, hasta ahora habíamos hecho la técnica con colorantes tipo azul patente/azul de metileno, estando actualmente en la fase de validación de la técnica. Los resultados preliminares de los que disponemos en la actualidad son francamente satisfactorios. Con ello se evitarán realizar vaciamientos ganglionares innecesarios.

#### 1.6.-Eficacia de los cambios.

En el caso concreto de la detección del ganglio centinela en el cáncer de mama y en el melanoma, la eficacia la podremos ver tras pasar la fase de validación de la técnica, que como hemos dicho se encuentra en fase avanzada.

#### 1.7.-Intervención de los profesionales en los cambios.

Para llevar a cabo estos cambios ha sido preciso la asistencia de cursos, reuniones, etc y estar actualizado el personal, sobre todo facultativo, desde el punto de vista bibliográfico y técnico, independientemente del apoyo necesario en cuanto a Medicina Nuclear en este caso, aparataje adquirido por nuestro hospital, etc.

#### 1.8.-Reuniones del Servicio sobre objetivos a cumplir, planes de actuación, actividades de mejora, etc.

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, tiene sistematizada una reunión de todos los componentes del mismo todos los jueves, donde se comentan los objetivos, contrato de gestión, actividades a desarrollar, etc., además de disponer de manera individual del Contrato de Gestión del Servicio.

1.9.-Facilidades para participar en cursos, congresos, conferencias y para pertenecer a grupos de trabajo o asociaciones para la mejora de la calidad o de la gestión.

La única manera de mantener un nivel científico asistencial adecuado en un Servicio por parte de todos los facultativos es a través de una formación continuada de los mismos; para ello se necesita un apoyo institucional para que se pueda llevar a cabo esa formación, y ese apoyo debe ser económico, facilitando las inscripciones, alojamiento, etc para asistir a cursos, reuniones, jornadas, etc. Mientras eso no exista, va a ser muy difícil llevarlo a cabo.

De todas maneras a lo largo del 2007 los facultativos del Servicio de Cirugía han participado y asistido a una serie de cursos, congresos, etc, intentando, como se puede, que aquellos que deseen acudir a cualquiera de ellos puedan hacerlo, más si llevan algún trabajo científico a los mismos. Se ha participado con un cirujano en el programa Foccus de laparoscopia avanzada que se desarrolló en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

1.10.-Impulso y organización de sesiones clínicas y bibliográficas del Servicio. Colaboración en las de otros servicios, hospitalarias etc.

Este Servicio tiene organizadas sesiones clínicas, bibliográficas y de mortalidad, con carácter semanal y siempre que sea posible respecto a periodos vacacionales, etc, siguiendo el programa de formación de los MIR de nuestra especialidad.

Colaboramos con las sesiones clínicas hospitalarias, asistiendo a las mismas o bien participando directamente en ellas.

Se participa semanalmente en el Comité de Tumores digestivos, conjuntamente con oncología, digestivo, anatomía patológica, etc.

Además, y una vez finalizado el Protocolo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento del cáncer de mama, se comenzará a realizar reuniones periódicas de dicha patología y con los distintos servicios implicados.

1.11.-Impulso y apoyo a la investigación, publicaciones, comunicaciones, etc.

Intentamos potenciar y apoyar todos los trabajos referentes a investigación clínica, realizando comunicaciones y publicaciones de aquellos temas que más experiencia podamos tener o de aquellos casos que por su poca frecuencia puedan ser de interés para el resto de especialistas.

A lo largo de este año se han asistido a las siguientes Reuniones, Congresos, etc por parte de los Facultativos del Servicio:

A.-ASISTENCIA A JORNADAS, CURSOS, SYMPOSIUM, REUNIONES Y CONGRESOS:

1.-Curso sobre Reconstrucción mamaria “paso a paso”, celebrado en Barcelona, los días 25 y 26 de enero, con la asistencia de:

-Dra. Laura Comín Novella

2.-XV Jornadas Internacionales de Actualización en Cirugía "Cáncer rectal" ¿dónde estamos?, celebradas en Bayona (Pontevedra) los días 20, 21 y 22 de febrero, asistieron:

-Dr. A. Minguillón Serrano  
-Dra. A. C. Utrillas Martínez

3.-II Curso de Organización y Gestión Clínica Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid, los días 22 y 23 de febrero, asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dr. Manuel Sanz Gómez

4.- VII Jornadas aragonesas sobre Cirugía Ambulatoria, Zaragoza 1 y 2 de marzo de 2007, asistió:

-Dra. Laura Comín Novella

5.-Consenso nacional sobre ganglio centinela en cáncer de mama de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaría celebrado en Madrid el día 2 de marzo, asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dra. Laura Comín Novella

6.-Reunión Nacional de Tutores de MIR de Cirugía y de MIR de Cirugía, celebrada en Madrid los días 28 y 29 de marzo, asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dra. Laura Comín Novella

7.-XIV Curso de Cirugía laparoscópica avanzada celebrado en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia los días 18, 19 y 20 de abril, asistió:

-Dr. Rodrigo Perea Muñoz

8.-IX Reunión Nacional de la Sección de pared abdominal de la Asociación Española de Cirujanos celebrada en Valencia los días 10 y 11 de mayo, asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dr. Manuel Sanz Gómez  
-Dra. Ana C. Utrillas Martínez  
-Dra. Laura Comín Novella

9.-XIII Reunión Nacional de la Sección de Patología Mamaria de la Asociación Española de Cirujanos celebrada en Toledo los días 17 y 18 de mayo, con la asistencia de.

-Dr. José María del Val Gil

10.-II Jornada Aragonesa de Tutores de Formación Sanitaria Especializada celebrada en Zaragoza el día 6 de junio, asistió:

-Dr. José María del Val Gil

11.-Curso sobre metodología de la investigación celebrado en Teruel los días 11 al 16 de junio, asistió:

-Dra. Laura Comín Novella

12.-X Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía celebrada en Albarracín (Teruel) el día 16 de junio, asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dr. Manuel Sanz Gómez  
-Dr. Magín González Penabad  
-Dra. Ana C. Utrillas Martínez  
-Dra. Celia Moreno Muzas  
-Dra. Laura Comín Novella  
-Dra. Mónica Oset García

13.-Curso de laparoscopia el día 20 de junio, que asiste:

Dra. Ana C. Utrillas Martínez

14.-VI Reunión Navarro-Aragonesa de Patología Mamaria celebrada en Pamplona los días 28 y 29 de septiembre, con la asistencia de:

-Dr. José María del Val Gil

15.-Curso para de Cirugía laparoscópica para MIR de Cirugía celebrado en el Hospital General de Castellón los días 2 al 5 de octubre al que asiste:

-Dra.Laura Comín Novella

16.-XVII Reunión de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva celebrada en Zaragoza los días 19 y 20 de octubre a la que asisten:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dra. Celia Moreno Muzas

17.-XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Cirujanos celebrada en San Sebastián los días 24 y 25 de octubre ala que asisten:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dra. Laura Comín Novella

18.-II Jornada de Actualización en Cirugía laparoscópica colorrectal celebrada en Alcázar de San Juan (Ciudad Real) el día 8 de noviembre, a la que asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dr. Pedro López Peris  
-Dr. Manuel San Gómez  
-Dra. Laura Comín Novella

19.-Curso sobre Formación en infecciones quirúrgicas. Madrid, 16 de noviembre de 2007, asistió:

-Dra. Laura Comín Novella

20.-Symposium sobre Avances de cáncer de mama hormonodependiente celebrado en Barcelona los días 16 y 17 de noviembre, asistió:

-Dr. José María del Val Gil

21.-XXIV Jornada de Actualización en Cirugía celebrada en el Hospital de Sagunto el día 30 de noviembre, asistieron:

-Dr. José María del Val Gil  
-Dr. Manuel Sanz Gómez  
-Dra. Laura Comín Novella  
-Dra. Mónica Oset García

## B.-TRABAJOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS EN REVISTAS:

B.1.- Liposarcoma retroperitoneal gigante: el reto diagnóstico y terapéutico. Arch Cir Gen Dig 2007 Ene 19.

Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2007/02/2007-01-19.htm>

B.2.-Nuestra experiencia en el cáncer de mama durante los años 2004-2005. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel: Bol Oncol número 24 Vol I/2007.

B.3.-Dolor abdominal y anemia ferropénica de origen poco frecuente. Cirugía. Casos Clínicos. Volumen 2. Número 3. Sept-dic 2007.

## C.-TRABAJOS CIENTÍFICOS PRESENTADOS A REUNIONES, CONGRESOS, ETC.:

C.1.-XV Jornadas Internacionales de Actualización en Cirugía "Cáncer rectal":

-Ecografía endorrectal en el cáncer de recto



C.2.- VII Jornadas aragonesas sobre Cirugía Ambulatoria, Zaragoza 1 y 2 de marzo de 2007:

-Cirugía herniaria de corta estancia: el paso previo a la Cirugía Mayor Ambulatoria.

C.3.-IX Congreso Nacional de la Sección de Cirugía de la Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos. Valencia del 10 al 12 de mayo de 2007:

-Póster: Hernia traumática secundaria a herida por asta de toro.

-Póster: Cirugía herniaria de urgencia.

-Póster: Casuística en Teruel de la eventración.

-Póster: Cirugía herniaria en mayores de ochenta años.

C.4.-X Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía, Albarracín, 16 de junio de 2007:

-Comunicación oral: Hernia diafragmática incarcerada: un caso raro de oclusión intestinal.

-Comunicación oral: Íleo biliar como causa de obstrucción colónica baja.

C.5.-XVII Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza 19-20 octubre 2007:

-Comunicación oral:

C.6.-XVI Reunión Nacional de Cirugía, San Sebastián, del 23 al 25 de octubre de 2007:

-Póster: Cáncer colorrectal intervenido de urgencia: ¿En qué se diferencia del programado?

-Póster: Patología herniaria en Teruel.

-Póster: Apendicitis aguda perforada en hernia crural derecha incarcerada.

-Póster: Diverticulitis aguda: La enfermedad del estreñido.

-Póster: Hernia de pared abdominal por herida por asta de toro.

-Póster: Patología herniaria urgente.

-Póster: Pacientes octogenarios y patología herniaria.

C.7.-II Jornadas Científicas, Teruel 21-22 de noviembre de 2007.

-Póster: Utilidad del TC urgente en la obstrucción intestinal.

-Póster: Utilidad del TC para el diagnóstico de Diverticulitis aguda. (no primer firmante)

-Póster: Diálisis peritoneal en el Área de Salud de Teruel.(no primer firmante)

-Hernia de Amyand conteniendo apendicitis eosinofílica y cistoadenoma mucinoso.

-Cirugía abdominal urgente en la Enfermedad de Von Recklinghausen.

-Tratamiento del cáncer colo-rectal: enfoque multidisciplinar

#### D.-PARTICIPACIÓN EN REUNIONES, CONGRESOS, ETC. COMO PONENTES, MODERADORES, ETC.:

D.1.- En el IX Congreso Nacional de la Sección de Cirugía de la Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos. Valencia del 10 al 12 de mayo de 2007:

-Dr. José María del Val Gil, moderador de la mesa de comunicación poster.

-Dr. José María del Val Gil, ponente en la mesa redonda titulada "Eventraciones laterales, pararrectales, subcostales y paraostomales", con la ponencia titulada "Eventración pararrectal".

D.2.-En la X Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía, Albarracín, 16 de junio de 2007:

-Dr. José María del Val Gil, moderador del Symposium sobre "Tumores gástricos".

-Dra. Laura Comín Novella, ponente en el Symposium sobre "Tumores gástricos", con el tema: Diagnóstico y seguimiento del cáncer gástrico.

D.3.-En la VI Reunión Navarro-Aragonesa de Patología Mamaria celebrada en Pamplona los días 28 y 29 de septiembre:

-Dr. José María del Val Gil, ponente en la mesa redonda sobre "Dificultades de los hospitales comarcales para el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria".

D.4.-En la XVII Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza 19-20 octubre 2007:

-Dr. José María del Val Gil, ponente en la mesa sobre "Colecistitis aguda" con el tema "Tratamiento quirúrgico en el manejo de la colecistitis aguda".

D.5.-En la XVI Reunión Nacional de Cirugía, San Sebastián, del 23 al 25 de octubre de 2007:

-Dr. José María del Val Gil, moderador de la sesión de presentación de comunicaciones oral de Patología Mamaria.

D.6.-El Dr. José María del Val Gil, ha participado como consultor en el programa 05/030/1 de Focuss: Cirugía laparoscópica avanzada.

1.12.-Impulso al desarrollo e implantación de Guías y Protocolos.

Se ha finalizado el Protocolo sobre Pancreatitis aguda con el resto de servicios hospitalarios implicados en esta patología.

1.13.-Diseño y desarrollo de sistemas de transmisión de la información: Informes y comunicados de la Dirección del Centro, de los servicios, de comisiones, de otras organizaciones, encuestas, etc. Utilización de la web del hospital:

Semanalmente se informa a todos los facultativos de todas las comunicaciones de la Dirección del Hospital, de otros Servicios hospitalarios, etc.

1.14.-Actividades para mejorar la motivación de los profesionales.

Si existe alguna forma de que el personal de un servicio se encuentre mas integrado en el mismo, esta es la motivación. Es muy difícil dentro de un Servicio como el nuestro ofrecer fuera del horario laboral formación en cuanto a desarrollo de nuevas tecnologías, mejoras laborales, económicas, etc, al carecer de autonomía económica y funcional, para poder motivar al personal. Para ello sería necesario disponer de recursos que en este momento carecemos.

Deberíamos disponer de métodos de reconocimiento ante el trabajo realizado, ante la introducción de nuevas tecnologías, etc.

## **2.-POLITICA Y ESTRATEGIA**

## 2.-POLITICA Y ESTRATEGIA

### 2.1.-Cartera de servicios. Actividades más importantes.

El Servicio de Cirugía dispone de una cartera de servicios que ofrecer a la población del Sector de Teruel, y que podemos ver a continuación:

ORGANO	PATOLOGÍA	INTEVENCION
ESOFAGO	HERNIA DE HIATO REFLUJO GASTROESOFAGICO ACALASIA PERFORACION	FUNDUPLICATURA +/- CIERRE DE PILAR: -NISSEN: -ABIERTO -LAPAROSCOPICO -NISSEN-ROSETTI: -ABIERTO -LAPAROSCOPICO -TOUPET: -ABIERTO -LAPAROSCOPICO -D'OR: -ABIERTO -LAPAROSCOPICO TERESCARDIOPEXIA: -ABIERTA -LAPAROSCOPICA CARDIOMIOTOMIA TIPO HELLER: -ABIERTA DRENAJE SUTURA
ESTÓMAGO	ULCUS GASTRICO: -NO RESPUESTA A TTO. -SANGRANTE -PERFORADO -ESTENOSIS PILORICA  CANCER GASTRICO POLIPOS GASTRICOS LEIOMIOMAS	GASTROTOMIA POLIPECTOMIA GASTROSTOMIA SUTURA ULCUS SANGR. SUTURA ULCUS PERFO. VAGOTOMÍA TRONCULAR +/-PILOROPL GASTROYEYUNOSTOMIA GASTRECTOMIA PARCIAL -BILRROTH I

	LAMG OBESIDAD MORBIDA BEZOAR	.....-BILLROTH II .....-BILLROTH III GASTRECTOMIA TOTAL: ESOFAGOYEYUNOSTOMÍA GASTROPLASTIA VERTICAL ANILLADA SCOPINARO
DUODENO	ULCUS DUODENAL: -NO RESPUESTA TTO. -SANGRANTE -PERFORADO -ESTENOSIS TRAUMATISMOS TUMORES DIVERTICULOS	VAGOT. TRONC.+ PILOROPLASTIA SUTURA ULCUS SANGRANTE SUTURA PERFORACION DUODENOPANCREATECTOMÍA DERIVACION DUODENAL DIVERTICULECTOMIA
INTESTINO DELGADO	ISQUEMIA OBSTRUCCIÓN: -BRIDAS -HERNIAS INTERNAS -TUMORES -ILEO BILIAR DIVERTICULOS: -D. MECKEL ENFERMEDAD CROHN PERFORACION INVAGINACION MALROTACION DUPLICACION DUODENA	ENTEROSTOMIA ENTEROTOMIA ENTERORRAFIA ENTERO-ENTEROSTOMIA RESECCIÓN INTESTINAL SEGMENTARI RESECCION INTESTINAL MASIVA SECCION DE BRIDAS DIVERTICULECTOMIA
COLON	POLIPOSIS Y POLIPOS DIVERTICULOSIS DIVERTICULITIS COLITIS ULCEROSA COLITIS ISQUEMICA APENDICITIS MUCOCELE APENDICULAR NEOPLASIAS: -PERFORACION -OBSTRUCCION VOLVULO INVAGINACION DOLICOMEGACOLON ENFERMEDAD CROHN AGANGLIONISMO ESTREÑIMIENTO	POLIPECTOMIA HEMICOLECTOMIA DCHA HEMICOLECTOMIA IZQ COLECTOMIA TRANSVERSA COLECTOMIA SUBTOTAL COLECTOMIA TOTAL SIGMOIDECTOMIA PROCTOCOLECTOMIA COLOTOMIA COLOSTOMIA ILEOSTOMIA COLORRAFIA APENDICECTOMIA: -ABIERTA -LAPAROSCOPICA INTERV. DE HARTMANN PEXIAS
RECTO	ADENOMA VELLOSO NEOPLASIAS POLIPOS FISTULA RECTOVAGIN FISTULA RECTOVESIC TRAUMATISMOS PROLAPSO	RESECCION LOCAL: -VIA ENDOANAL -VIA POSTERIOR RESECCIÓN ANTERIOR AMPUTACION ABDOMINOPERINEAL COLOSTOMIA EXENTERACION PELVIA DELORME CERCLAJE
ANO	FISURA FISTULA HEMORROIDES ABSCEOS NEOPLASIAS INCONTINENCIA ANAL	ESFINTEROTOMIA LATERAL INTERNA FISURECTOMIA + ELI SEGMENTARIA FISTULECTOMIA FISTULOTOMIA SECCION ELASTICA ESFINTERIANA HEMORROIDECTOMIA:

	TRAUMATISMOS HERIDAS ASTA TORO ESTENOSIS CUERPOS EXTRAÑOS	-MILLIGAN MORGAN -LIGADURAS ELASTICAS -FERGUSON -ESCLEROTERAPIA DRENAJE DE ABSCESOS RESECCION TUMOR REPARACION ESFINTER COLOSTOMIA
PIEL Y PARTES BLANDAS	TUMORES BENIGNOS: -QUISTES SEBACEOS -LIPOMAS -NEVUS -VERRUGAS TUMORES MALIGNOS -CARCINOMAS -EPITELIOMAS -MELANOMAS SINUS PILONIDAL: -NO COMPLICADO -ABSCESOS HERIDAS ASTA TORO UÑA INCARNATA MORDEDURA VIBORA CARBUNCO CUTÁNEO HIDROSAEDINITIS GANGRENAS PERINE ERISPELA	EXERESIS ELECTROCOAGULACION VACIAMIENTOS GANGLIONARES DRENAJE ABSCESOS EXTIRPACION SINUS PILONIDAL: -CIERRE SIMPLE -MARSUPIALIZACION (TECNICA HEALEY) LIMPIEZA, DESBRIDAMIENTO Y DRENAJE DE HERIDAS EXTIRPACION UÑAS INJERTOS CUTANEOS: -COLGAJOS MIOCUTANE -COLGAJOS CUTANEOS BIOPSIA ARTERIA TEMPORAL FASCIOTOMÍAS
TIROIDES	CARCINOMAS TUMORES BENIGNOS HIPERTIROIDISMOS	HEMITIROIDECTOMIA +/- ISTMECTOMIA TIROIDECTOMÍA SUBTOTAL BILATERAL TIROIDECTOMIA TOTAL
PARATIROIDES	TUMORES HIPERPARATIROIDISMO	PARATIROIDECTOMIA TOTAL O PARCIAL
MAMA	ABSCESOS TUMORES BENIGNOS CARCINOMAS PATOLOGIA BENIGNA	DRENAJE ABSCESOS BIOPSIA CON/SIN ARPÓN TUMORECTOMÍA CUADRANTECTOMÍA MASTECTOMÍA SIMPLE MASTECTOMÍA RADICAL VACIAMIENTOS AXILA GANGLIO CENTINELA
HIGADO	HIDATIDOSIS METASTASIS HEPATIC QUISTES SIMPLES TRAUMATISMOS	QUISTECTOMIA TOTAL QUISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL O TOTAL METASTASECTOMIAS HEPATECTOMIAS: -TIPICAS -ATIPICAS SUTURA HERIDAS SUTURA FISTULAS TORACOFRENOLAPAROT BIOPSIA HEPATICA: -ABIERTA -LAPAROSCOPICA
VIAS BILIARES	COLELITIASIS COLECISTITIS TUMORES BENIGNOS TUMORES MALIGNOS	COLECISTECTOMIA: -ABIERTA -LAPAROSCOPICA COLEDOCOTOMIA:

	COLEDOCOLITIASIS COLANGITIS AMPULOMAS TRAUMATISMOS ESTENOSIS BENIGNAS	-COLEDOCORRAFIA -CON KHER EXTRACCIÓN CÁLCULOS VÍA BILIAR DRENAJE VIA BILIAR: -TUBO DE KHER -DERIVACION BILIAR PAPILOTOMIA ESFINTEROTOMIA ESFINTEROPLASTIA DERIVACION BILIODIGESTIVA AMPULECTOMIA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA
PANCREAS	TUMORES QUISTES PSEUDOQUISTES PANCREATITIS AGUDA PANCREATITIS CRONIC TRAUMATISMOS	DERIVACION: -BILIODIGESTIVA -GASTRODUODENAL -GASTROYEYUNAL DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA / TOTAL PANCREATECTOMIA PARCIAL O TOTAL DRENAJE SEUDOQUISTE DRENAJE PANCREAS SECUESTRECTOMIAS DERIVACIÓN PANCREATICA
BAZO	TRAUMATISMOS HIDATIDOSIS HIERESPLENISMOS METASTASIS TUMORES	CIRUGIA CONSERVADORA ESPLENECTOMIA INJERTO ESPLENICO
TORAX	NEUMOTORAX DERRAMES PLEURAL	DRENAJE TALCAJE
VASCULAR	ISQUEMIAS AGUDAS ISQUEMIAS CRONICAS PIE DIABETICO VARICES FLEBITIS TROMBOSIS VENOSAS ULCERAS VENOSAS	EMBOLECTOMIAS AMPUTACIONES DESBRIDAMIENTOS SAFENECTOMIAS ESCLEROSIS VARICES FASCIOTOMIAS SIMPATECTOMIAS INJERTOS CUTANEOS FISTULAS A-V VENOTOMIA RESERVORIOS VENOSOS
PARED ABDOMINA	HERNIA INGUINAL HERNIA CRURAL HERNIA OBTURATRIZ HERNIA DE SPIEGEL HERNIA LUMBAR HERNIA CIATICA HERNIA UMBILICAL HERNIA EPIGASTRICA EVENTRACION EVISCERACION GRAN DELANTAL OBESOS ONFALITIS: -AGUDA -CRONICA TUMORES UMBILICALE	HERNIORRAFIA: -VIA ANTERIOR -VIA PREPERITONEAL HERNIOPLASTIA: -VIA ANTERIOR -VIA PREPERITONEAL LIPECTOMIA RESECCION UMBILICAL NEUMOPERITONEO PRE RESECCION PARED PLASTIAS
PERITONEO	PERITONITIS AGUDAS:	LAPAROTOMIAS



	-DIFUSAS -LOCALIZADAS ABSCEOS: -SUBFRENICOS -DOUGLAS -MESOCELIACOS PSEUDOMIXOMA ASCITIS: -QUILOSA -TUMORAL CARCINOMATOSIS TUMORES RETROPERIT	DRENAJES RESECCION PERITONEAL EXTIRPACION TUMOR RETROPERITON BIOPSIAS CATETER DIALISIS PERIT ESTADIAJE-KAPPLAN LAPAROSCOPIA DIAGNO
DIAFRAGMA	ROTURAS HERNIAS CONGENITAS HERNIAS ADQUIRIDAS	SUTURAS PLASTIAS

## 2.2.-Situación de la capacidad para atender la demanda de servicios.

Para atender la demanda de la población de nuestro Sector, manteniendo unos tiempos de asistencia correctos, sobre todo en los referente a la actividad quirúrgica de nuestro servicio, podemos decir que sería necesario ampliar el número de sesiones quirúrgicas semanales, doblando quirófano en lugar de un día, como ocurre en la actualidad, pasar a dos o tres días, sin olvidar la plantilla actual de cirujanos, que posiblemente habría que aumentar, sobre todo ante las vacaciones y posterior excedencia por maternidad de una de nuestras cirujanas.

De esta forma se podría atender mejor la demanda quirúrgica que tenemos en este momento.

Tampoco se puede olvidar el envejecimiento de la plantilla de facultativos y las guardias médicas, pensando en tener una plantilla reforzada con personal más joven de cara a cubrir esos puestos de guardia.

## 2.3.-Análisis de la información de los indicadores del cuadro de mando. Sistemas de difusión de los resultados.

Se comunica la información que se tiene de los indicadores del cuadro de mando a todos los miembros del Servicio en Sesión Clínica los jueves.

## 2.4.-Oferta de nuevos servicios.

De acuerdo con la legislación vigente, el próximo año se va a ofertar una consulta de tarde a la semana, al haber solicitado un facultativo la exención de guardias por edad, y realizar esta actividad sustitutiva.

## 2.5.-Aplicación de nuevos conocimientos.

Se está ampliando la oferta de reconstrucción mamaria en aquellas pacientes que precisan por la patología que presentan, el realizarles una mastectomía subcutánea con o sin resección de piel.

## 2.6.-Aplicación de nuevas tecnologías.

A lo largo de este año se ha continuado aplicando la detección del ganglio centinela en el cáncer de mama y melanoma, con isótopos radiactivos y colorante.

## 2.7.-Pactos con la Dirección.

## 2.8.-Protocolos de: información a pacientes, gestión de consentimientos informados, educación en autocuidados, etc.

Este Servicio de Cirugía tiene institucionalizado la información a pacientes y familiares a diario a las 14 horas en un lugar de la planta de hospitalización habilitado a tal fin. De esta forma, el/los facultativos que han pasado visita a planta ese día, informan a aquellos familiares que desean recibir información médica de los pacientes ingresados.

Todos los pacientes ingresados para ser intervenidos de forma programada, a su ingreso presentan en el control de enfermería el documento firmado de consentimiento informado de la intervención que se le va a practicar y que previamente se le había entregado en consulta externa, que se adjunta a su historia clínica.

En el caso de ser una cirugía urgente, el documento de consentimiento informado se entrega en el momento de su ingreso, para que lo lea el paciente y/o sus familiares o responsables del mismo, que tras información verbal por parte del cirujano, firmarán el mismo.

Aquellos pacientes que precisen algún cuidado especial, como puede ser el manejo de un estoma o de un drenaje, el personal de enfermería explica al paciente y a sus futuros cuidadores, los cuidados que deben tener y la forma de hacer los mismos.

## 2.9.-Divulgación de la información sobre el Servicio.

El Servicio de Cirugía dispone de una página web propia ([www.cirugiateruel.com](http://www.cirugiateruel.com)), que interesaría actualizar semestralmente, al menos, y que puede proporcionar una buena fuente de información a la población general en cuanto a actividades desarrolladas, novedades, plantilla, etc.

## 2.10.-Participación en comisiones clínicas y grupos de gestión asistencial y de mejora.

Los distintos miembros del Servicio participan en las siguientes Comisiones del Hospital:

1.-Dr. José M<sup>a</sup> del Val Gil:

- Comisión Técnico Asistencial
- Comisión Mixta
- Comisión de Quirófano
- Comisión de Formación Continuada
- Comisión de Docencia

2.-Dr. Pedro López Peris:

- Comisión de calidad
- Comisión de innovaciones tecnológicas

3.-Dr. Magín González Penabad:

- Comisión de Farmacia
- Comisión de Infecciones

4.-Dr. Antonio Minguillón Serrano:

- Comisión de Quirófano
- Comisión de Informática

5.-Dra. Ana Utrillas Martínez:

- Unidad funcional cáncer colo-rectal
- Comisión de formación continuada
- Comisión de tumores
- Comité organizador II Jornadas Científicas hospitalarias

6.-Dra. Celia Moreno Muzas:

- Realización protocolo pancreatitis aguda

7.-Dra. Laura Comín Novella:

- Comisión Técnico Asistencial
- Comisión de docencia

2.11.-Participación en grupos para el diseño del nuevo hospital.

Distintos facultativos del Servicio forman parte y participan en grupos creados para el diseño del nuevo Hospital.

2.12.-Elaboración de protocolos de derivación. Cumplimiento de los mismos.

Se cumplen los protocolos de solicitud de traslado al Hospital Provincial San José, de aquellos pacientes con patologías asociadas no quirúrgicas y que se consideran crónicos.

Igualmente se cumplimentan los documentos para el traslado de pacientes en medios especiales, como ambulancia, ajustándose a la normativa existente para ello.

## 2.13.-Colaboración con atención Primaria, H. San José, Hospitales de referencia, etc.

A nivel de colaboraciones con Atención Primaria, además de las consultas que se realizan vía telefónica por parte de los Médicos de Atención Primaria a los Médicos del Servicio, se envían contestadas las hojas de colaboración que se solicitan.

Igualmente, en un afán de mayor colaboración, se organizó un Curso de Patología Mamaria para llevar a ese medio unas normas a seguir.

Colaboramos tanto para enviar como para recibir pacientes al Hospital Provincial San José, con patologías crónicas o patologías agudas que pueden surgir en un momento determinado.

En cuanto a nuestro Hospital de referencia "Miguel Servet" de Zaragoza, se mantienen colaboraciones con los siguientes Servicios:

- Endoscopias digestivas: Esfinterotomías endoscópicas
- Radiología intervencionista: Arteriografías y angioplastias transluminal
- Medicina Nuclear: Estudios isotópicos
- Radioterapia
  - Angiología y cirugía vascular periférica
- Cirugía torácica
- Oncología

## 2.14.-Colaboración con Universidades. Formación de estudiantes.

Se oferta anualmente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, la posibilidad de realizar prácticas en este Servicio a aquellos estudiantes interesados a partir de 4º curso.

## 2.15.-Docencia. Colaboración en formación MIR, Sesiones clínicas.

Colaboramos en la formación de los Médicos de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, durante el corto periodo de tiempo que pasan por este Servicio, intentando facilitarles aquellos aspectos teórico prácticos que puedan interesarles desde el punto de vista quirúrgico.

Igualmente al tener formación de MIR de nuestra especialidad, realizamos la docencia en cuanto a los temas quirúrgicos teóricos y la formación práctica de los mismos, siguiendo el programa de la Comisión Nacional de la Especialidad.

## 2.16.-Líneas de investigación.

Durante este año la Dra. Laura Comín Novella ha iniciado estudio prospectivo sobre el uso de la fibrina humana (Tissucol) en la prevención de la linforragia postlinfadenectomía axilar en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.

## 2.17.-Colaboración en estudios científicos.

Durante este año se ha concluido un estudio científico a nivel internacional en cuanto a la profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

## 2.18.-Colaboración con empresas.

## 2.19.-Realización de encuestas.

Tenemos realizada una encuesta, por supuesto anónima, de satisfacción para los pacientes que han estado ingresados en nuestro Servicio y que se les entrega al darles de alta hospitalaria, y que podemos ver a continuación:

### ENCUESTA A LOS PACIENTES DADOS DE ALTA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO"

Antes de marcharse de alta, le agradeceríamos nos contestase como paciente que ha sido, y de forma totalmente anónima, las siguientes preguntas sobre su estancia entre nosotros, con el fin de conocer su opinión y de mejorar aquellos aspectos que según Vd no funcionan adecuadamente.

Para ello, a continuación de cada pregunta, rodeará con un círculo lo que le interese: **muy bien, bien, regular, mal**, o bien **si o no**.

Una vez contestada la encuesta, la depositará en el buzón destinado a tal fin y que se encuentra en esta planta. Muchas gracias por su colaboración.

1.-A su ingreso en este Servicio, ¿le pareció adecuada la información recibida en la planta en cuanto al funcionamiento de la misma, situación de la habitación, horarios de visita, etc?:

SI                      NO

2.-Si ingresó de urgencia, la información que recibió Vd y su familia en ese momento de su enfermedad, ¿cómo le pareció?:

MUY BIEN              BIEN              REGULAR              MAL

3.-En el caso que ingresara de forma programada para ser intervenido quirúrgicamente o realizar algún estudio complementario de su enfermedad, la información que recibió cuando se hizo tal indicación, ¿cómo le pareció?:

MUY BIEN              BIEN              REGULAR              MAL

4.-Si ha tenido que ser operado, habrá firmado un documento de consentimiento informado sobre la operación que le iban a practicar, ¿le pareció adecuado y comprensible?:

SI NO

5.-Si ha sido operado, la información que le ha dado el cirujano a sus familiares y a Vd después de la intervención, le pareció:

MUY BIEN BIEN REGULAR MAL

6.-¿Conoce el nombre y apellidos del cirujano que le ha llevado y/o le ha operado?:

SI NO

7.-El trato del cirujano con Vd, ¿le ha parecido correcto?: SI NO

8.-¿Piensa que los médicos que han pasado visita a diario le han dedicado el tiempo suficiente? SI NO

9.-La información a Vd al pasar visita o después, ¿cómo le ha parecido?:

MUY BIEN BIEN REGULAR MAL

10.-¿Y la información a su familia?:

MUY BIEN BIEN REGULAR MAL

11.-La asistencia por parte de los/las ATS/DUEs de este Servicio, la considera:

MUY BIEN BIEN REGULAR MAL

12.-Cuando ha precisado la atención por parte de un/una ATS/DUE de este Servicio, ¿ha sido la correcta?: SI NO, y ¿con rapidez?: SI NO

13.-Su aseo personal, cambio de bolsas de drenajes, cambio de ropa de cama, etc, por parte de las Auxiliares de Enfermería, ¿qué le pareció?:

MUY BIEN BIEN REGULAR MAL

14.-¿Qué le pareció el trato recibido por las Auxiliares de Enfermería?:

MUY BIEN BIEN REGULAR MAL

15.-Hoy, como ya conoce, es dado de alta hospitalaria. ¿Cree que es dado de alta en el momento más adecuado de su enfermedad? SI NO

16.-¿Cuántos días ha estado ingresado?:

Menos de 3    Entre 3 y 5    Entre 5 y 8    Entre 8 y 10    Más de 10

17.-Finalmente nos gustaría, que de forma conjunta, puntuase a todo el Servicio de Cirugía:

MUY BIEN                  BIEN                  REGULAR                  MAL

18.-Si desea añadir alguna sugerencia o hacer algún comentario, por favor hágalo a continuación:

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

2.20.-Cobros a terceros.

En este momento no se están identificando a los pacientes privados ni a los de Compañías de manera sistemática. Cuando se identifica un paciente de una Compañía, se indica debe pasar por el Servicio Administrativo correspondiente a entregar su documentación, talones, etc.

2.21.-Cumplimiento de los objetivos pactados en el contrato de gestión en este apartado.

Se han cumplido los objetivos.

## **3.-PERSONAS**



### 3.-PERSONAS

#### 3.1.-Recursos humanos existentes:

El Servicio de Cirugía está constituido en la actualidad por 9 facultativos especialistas (1 Jefe de Servicio: Dr. José María del Val Gil, 1 Jefe de Sección: Dr. José Alberto Cruces Conde, 1 Facultativo especialista de área funcionario Dr. Manuel Sanz Gómez, 1 Médico Adjunto: Dr. Pedro V. López Peris, 1 Facultativo especialista de área Dr. Magín González Penabad, 2 Médicos especialistas interinos, la Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez y la Dra. Celia Moreno Muzas y el Dr. Abdul Razak Barbar Mustafa (en acúmulo de tareas) y finalmente 2 médicos residentes, la Dra. Laura Isabel Comín Novella (R-4) y la Dra. Mónica Oset García (R-1).

En cuanto al personal de enfermería contamos en la planta de hospitalización con 1 Supervisora ATS/DUE: Dña. Concepción Iranzo García, 8 ATS/DUE en turno de mañanas, 2 ATS/DUE en turno fijo de noches, 2 ATS/DUE de media jornada para el turno de refuerzo, 8 Auxiliares de Clínica en turno de mañanas, 1 Auxiliar de Clínica en turno de refuerzo.

En consulta externa hay 1 ATS/DUE a tiempo completo y 1 ATS/DUE a tiempo parcial.

En quirófano hay 1 ATS/DUE instrumentista, 1-2 ATS/DUE de campo / anestesia y 1 Auxiliar de Enfermería.

Respecto a personal auxiliar administrativo contamos con 1 Auxiliar administrativa, compartida con el Servicio de Traumatología.

En cuanto a Celadores disponemos de 1 Celador, compartido con UCI.

Hay también 1 pinche de cocina y 1 personal de limpieza.

### **3.2.-Planes de recursos humanos.**

Debemos tener presente la edad media de los cirujanos del servicio, debido a que en pocos años vamos a tener necesidades importantes de cara a precisar de otros especialistas, ya que es fácil que alguno de los componentes de la plantilla pueda solicitar la exención de guardias por edad de más de 55 años, estando en la actualidad tres cirujanos con exención de guardias.

### **3.3.-Encuestas a los profesionales. Valoración. Grupos de mejora de satisfacción de los profesionales.**

Se participa en las encuestas que nos llegan por parte del Servicio Aragonés de Salud, valorando los resultados de las mismas.

### **3.4.-Trabajos en equipo.**

Colaboramos con la Unidad de Oncología en cuanto a los tratamientos complementarios de aquellos pacientes intervenidos o no quirúrgicamente y que por protocolo o por la patología que precisan requieren de esos servicios. Igualmente se colabora con la Unidad del Dolor, en aquellos pacientes que precisan por su patología, algún tratamiento específico.

### **3.5.-Equipos multidisciplinares.**

Formamos parte de la unidad funcional de cáncer colo-rectal y de la Comisión de tumores del Hospital. Durante el año 2007 se ha creado la Unidad de Patología Mamaría en la que han participado los distintos Servicios del Hospital implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, sobre todo con cáncer de mama, así como Atención Primaria y representante del programa de screening de cáncer de mama de la Diputación General de Aragón. Como consecuencia de la creación de esta Unidad, se ha elaborado un Protocolo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de la patología mamaria.

### **3.6.-Planes de formación.**

Se está valorando la posibilidad de formar parte de un estudio estadístico informático de formación para valorar infecciones hospitalarias y que servirá de una tesis doctoral.

### **3.7.-Mejora de la capacidad profesional: asistencia a cursos, congresos, conferencias, sesiones clínicas, etc.**

Anteriormente se ha expuesto la participación en los distintos Cursos, Congresos, etc. de cada uno de los facultativos a lo largo del año, con lo que se pretende una actualización de conocimientos y la correspondiente mejora de la capacidad profesional de cada uno de los miembros del Servicio.

### **3.8.-Pertenencia a comisiones y grupos de mejora.**

Igualmente se ha hecho una relación indicando a que comisiones pertenecen los distintos miembros del Servicio.

### **3.9.-Actividades sociales o culturales.**

Estamos abiertos a la colaboración con asociaciones, colegios, organismos oficiales, etc de cara a participar en actividades socioculturales relacionadas en la sanidad, prevención de enfermedades, etc.

### **3.10.-Tutorías a estudiantes y residentes.**

Realizamos habitualmente la tutoría de nuestros médicos residentes de la especialidad, así como de las rotaciones que hacen por nuestro servicio los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria y los residentes de traumatología.

Se ha ofrecido a los estudiantes de medicina de la Universidad de Zaragoza, la posibilidad de hacer prácticas en verano en este Servicio.

### **3.11.-Planes de acogida a nuevos profesionales.**

Nos sumamos al plan de acogida del Hospital en cuanto a los nuevos profesionales se refiere.

### **3.12.-Cumplimiento de los objetivos pactados correspondientes a este apartado:**

Se han cumplido los objetivos.

## **4.-ALIANZAS Y RECURSOS**

## 4.-ALIANZAS Y RECURSOS

### 4.1.-Elaboración del Plan de Necesidades anual.

Se realiza anualmente el plan de necesidades del servicio, adjuntando el de este año.

ARTÍCULO	Motivos razonados de la petición	REP AMP	Precio estimado	Importe Final	Observaciones
<b>TORRE COMPLETA DE LAPAROSCOPIA</b>	DETERIORO DE LA ACTUAL POR EL USO Y LA ANTIGÜEDAD DE LA MISMA.	REP	36.000	36.000	NECESARIA PARA AMPLIAR LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.
<b>INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA OBESIDAD</b>	NO DISPONER DE ESTE MATERIAL	AMP	9.000 €	9.000 €	NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE ESTE TIPO DE CIRUGÍA
<b>MESA DE EXPLORACIÓN PARA SEGUNDA CONSULTA CIRUGÍA, TIPO LAMI 4</b>	NECESARIA PARA EXPLORACIONES ESPECIALES TIPO ECOGRAFÍA ENDO-RECTAL, ESCLEROSIS VARICES, ETC.	AMP.	4.000 €	4.000 €	SOLICITADA EN PLANES DE NECESIDADES ANTERIORES Y NO CONCEDIDA.
<b>BISTURÍ ARMÓNICO</b>	IMPRESINDIBLE EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA Y MUY ÚTIL EN CIRUGÍA CONVENCIONAL DE TIROIDES, MAMA, ETC.	AMP.	30.000 €	30.000 €	SOLICITADO EN TODOS LOS PLANES DE NECESIDADES DESDE 1.998 Y NO CONCEDIDO. EXISTE EN TODOS LOS HOSPITALES DE ARAGÓN, EXCEPTO AQUÍ.
<b>SILLÓN DESPACHO</b>	NO DISPONER DE UN	AMP.	900	900	CARECER EN LA

<b>PARA MÉDICO DE GUARDIA</b>	SILLÓN RECLINABLE PARA EL CIRUJANO DE GUARDIA				ACTUALIDAD.
<b>REHABILITACIÓN DEL DORMITORIO DEL CIRUJANO DE GUARDIA</b>	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA MUY DETERIORADO EL MOBILIARIO, SILLONES, MESAS, MAMPARA DUCHA NO EXISTE, ETC.	REP AMP.	1.200 €	1.200 €	SOLICITADO ANTERIORMENTE EN VARIAS OCASIONES Y NO CONCEDIDO.
<b>INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO</b>	CARECER EN LA ACTUALIDAD Y SER NECESARIO EN DETERMINADOS CASOS DE CIRUGÍA DE URGENCIA Y PROGRAMADA.	AMP.	3.000 €	3.000 €	
<b>HABITACIÓN O CAMA PARA M.I.R. CIRUGÍA</b>	CARECER DE DORMITORIO Y CAMA EN LAS GUARDIAS DE PRESENCIA FÍSICA	AMP.	500 €	500 €	
<b>BUSCAPERSONAS PARA TODOS LOS CIRUJANOS</b>	CARECER DE UN SISTEMA DE LOCALIZACIÓN DE LOS CIRUJANOS DENTRO DEL HOSPITAL.	AMP.	1.500 €	1.500 €	NECESARIOS PARA PODER LOCALIZAR EN CUALQUIER MOMENTO A UN CIRUJANO. DURANTE LAS GUARDIAS CON MIR DE CIRUGÍA PODER ESTAR LOCALIZADO TAMBIÉN EL CIRUJANO.
<b>BÁSCULA PARA 2ª CONSULTA CIRUGÍA</b>	NECESARIA PARA CONTROL DE PESO DE PACIENTES EN CONSULTA, OPERADOS O NO DE CIRUGÍA OBESIDAD.	AMP.	300 €	300 €	

#### 4.2.-Situación de los inventarios. Optimización.

En la actualidad y periódicamente se revisan por indicación de la Administración (suministros) los inventarios referentes a material de planta de hospitalización, consultas y quirófano, encontrándose todo el material al día, dando de baja aquello obsoleto por antigüedad, uso, etc, y de alta las nuevas adquisiciones.

#### 4.3.-Colaboración en la evaluación de suministros, tecnología, materiales, fármacos.

Siempre que se nos solicita colaboración en la evaluación de material quirúrgico o de otro tipo, se realiza la misma de forma lo mas objetiva posible.

#### 4.4.-Evaluación del uso de tecnología en la obtención de resultados.

Aunque todavía no tenemos un número de casos importante de pacientes con estudio del ganglio centinela, una primera impresión es el buen resultado técnico, clínico que se está obteniendo.

#### 4.5.-Resultados de la colaboración con otros centros.

Las colaboraciones que solicitamos con mayor frecuencia en este Servicio es con nuestro Hospital de referencia que es el Miguel Servet de Zaragoza, y concretamente con los Servicios de:

-Digestivo-endoscopias, para la realización de CPRE, siendo los resultados buenos, salvo lo que supone las citaciones de pacientes y el tiempo de demora en la realización.

-Angiología y cirugía vascular, para evaluar y/o tratar pacientes con isquemias agudas o crónicas, pies diabéticos, úlceras venosas o arteriales de evolución tórpida, etc, siendo los resultados en general aceptables.

-Cirugía torácica, para aquellos pacientes con patología pleural (derrames, neumotórax, etc) que no se resuelven con el tratamiento básico, siendo buenos los resultados.

#### 4.6.-Ensayos clínicos.

Hemos participado en un ensayo clínico a nivel mundial sobre profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

#### 4.7.-Colaboración con sociedades científicas y Universidades:

-Organización de reuniones, congresos y jornadas científicas:

-Hemos organizado la Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía, el día 16 de junio.

-Cursos doctorado:

-La Dra. Comín, ha comenzado a recoger bibliografía y realizar esquema para realizar su Tesis Doctoral.

-La Dra. Utrillas, está trabajando en su Tesis Doctoral.

#### 4.8.-Optimización de la prescripción farmacéutica.

Se procura seguir en todo momento la Guía Farmacológica del Hospital, y en los casos de recetas al exterior utilizar los medicamentos genéricos.

#### 4.9.-Optimización del transporte sanitario.

Se sigue la normativa enviada para la realización de este Servicio de transporte sanitario.

4.10.-Optimización de la petición de pruebas complementarias, análisis, ingresos, interconsultas, solicitud de consulta ambulatoria a otras especialidades, consultas sucesivas, etc.

Se siguen los protocolos existentes en la solicitud de pruebas complementarias, ingresos, altas, interconsultas, consultas sucesivas, etc.

4.11.-Optimización de quirófanos.

La programación quirúrgica se realiza semanalmente, teniendo en cuenta las prioridades de las distintas patologías, los facultativos disponibles cada día de quirófano, el tiempo teórico de duración de cada tipo de intervención y todos aquellos factores que puedan influir en la duración de cada intervención, de cara a optimizar y sacar el máximo rendimiento quirúrgico por quirófano y día, teniendo siempre presente el evitar suspensiones quirúrgicas.

4.12.-Cumplimiento de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión pertenecientes a este apartado:

Se han cumplido objetivos.



## **5.-PROCESOS**

## **5.-PROCESOS:**

5.1.-Vías clínicas o protocolos clínicos, de las patologías más prevalentes del servicio, elaborados y aplicados. Resultados.

Tenemos elaborada una vía clínica sobre hernia inguinal que se adjunta al final, que se cumple en la mayoría de pacientes. Igualmente se elaboró una guía clínica de la trombosis venosa profunda, que hemos de actualizar, y que se cumple habitualmente. Se ha realizado protocolo sobre pancreatitis aguda con el resto de servicios implicados en esta patología.

5.2.-Actualización de consentimientos informados.

Se dispone de los protocolos de consentimiento informado de las distintas patologías/técnicas quirúrgicas de acuerdo con la Asociación Española de Cirujanos, destinados generalmente a la cirugía programada; además se han elaborado en el Servicio otros protocolos para la cirugía de urgencia siguiendo la normativa que deben tener.

5.3.-Protocolos de actuación para atención conjunta con otros servicios.

Se cumplen los protocolos elaborados con otros Servicios, como son los protocolos de tumores digestivos. Igualmente existe el protocolo elaborado para La Patología mamaria.

5.4.-Aplicación de protocolos elaborados por Comisiones o Grupos de trabajo del Hospital, hospitales de referencia, sociedades científicas, etc.

Se siguen los protocolos asistenciales de los tumores digestivos, elaborados por el Comité de tumores del Hospital, tanto para el diagnóstico, tratamiento, como para el seguimiento de estos pacientes.

Se participa en la Unidad Funcional de cáncer colo-rectal, así como en la Unidad de Patología Mamaria.

#### 5.5.-Resultados indicadores:

-Profilaxis antibiótica: Se sigue el protocolo existente de profilaxis antibiótica en aquellas patologías que lo precisan, siendo el cumplimiento del mismo en un porcentaje muy elevado. Este año se ha procedido a su actualización.

-Profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos y en aquellos pacientes oncológicos quirúrgicos al alta hospitalaria.

#### 5.6.-Documentos informativos para pacientes o familiares

Este Servicio elaboró un documento informativo para pacientes y familiares, que se les entrega cuando ingresan y donde se les comunica el funcionamiento del Servicio, el nombre de los componentes del mismo, el médico máximo responsable suyo, etc, y que vemos a continuación:

### **NOTA INFORMATIVA DE INGRESO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

Acaba de ingresar en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General de Teruel "Obispo Polanco", queriendo, en primer lugar, y en nombre de todo el personal del mismo, darle la bienvenida y desearle una rápida recuperación, y que su estancia entre nosotros, así como la de sus familiares, sean lo mas agradables posibles.

Este Servicio está formado por Médicos Especialistas en Cirugía General y Aparato Digestivo, Médicos Residentes de la especialidad, Ayudantes Técnicos Sanitarios/Diplomados Universitarios de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Celadores, Auxiliar Administrativo y Personal de limpieza.

A continuación verá los nombres de los Médicos del Servicio, estando señalado el máximo responsable suyo, y al que podrá solicitar la información que desee sobre su enfermedad, de acuerdo con el horario establecido:

Jefe del Servicio: Dr. José María del Val Gil

Jefe de Sección: Dr. José Alberto Cruces Conde

Médicos Adjuntos/Facultativos Especialistas de Área:

- Dr. Pedro V. López Peris
- Dr. Manuel Sanz Gómez
- Dr. Magín González Penabad
- Dr. Antonio Minguillón Serrano
- Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez
- Dra. Celia Moreno Muzas
- Dr. Abdul Razak Barbar Mustafa

Médicos Residentes:

- Dra. Laura Isabel Comín Novella
- Dra. Mónica Oset García

La A.T.S./D.U.E Supervisora de la planta es Dña. Concepción Iranzo García

Diariamente y sobre las 9,15 horas de la mañana, los Médicos del Servicio, pasan visita a todos los pacientes ingresados, pero debido a las actividades quirúrgicas de los mismos, guardias, vacaciones, etc., habrá algún día que sea visitado por otro Médico que no sea su máximo responsable, pero esté tranquilo y no se preocupe ya que todos conocemos su patología, el tipo de intervención que se le ha practicado, en el caso de estar operado, y otros detalles de su enfermedad, con lo cual la atención va a ser la misma.

La información médica a los familiares de los pacientes que lo deseen se realizará diariamente de lunes a viernes por el Médico que tiene asignado o por otro del Servicio a las 14 horas, en el lugar asignado en la planta para tal fin. Los sábados, domingos y festivos, la información la dará el Médico que pase visita, siempre que exista algún dato nuevo que comunicar sobre la evolución del paciente.

Las normas que rigen este Servicio son las comunes al resto del Hospital y que ya conoce, pero nosotros además le queremos aconsejar y resaltar lo siguiente:

-Las visitas excesivas a los pacientes no son buenas, por lo que se deberán ajustar al horario (de 14 a 19 horas exclusivamente) y número establecido para ellas.

-Si usted tiene que ser operado y mientras dure la intervención, sus familiares permanecerán en la habitación, y una vez finalizada la misma o en último extremo a lo largo de la mañana, el Cirujano que le haya operado les dará toda la información sobre ella.

-Las primeras 24 horas de cualquier postoperatorio son las más molestas para el paciente, por lo que es aconsejable que en su habitación exista un ambiente tranquilo, sin ruidos y sin excesivas visitas, para lo cual tenemos que colaborar todos.

-Durante las mañanas el trabajo en este Servicio es más intenso que el resto del día, por lo que rogamos haya los mínimos acompañantes posibles en las habitaciones, y no estén en los pasillos.

-Procure consultar con su Médico máximo responsable todas las dudas que tenga respecto a su enfermedad y nunca se quede con ellas, ello le hará estar mejor.

Finalmente decirle que nos gustaría conocer su opinión sobre su estancia entre nosotros, para ello hemos elaborado una encuesta que está

incluida dentro de la propia del Hospital y que se la entregaremos el día que se vaya de alta, totalmente anónima, rogándole conteste a la misma, con el único afán de mejorar aquellas cosas que bajo su punto de vista sean mejorables y se encuentren en nuestro poder, debiéndola depositar en el buzón que existe en esta planta para tal fin.

El Jefe del Servicio de Cirugía

Fdo.- Dr. José María del Val Gil

Igualmente tenemos elaborada una hoja de información para los pacientes que desde la consulta externa se envían a lista de espera quirúrgica, en la que se les dice los trámites que deben seguir, y que podemos ver a continuación:

### **INFORMACIÓN PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA PACIENTES CON PRIORIDAD NORMAL**

Una vez que su Cirujano/a le ha indicado que debe ser intervenido quirúrgicamente por la patología que presenta, le entregamos la siguiente documentación y debe hacer lo siguiente:

**1.-HOJA DE ADMISIÓN:** Le entregamos una copia de la hoja de inclusión en lista de espera. El original lo llevaremos nosotros al Servicio de Admisión de enfermos de este Hospital.

**2.-HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Además le entregamos dos hojas iguales del consentimiento informado, en las que le informamos por escrito de su enfermedad y del tratamiento que se le va a realizar con sus posibles complicaciones.

Estas hojas deberá leerlas tranquilamente en su domicilio y después firmarlas. Cuando venga a ingresar en la planta de cirugía, las traerá y entregará en el control de enfermería de la planta de Cirugía, ya que es IMPRESCINDIBLE para poder ser operado/a.

**3.-En el plazo máximo de seis meses** se pondrá en contacto con Usted el Servicio de Admisión del Hospital, que le indicará cuando debe acudir a la consulta de Anestesia, donde el Médico especialista le verá y le indicará las pruebas que debe realizarse antes de ser operado.

**4.-Una vez haya sido visitado en la consulta de anestesia,** el Médico verá los estudios que le ha solicitado y si todo está correcto lo comunicará al Servicio de Admisión y ya se podrá programar para realizarle la operación que necesita.

### **INFORMACIÓN PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA PACIENTES CON PRIORIDAD ALTA**

Una vez que su Cirujano/a le ha indicado que debe ser intervenido quirúrgicamente por la patología que presenta, le entregamos la siguiente documentación y debe hacer lo siguiente:

**1.-HOJA DE ADMISIÓN:** Le entregamos una copia de la hoja de inclusión en lista de espera. El original lo llevaremos nosotros al Servicio de Admisión de enfermos de este Hospital.

**2.-HOJAS DE ANÁLISIS, RADIOGRAFÍA Y ELECTROCARDIOGRAMA:** Estas hojas se las llevará a su domicilio y el primer día que pueda, de lunes a viernes, acudirá en ayunas a realizarse la extracción de sangre en la planta segunda de consultas externas. Después acudirá a citación de Radiología para realizarse una radiografía de tórax. Luego subirá a la planta 5ª del Hospital para realizarse un Electrocardiograma.

**3.-CONSULTA DE ANESTESIA:** Una vez se haya hecho todas las pruebas anteriores, solicitará en el Servicio de Admisión de Consultas Externas, día de consulta para Anestesia.

**4.-HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Además le entregamos dos hojas iguales del consentimiento informado, en las que le informamos por escrito de su enfermedad y del tratamiento que se le va a realizar con sus posibles complicaciones, así como otra autorización para la realización de análisis.

Estas hojas deberá leerlas tranquilamente en su domicilio y después firmarlas. Cuando venga a ingresar en la planta de cirugía, las traerá y entregará en el control de enfermería de la planta de Cirugía, ya que es IMPRESCINDIBLE para poder ser operado/a.

**5.-Una vez sea visitado por el Servicio de Anestesia,** en un plazo corto de tiempo se le avisará para ingresar y poderle operar.

5.7.-Aplicación de resultados de las encuestas y reclamaciones a las actividades asistenciales y de organización.

Las reclamaciones que recibimos por escrito se refieren fundamentalmente a suspensiones de cirugía programada, las cuales son fácilmente contestadas ya que se deben sobre todo a problemas surgidos con intervenciones previas que se han alargado por causas médicas o a urgencias surgidas durante la jornada habitual de mañana. Para evitar en lo posible estas suspensiones, hay que tener presente en la elaboración del parte quirúrgico, los procesos quirúrgicos, cirujanos que actúan, anestesia, etc.

5.8.-Cumplimiento de los objetivos pactados correspondientes a este apartado:

Se han cumplido objetivos.

## **6.-RESULTADOS EN LOS CLIENTES**



## **6.-RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

### 6.1.-Ofertas de servicios por la tarde.

Durante el año 2007 y debido a la exención de guardias de tres facultativos, se ha desarrollado una consulta fija semanal por la tarde, y a temporadas y en dependencia de la presión asistencial se abren dos consultas más de tarde o bien se desarrolla actividad quirúrgica con dos cirujanos, bien con anestesia local o general.

### 6.2.-Situación de la demora en pruebas complementarias.

En este momento existe una importante demora en la realización de mamografías de control en pacientes intervenidas de cáncer de mama.

### 6.3.-Situación de la demora en Consultas Externas.

Actualmente existe una demora excesiva en aquellas consultas de primer día, por lo cual habrá que ampliar la oferta de consulta de tardes a dos días más con los cirujanos exentos de guardias.

### 6.4.-Situación de la demora quirúrgica.

- Número de pacientes en lista de espera estructural de > 6 meses: 0
- Número de pacientes con patología neoplásica en lista de espera quirúrgica de > 1 mes: 0

6.5.-Coordinación con Atención Primaria. Sistemas de comunicación: Consultas telefónicas, correo, e-mail, etc. Información a pacientes y familias en consultas.

Se realiza informes en las hojas de interconsulta que envían los Médicos de Atención Primaria, de los pacientes que envían, y se contestan aquellas consultas telefónicas que se realizan.

Igualmente se realizan los informes verbales o por escrito o ambos a todos los pacientes que lo solicitan, así como a sus familiares directos.

**6.6.-Información a pacientes ingresados. Informes de alta. Cumplimentación de los requisitos del informe. Continuidad de los cuidados. Informes de enfermería.**

Como hemos visto anteriormente, se tiene programada la información a pacientes y familiares de pacientes ingresados.

Los informes de alta se realizan siguiendo todos los criterios de calidad al respecto. Se intenta dar el informe de alta definitivo el mismo día del alta, y en caso de no poder hacerlo, se emite un informe provisional y posteriormente se le envía el definitivo por correo. Se adjunta al informe de alta una hoja de enfermería donde se señalan los cuidados que debe seguir el paciente para la continuidad de los mismos.

A continuación podemos ver el informe provisional de alta hospitalaria, en caso de no poder entregar en mano el definitivo:

**INFORME PROVISIONAL DE ALTA HOSPITALARIA**

ESPACIO PARA ETIQUETA  
  
CON DATOS DEL  
PACIENTE

Nº Historia: \_\_\_\_\_  
 D./DÑA.: \_\_\_\_\_  
 DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_  
 Y D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

Con esta fecha es dado de alta hospitalaria, no pudiendo entregarle el informe de alta definitivo en este momento, que se le enviará por correo lo antes posible. Mientras ese informe le llega, le entregamos este provisional con una serie de recomendaciones:

1.-Motivo del ingreso: \_\_\_\_\_

2.-Cirugía: SI / NO. Tipo intervención: \_\_\_\_\_

3.-Recomendaciones a seguir:

3.1.- \_\_\_\_\_

3.2.- \_\_\_\_\_

3.3.- \_\_\_\_\_

4.-Volverá a revisión por nuestra consulta externa de cirugía el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas, o cuando se le indique en el informe de alta definitivo.

Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00 \_\_\_\_

Fdo.- Dr./Dra. \_\_\_\_\_

6.7.-Traslado a otros centros. Cumplimiento de Protocolos.

Cuando se traslada a un paciente a otro Centro, generalmente a nuestro Hospital de referencia, se realiza el informe clínico detallado del paciente, se solicita la exploración a realizar, y se cumple el protocolo que se deba realizar por parte de médico y enfermería.

6.8.-Cumplimentación de consentimientos informados. Uso de la Guía para obtenerlos.

Los consentimientos informados de todas aquellas exploraciones o técnicas a realizar al paciente, se cumplimentan al 100%, siendo de obligado cumplimiento.

6.9.-Confidencialidad de la información.

La información médica es confidencial, debiendo evitar comentarios en pasillos, habitaciones, etc, donde puedan existir personas ajenas al paciente.

6.10.-Asistencia a pacientes de otras áreas sanitarias.

Se asisten los pacientes enviados del Sector de Alcañiz en los casos de ecografías endo-anales y endo-rectales, y en aquellos pacientes que precisan tratamiento quirúrgico y son de alto riesgo con posibilidad de necesitar UCI en su postoperatorio.

6.11.-Indicadores de encuestas de usuarios. Evolución.

Se han realizado encuestas de opinión a usuarios de hospitales en lo referente a Urgencias, Hospitalización y Consultas externas.

6.12.-Quejas y Reclamaciones, soluciones.

Se han contestado todas las reclamaciones enviadas al Servicio por parte de Atención al paciente.

6.13.-Cumplimiento de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión referentes a este apartado

Se han cumplido objetivos.

## **7.-RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

## 7.-RESULTADOS EN LAS PERSONAS:

7.1.-Resultado de las encuestas a profesionales: (datos del año anterior)

### RESULTADOS ARAGÓN. VALORACIÓN SEGÚN LÍNEAS ASISTENCIALES.

		Líneas asistenciales					Estándar C.G. 2006
		Atención Primaria	Atención Especializada	Atención S.S.	Atención S.M.	Aragón	
<b>Los mandos intermedios y gestores conocen sus problemas y dificultades</b>	<i>n</i>	867	1.892	63	63	2.885	≥ 60%
	%	50,7	43,9	54,0	46,0	46,2	
	<i>I.C.</i>	47,4-54,1	41,6-46,1	41,7-66,3	33,7-58,3	44,4-48,0	
<b>Reciben información de los resultados de su trabajo</b>	<i>n</i>	866	1.900	62	63	2.891	≥ 50%
	%	42,3	27,2	33,9	38,1	32,1	
	<i>I.C.</i>	39,0-45,6	25,2-29,2	22,1-45,7	26,1-50,1	30,4-33,8	
<b>Conocen la misión, visión y valores de SALUD</b>	<i>n</i>	861	1.878	61	63	2.863	≥ 60%
	%	75,4	63,9	63,9	77,8	67,7	
	<i>I.C.</i>	72,5-78,3	61,7-66,1	51,9-76,0	67,5-88,0	65,9-69,4	

### VALORACIÓN SEGÚN SECTORES SANITARIOS, 061 ARAGÓN Y DIRECCIÓN GERENCIA DE SALUD

Sectores sanitarios	
---------------------	--

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Teruel	S10	Aragón	Estándar C.G. 2006
<b>Los mandos intermedios y gestores conocen sus problemas y dificultades</b>	<i>n</i>	345	740	611	168	58	48	294	261	<b>309</b>	157	2.991	≥ 60%
	<i>%</i>	45,8	39,3	39,0	64,3	36,2	72,9	52,0	50,2	<b>54,4</b>	54,8	46,4	
	<i>I.C.</i>	40,5-51,1	35,8-42,8	35,1-42,8	57,0-71,5	23,8-48,6	60,3-85,5	46,3-57,8	44,1-56,3	<b>48,8-59,9</b>	47,0-62,6	44,7-48,2	
<b>Reciben información de los resultados de su trabajo</b>	<i>n</i>	345	747	609	168	58	48	293	262	<b>309</b>	158	2.997	≥ 50%
	<i>%</i>	31,0	21,4	29,4	45,8	29,3	47,9	39,6	36,6	<b>46,0</b>	31,6	32,3	
	<i>I.C.</i>	26,1-35,9	18,5-24,4	25,8-33,0	38,3-53,4	17,6-41,0	33,8-62,0	34,0-45,2	30,8-42,5	<b>40,4-51,5</b>	24,4-38,9	30,6-33,9	
<b>Conocen la misión, visión y valores de SALUD</b>	<i>n</i>	343	742	606	169	58	48	294	257	<b>295</b>	157	2.969	≥ 60%
	<i>%</i>	73,8	62,1	65,7	75,1	74,1	75,0	74,5	65,4	<b>70,2</b>	66,2	67,9	
	<i>I.C.</i>	69,1-78,4	58,6-65,6	61,9-69,5	68,6-81,7	62,9-85,4	62,8-87,3	69,5-79,5	59,6-71,2	<b>64,9-75,4</b>	58,8-73,6	66,2-69,6	

## 7.2.-Oportunidades de formación: Asistencia a Cursos, Congresos, Reuniones Científicas, Sesiones clínicas, etc.

Consideramos fundamental y básica la formación continuada de los profesionales del Servicio, así como la actualización de conocimientos, adquisición de nuevas técnicas, etc, procurando dentro de las escasas (y cada vez menos) posibilidades que disponemos para ello, que lo hagan todos aquellos profesionales que lo deseen.

## 7.3.-Implicación en Temas de Calidad. Grupos de mejora y Comisiones del Hospital.

Anteriormente se ha señalado a las Comisiones Hospitalarias a las que pertenecen los distintos miembros del Servicio.

## 7.4.-Implicación en temas de Gestión.

Se asisten a los Cursos que organiza el Hospital relacionados con la gestión.

## 7.5.-Ponencias, Publicaciones y Comunicaciones en Congresos y reuniones científicas.

Se ha hecho relación de las mismas anteriormente.

## 7.6.-Tesis doctorales.

Se ha comenzado una tesis sobre infecciones hospitalarias, y otra sobre Drenaje linfático postlinfadenectomía axilar en el cáncer de mama usando o no fibrina humana (Tissucol).

7.7.-Cursos o sesiones de Formación impartidos o recibidos.

Se realizan Sesiones clínicas semanales en el Servicio, así como de residentes de cirugía según programa de formación; sesiones de mortalidad, bibliográficas, etc y se colabora en las Sesiones Clínicas del Hospital.

7.8.-Cumplimiento de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión referentes a este apartado.

Se han cumplido los objetivos.

## **8.-RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

## **8.-RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

### 8.1.-Gestión de residuos y mantenimiento del medio ambiente.

El Servicio apoya la iniciativa del Hospital en su política de gestión de residuos y de reciclaje de residuos.

### 8.2.-Colaboración en formación y educación con entidades y asociaciones.

Colegio Oficial de Médicos de Teruel.

### 8.3.-Voluntariado. Colaboración con O.N.G.

Colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer.

### 8.4.-Reciclado de materiales.

El Servicio apoya la iniciativa del Hospital en su política de gestión de reciclaje de residuos.

### 8.5.-Eliminación de información.



Destructoras de papel.

8.6.-Cumplimiento de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión referentes a este apartado.

Se han cumplido objetivos.

## **9.-RESULTADOS CLAVE**

## 9.-RESULTADOS CLAVE

9.1.-Todos los contenidos en el CUADRO DE MANDOS, correspondientes a cada Servicio. Resultados. Valoración. Evolución.

### QUIRÚRGICOS:

-Número de pacientes con tiempo de garantía sobrepasado: 0

-Lista de espera estructural de > 6 meses: 0

-Demora media lista de espera quirúrgica: 73

-Índice de demora: 1,49

-Índice de entradas/salidas en lista de espera quirúrgica: 1,01

### CONSULTAS EXTERNAS:

-Número de pacientes con > 45 días demora 1ª consulta: 0

-Número de pacientes pendientes citar para 1ª consulta: 0

-Número de reprogramación de citas por causas estructurales global: 1278

-Porcentaje de consultas sobre el total de las mismas que se realizan en jornada de tarde (acumulado):

-Primeras visitas 216 sobre 1830 (11,9%)

-Sucesivas 251 sobre 6300 (3,9%)

OTROS ÍNDICES:

-Estancia media global: 5,5 días

-Relación consultas sucesivas/1ª consultas: 3,45

-Porcentaje de urgencias ingresadas: 48,98%

-Rendimiento quirúrgico en jornada de mañana: 67%

-Rendimiento quirúrgico en jornada de tarde: 78%

-Rendimiento quirúrgico total: 69%

-Porcentaje de intervenciones suspendidas: 6,1%

-Con hospitalización: 50

-Ambulatorias: 19

-Número de pacientes que han salido de lista de espera quirúrgica según motivo (total 1100):

-Jornada ordinaria: 911

-Autoconcertación: 87

-Concertación externa: 2

-Otros motivos (renuncia voluntaria, motivos médicos, etc): 100

9.2.-Cumplimiento de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión referentes a este apartado

OBJETIVOS ASISTENCIALES:

	Objetivo 2.007	Resultado	Diferencia
Estancia Media	5,5	5,5	0
Rendimiento Quirúrgico	>72%	69%	<
Nº Intervenciones quirúrgicas programadas		1035	
Índice entradas / salidas	<1	1,01	0,01
Nº Primeras consultas		1830	
Índice Sucesivas / Primeras	3	3,4	>

GESTIÓN DE LOS CUATRO GRDs CON MÁS ESTANCIAS EN EL SERVICIO:

GRD	E.M. 2.007	Resultado	Diferencia
162. Procedimiento sobre hernia inguinal / femoral s/c	2	2,23	0,23
167. Apendicectomía s/c	3,4	3,55	0,15
494. Colectomía laparoscópica s/c	3,5	3,36	-0,14

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 2.007:

Patología	Objetivo 2.007	Resultado	Diferencia
Hernias pared abdominal		3	
Varices EEII		5	
Tumor benigno mama		5	
Quiste pilonidal		6	
Hernia inguinal unilateral		1	
Hernia inguinal bilateral		0	
Fístula y fisura anal		1	
TOTAL		21	

CONSULTAS EXTERNAS:

FACULTATIVO	1º DÍA	SUCESIVAS	SUCE/1ª	TOTALES
DEL VAL	191	1236	6,47	1427
CRUCES	321	658	2,04	979

LOPEZ	311	893	2,87	1204
SANZ	128	488	3,81	616
GONZALEZ	158	509	3,22	667
MINGUILLON	233	933	4	1166
UTRILLAS	138	535	3,87	673
MORENO	127	570	4,48	697
BARBAR	207	494	2,38	701
ECOGRAFÍAS ENDOANALES	49			49
TOTALES	1863	6316	3,48	8179