



**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Máster Universitario en Dirección y Gestión**  
**Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

**PROYECTO PARA JEFATURA DE**  
**SECCIÓN**  
**SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA**  
**VASCULAR**  
**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE**  
**CASTELLON**

**Presentado por:** Bárbara C. Bodega Martínez

**Ciudad:** Castellón de la Plana

**Fecha:** 25 de Mayo 2017

**VºBº:** José Manuel Carrascosa Bernáldez

## INDICE

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.....	4
2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	
2.1. El Sistema Sanitario Español.....	5
2.2. El Sistema Valenciano de Salud.....	5
2.3. Principios de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana.....	6
2.4. Política Sanitaria en la comunidad Valenciana.	
2.4.1. Plan de Salud 2016-2020.....	8
2.4.2. Plan de atención al Ictus de la Comunidad Valenciana.....	15
2.4.3. Estrategia de envejecimiento activo de la Comunidad Valenciana...15	
2.4.4. Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares.....	17
2.4.5. Plan estratégico para la gestión de formación especializada en Ciencias de la Salud.....	18
2.4.6. Plan de Diabetes.....	19
2.5. Normativa de la Comunidad Valenciana.....	19
2.6. Desarrollo de la angiología y Cirugía Vascul ar en la Provincia de Castellón	
2.6.1. Definición y ámbito de actuación.....	19
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	
3.1. Análisis Externo	
3.1.1. Datos demográficos.....	31
3.1.2. Recursos sanitarios: el Departamento de Castellón.....	33
3.1.3. Hospital General Universitario de Castellón. Recursos estructurales.....	40
3.1.4. Actividad Asistencial del Departamento.....	45
3.1.5. Acuerdos de Gestión 2017 del Departamento de Castellón.....	47
3.2. Análisis Interno	
3.2.1. Recursos humanos.....	51
3.2.2. Funcionamiento general.....	51
3.2.2.1. Actividad asistencial	
3.2.2.1.1. Consultas.....	52
3.2.2.1.2. Laboratorio vascular.....	53
3.2.2.1.3. Quirófano.....	53
3.2.2.1.4. Planta hospitalización.....	53
3.2.2.1.5. Atención continuada. Guardias médicas.....	54
3.2.3. Cartera de Servicios.....	54
3.2.3.1. Procedimientos diagnósticos.....	54

3.2.3.2.	Procedimientos terapéuticos.....	54
3.2.3.2.1.	Procedimientos no quirúrgicos.....	54
3.2.3.2.2.	Procedimientos quirúrgicos.....	55
	✓ Tratamiento mediante cirugía convencional	
	✓ Tratamiento mediante cirugía endovascular	
	✓ Tratamiento mediante técnicas no invasivas	
	✓ Participación en la UMCOAP	
3.2.3.2.3.	Procedimientos híbridos.....	58
3.2.3.2.4.	Tratamiento mediante Células Madre (STEM CELL) para isquemia crítica no revascularizable.....	58
3.2.4.	Recursos estructurales	
3.2.4.1.	Área de consultas Externas.....	59
3.2.4.2.	Laboratorio de diagnóstico vasculares.....	59
3.2.4.3.	Área de hospitalización.....	61
3.2.4.4.	Área administrativa.....	61
3.2.4.5.	Área de quirófanos.....	62
3.2.5.	Análisis de los datos generales de la Unidad	
3.2.5.1.	Indicadores de hospitalización.....	67
3.2.5.2.	Indicadores de actividad quirúrgica.....	64
3.2.5.3.	Indicadores de actividad de consultas externas.....	72
3.2.5.4.	Indicadores de actividad de Laboratorio Vascular.....	76
3.2.5.5.	Indicadores de lista de espera quirúrgica.....	77
3.2.5.6.	Indicadores de la lista de espera de consultas Externas.....	78
3.2.6.	Análisis de la actividad docente e investigadora.....	81
3.2.7.	Previsión de la demanda.....	88
3.2.8.	Matriz DAFO/CAME.....	91
4.	PLAN DE ACTUACION EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR	
4.1.	Misión. Visión. Valores.....	96
4.2.	Líneas estratégicas.....	97
4.3.	Objetivos generales.....	98
4.4.	Mapa de procesos.....	109
4.5.	Cuadro de mando.....	111
5.	CURRICULUM VITAE	
5.1.	Perfil profesional del candidato.....	117
5.2.	Funciones del Jefe de Sección.....	126
6.	BIBLIOGRAFIA.....	129

## **1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO**

El proyecto que se expone tiene como objeto la presentación de la candidatura a la Jefatura de Sección de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario General de Castellón.

Se trata orgánicamente de una parte del Servicio de Cirugía General si bien, estructural, funcional y prácticamente es una entidad independiente.

## **2. MARCO GENERAL Y CARACTERISTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

### **2.1 EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

En España, la Constitución de 1978 (1) establece la obligación de los poderes públicos de proteger la salud de sus ciudadanos. En su artículo 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud e impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), creado por la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (2), es el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley son responsabilidad de los poderes públicos.

Un sistema basado en principios como la universalidad, la equidad, la concepción integral de la salud, la descentralización territorial, la financiación pública a través de los presupuestos generales del Estado, las cotizaciones a la Seguridad Social y las tasas por las prestaciones sanitarias, la calidad, la participación ciudadana y la coordinación de los servicios de salud de las comunidades autónomas con el Estado con el fin de preservar la cohesión del Sistema.

### **2.2 EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD**

En la Comunidad Valenciana (CV) las competencias sanitarias quedaron definidas en el artículo 54 del estatuto de Autonomía (3), aprobado mediante Ley Orgánica 5/1982, de 1 de Julio (4) y modificado entre otras por la Ley Orgánica 1/2006 de 10 de abril (5). En dicho precepto se confiere al a Generalitat la competencia exclusiva en materia de organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas del territorio de la CV.

Las competencias fueron traspasadas en 1987 a través del Real Decreto 1612/1987, de 27 de Noviembre (6). Traspaso que fue efectivo a partir del 1 de Enero de 1988, siendo la CV, la cuarta autonomía en España.

Según el artículo 7 de la Ley 10/2014 de 29 de Diciembre, de Salud de la CV el **Sistema Valenciano de Salud (SVS)** (7) es el conjunto de centros, servicios y establecimientos de la Comunidad Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat y dirigidos a hacer efectivo el derecho constitucional de la salud, que incluye tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública.

Su gestión y administración es competencia de la Conselleria competente en materia de sanidad y debe organizar y tutelar la salud individual y colectiva a través de las prestaciones, servicios y medidas preventivas necesarias.

En la actualidad el departamento se denomina “ **Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública**” según el Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell. (8)

Respecto a sus **competencias**, la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la CV, concreta en su artículo 5 las siguientes (7):

1. La determinación de los criterios y prioridades de la política en materia de salud y su gestión, así como la coordinación de las actuaciones que en esta materia se lleven a cabo en el ámbito territorial de la CV, en especial con las entidades locales, garantizando el debido funcionamiento de los servicios sanitarios y socio-sanitarios.
2. El establecimiento de los criterios generales de planificación y ordenación territorial del SVS.
3. La vigilancia, supervisión, inspección y evaluación de las actividades del Sistema Valenciano de Salud y su adecuación al Plan de Salud de la CV.
4. La adopción de medidas de intervención sobre los centros, servicios y establecimientos sanitarios, los centros de atención socio-sanitaria en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, y las actividades con posible repercusión en la salud pública.
5. La aprobación, coordinación y fomento de programas de formación en el ámbito de la salud.
6. La aprobación, coordinación y fomento de programas de investigación e innovación en el ámbito de la salud.
7. Las competencias que le atribuya la presente ley, el ordenamiento jurídico y las que puedan resultar de aplicación en el marco del Estatuto de Autonomía de la CV.

### **2.3 PRINCIPIOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA**

En la CV en el año 2003 se aprobó la Ley 3/2003, de 6 de Febrero de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la CV (9), en la que se estableció la organización de los servicios sanitarios públicos; se creó el organismo autónomo **Agencia Valenciana de Salud** (se suprimió en 2013 para conseguir una mayor agilidad), se definió el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y se hizo efectivo el derecho de participación ciudadana a través de la constitución del Consejo de Salud de la Comunidad Valenciana.

Las actuaciones en materia de salud pública se regularon por la Ley 4/2005, de 17 de Junio de la Generalitat, de Salud Pública de la CV (10). Esta ley concentró la actividad de salud pública en la vigilancia, planificación, prevención y protección de la salud. Para ello orientó su acción en dos grandes áreas: el Sistema de Información en Salud y el desarrollo de intervenciones en el ámbito comunitario, a través de los servicios de salud pública y de las estructuras asistenciales.

El **objetivo fundamental** del sistema sanitario de la CV es la consecución del **más alto grado posible de salud para sus ciudadanos**. La salud debe ser valorada como un gran recurso de la sociedad y como un activo para el desarrollo económico y social de la CV. Por ello, el Gobierno Valenciano considera la salud y el bienestar un derecho elemental que hay que garantizar para todas las personas.

La Ley 3/2003 está encaminada al bienestar del ciudadano, buscando una sanidad pública, eficaz, eficiente, gratuita, solidaria y de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad, que permita e impulse la participación ciudadana y desarrolle la humanización de la sanidad.

Se estima que la inversión económica en sanidad desde el punto de vista presupuestario está en torno al 50% del presupuesto de la comunidad y tiene una tendencia a crecer como se evidencia en todos los países de nuestro ámbito, por lo que se requiere reflexiones constantes, y racionalizar los costes, para que pueda ser sostenible.

Los **finés** del sistema sanitario son, según el artículo 8.3 de la Ley 10/2014 del Sistema Valenciano de Salud (7) :

- La atención integral de la salud.
- La coordinación de todos sus recursos sanitarios.
- La prestación en el ámbito de la CV de los servicios comprendidos en la cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud.
- La instauración y desarrollo de los sistemas de información sanitaria necesarios para el cumplimiento de sus fines.
- El establecimiento de sistemas de control y evaluación de la calidad en los diferentes centros, servicios y establecimientos de atención sanitaria o socio-sanitaria y de salud pública.

El Capítulo II artículo 3 de la Ley 3/2003 de la Generalitat Valenciana establece los **principios rectores de la atención** sanitaria (9):

- Universalización de la atención sanitaria para toda la población de la CV, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, de conformidad con la normativa básica.
- Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos.
- Descentralización, desconcentración, autonomía, coordinación y responsabilidad en la gestión de los servicios.
- Mejora continua de la calidad de los servicios, con un enfoque especial a la atención personal, la comodidad y el trato humano del paciente y sus

familiares, en síntesis, la humanización de la asistencia sanitaria y socio-sanitaria.

- Promoción del interés individual y social por la salud y el sistema sanitario, potenciando la solidaridad y la educación sanitaria.
- Participación de la comunidad en la orientación y valoración de los servicios.
- Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos.
- La evaluación continua de los centros públicos y privados del sistema sanitario, con criterios objetivos, homogéneos y de calidad.
- Potenciación y desarrollo de la investigación científica en el ámbito de la salud.
- La modernización de los sistemas de información sanitarios, como garantía de una asistencia sanitaria integral y eficaz.

## **2.4 POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

### **2.4.1 PLAN DE SALUD 2016-2020 (11)**

EL Plan de Salud es el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la CV. Su misión es servir a la mejora de la salud y el bienestar de la población de manera sostenible, eficiente y continuada.

En 2015 se llevó a cabo un proceso de análisis de la situación y de identificación de prioridades mediante técnicas cualitativas, que han permitido definir los principios y valores que sustentan el plan.

El actual plan apuesta por la reorientación y reorganización asistencial del sistema sanitario, con el fin de abordar dos retos importantes: el **envejecimiento** de la población y el progresivo aumento de la prevalencia de **enfermedades crónicas**.

Los valores y principios fundamentales en el plan de Salud 2016-2020 son los representados gráficamente



Imagen 1. Valores y principios del Plan de Salud 2016-2020 de la CV

Modelo de atención a la cronicidad:

El envejecimiento poblacional y el predominio de las enfermedades crónicas, han ocasionado que le IV Plan apueste por una respuesta multidimensional que implica una reorientación del sistema de salud. Así, en el ámbito asistencial, se dirige la reorganización de los cuidados clínicos para una atención integrada y continuada que combine los niveles asistenciales y centre la atención en el paciente y su familia. Además reconoce la necesidad de fomentar la prevención y el empoderamiento de la ciudadanía.

El IV Plan de salud se configura entorno a **cinco grandes líneas estratégicas**, la innovación y reorientación del sistema sanitario, su reorientación hacia la cronicidad, la necesidad de reducir desigualdades en salud y el cuidado de la salud en todas las etapas y entornos de la vida.

Las cinco líneas estratégicas identificadas son las siguientes:

**LINEA 1: Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y mejor valoración percibida por los y las pacientes**

1.1 Orientarse a los resultados en salud de la población

1.2 Aumentar la calidad del sistema sanitario público

- 1.3 Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público incrementando su efectividad
- 1.4 Poner información al servicio de la mejora de salud
- 1.5 Considerar a los profesionales como valor esencial del sistema

## **LINEA 2: Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud.**

- 2.1 Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas
- 2.2 Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares
- 2.3 Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer
- 2.4 Frenar la tendencia creciente de la diabetes
- 2.5 Mejorar el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas
- 2.6 Prestar atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas y demencias
- 2.7 Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental
- 2.8 Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a personas cuidadoras
- 2.9 Realizar programas de cribado basados en la evidencia
- 2.10 Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia
- 2.11 Mejorar la atención de las enfermedades raras

## **LINEA 3: Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación.**

- 3.1 Vigilar los determinantes sociales de salud
- 3.2 Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud
- 3.3 Intensificar las acciones en detección precoz y el abordaje de la violencia de género
- 3.4 Impulsar el principio de salud en todas las políticas
- 3.5 Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario
- 3.6 Promover el acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población

## **LINEA 4: Cuidar la salud en todas las etapas de la vida**

- 4.1 Prestar atención a la salud infantil
- 4.2 Promover la salud en la adolescencia y juventud
- 4.3 Atender a la salud sexual y reproductiva
- 4.4 Promover el envejecimiento activo

## **LINEA 5: Promover la salud en todos los entornos de la vida**

- 5.1 Favorecer el bienestar emocional
- 5.2 Fomentar la actividad física
- 5.3 Garantizar y promover una alimentación saludable
- 5.4 Favorecer un entorno educativo saludable
- 5.5 Apoyar por un entorno medioambiental favorecedor de la salud
- 5.6 Impulsar un entorno laboral saludable
- 5.7 Apoyar los activos para la salud propios de la comunidad valenciana

El proyecto que se presenta asume el compromiso de adherirse a los objetivos generales y específicos del área clínica al que se encuentra adscrito. Siendo de especial relevancia los implicados en las **líneas estratégicas 1 y 2**. Mejorando el nivel de salud poblacional, empleando los recursos disponibles de forma sostenible y persiguiendo además la satisfacción del paciente, dentro del campo de acción de la Angiología y Cirugía Vascolar.

En la CV el 93% de las muertes se deben a enfermedades no transmisibles. Destacan entre ellas las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (íntimamente ligadas a la cirugía vascular) además del cáncer, las enfermedades crónicas respiratorias y la diabetes, que en su conjunto suponen un 70% de las defunciones. Así, el objetivo de la OMS es reducir un 25% la probabilidad de fallecer por enfermedades crónicas.

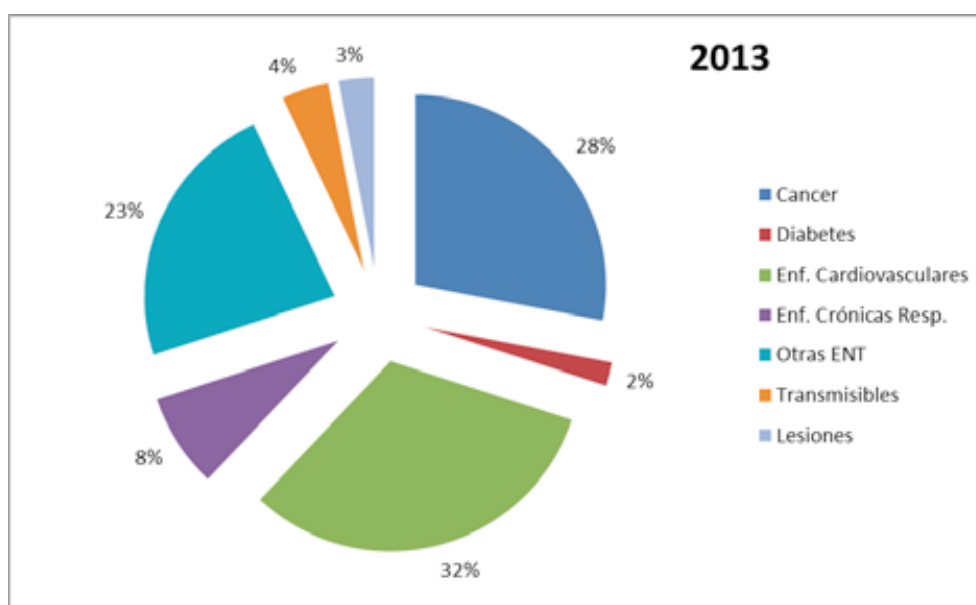


Gráfico1. Mortalidad proporcional: porcentaje de muertes según causa en todas las edades y en ambos sexos. CV, 2013

Fuente: Elaboración a partir del Registro de Mortalidad . DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda en hombres, muy igualadas con los tumores. En el periodo 2004-2013 ha habido no obstante, una tendencia decreciente, aunque la enfermedad isquémica cardiaca es la primera causa de mortalidad.

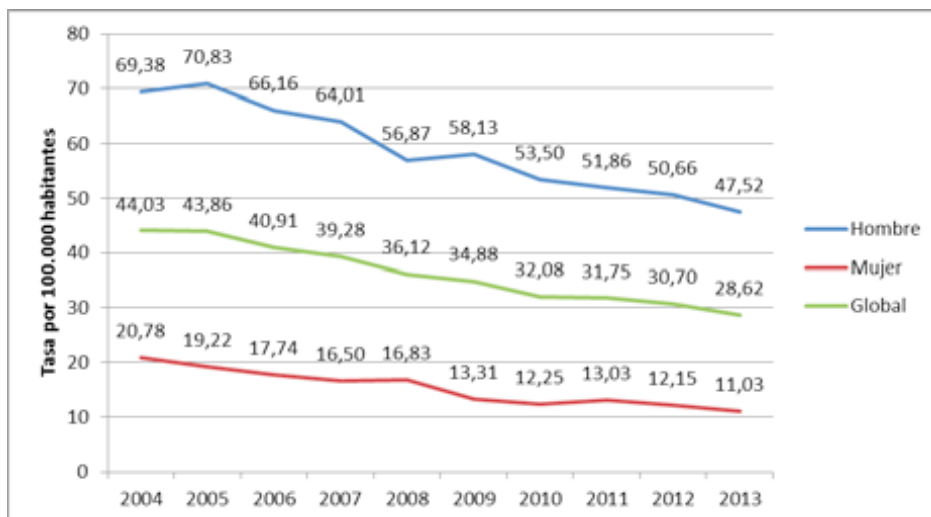


Gráfico 2. Tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica CV 2004-2013

Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLASNS MSSSI).

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

También se ha producido un descenso considerable en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, manteniéndose superior en el sexo masculino.

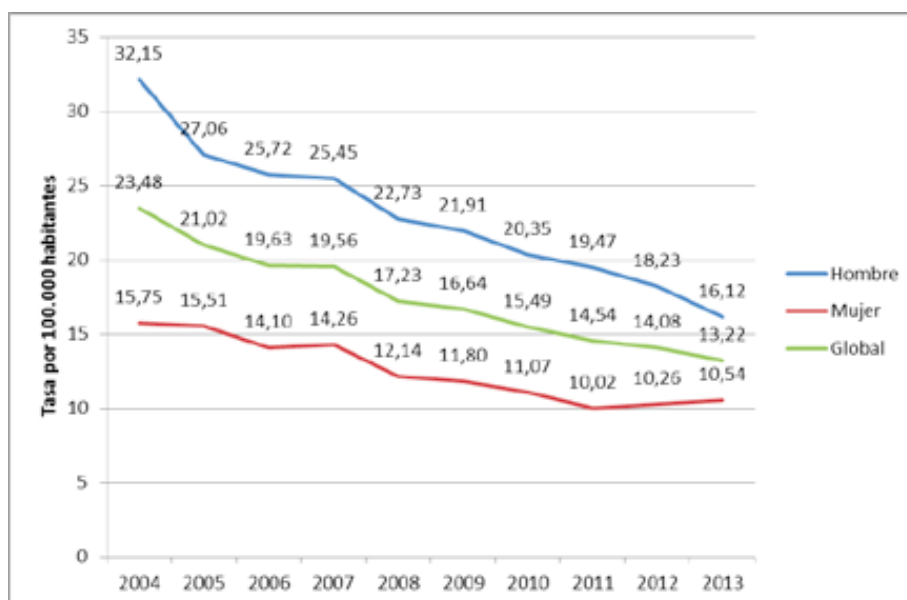


Gráfico 3. Tasa de mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral. CV 2004-2013

Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLASNS-MSSSI)

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La sexta causa de mortalidad en 2013 fueron las enfermedades hipertensivas, aunque de nuevo con una tendencia descendente desde 2004. La prevalencia declarada de problemas de salud en la población adulta sitúa a la hipertensión (23,3% en mujeres y 19,4% en hombres) y la hipercolesterolemia (23,9% en mujeres y 19,2% de hombres) como los dos problemas de mayor prevalencia.

De todo ello la importancia de plantear como objetivo la reducción de la morbimortalidad por enfermedad cardíaca y cerebrovascular mediante la asistencia integral y multidisciplinar, con objeto de aumentar la supervivencia y conseguir la máxima autonomía y calidad de vida en las personas.

Por lo tanto, el Plan de Salud incide en objetivos concretos íntimamente relacionados con el campo de acción de la Angiología y Cirugía Vasculares y por lo tanto de Servicio como agente de salud implicado

Por tanto *nos podemos adherir* en los siguientes objetivos y líneas de acción:

Objetivo: Orientar a los resultados en salud

Líneas de acción:

- Contribuir a la atención integral del paciente crónico
- Participar como unidad de referencia
- Ayudar en la toma de decisiones para aproximar los resultados en salud a las preferencias de los pacientes
- Fomentar el autocuidado
- Apoyar a los cuidadores
- Mejorar la eficacia y seguridad de los pacientes poli-medicados
- Reducir la mediación innecesaria y excesiva

Objetivo: Aumentar la calidad del sistema sanitario

Líneas de acción:

- Potenciar el uso de guías clínicas basadas en la evidencia
- Elaborar, desarrollar y difundir indicaciones sobre lo “ que no se debe hacer”
- Identificar y promover buenas prácticas
- Participar en la notificación de efectos adversos
- Fomentar e impulsar el uso de modelos y/o herramientas de gestión de calidad, implicando a los profesionales sanitarios.

Objetivo: Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público

Líneas de acción:

- Participar en los auto-conciertos
- Reducir el gasto farmacéutico fomentando el uso racional de fármacos fundamentalmente en crónicos y poli-medicados

Objetivo: Poner la información al servicio de la mejora de la salud

Líneas de acción:

- Uso de la historia clínica electrónica para promover la continuidad asistencial y la comunicación entre pacientes
- Promover el uso de recursos telemáticos como vía de comunicación entre profesionales
- Facilitar a la ciudadanía la toma de decisiones informadas sobre alternativas preventivas, diagnósticas y terapéuticas
- Vincular los acuerdos de gestión a los objetivos del plan de salud priorizando la mejora en salud y asistencial

Objetivo: Situar a los profesionales como valor esencial del sistema

Líneas de acción:

- Potenciar el trabajo en equipo multidisciplinar y en red
- Mejorar las competencias profesionales. Estimular y facilitar la conciliación de tareas asistenciales e investigadoras

Objetivo: Actuar sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

Líneas de acción:

- Registro del hábito tabáquico y de alcohol en la historia de salud electrónica
- Registro de obesidad y sobrepeso
- Asociar recomendaciones sobre hábitos alimenticios y ejercicio físico

Objetivo: Disminuir la morbimortalidad de enfermedades cerebro y cardiovasculares

Líneas de acción:

- Calcular y registrar el riesgo cardiovascular en la historia electrónica de salud
- Atención integrada al ictus
- Promover estudios de desigualdades en el cuidado y atención del paciente cardiovascular

Objetivo: Frenar la tendencia creciente de la diabetes

Líneas de acción:

- Contribuir al proceso asistencial integrado
- Mejorar la alfabetización sanitaria
- Contribuir a la detección precoz de las complicaciones de la diabetes como el pie diabético

## **2.4.2 PLAN DE ATENCION AL ICTUS DE LA CV (12)**

El ictus es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes y la principal causa de discapacidad del adulta. Es también la que más gasto sanitario genera. A nivel nacional la incidencia es superior en varones y aumenta con la edad

En la CV en los últimos años, las tasas ajustadas por mortalidad por enfermedades cerebrovasculares han mostrado una clara tendencia a la disminución.

Durante años la atención a los pacientes que sufrían un ictus se limitó a proporcionarles cuidados básicos, esperando en fase aguda la evolución natural de la enfermedad e intentando recuperar sus capacidades funcionales con rehabilitación.

La atención al ictus es un parámetro clave del funcionamiento sanitario. Con el plan ictus se pretende organizar los dispositivos asistenciales necesarios para garantizar que los ciudadanos de la CV dispongan de los recursos que han demostrado disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida.

El plan recoge aspectos como :

- ❖ Control de los factores de riesgo
- ❖ Información sobre el reconocimiento de síntomas a los profesionales de atención primaria, urgencias extra e intrahospitalarias y servicios y secciones de neurología
- ❖ Sistemas de transporte urgente y de manejo en urgencias (código ictus)
- ❖ Hospitales con equipos ictus, unidades ictus y hospital de referencia de su cartera de servicios.

En torno a un 20% de los ictus presentan un origen aterotrombótico, con una localización de la placa ateromatosa en la bifurcación carotidea.

A este nivel, es donde el Servicio de Cirugía Vascular tiene su representación. La adecuada coordinación y cooperación con el Servicio de Neurología del hospital es clave para valorar y programar intervenciones quirúrgicas, como medida preventiva secundaria, en plazo de menos de 10 semanas de acuerdo a lo indicado en las guías internacionales.

## **2.4.3 ESTRATEGIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (13)**

A medida que se cumplen años los problemas de salud crónicos también avanzan. La mayoría de estas enfermedades son prevenibles y susceptibles de intervenciones de promoción de la salud y de prevención que pueden retrasar su inicio y reducir secuelas.

La OMS ha establecido como prioritarias las actuaciones encaminadas a mejorar tres aspectos fundamentales de la vida de los mayores: la salud, la participación y la seguridad.

Con este plan se pretende priorizar intervenciones dirigidas a mejorar la salud de los grupos sociales y los colectivos más desfavorecidos y vulnerables.

La misión del programa es crear un marco de referencia para ciudadanos y profesionales, tanto sanitarios como socio-sanitarios, donde se estructuren las actuaciones, programas y recursos dirigidos a conseguir que los ciudadanos de la CV envejecan de forma más saludable y participativa para reducir la carga de dependencia y la discapacidad que sufren los mayores.

Los **objetivos generales** son los siguientes:

- Impulsar la coordinación y colaboración en la relación con la salud de las personas mayores
- Incrementar la información, formación e investigación sobre el envejecimiento, sus repercusiones en salud y posibilidades de mejora
- Promover el envejecimiento activo y saludable
- Fomentar actividades para mantener la salud, reducir o frenar la discapacidad y dependencia.

Y para alcanzar dichos objetivos se plantea la realización de diferentes **líneas de actuación** comprendidas en cuatro áreas de intervención.

- *Coordinación institucional, gobernanza y participación social.* Se pretende la acción intersectorial, la coordinación entre la Conselleria de Sanidad y la de Bienestar Social, potenciar y coordinar las relaciones entre entidades y organismo del ámbito de la educación, transporte y vivienda.. La colaboración entre profesionales sanitarios y socio-sanitarios
- *Formación e investigación sobre envejecimiento activo.* Promover actividades de formación continua y continuada. Supone una oportunidad para mejorar el conocimiento, teniendo en cuenta las aplicaciones prácticas en la clínica y la generación de servicios y tecnologías.
- *Promoción del envejecimiento activo, protección de la salud y prevención de las enfermedades.* Se pretende buscar el mayor grado de autonomía personal y de salud de los mayores. Buscar actividades basadas en la dieta, la actividad física y la mejora de las relaciones familiares y sociales de los mayores. Combatir las desigualdades entre sexos y atender a los cuidadores.
- *Atención integral de los problemas de salud.* Resultan prioritarios la detección y tratamiento precoz de las enfermedades cardiovasculares, tumores, trastornos mentales, la depresión, los problemas nutricionales y metabólicos y los trastornos osteo-musculares, para evitar o retrasar la discapacidad y dependencia que originan.

#### 2.4.4 PLAN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (14)

Las enfermedades cardiovasculares representan un problema de primera magnitud en los países desarrollados. Los estudios epidemiológicos sugieren como principal razón de ser, los hábitos de vida inadecuados y la interrupción de la dieta mediterránea.

El plan propone una serie de medidas basadas en la mejora de los estilos de vida saludable, según el actual estado del conocimiento para mejorar la salud de la población en la medida de lo posible.

Las enfermedades del aparato circulatorio han pasado de ocupar el segundo lugar al primero en número de ingresos hospitalarios. Se trata de enfermedades crónicas que tiene en común el pasar desapercibidas en sus estadios tempranos y que aún después de diagnosticadas no manifiestan síntomas de su evolución hasta estadios avanzados, propiciando que el paciente olvide su enfermedad y descuide su tratamiento. Las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de mortalidad en la CV, siendo responsables del 31% de mortalidad en varones y 41,9% en mujeres en 2001.

Las **prioridades** del este plan son:

- ❖ Incremento de los hábitos de vida saludable para reducir la prevalencia de factores de riesgo
- ❖ Actuación global sobre los diferentes factores de riesgo en prevención primaria
- ❖ Evaluación del riesgo cardiovascular individual
- ❖ Atención global en el control de los diferentes factores de riesgo en prevención secundaria y rehabilitación cardiovascular
- ❖ Atención socio-sanitaria de las incapacidades producidas por las enfermedades del aparato circulatorio
- ❖ Fomentar la investigación en los diferentes aspectos de las enfermedades cardiovasculares.

El plan cuenta con las siguientes **líneas estratégicas** para su desarrollo:

- ❖ Promover la alimentación saludable dentro del patrón de dieta mediterránea
- ❖ Reducir un 5% el consumo excesivo de alcohol
- ❖ Reducir un 5% la prevalencia de fumadores mayores de 16 años
- ❖ Promover la protección de la salud de los no fumadores
- ❖ Promover la práctica de actividad física aeróbica adaptada a las condiciones por grupo de edad y circunstancias personales
- ❖ Promover la detección precoz de riesgo cardiovascular por antecedentes familiares
- ❖ Promover la detección de enfermedad vascular subclínica
- ❖ Alcanzar un 60% de personas diagnosticadas de sobrepeso u obesidad respecto a la prevalencia media esperada

- ❖ Alcanzar un 60% de personas diagnosticadas de hipertensión respecto a la prevalencia media esperada
- ❖ Alcanzar un 60% de personas diagnosticadas de dislipemia respecto a la prevalencia media esperada
- ❖ Alcanzar un 60% de personas diagnosticadas de diabetes respecto a la prevalencia media esperada
- ❖ Potenciar el diagnóstico de síndrome metabólico calculado
- ❖ Potenciar el diagnóstico de microalbuminuria
- ❖ Potenciar la detección precoz de electrocardiogramas con factor de riesgo cardiovascular

#### **2.4.5 PLAN ESTRATEGICO PARA LA GESTION DE LA FORMACION ESPECIALIZADA EN CIENCIAS DE LA SALUD (15)**

Incluye las siguientes líneas estratégicas y objetivos específicos:

- Planificación y gestión.
  - Coordinar la planificación y gestión de la formación sanitaria especializada.
  - Colaborar con entidades y órganos implicados.
  - Disponer de un sistema de información integrado para la planificación y gestión de la formación sanitaria especializada.
- Observatorio
  - Crear e implementar el Observatorio.
  - Promover alianzas con entidades y órganos implicados.
  - Desarrollar la Cartera de Servicios.
  - Prever escenarios futuros.
- Oferta formativa
  - Adecuar la oferta anual formativa a las necesidades.
  - Adaptar la oferta formativa a las nuevas tendencias.
  - Estructura y evaluación.
  - Proveer una estructura de apoyo a la formación especializada.
  - Desarrollar procedimientos y redes docentes.
  - Impulsar la evaluación de la calidad en la docencia.
  - Facilitar el procedimiento de acreditación docente
- Estructura y evaluación.
  - Proveer una estructura de apoyo a la formación especializada.
  - Desarrollar procedimientos y redes docentes.
  - Impulsar la evaluación de la calidad en la docencia.
  - Facilitar el procedimiento de acreditación docente.

## 2.4.6 PLAN DE DIABETES (16)

La diabetes afecta a entre el 6 y el 10% de los valencianos y supone ya la quinta causa de muerte. Por ese motivo se puso en marcha en 1996, el Plan para la Atención integral del paciente diabético, con la pretensión de controlar su incidencia y reducir los efectos de la enfermedad. La actualización de sus objetivos pretende lograr una máxima coordinación entre la Atención Primaria y la Especializada, mediante el desarrollo de un registro autonómico y la creación de unidades multidisciplinarias para la atención del paciente diabético.

## 2.5 NORMATIVA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Ley 8/87, creación del **Servicio Valenciano de Salud** (SERVASA).

- Decreto del Consell 46/88, de 12 de abril, establece el Reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Valenciano de Salud (17)
- Decreto Consell 186/96, 18-10 Reglamento Estructura, Organización y Funcionamiento de Atención especializada de la Conselleria (18).
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (19)
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de 2003 de la Generalitat, de Ordenación de CV (DOGV número 4440 de fecha 14.02.2003) en la que se creó la **Agencia Valenciana de Salud (AVS)** (9) como un organismo autónomo, de carácter administrativo, de la Generalitat, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines de gestión y administración del sistema valenciano de salud y la prestación sanitaria en la CV, quedando adscrito a la Conselleria competente en materia de Sanidad.
- Decreto 25/2005, de 4 de febrero del Consell por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud (20)
- Decreto 191/2005, de 16 de diciembre, del Consell de la Generalitat, por el que se modifica el Decreto 97/1996, de 21 de mayo, por el que se adoptaron medidas excepcionales para eliminar las **listas de espera quirúrgicas** en el sistema sanitario de la CV.
- Acuerdo de 27 de enero de 2006, del Consell de la Generalitat, por el que se establece el programa de **autoconcertación** para la reducción de la lista de espera quirúrgica en el sistema sanitario de la CV
- Decreto 37/2006, de 24 de marzo, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la **libre elección de facultativo y centro**, en el ámbito de la Sanidad Pública de la CV (21)
- Decreto 66/2006, de 12 de mayo por el que se aprueba el Sistema de **carrera profesional** en el ámbito de las Instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad (22).
- DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la CV (23).

La **Agencia Valenciana de Salud** se encargó de la organización sanitaria en el periodo de **2003-2013**, pero La Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales de Gestión Administrativa y Financiera y de Organización de la Generalitat (24), con el objetivo de reestructurar y racionalizar el sector fundacional de la Generalitat suprime la Agencia Valenciana de Salud, organismo autónomo de carácter administrativo para la Gestión y administración del sistema sanitario valenciano.

Por ello se establece un nuevo marco normativo y régimen competencial, y se aprueba en el Decreto 4/214, de 3 de enero del Consell, el Reglamento Orgánico y funcional de la Conselleria de Sanitat, quedando representado en el organigrama de la Conselleria.

La figura titular del departamento es el Conseller y bajo su dependencia están los órganos superiores y los directivos: una Secretaría autonómica de la que dependen 4 Direcciones Generales y una Subsecretaria de la que dependen 2 Direcciones generales.

En el decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. [2015/7706] (DOCV núm. 7620 de 22.09.2015) (8)

El ejercicio de las competencias atribuidas en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas arranca, en la Comunidad Valenciana, con el Real Decreto 278/1.980, de 25 de enero, de **transferencia de competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a favor del Consell de la Comunidad Autónoma de Valencia** (25) y con el Real Decreto 1.612/1.987, de 27 de noviembre (26), se **traspasó** a éste, con eficacia a partir del 1 de enero de 1.988 **las funciones y servicios en su demarcación territorial del Instituto Nacional de Salud (INSALUD)**.

En este Real Decreto se traspasan las funciones del Instituto Nacional de la Salud a la CV, así como los correspondientes servicios e instituciones y medios personales, materiales y presupuestarios precisos para el ejercicio de aquéllas.

En su Anexo, punto B, se determinan las **funciones que asume** la Comunidad Autónoma e identifican los **servicios que se traspasan**:

1. Centros y Establecimientos Sanitarios, Asistenciales y Administrativos, de la Seguridad Social, gestionados por el Instituto Nacional de la Salud en la CV.
2. Los servicios y funciones encomendados por la legislación vigente a las Direcciones Provinciales de la expresada Entidad Gestora de la Seguridad Social en la CV, así como las funciones correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo respecto a dichas Direcciones Provinciales.
3. La elaboración y la ejecución de los planes de inversión que se aprueben en materia sanitaria en la CV, así como la gestión de las inversiones en curso con atribución global de los créditos a estos efectos dentro de los límites presupuestarios, de acuerdo con la normativa reguladora del régimen económico de la Seguridad Social, en el contexto de

- la planificación asistencial general de la CV, de conformidad con la legislación básica del Estado sobre la materia.
4. La contratación, gestión, actualización y resolución de los Conciertos con Entidades e Instituciones Sanitarias o Asistenciales que presten servicios en la CV, dentro de los límites presupuestarios.
  5. A partir de la efectividad del traspaso de estas funciones, la CV se subrogará en los conciertos en vigor entre el Instituto Nacional de la Salud y otros Organismos y Entidades, hasta que se extingan dichos conciertos.
  6. La creación, transformación y ampliación, dentro de los límites presupuestarios, así como la clasificación y supresión de los Centros y Establecimientos Sanitarios, en régimen ordinario o experimental, y de los Centros Asistenciales y Administrativos del INSALUD en la CV, de acuerdo con la legislación básica del Estado.
  7. Las funciones de gestión que realiza el Instituto Nacional de la Salud a través de sus Servicios Centrales, en cuanto se refiere al territorio de la CV y, entre ellas, la Inspección de Servicios y la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.
  8. La planificación de programas y medidas de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el ámbito de la CV, de acuerdo con la legislación básica del Estado.
  9. El análisis y evaluación del desarrollo y resultados de la acción sanitaria de la Seguridad Social en la CV.
  10. La organización y régimen de funcionamiento de los Centros y Servicios de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en la CV, así como la definición de criterios generales para la evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, Centros o Servicios Sanitarios en la CV, todo ello de acuerdo con la normativa básica del Estado y la normativa reguladora del Régimen económico de la Seguridad Social.

A partir de aquí, la organización del sistema sanitario valenciano queda regulado en la **Ley 3/2.003**, de Ordenación Sanitaria de la CV, con la modificación de ésta por **Ley 5/2.013**, de Organización de la Generalitat, que en su artículo 101 **suprime el organismo autónomo de la Agencia Valenciana de Salud** y establece que, desde el día 1 de enero de 2.014, las funciones atribuidas a dicha Agencia son asumidas por la Conselleria competente en materia de sanidad. Así, el patrimonio integrante o adscrito a la Agencia Valencia de Salud se incorpora o adscribe al de la Generalitat Valenciana, como también el personal adscrito a dicha Agencia, que pasa a su Conselleria de Sanidad, sin modificación alguna de su relación jurídica, derechos y obligaciones que tuviera reconocidos (9,24).

De la **Ley 3/2.003**, además de sus principios rectores (9), se mantienen sus restantes determinaciones sobre **régimen competencial, configuración, planificación y ordenación territorial sanitaria, y de docencia, investigación y autorización e inspección de centros, servicios y establecimientos sanitarios. También su régimen disciplinario y sancionador**. Del amplio marco organizativo y regulador establecido en esta Ley 3/2.003, conviene destacar, en orden a la gestión y funcionalidad de un servicio médico especializado, lo siguiente:

- La competencia de la Conselleria de Sanidad para determinar los criterios, directrices y prioridades de la política de protección a la salud y de asistencia sanitaria y de los criterios generales de planificación y ordenación territorial de los recursos sanitarios (27)
- La competencia de la Conselleria de Sanidad para la vigilancia, supervisión y evaluación de las actividades del sistema sanitario valenciano y de inspección y control de todo tipo de servicios, centros y establecimientos sanitarios, incluida la tutela y evaluación de los servicios propios (27)
- La competencia de la Conselleria de Sanidad para la planificación sanitaria, a través del Plan de Salud de la CV con los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria, determinándose en su contenido los objetivos y niveles de salud perseguidos y los programas y actuaciones a desarrollar; también el establecimiento de los medios y cauces para satisfacer la demanda de prestaciones sanitarias en un tiempo razonable.
- La proclama de garantía del derecho básico a la salud y, como fundamentales para los ciudadanos, la igualdad de acceso al sistema sanitario, libre elección de médico y centro en las condiciones establecidas y de un tiempo adecuado para su asistencia.
- La ordenación territorial sanitaria en departamentos de salud, como las estructuras fundamentales del sistema sanitario valenciano, que podrán subdividirse en sectores sanitarios y éstos, a su vez, en zonas básicas de salud, garantizándose, en cada departamento, una adecuada ordenación de la asistencia primaria y su coordinación con la atención especializada
- La autorización y desarrollo en los centros del sistema sanitario valenciano, de nuevas unidades/formulas organizativas como las áreas clínicas y las unidades de gestión clínica, para la integración en éstas de la actividad del área y aplicación de la gestión clínica para la utilización adecuada de los recursos, mediante la estandarización de las tareas y protocolos y facilitando a los profesionales en la gestión su implicación y corresponsabilización a través de su mayor participación en la toma de decisiones, utilización de los recursos e incentivo de su esfuerzo y resultados.
- La utilización del sistema sanitario valenciano, en coordinación con los centros universitarios, para la docencia e investigación

Con la supresión de la Agencia Valenciana de Salud y la subrogación de la Conselleria de Sanidad en su posición, se dicta **el Decreto 4/2.014**, de 3 de enero, de aprobación del **Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Sanidad, sobre su estructura, organización y funcionamiento** (8):

- Así, la Consellería de Sanidad es el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política del mismo en materia de sanidad, ejerciendo las competencias en materia de sanidad y salud pública que tiene legalmente atribuidas, y se organiza en servicios centrales y servicios periféricos y, funcionalmente, en órganos superiores del departamento, nivel directivo y nivel administrativo
- Su estructura, bajo la dependencia del titular de dicho departamento, distingue dos órganos superiores, la Secretaría Autonómica de Sanidad y la Subsecretaría
- De la Secretaría Autonómica de Sanidad, dependen las Direcciones Generales de Asistencia Sanitaria (con competencias en los sistemas de información, gestión de centros, recursos asistenciales, conciertos y convenios, atención sanitaria a la

cronicidad, drogodependencia y salud mental y asistencia sanitaria en general), de Farmacia y Productos Sanitarios (con competencias en la planificación de recursos farmacéuticos, ordenación, racionalización y control del uso del medicamento, provisión y asistencia farmacéutica y prestaciones complementarias); de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente (con competencias en la atención y comunicación al paciente, evaluación y calidad asistencial, acreditación, autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios e investigación sanitaria) y de Salud Pública y todas aquellas actuaciones que garanticen la salud de la población.

- De la Subsecretaría, depende la Secretaría General Administrativa, de la que a su vez dependen el Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico y el Servicio de Responsabilidad Patrimonial Subdirección General de la Inspección de Servicios Sanitarios y Prevención de Riesgos Laborales.
- Además, existe una dirección territorial en cada una de las capitales de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia, que actúa dependiente de la Subsecretaría y con competencia en el territorio de la respectiva provincia, aunque funcionalmente dependan de los distintos órganos superiores y centros directivos de la Consellería según la índole de la materia.
- Al titular de la dirección territorial le corresponde la jefatura de todos los servicios, programas y actividades que se desarrollan en su respectiva demarcación y la relación ordinaria y regular entre las unidades, centros y dependencias territoriales y los servicios centrales del departamento.

Así estructurado orgánicamente el sistema sanitario valenciano, las funciones generales de sus servicios sanitarios y, principalmente, la organización de la asistencia sanitaria y gestión y funcionamiento de los centros sanitarios continúa regulada en el **Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana**, aprobado por **Decreto 74/2.007**, de 18 de Mayo (28). De dicha norma, en cuanto a la gestión y funcionamiento de los centros sanitarios, destacan los siguientes aspectos:

- El principio de autonomía en la gestión clínica sanitaria, configurando los centros sanitarios como organizaciones autónomas con facultad de decisión, efectivas y responsables, ajustando su actuación al Plan Estratégico de cada departamento, pero sin perjuicio de desarrollar su propio plan.
- El funcionamiento de los centros sanitarios, según las indicaciones horarios, coberturas de asistencia continuada de los enfermos internados y apoyo a las urgencias externas e incorporación de la atención a la urgencia dentro de las funciones asistenciales de los profesionales sanitarios.
- La cita previa para la consulta, salvo las urgentes, y la atención en las consultas de Atención Especializada a instancias de los profesionales sanitarios.
- La orientación de las actuaciones de los profesionales de los centros sanitarios a la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales, mediante guías y vías de práctica clínica y asistencial y protocolos de actuación y derivación, normas de calidad y de seguridad, y sistemas de calidad que aporten indicadores que permitan medir,

comparar y evaluar la calidad de los centros y servicios sanitarios de forma homologada.

- La institución de los centros de especialidades como institución sanitaria que presta la atención a la población en régimen ambulatorio, integrados totalmente en el hospital como una prolongación de sus consultas externas, dependiente su personal de los servicios del hospital en que se integran.
- La prestación de la atención de hospitalización, según sus características y grado de complejidad, a través de los diferentes centros o unidades sanitarias, estableciéndose la hospitalización convencional como la institución sanitaria donde se atiende la demanda de la población con problemas de salud de mayor complejidad o especificidad o que requiere internamiento, soporte de otras estructuras sanitarias y garantía de la continuidad de la atención integral al paciente.
- La figura del jefe de servicio, en el ámbito del hospital, como responsable de una especialidad encargado del correcto funcionamiento del servicio y de la actividad del personal adscrito, así como de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados; dependiente del director médico.
- Los servicios de atención e información al paciente, con el objeto de atender personalmente al paciente y familiares, informándoles de sus derechos y obligaciones y orientándoles, y tramitándose a través de dicha área de actividad las reclamaciones y sugerencias de los pacientes .

Con este objetivo también, la **legislación de los derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana**, por **Ley 1/2.003**, de 28 de enero, (19) al objeto de reconocer y de garantizar los derechos y obligaciones en materia sanitaria de los pacientes en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, de aplicación a toda actuación que se preste en ésta, con respeto a su dignidad, trato humano, amable y comprensivo, acceso a los servicios asistenciales y obtención de las prestaciones e información sanitarias, incluso por escrito con los informes y certificaciones de su estado que pueda solicitar, exigidas por disposición legal o reglamentaria, confidencialidad, a la elección de médico y centro en las condiciones que se establezcan y a que se respete y considere el testamento vital o voluntades anticipadas.

- Además de los derechos a la información personalizada, también lo tienen a recibir información general sobre el sistema de salud de la Comunidad Valenciana y sobre las situaciones y causa de riesgo que existan sobre su salud.
- A conocer toda la información obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial, siendo este derecho de su titularidad, sujeta a su autorización la que deba darse a sus familiares, salvo, a criterio del médico, cuando esté incapacitado, de manera temporal o permanente, para comprender la información, y con la excepción a dicho derecho de la existencia acreditada de una necesidad terapéutica.
- El consentimiento informado como expresión de la conformidad del paciente, por escrito, específico, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo o de riesgo relevante para la salud, pudiendo otorgarse por sustitución en los supuestos de incapacidad o minoría de edad, o incluso por la autoridad judicial cuando la decisión del representante pueda presumirse contraria a los intereses del paciente y con la excepción de que la no intervención constituya un riesgo para la salud pública, inexistencia de representante en el caso de paciente

incapaz, o negativa injustificada de éste a prestarlo y situación de urgencia que no admita demora.

- También los derechos a la libertad de elección, entre las opciones clínicas que se le planteen al paciente y el derecho a la segunda opinión.
- Las voluntades anticipadas como las instrucciones que sobre las actuaciones médicas deban tenerse en cuenta cuando el paciente, por las circunstancias, no pueda expresar libremente su voluntad, incluida en su caso su decisión de donación de órganos, o la designación de representante que le sustituya, con las condiciones y formalidades con las que deba otorgarse el documento.
- Los derechos de documentación, al informe de alta, y de documentación y datos de contenido de la historia clínica, propiedad y custodia de la misma y acceso a la misma de los profesionales sanitarios e instituciones y del paciente o parientes más allegados si este hubiera fallecido.
- El deber de los profesionales sanitarios, también de cumplimentar los protocolos, registros, informes estadísticos y demás documentación técnica o administrativa relacionada con los procesos asistenciales en los que intervengan.
- El derecho del paciente a la confidencialidad de los datos referentes a su salud.
- Y en cuanto a las obligaciones del paciente, fundamentalmente, la de hacer buen uso de los recursos, prestaciones asistenciales y derechos.

Por último, en materia de personal, sobre **la regulación de la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal y sobre la selección de plazas del personal estatutario**, al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana, su reglamentación en los **Decretos 137/2.003**, de 18 de Julio (29), y **Decreto 7/2.003**, de 28 de Enero (30).

La traducción práctica de las leyes anteriormente descritas se resume en los siguientes principios rectores:

- **Universalización** de la atención sanitaria para toda la población de la CV, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, de conformidad con la normativa básica.
- **Concepción integral de la salud**, incluyendo actuaciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- **Eficacia y eficiencia** en la asignación, utilización y gestión de los recursos.
- **Descentralización**, desconcentración, autonomía, coordinación y responsabilidad en la gestión de los servicios. La superación de los desequilibrios territoriales y sociales para garantizar el acceso, en condiciones de igualdad, a las prestaciones sanitarias.
- **Mejora continua de la calidad** de los servicios, con un enfoque especial a la atención personal, la comodidad y el trato humano del paciente y sus familiares, en síntesis, la humanización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria.
- Promoción del interés individual y social por la salud y el sistema sanitario, potenciando la **solidaridad y la educación sanitaria**.
- Participación de la comunidad en la orientación y valoración de los servicios.
- Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos.

- La evaluación continua de los centros públicos y privados del sistema sanitario, con criterios objetivos, homogéneos y de calidad.
- Potenciación y desarrollo de la investigación científica en el ámbito de la salud.

## **2.6 DESARROLLO DE LA ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN**

La Angiología y Cirugía Vascular es una disciplina científica y clínica a la que concierne la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos y al sistema linfático.

Se trata de una especialidad médico-quirúrgica que apenas supera los 75 años y con sólo 38 de reconocimiento oficial. Surgió a mediados del siglo XX como consecuencia del interés del Dr Fernando Martorell por los pacientes vasculares, hasta entonces mayoritariamente condenados a la amputación de sus extremidades. Junto con sus colaboradores y en sucesivos años, se van fundando en Barcelona unidades de Cirugía Vascular y de ahí se salta al resto de España. Finalmente en Febrero de 1978 es reconocida como especialidad en España con el nombre inicial de Cirugía Vascular Periférica (Boletín Oficial del Estado, Real Decreto 2015/78) y muy rápidamente el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, por petición de la Sociedad Española de Angiología, cambió el nombre a su definitivo y actual de Angiología y Cirugía Vascular (31). Su contenido viene definido por el programa de formación de la especialidad del año 1984, que fue sucesivamente actualizado en 1996 y 2007 (ORDEN SCO/1258/2007) (32).

En la Comunidad Valenciana la primera unidad asistencial de Angiología y Cirugía Vascular se funda en el Hospital Dr Peset de Valencia con el Dr Eduardo Ortiz Monzón en la década de los 80. Esto supone una presentación tardía de la misma a la población de la comunidad, que durante años ha sido atendida por diferentes especialidades como la Cirugía General, Cirugía Cardíaca, Medicina Interna, Rehabilitación, Traumatología o Radiodiagnóstico.

El dificultoso desarrollo de la especialidad en la comunidad ha supuesto un modelo de atención irregular y sometido a una significativa variabilidad dentro de las tres provincias, suponiendo en elevadas ocasiones una falta de equidad en atención de los pacientes.

El primer Servicio reglado y estructurado fue en 1993 el del Hospital Dr. Peset y más recientemente en 2015 el del Hospital de la Fe de Valencia. El resto de unidades de hospitales de titularidad y gestión pública son secciones de Cirugía General o Cardíaca, generalmente con bastante independencia.

En el caso del Hospital Universitario General de Castellón, no ha sido hasta 2009 cuando tras muchos años de espera, se crea la Sección de Angiología y Cirugía Vascular.

La unidad ha tenido una evolución progresiva, con una dotación creciente de forma paulatina en cuanto a recursos humanos, materiales y de aumento de actividad.

La Sección de Angiología y Cirugía Vascul ar es la referencia de esta patología para la provincia de Castellón; constituye además la única unidad en el servicio público.

### **2.6.1 DEFINICION Y AMBITO DE ACTUACIÓN**

La Angiología y Cirugía Vascul ar es la disciplina médico-quirúrgica encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a las arterias, venas y linfáticos, estando únicamente excluidas la patología cardíaca e intracraneal.

Como ya se ha referido las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte entre mujeres y la segunda en hombre, lo que da una idea de la importancia de esta materia.

Por otra parte su campo de acción es muy amplio, no limitándose al diagnóstico y tratamiento de la patología, si no que tiene una importancia significativa toda la actividad centrada en la prevención de aparición de problemas vasculares, así como su tratamiento precoz.

Actualmente las técnicas terapéuticas se encuentran ampliamente desarrolladas y han ido abarcando novedosas técnicas como los métodos endovasculares que permiten disminuir los tiempos quirúrgicos, realizar tratamientos mínimamente invasivos y escasamente cruentos, así como acelerar el proceso de recuperación posterior.

En cuanto al diagnóstico el uso del eco doppler y el amplio manejo de las técnicas endovasculares, hacen que la especialidad resulte altamente autosuficiente a la par que requiere del especialista de una alta capacitación y formación en todas estas áreas.

En definitiva el especialista en angiología y cirugía vascul ar ha de formarse en unidades docentes acreditadas que aseguren la consecución de los objetivos necesarios para la obtención del título conocido en la Unión Europea como Cirugía Vascul ar.

El Campo de acción de la ACV viene recogido en a Orden SCO/125/2007 de 13 de abril en la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad (32).

Se incluyen las enfermedades funcionales y/o orgánicas de los siguientes sistemas:

- Patología del sistema arterial
- Patología del sistema venoso
- Patología del sistema linfático
- Tumores vasculares

#### Campo de acción:

- Arteriopatías degenerativas y/u obliterantes.
- Isquemias agudas de los miembros por embolia o trombosis.
- Isquemias crónicas de los miembros. Aneurismas y arteriopatías ectasiantes.
- Arteriopatías inflamatorias y vasculitis. Traumatismos vasculares.
- Fístulas arterio-venosas.
- Síndromes vasomotores y mixtos.
- Enfermedades ectasiantes de las venas.
- Malformaciones congénitas vasculares. Angiodisplasias.
- Trombosis venosas y síndrome postrombótico.
- Insuficiencia venosa crónica. Varices.
- Úlceras de origen vascular.
- Insuficiencia vascular cerebral de origen extracraneal.
- Isquemia mesentérica aguda y crónica.
- Hipertensión arterial vásculo-renal.
- Síndromes neurovasculares del opérculo torácico.
- Enfermedades de los vasos linfáticos y linfedemas.
- Tumores vasculares. Quemodectomas y Paragangliomas. Enfermedades de la microcirculación (enfermedades vasoespásticas, acrocianosis, etc.).
- Transplante de órganos.
- Reimplante de miembros.

#### Prevención:

La cronicidad de la mayoría de estas patologías, hace que sea de suprema importancia las actividades preventivas tanto primarias como secundarias.

Se requiere un amplio conocimiento de los factores de riesgo causantes de la patología vascular con el objetivo de conseguir su control y tratamiento. De ahí la importancia de fomentar el conocimiento de los mecanismos etiopatológicos, el desarrollo normal de la enfermedad y la prevención primaria y secundaria. Potenciar los métodos de screening para evidenciar patología silentes y proceder a su control precoz.

#### Diagnóstico:

Sin olvidarnos del diagnóstico clínico, la especialidad tiene un amplio campo desarrollado en el diagnóstico no invasivo en el laboratorio de exploraciones funcionales. El mismo requiere formación específica y la SEACV confiere acreditación a tal efecto.

Dentro del mismo, las técnicas más utilizadas son:

- Claudicometría. Velocimetría doppler.
- Ecografía Doppler (Dúplex y triplex-scan).
- Doppler transcraneal.
- Técnicas pletismográficas (PPG, PVR, anillos de mercurio, aire,. etc.).
- Diagnóstico no invasivo microcirculatorio (PO2 transcutáneo, Laser Doppler, Capilaroscopia, etc.).

Dentro del diagnóstico por imagen el cirujano vascular ha de conocer y estar capacitado para la realización de arteriografías y flebografías. Esto implica el manejo del arco digital y por tanto la consecución de los niveles de Director de Salas de Radiodiagnóstico y de protección radiológica en salas de radiodiagnóstico médico.

Sin duda, ha de ser competente a la hora de la interpretación de otro tipo de pruebas de imagen realizadas como el angio TC y la angioRNM, así como las linfografías .... Finalmente el diagnóstico incluye el conocimiento de técnicas más novedosas como los ultrasonidos endovascular (IVUS) o técnicas de valoración funcional como sondas electromagnéticas medidoras de flujos, presiones y resistencias.

Tratamiento:

- a) Tratamiento médico. Comprende la indicación, prescripción y control ulterior de toda terapia médica enfocada a la prevención y tratamiento de las enfermedades vasculares.
- b) Tratamiento Quirúrgico.
  - Tratamiento endovascular: Técnicas invasivas de terapia a distancia a través de guías y catéteres, bien con acceso percutáneo o quirúrgico. Incluyen:
    - El tratamiento de procesos tromboticos con empleo por cateterismo de fibrinolíticos o de aspiración.
    - Procesos oclusivos mediante recanalización o dilatación con o sin colocación de prótesis recubiertas o no de diferentes materiales o fármacos.
    - Exclusión de aneurismas mediante prótesis endoluminales.
    - La embolización de lesiones que requieran interrupción de flujo o cierre vascular en el tratamiento de aneurismas, fístulas arteriovenosas y otros procesos vasculares.
    - Uso de filtros en la luz vascular.
    - Láser y radiofrecuencia endovascular.
    - Manejo de dispositivos técnicos que la evidencia clínica demuestre su utilidad en el tratamiento de las patologías vasculares.
  - Tratamiento quirúrgico abierto: La ACV se ocupa del tratamiento de las lesiones de los vasos del organismo. Las técnicas quirúrgicas más usuales que les son propias son:
    - Ligadura de vasos y suturas vasculares.
    - Técnicas de oclusión vascular y exéresis.
    - Anastomosis vasculares.

- Cirugía arterial directa: (embolectomias, tromboembolectomias, endarterectomias, bypass o derivaciones, injertos arteriales y venosos, prótesis, angioplastias y parches vasculares) de las localizaciones previamente indicadas (periféricas, troncos supraaórticos, aorta torácica descendente y abdominal, arterias digestivas y renales).
- Cirugía del simpático lumbar y cervicotorácico.
- Amputaciones isquémicas.
- Cirugía venosa: Flebectomias, fleboextracciones, trombectomia, derivaciones, métodos interruptivos, etc.
- Técnicas vasculares en el transplante de órganos y reimplantaciones de extremidades.
- Derivaciones vasculares en la hipertensión portal. Accesos vasculares para hemodiálisis y otras terapias.
- Microcirugía vascular.
- Técnicas quirúrgicas en el opérculo torácico.

#### Investigación:

Se trata de una especialidad muy joven y por tanto a la que le queda un largo desarrollo y probablemente mucho campo de conocimiento por investigar. Además el rápido avance de las nuevas técnicas terapéuticas hace que se requieran estudios a medio y largo plazo que avalen la utilidad concreta de las mismas.

Por otro lado se hace necesario potenciar la medicina basada en la evidencia en el ámbito de la ACV y desarrollar guías clínicas basadas en las mismas que confieran una mayor calidad a la práctica asistencial.

Actualmente, el servicio de Angiología y Cirugía Vascular es el único de la provincia y al tiempo la unidad de referencia para la misma para toda la patología vascular.

### 3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO.

#### 3.1 ANÁLISIS EXTERNO

##### 3.1.1 DATOS DEMOGRAFICOS

Según la RESOLUCIÓN de 16 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat, por la que se aprueba la modificación del Mapa Sanitario de la CV relativa a la nueva denominación de los departamentos de salud, la provincia de Castellón se divide sanitariamente en 3 Departamentos de Salud que integran la asistencia sanitaria tanto en Primaria como en Especializada (33).

PROVINCIA DE CASTELLÓN			
Centros de Atención Primaria		Hospitales	
Nº de Centros de salud:	42	Nº de hospitales:	7
Nº de Consultorios locales:	136	Camas instaladas:	1550

Tabla 1. Centros de Atención Primaria y Hospitales de Castellón. Fuente CNH.

La provincia de Castellón agrupa un total de 135 municipios en un territorio de 6.631,9 km<sup>2</sup>. La población según el Instituto Valenciano de Estadística a 1 de enero de 2016 es de 579.245 habitantes, y la distribución por edades y sexo pone de manifiesto un mayor número de hombres en las edades medias de la vida (34).

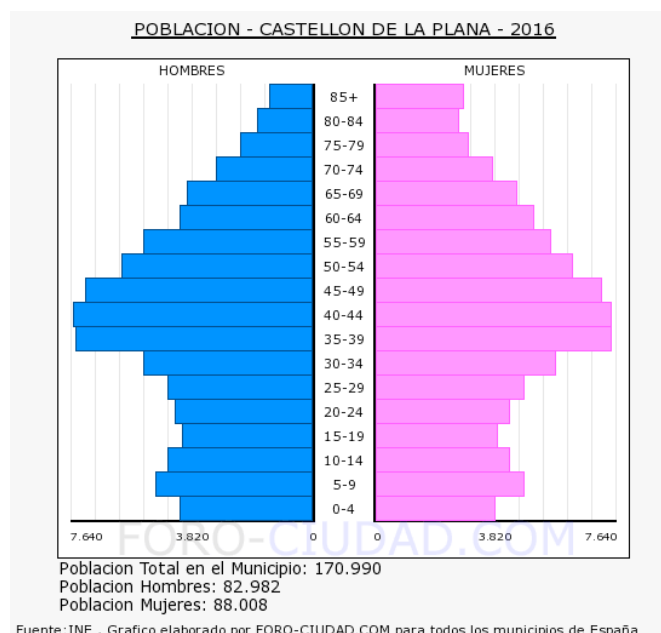


Gráfico 4. Distribución demográfica por sexos. Castellón 2016

La población en la provincia experimentó un crecimiento poblacional progresivo en los últimos 10, pero en los últimos tres ha sufrido un ligero decrecimiento con motivo de la crisis nacional. Esta situación se ha visto influida tanto por el descenso de la inmigración, como por el descenso de la natalidad

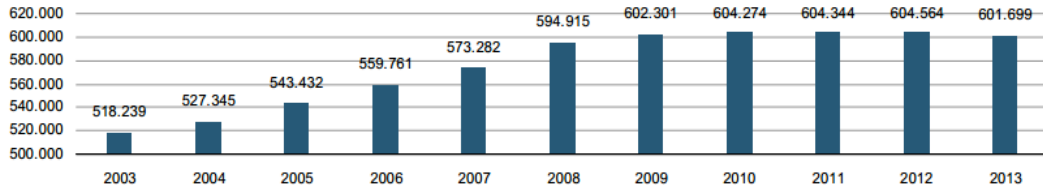


Gráfico 5. Evolución de la población de la provincia de Castellón. Fuente IVE

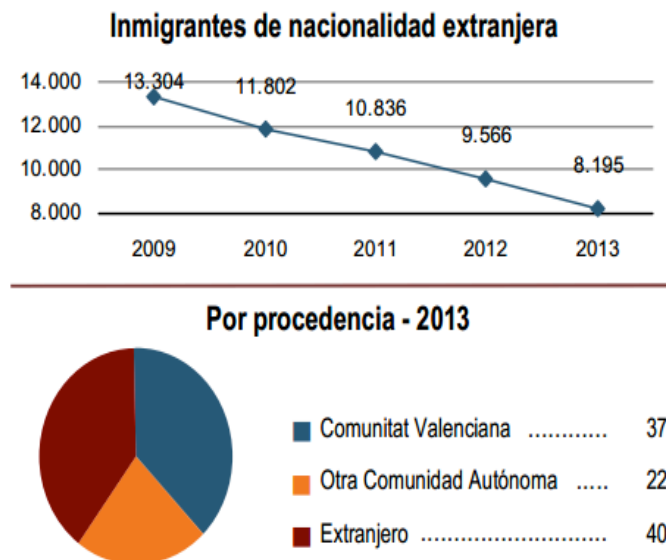
**PADRÓN MUNICIPAL CONTINUO: REVISIÓN DEL PADRÓN MUNICIPAL**

**Cifras oficiales de población**

Año (a 1 de enero)	Alicante	Castellón	Valencia C.	Valenciana	España %CV/E
2010	1.926.285	604.274	2.581.147	5.111.706	47.021.031 10,9
2011	1.934.127	604.344	2.578.719	5.117.190	47.190.493 10,8
2012	1.943.910	604.564	2.580.792	5.129.266	47.265.321 10,9
2013	1.945.642	601.699	2.566.474	5.113.815	47.129.783 10,9
2014	1.868.438	587.508	2.548.898	5.004.844	46.771.341 10,7
Hombres	928.519	292.804	1.253.758	2.475.081	22.985.676 10,8
Mujeres	939.919	294.704	1.295.140	2.529.763	23.785.665 10,6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal. <<http://www.ine.es>> INEbase

Tabla 2. Padrón municipal de las provincias de la Comunidad Valenciana período 2010-2014



**Inmigración en la provincia de Castellón**

Imagen 2. Inmigrantes extranjeros de la Comunidad Valenciana 2013

La proyección poblacional del Instituto Valenciano de Estadística para el período 2013-2018 prevee el descenso poblacional, acorde con el previsto del 1,3% para la población española para los próximos 10 años. Este dato contrasta con el crecimiento del 9,2% que se dio entre 2004-2011 (35)

<b>PROYECCIONES DE POBLACIÓN A CORTO PLAZO, 2013-2018</b>				
<b>EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR COMUNITAT VALENCIANA Y PROVINCIAS</b>				
	Comunitat Valenciana	Provincia de Alicante	Provincia de Castellón	Provincia de Valencia
Estimación Intercensal 2008	4.928.095	1.817.518	588.013	2.522.564
Estimación Intercensal 2009	4.981.284	1.836.136	594.743	2.550.405
Estimación Intercensal 2010	4.989.631	1.840.085	595.852	2.553.694
Estimación Intercensal 2011	4.999.192	1.844.433	595.565	2.559.194
Estimación Intercensal 2012	5.009.650	1.853.206	593.926	2.562.518
Estimación Postcensal 2013	4.987.017	1.854.244	585.729	2.547.044
Proyección 2014	4.943.620	1.844.206	579.355	2.520.059
Proyección 2015	4.900.253	1.833.848	573.044	2.493.361
Proyección 2016	4.856.845	1.823.175	566.785	2.466.885
Proyección 2017	4.813.372	1.812.198	560.578	2.440.597
Proyección 2018	4.769.841	1.800.940	554.422	2.414.479

Tabla 3. Proyección poblacional 2013-2018 para la CV según IVE.

La consecuencia directa de estos datos es el adelgazamiento de la pirámide poblacional en su parte inferior, con un progresivo ensanchamiento de la superior, correspondiente a los grupos de mayor edad. Sumado este dato, al aumento de la esperanza de vida, situado en el año 2015 en la provincia de Castellón en 82,35 años ( 79,56 para hombres y 85,2 para mujeres) va a suponer una razonable repercusión en la demanda de asistencia sanitaria en lo que a la angiología y cirugía vascular se refiere.

### 3.1.2 RECURSOS SANITARIOS: EL DEPARTAMENTO DE CASTELLÓN (36)

La Comunidad Valenciana cuenta con un total de 22 departamentos. Estando subdividida la provincia de Castellón en tres. El Hospital General Universitario de Castelló (HGUC) es el principal centro de referencia del Departamento de Salud de Castelló. Es un hospital perteneciente a la red hospitalaria de la Comunidad Valenciana de gestión pública. Dispone de 574 camas, y la práctica totalidad de especialidades médico-quirúrgicas accesibles en la sanidad.



Centros de Salud del departamento de Castellón:

**CARTERA DE SERVICIOS ATENCIÓN PRIMARIA (a 31-12-2015)**

<b>CS INTEGRADOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS</b>	<b>ZONA</b>	<b>MED. GRAL- ENFERMER.</b>	<b>PEDIATRÍA</b>	<b>MATRONA</b>	<b>RHB</b>	<b>RX</b>	<b>TR.SOCIAL</b>	<b>PAC</b>	<b>USM/CSSR</b>	<b>ODONTOL.</b>	<b>UCA / EGCC</b>
<b>CS ATZENETA</b> Benafijos Vistabella Xodos	1										
<b>CS ALBOCASSER</b> Benasal Culla La Serratella Torre d'en Besora Vilar de Canes	2										
<b>CS ALCORA</b> La Foia Costur Figueroles Sant Joan de Moró	3										
<b>CS ALMASSORA</b> <b>CSI PÍO XII</b>	4										
<b>CS BENICASIM</b>	5										
<b>CS BENLLOCH</b> Sierra Engarcerán Els Ibarsos Els Rosildos Torre d'en Doménech Vilanova d'Alcolea	6										
<b>CS BORRIOL</b>	7										
<b>CS COVES Vinromà</b> Tirig	16										
<b>CS LUCENA</b> Castillo Villamalefa Cortes de Arenoso Villahermosa Zucaina	13										
<b>CS OROPESA</b>	5										
<b>CS TORREBLANCA</b> Ribera Cabanes	17										
<b>CS VALL D'ALBA</b> Cabanes La Pobla Tomesa Les Useres Vilafamés	14										
<b>CS VILAFRANCA</b> Ares Castellfort	15										
<b>CS BARRANQUET</b>	4										
<b>CS ILLES Colum.</b> Raval Universitat	7										
<b>CSI GRAO Castello</b> Grao Castelló	12										
<b>CS FDO. CATOLICO</b>	11										
<b>CSI GRAN VÍA</b>	9										
<b>CS PALLETER</b> Constitución	11										
<b>CS PINTOR Sorolla</b> Cuadra Salera Grupo Reyes Benadresa San Lorenzo	8										
<b>CS RAFALAFENA</b>	10								CSR		
<b>CS SAN AGUSTIN</b>	7										UCA
<b>CS 9 D'OCTUBRE</b>	9								CSR		

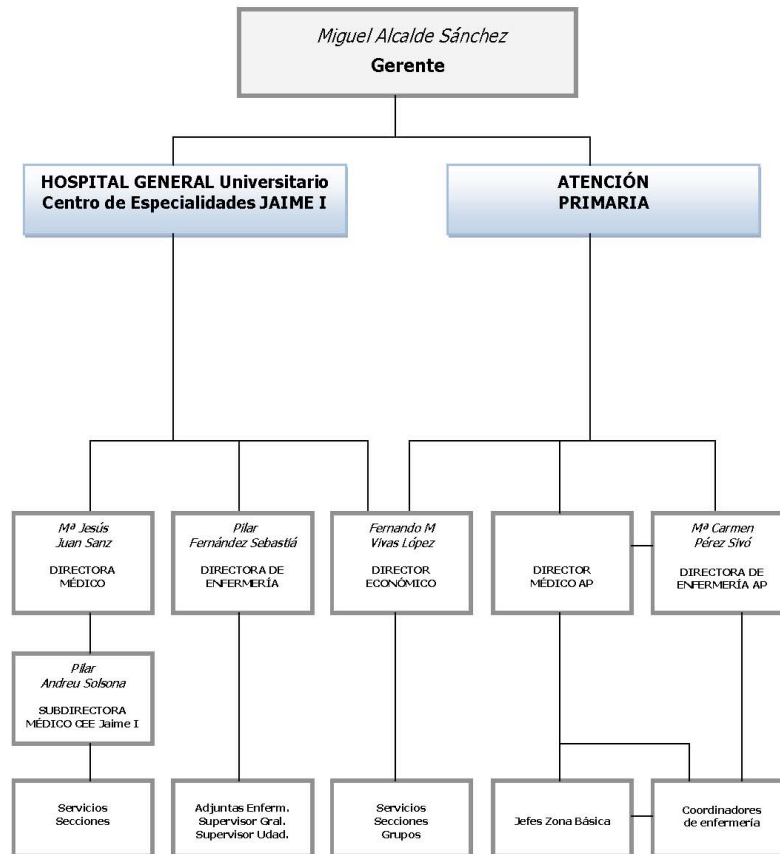
USM: Unidad de Salud Mental / CSSR: Centro de Salud Sexual y Reproductiva  
EGCC: Enfermera gestora de casos comunitaria / UCA: Unidad Conductas Adictivas

Tabla 4. Centros de Salud del departamento de Castellón

El organigrama del Departamento de Castellón es el siguiente:



**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN**



Mayo 2016

Avgda. Benicàssim, s/n 12004 Castelló - Tel. (+34) 964 725000 - www.castello.san.gva.es

Imagen 4. Organigrama del departamento de Castellón

Los órganos de asesoramiento y participación en la gestión hospitalaria son básicamente tres: La Comisión de Dirección, La Junta de Hospital y las Comisiones Clínicas.

**Comisión de Dirección**

- Está compuesta por el personal con competencias directivas del Centro.
- Estudia los objetivos sanitarios y los planes económicos del Departamento de Salud.

- Estudia las medidas para el mejor funcionamiento de los servicios, en el orden sanitario y económico, así como la mejor ordenación y coordinación entre las distintas unidades.
- Establece las medidas previstas en orden a la mejora de la calidad de la asistencia
- Actúa como:
  - Comisión de Tecnología y Equipamiento
  - Comisión de Humanización para la Asistencia Sanitaria
  - Comité de Autoprotección

## **Junta de Hospital**

Es el principal órgano asesor de la Dirección del Hospital. Se compone de un Presidente (Gerente), Secretario (Director Económico), Vocales Natos (resto de equipo directivo y todos los Jefes de Servicio y de Sección), y Vocales Electos que resultan de elecciones periódicas efectuadas entre toda la plantilla del hospital (conforme al Decreto 186/96 de 19 de octubre) (18)

El pleno de la Junta de Hospital tiene las siguientes funciones:

- Asesorar a los órganos de dirección en todo lo relativo a la prestación de la atención a los ciudadanos.
- Proponer el plan anual de necesidades, teniendo en cuenta en todo caso las disponibilidades presupuestarias.
- Proponer las decisiones en materia de formación del personal, teniendo en consideración las necesidades del servicio.
- Estudiar y proponer las actividades en materia de investigación.
- Proponer el número, denominación, composición por unidades y funciones de las comisiones clínicas dependientes de la Junta. Los presidentes de dichas comisiones podrán ser llamados a comparecer ante el pleno para recibir instrucciones y dar cuenta de la actividad de las mismas.

## **Otros órganos de participación y asesoramiento**

### **Órganos colegiados de asesoramiento**

- Junta de Hospital (D. 186/1996)
- Junta de Departamento (D. 74/2007) (28)

### **Órganos colegiados de carácter consultivo**

- Consejo de Salud del Departamento de Salud de Castellón.
- Comité de Bioética Asistencial (CBA)
- Comité de Seguridad y Salud del Departamento de Salud de Castellón. (Ley 31/1995) (37)

### **Comisiones clínicas (artículo 9.4 del decreto 74/2007) (28)**

- Comisión de Docencia
- Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Comisión de Historias Clínicas
- Comisión de Infección Hospitalaria
- Comisión de Mortalidad
- Comisión de Tejidos y Tumores
- Comisión para el Uso Racional Medicamentos y Productos Farmacéuticos (CUR)

- Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

### **Comisiones Clínicas (no contempladas en el artículo 9.4 del Decreto 74/2007) (28)**

- Comisión de Biblioteca
- Comisión de Calidad
- Comisión de Cuidados Paliativos
- Comisión de Desarrollo y Familia
- Comisión de Integración Asistencial
- Comisión de Investigación Clínica (CIC)
- Comisión de Lactancia Materna de Atención Primaria
- Comisión de Lactancia Materna del Hospital General
- Comisión de Quirófanos
- Comisión de Resucitación Cardiopulmonar
- Comisión de Transfusión
- Comisión de Trasplantes
- Comisión de Urgencias
- Comisión Departamental de integración de la Lactancia Materna
- Comisión para la Calidad de la Docencia

### **Otras comisiones**

- Comisión de Terapéutica Hiperbárica
- Comisión de seguimiento : evaluación de las actividades de explantes.
- Comisión para la Gestión de Residuos Intracentros
- Comité de Autoprotección
- Comité de la Patología Vasculat
- Comité Departamental de Productos Farmacéuticos

### **Recursos humanos:**

El HGUC tiene en plantilla más de 2800 trabajadores, constituyéndose así en la empresa con mayor número de personal de toda la provincia. Las cifras iniciales han sido ampliamente superadas y con fecha 31 de Diciembre de 2015, cuenta en su área especializada con 2096 profesionales, 371 facultativos, 1140 no facultativos (auxiliares y enfermeras), 431 no sanitarios, 149 de personal en formación y 5 directivos.

	Especializada	Primaria	Total 2015
Personal directivo	5	2	7
P. Facultativo	371	236	607
P. Sanitario no facultativo	1140	290	1430
Personal no sanitario	431	159	590
Personal en formación	149	67	216
<b>TOTAL</b>	<b>2096</b>	<b>754</b>	<b>2850</b>

Tabla 5. Recursos humanos departamento de Castellón en 2015

## Cartera de servicios del Departamento:

Con todos estos recursos físicos, humanos y tecnológicos, el HUGC y el CEE Jaime I ofrecen cobertura sanitaria a 281.181 habitantes e, indirectamente, a los 583.914 de toda la provincia de Castellón. En la tabla 6 se muestra la cartera de servicios del HGUC.

Las Unidades, Servicios y Secciones clínicas y los Servicios Centrales del Hospital General de Castellón se exponen en la siguiente tabla:

CARTERA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA	
Alergología adulto / infantil*	Microbiología y Parasitología
Análisis clínicos	Nefrología
Anatomía Patológica	Neonatología y Nidos*
Anestesia, Reanimación y Terapia Dolor*. Epidural	Neumología
Angiología y Cirugía Vascular*	Neurocirugía*
Banco de Sangre	Neurofisiología Clínica
Cardiología y Hemodinámica	Neurología y Unidad de Ictus
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Obstetricia y Ginecología
Cirugía Oral y Máxilofacial*	Odontología
C. Ortopédica -Traumatología U. Raquis	Oftalmología*
Cirugía Pediátrica*	Otorrinolaringología
Corta Estancia	Pediatría y Áreas específicas
Dermatología Médico-Quirúrgica	Psiquiatría
Documentación Clínica y Admisión	Rehabilitación y Medicina Física
Endocrinología y Nutrición. U. Diabetes	Radiodiagnóstico
Enfermedades Infecciosas	Radiología Intervencionista*
Farmacia Hospitalaria	Reumatología
Hematología y Hemoterapia. Unidad de Autotrasplante*	Unidad de Cirugía sin Ingreso
Hemodiálisis*	Unidad de Hospitalización Domiciliaria
Medicina del Trabajo	Unidad de Reanimación
Medicina Digestiva	Unidad de Sueño*
Medicina Intensiva Adultos/Pediátrica*	Unidad de Terapéutica Hiperbárica**
Medicina Interna	Urgencias
Medicina Preventiva	Urología y Andrología

Tabla 6. Cartera de Servicios del departamento de Castellón

### 3.1.3 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. RECURSOS ESTRUCTURALES

Está dotado de 574 camas de hospitalización, 19 de Observación de Urgencias, quirófanos programados, 2 quirófanos de urgencias, un Hospital de Día, unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, unidad de Cámara hiperbárica, unidad de Sueño, Unidad de Corta Estancia y 50 consultas externas.



Imagen 5. Fachada principal del Hospital General Universitario de Castellón

En su cartera de servicios dispone de la práctica totalidad de especialidades médico-quirúrgicas salvo Cirugía Cardíaca, Torácica, Plástica y Medicina Nuclear.

El complejo hospitalario ocupa aproximadamente un solar de 38.033 m<sup>2</sup>, en el que se distinguen un edificio principal y varios anexos (Escuela de Enfermería, Centro de Transfusión, Lavandería y Lencería, Almacén General, Residuos, Central de Transformación, Central Térmica y Frigorífica, etc.). Uno de los edificios anexos, enfrente del Hospital contiene la Unidad Docente, el Servicio de Riesgos Laborales y parte del archivo de Historias Clínicas.

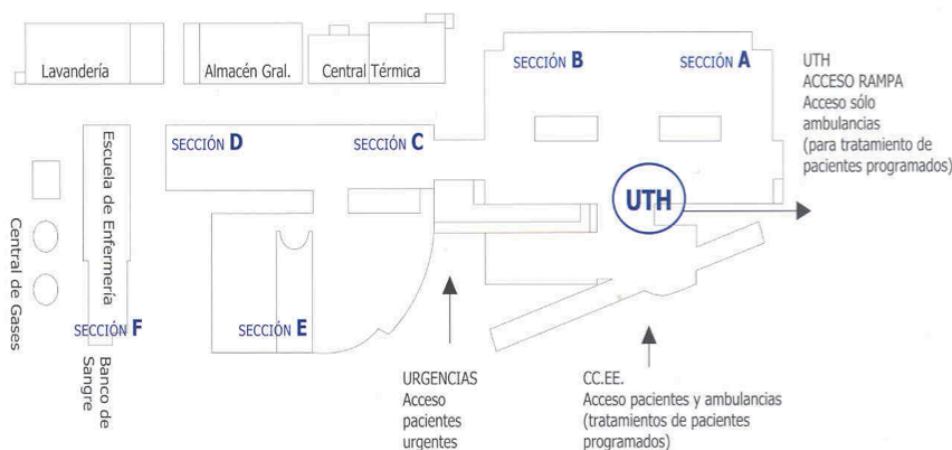


Imagen 6. Plano general del hospital general universitario de Castellón.

El hospital está compuesto por 8 plantas: sótano, planta baja y 6 plantas numeradas y divididas cada una de ellas en secciones: A, B, C, D, E y F. La sección F está en el edificio de la Escuela de Enfermería, situado al norte del complejo hospitalario. En un edificio de nueva adquisición perteneciente al Ministerio de

Defensa, frente a los edificios A y B, se localiza archivo de historias y dependencias para diferentes servicios y unidades (Riesgos, Laborales, Unidad Docente, etc.)

En la zona posterior, zona este se ha ubicado el Helipuerto, para transporte aéreo medicalizado dependiente del CICU de Castellón.



Imagen 7. Helipuerto del hospital general universitario de Castellón

En la actualidad, el centro dispone como recursos asistenciales de 574 camas de hospitalización, con 17 unidades de hospitalización para adultos con 437 camas y 2 para pediatría y neonatos con 79 camas, así como una Unidad de Custodia Hospitalaria con 17 camas que se creó al reorganizar la derivación de pacientes judiciales que anteriormente eran ingresados en el Hospital Provincial de Castellón. Otras unidades como las Unidades de Cuidados Intensivos cuentan con 21 camas para adultos y 12/15 para pediatría y neonatos respectivamente, el Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor atiende 5 camas en su sección de Reanimación y, por último, la Unidad de Corta Estancia con un total de 14 camas más. La Unidad de Hospitalización Domiciliaria centra su base de operaciones en el edificio

## La distribución de las Unidades de Hospitalización del Hospital

UH Médicas
  UH Quirúrgicas
  UH Mixtas
  UH Obstétrico-Pediátricas

	E	D	C	B	A
<b>6</b> <b>30</b> <b>camas</b>				<b>6 B camas: 30</b> Neumología Hab. 621 a 635	
<b>5</b> <b>118</b> <b>camas</b>		<b>5 D camas: 30</b> Medicina Interna 26 U.E.Infecciosas 4  Hab. 555 a 569	<b>5 C camas: 28</b> <b>Neumología 10</b>  <b>Med. Interna 18</b> Hab. 540 a 554	<b>5 B camas: 30</b> Cirugía  Hab. 521 a 535	<b>5 A camas: 30</b> Cirugía <b>Incluye Cir.</b> <b>Endocrino</b> <b>metabólica</b> Hab. 501 a 515
<b>4</b> <b>120</b> <b>camas</b>		<b>4 D camas: 30</b> Digestivo  Hab. 455 a 469	<b>4 C camas: 30</b> Neurología Hab. 440 a 454	<b>4 B camas: 30</b> Trauma 26 Cirugía 4 Hab. 421 a 435	<b>4 A camas: 30</b> Traumatología 28 <b>Oftalmología</b> <b>2</b> Hab. 401 a 415
<b>3</b> <b>126</b> <b>camas</b>	<b>3 E camas: 37</b> Neonatología 25 UCI Pediátrica 12  H.DÍA ADULTOS 12 PUESTOS	<b>3 D camas: 21</b> Obstetricia - Nidos  Urgencias + ECO  Hab. 355 a 367	<b>3 C camas: 26</b> Obstetricia 14 Ginecología 12  Hab. 340 a 352	<b>3B camas: 30</b> <b>CVA 14</b> <b>NEFROLOGIA 15</b> Reuma 1  Hab. 321 a 335	3 A camas: 12 <b>JUDICIALES</b>
<b>2</b> <b>132</b> <b>camas</b>	<b>2 E camas: 34</b> Pediatria 34 Hab. 270 A 287  <b>2 F camas: 14</b> Pediatria 10 Cirugía inf. 4 Hab. 289 a 296	<b>2 D camas: 28</b> Urología 18 ORL 7 C.Maxilofacial 3  Hab. 255 a 269	<b>2 C camas: 30</b> Cardiología  Hab. 240 a 254	2 B <b>UCSI</b>  <b>30 PUESTOS</b>	<b>2 A camas: 26</b> <b>REA: 5</b> <b>UCI 21</b>  Camas de 1 a 24
<b>1</b> <b>48</b> <b>camas</b>		<b>1 D camas: 28</b> Neurocirugía 14 <b>UCE 14</b>  Hab. 155 a 169	<b>1 C camas: 20</b> Hematología 9 ONH 2 U.Dolor 1 Cardiología 8 Hab. 140 a 150	1 B PASILLO	1 A DIÁLISIS

Imagen 8. Distribución de las unidades de hospitalización del HGUC.

El Área de Urgencias, que atiende a más de 100.000 pacientes cada año, el esfuerzo es continuado a fin de combinar la celeridad y calidad en la asistencia sanitaria, dispone de 39 camas/puestos de observación, 16 consultas de reconocimiento, dos puestos de triaje, una consulta de atención rápida, 1 sala de curas y yesos y una sala de camillas.

Mientras el Área Quirúrgica comprende un total de 11 quirófanos programados, donde destaca el quirófano integrado de alta definición (HDTV 1.080i); y 2 quirófanos urgentes; además de los 3 paritorios unidos a 2 quirófanos completos destinados para la atención obstétrica y ginecológica; y la reciente construcción del quirófano 16 perteneciente a cardiología.

También actúa como Hospital de Día acumulando un total de 12 puestos de Oncología, 24 puestos de diálisis soportados mediante 31 máquinas de hemodiálisis y 9 habitaciones en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) que posibilitaban 18 puestos, remodelada el pasado año para habilitar una mayor cobertura asistencial dado el impulso y crecimiento que este sistema de atención ha experimentado desde su creación.

En el apartado de Instalaciones y Tecnología, en los últimos 15 años las acciones realizadas, tanto desde la dirección como desde los respectivos servicios, han llevado al HGUC a una posición adelantada en el terreno nacional e internacional.

El 24 de noviembre de 2006 marcó un hito en la cirugía mundial, ya que el HGUC puso en marcha el primer quirófano integrado de alta definición (1.080i HDTV - foto 7) tras una inversión superior a los 900.000 euros. Hoy en día este quirófano inteligente está destinado a técnicas quirúrgicas de endoscopia, laparoscopia y es utilizado como vehículo docente y de investigación en los distintos cursos y congresos que se celebran anualmente en el centro.

La apuesta por la calidad del recinto hospitalario de referencia en la provincia de Castellón, también se ha podido observar con el desarrollo de servicios punteros como la Unidad de Terapéutica Hiperbárica, una de las pocas con las que cuenta el servicio público de sanidad en España.

El Hospital ha incorporado también servicios como la Unidad del Sueño, un Hospital de Día, una nueva sala de diálisis, un laboratorio de electrofisiología, una Unidad de Ictus de referencia provincial y ha ampliado el Servicio de Urgencias para poder atender a más de 100.000 pacientes cada año.

Las novedades tecnológicas no se han dejado de sumar en este tiempo. Desde la incorporación de nuevos microscopios para Neurocirugía y de un vitreotomo de última generación para Oftalmología, a las últimas técnicas en Cirugía Vascul, de implantación de prótesis en cirugía Maxilofacial, y de ablación de arritmias cardíacas por el Servicio de Cardiología, los esfuerzos realizados por los profesionales del HGUC mantienen la calidad asistencial y continúan apostando por el futuro.

El HUGCS es centro de referencia de las siguientes especialidades y técnicas:

Servicios Adultos	Especialidad de referencia Ámbito	Técnicas de referencia Ámbito
Alergia	Vinaroz, La Plana	Vinaroz
Angiología y Cirugía Vascul ar	Vinaroz, La Plana	Vinaroz, La Plana
Cardiología. Hemodinámica	--	Vinaroz, La Plana
Cirugía Maxilofacial	Vinaroz, La Plana	Vinaroz, La Plana
Cirugía Pediátrica	Vinaroz, La Plana	--
Hematología. U. Autotrasplante	--	Vinaroz, La Plana
Laboratorios. Sólo para ciertas determinaciones	Vinaroz, La Plana	--
Medicina Digestiva. CPRE	--	Vinaroz, La Plana
Nefrología. Hemodiálisis	Vinaroz, La Plana	--
Neumología. P.F. respiratorias.	--	
Neurocirugía	Vinaroz, La Plana	--
Neurofisiología. Potenciales evocados. Sueño	Vinaroz, La Plana	Vinaroz
Oftalmología	--	Vinaroz
Oncohematología	Vinaroz, La Plana	--
Radiodiagnóstico. Arteriografías y ecos transrectales	Vinaroz, La Plana	--
Terapéutica Hiperbárica	C. Valenciana	C.Valenciana
UCI Pediátrica	Vinaroz, La Plana	--
Unidad del Dolor	Vinaroz, La Plana	Vinaroz, La Plana
Urología. Urodinámica, citoscopias, andrología	--	Vinaroz
<b>Pediatría</b>	<b>Especialidad de referencia</b>	<b>Técnicas de referencia</b>
Pediatría General. Test de sudor	--	Vinaroz, La Plana
Alergia infantil	Vinaroz, La Plana	Vinaroz, La Plana
Cardiología infantil	Vinaroz	--
Endocrinología infantil	Vinaroz	--
Gastroenterología infantil	Vinaroz	--
Nefrología infantil	Vinaroz, La Plana	--
Neonatos	Vinaroz	--
Neurología infantil	Vinaroz	--
VIH infantil	Vinaroz, La Plana	--

Tabla 7. Especialidades del departamento de Castellón para adultos y pediatría.

### 3.1.4 ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL DEPARTAMENTO

El departamento de Castellón no ha desarrollado un plan estratégico propio. Se adhiere en su trabajo actualmente al IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana. Anualmente realiza una breve publicación de su memoria, de la que a continuación se exponen los datos más relevantes desde 2012 hasta 2015, último año publicado. (38)

<b>RECURSOS ASISTENCIALES</b>				
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Hospitalización nº camas</b>	580	580	574	578
17 UU HH adultos	437	437	437	437
2 UU HH pediatría y neonatos	79	79	73	73
1 U custodia hospitalaria	12	12	12	12
Intensivos adultos	21	21	21	21
Intensivos pediatría/neonatos	12/25	12/25	12/25	12/25
Reanimación	5	5	5	5
Corta estancia	14	14	14	14
<b>URGENCIAS</b>				
Consulta de reconocimiento	16	19	14	14
Salas de curas y yesos	1	1	1	1
Camas/puestos de observación	39	39	39	39
Triaje	2	2	2	2
Consulta rápida	1	-	1	1
Sala de camillas	1	1	1	-
Sala de vitales	-	-	1	2
Sala infecciosas	-	-	-	1
<b>Bloque quirúrgico</b>				
Quirófanos programados	11	14	12	12
Quirófanos urgentes	2	2	2	2
<b>Hospitalización domiciliaria</b>	56	56	56	56

Tabla 8. Recursos asistenciales del departamento de Castellón en el periodo 2012-2015

<b>RECURSOS ECONÓMICOS</b>				
	2012	2013	2014	2015
<b>CAPITULO I</b>				
<b>Gastos personal</b>	<b>136.368.699</b>	<b>142.221.358</b>	<b>146.057.854</b>	<b>153.722.902</b>
Asist. Sanitaria	127.880.207	133.010.489	136.491.765	144.114.874
Sueldos y salarios	76.737.474	80.788.212	83.178.467	88.411.989
Seguridad social	25.936.871	26.731.684	27.604.984	28.430.943
At continuada	16.447.235	16.457.806	16.389.486	17.178.375
Sustituciones IT	2.322.243	2.466.595	2.981.245	3.284.504
Otras sustituciones	44.643.770	4.791.911	4.754.279	4.919.696
P. San. Residentes	8.488.492	9.210.870	9.566.089	9.608.028
<b>CAPITULO II</b>				
Gastos corrientes	60.799.918	62.216.233	61.418.994	71.631.292
Serv concertados	19.881.632	18.748.292	16.695.907	17.318.025
Serv. No concertados	2.705.897	2.784.903	2.637.712	2.892.452
Endoprótesis	4.843.001	4.975.733	4.476.763	5.230.778
Exoprótesis	588.572	430.681	485.112	647.522
<b>CAPITULO VI</b>				
Inversiones reales	762.821	371.165	2.006.466	1.574.369
<b>GASTO TOTAL</b>	<b>197.931.438</b>	<b>204.808.756</b>	<b>209.483.314</b>	<b>22.6928.563</b>

Tabla 9. Recursos económicos del departamento de Castellón periodo 2012-2015

<b>ACTIVIDAD CONSULTAS EXTERNAS</b>				
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>CONSULTAS</b>				
Primeras hospital gral	62.608	109.232	130.258	132.980
Primeras en CEE Jaime	48.553	52.173	56.880	54.793
Primeras en otros centros	104.567	54.426	61.964	67.508
<b>Total primeras consultas</b>	<b>215.728</b>	<b>215.831</b>	<b>249.102</b>	<b>255.281</b>
Sucesivas hospital gral	187.993	165.875	177.320	149.656
Sucesivas en CEE Jaime	90.813	88.635	79.086	75.317
Sucesivas otros centros	86.521	10.613	11.425	11.824
<b>Total consultas sucesivas</b>	<b>365.327</b>	<b>265.123</b>	<b>267.831</b>	<b>236.797</b>
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>581.055</b>	<b>491.474</b>	<b>575.594</b>	<b>236.797</b>
Relac suc/primeras Hosp	3,00	1,52	1,36	1.13
Relac suc/primeras CCE	1,87	1,70	1.39	1.37
Relac suc/prime otros	0,83	0,19	0.18	0.37

Tabla 10. Actividad de consultas externas del departamento de Castellón 2012-2015

<b>ACTIVIDAD QUIRURGICA</b>				
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Total intervenciones</b>	13.683	14.657	15.306	15.942
<b>Programadas</b>	75,1%	77,8%	79,32%	80,87%
<b>Urgentes</b>	24,9%	22,2%	20,68%	19,13%
<b>C. Mayor con ingreso</b>	7.496	7.927	7.547	6.865
<b>C. Mayor Ambulatoria</b>	3.825	3.893	4.449	4.553
<b>C. Menor</b>	2.362	2.837	3.400	4.074
<b>Anestesia General</b>	5.015	5.375	5.736	5.401
<b>Anestesia Local</b>	3.736	3.946	4.581	5.489
<b>Otras anestesias</b>	4.932	5.336	4.989	4.602
<b>% suspendidas</b>	3.8%	3.3%	2,9%	3,89%

Tabla 11. Actividad quirúrgica del departamento de Castellón periodo 2012-2015

<b>HOSPITALIZACION</b>				
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Ingresos programados</b>	5.094	5.907	5.557	5.024
<b>Ingresos urgentes</b>	15.249	14.995	14.918	14.529
<b>Total ingresos</b>	20.343	20.902	20.475	20.453
<b>Estancias</b>	130.721	127.789	121.891	126.069
<b>Altas totales</b>	20.290	20.865	20.469	20.445
<b>Voluntarias</b>	81	109	85	84
<b>Traslados a otro centro</b>	594	508	567	568
<b>Éxitus</b>	723	716	695	861
<b>Autopsia</b>	27	34	46	65
<b>Estancia Media</b>	6,43	6,11	5,95	6,15
<b>Índice de ocupación</b>	64,06%	63,08%	60,7%	62,87%
<b>Índice rotación</b>	36,48%	37,66	37,11	37,28
<b>Intervalo sustitución</b>	3,61	3,58	3,85	3,64
<b>Presión de urgencia</b>	74,96%	71,74%	72,86%	75,43%

Tabla 12. Actividad sobre la hospitalización del departamento de Castellón periodo 2012-2015

### 3.1.5 ACUERDOS DE GESTION 2017 DEL DEPARTAMENTO DE CASTELLÓN

El Departamento de Castellón no dispone de un plan estratégico específico. En su actividad y desarrollo se acoge a los sucesivos planes de salud publicados por la Conselleria de Sanitat.

El actual plan de Salud 2016-2020 (11) apuesta por la reorientación y la reorganización del sistema sanitario en base a cinco líneas estratégicas: la innovación y reorientación del sistema sanitario, su orientación hacia la cronicidad, la necesidad de reducir desigualdades en salud y atención de la salud en todas las etapas y entornos de la vida. El Departamento de Castellón ha planteado sus acuerdos de gestión 2017 en línea con dichas estrategias.

Los acuerdos de gestión (AG), establecen los compromisos de objetivos comunes de mejora para el conjunto del sistema sanitario y sirven de instrumento para:

- Alinear las actuaciones de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública con las líneas de actuación expresadas en objetivos concretos y mesurables
- Incentivar a los profesionales orientando la diferencia retributiva en
- función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia

Los objetivos pretenden dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad con un coste sostenible. Se han puesto en primer plano los resultados en salud, con acciones dirigidas a los cuidados de alto valor clínico, centrados en grupos de población de mayor riesgo y teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes. De esta manera se han agrupado las líneas estratégicas en tres grandes áreas:

- ✓ Ganar en salud
- ✓ Mejorar la atención prestada
- ✓ Asegurar la correcta utilización de recursos

Una acción innovadora de estos AG ha sido la incorporación de transparencia y participación, mediante un procedimiento de consulta pública, a través de un foro de discusión en [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es). En el mismo se recogieron en Diciembre de 2016 opiniones y propuestas de mejora, abiertas a la ciudadanía y a la comunidad profesional, sobre la propuesta de indicadores elaborada por un grupo de trabajo de la Conselleria.

La consecución de los objetivos de mejora de los AG se miden con una serie de indicadores. Los objetivos se centran en aspectos de especial relevancia en el servicio prestado a los ciudadanos. Los indicadores planteados para la consecución de los objetivos en el departamento, cumplen los siguientes requisitos:

- ✓ Clínicamente relevantes
- ✓ Medidas válidas, basadas en la racionalidad clínica
- ✓ Muchos de ellos estables respecto a años previos para permitir comparación a largo plazo
- ✓ Factibles y sólidos
- ✓ Intención de reorientación hacia la mejora
- ✓ Manejables en número
- ✓

La dirección del departamento delimita la agrupación de los trabajadores en unidades funcionales, en función de las líneas de actuación de gestión integrada. Designa a los responsables de las unidades funcionales y junto a ellos pacta los objetivos para cada unidad, considerando su contribución al logro de los objetivos del AG. A su vez el responsable comunicará y pactará con los profesionales que la forman sus objetivos .

Para la evaluación y seguimiento de los AG la productividad variable, se establecen comisiones de seguimiento central (de la Comunitat Valenciana) y locales (por departamento o centros). Además la Conselleria de Sanitat Universal y

Salud Pública realiza estudios y auditorías para verificar el procedimiento y los datos aportados.

La **Comisión Local de Seguimiento** tiene la siguiente composición:

Presidente: El Gerente del departamento

Secretario: Subdirector Económico del departamento

Vocales: Cuatro miembros del equipo directivo, un representante por cada uno de los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad firmantes del acuerdo de productividad, un representante de la Junta de Departamento, un representante de los profesionales de atención primaria.

Las funciones de la comisión local son:

- Realizar el seguimiento de los AG y productividad variable de su ámbito, revisando su estricto cumplimiento, en especial en los que se refiere a plazos de ejecución.
- Aprobar la relación de personal incluido en cada unidad funcional con derecho a participar en el programa de productividad variable.
- Conocer y supervisar los objetivos pactados dentro de cada unidad funcional con sus profesionales
- Aprobar la evaluación de los objetivos y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada unidad funcional en base al grado de consecución de objetivos y personal incluido en ella.
- Aprobar el importe por persona, en concepto de productividad variable, en función de los resultados obtenidos

## ACUERDOS DE GESTION 2017. OBJETIVOS/INDICADORES

- 1) Ganar en salud
  - a) Control del colesterol en pacientes de alto riesgo
  - b) Control de la diabetes tipo II
  - c) Calculo del riesgo cardiovascular**
  - d) Visitas de enfermería a pacientes crónicos complejos y paliativos
  - e) Intervenciones grupales de autocuidado en AP
  - f) Rutas asistenciales de departamento**
  - g) Cobertura vacuna antigripal
  - h) Cobertura del cribado universal de la violencia de género
  - i) Utilización de antibióticos de espectro reducido
  - j) Vigilancia de las IRAS pos Stafilococo Aureus resistente a metilina
  - k) Gestión adecuada de alertas por resistencias antimicrobianas**
  - l) Revisión de problemas relacionados con los medicamentos
  - m) Optimizar cesáreas en grupos de bajo riesgo
  - n) Pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas
  - o) Prevenir hospitalizaciones potencialmente evitables**
  - p) Minimizar reingreso a los 30 días**
  - q) Minimizar retorno a urgencias a 72 horas**
  - r) Potenciar la notificación de eventos adversos**

- 2) Mejorar la atención prestada
  - a) Cita para primera visita en AP en 48 horas
  - b) Mejorar la información disponible del nivel educativo de la población atendida
  - c) Sospecha de enfermedades respiratorias laborales
  - d) Uso óptimo de medicamentos para patología prevalente del ámbito ambulatorio
  - e) Mejorar la adecuación de la derivación desde atención primaria**
  - f) Minimizar la demora en las primeras consulta en el hospital y centro de especialidades.**
  - g) Minimizarla demora en las primeras consultas de cardiología
  - h) Mejorar la adecuación de las derivaciones de atención a salud mental
  - i) Inclusión de pacientes con trastorno mental grave en plan de atención integral
  - j) Prueba de confirmación diagnóstica de cáncer de mama
  - k) Días transcurridos entre la comunicación de test de sangre oculta en heces y AP
  - l) Atención en urgencias en tiempo adecuado
  - m) Rendimiento de las unidades de hospital a domicilio
  - n) Pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos
  - o) Potenciar cirugía mayor ambulatoria**
  - p) Cumplimiento de plazos de garantía de demora quirúrgica**
  - q) Reducir el tiempo de espera de intervenciones quirúrgicas**
  - r) Extender el empleo de la lista de verificación de seguridad quirúrgica**
  - s) Minimizar la suspensión de intervenciones**
  - t) Disminuir quejas por trato y demora**
  - u) Mejorar la calidad del sistema de información poblacional
  - v) Utilizar las herramientas de prescripción y dispensación electrónica en pacientes ambulatorios**
  - w) Publicaciones en revistas indexadas**
  - x) Porcentaje de publicaciones en revistas preferentes**
  
- 3) Asegurar la correcta utilización de los recursos (sostenibilidad/eficiencia)
  - a) Uso adecuado de las consultas de atención primaria
  - b) Rendimiento de bloque quirúrgico**
  - c) Adecuación del uso de mediación en función del estado de salud
  - d) Uso de medicamentos biosimilares
  - e) Eficiencia en la prescripción de exoprótesis**
  - f) Eficiencia en la selección de endoprótesis**
  - g) Uso adecuado de prótesis de mayor impacto
  - h) Evolución del gasto de adquisición en farmacia hospitalaria
  - i) Seguimiento adecuado de la incapacidad temporal
  - j) Adecuar la duración de la incapacidad a los estándares
  - k) Grado de externalización de los servicios sanitarios**
  - l) Porcentaje del importe de los consumos de material sanitario gestionados mediante pedidos de inventario
  - m) Desviación de los consumos de material sanitario respecto al importe medio ponderado
  - n) Evolución del gasto estandarizado en material sanitario por habitante

- o) Gasto en guardias y atención continuada
- p) Absentismo y cobertura de sustituciones
- q) Normalización de la contratación temporal
- r) Indicador de facturación y cobro

### 3.2 ANALISIS INTERNO

#### 3.2.1 RECURSOS HUMANOS

Actualmente el Servicio cuenta con un Jefe de Sección y seis facultativos especialistas que participan en todas las actividades y con diferentes áreas de responsabilidad.

EL personal facultativo inicial en 2009 fue de cuatro especialistas. Dicho número se mantuvo así hasta el año 2012 donde un nuevo especialista comenzó a formar parte del equipo exclusivamente en jornada continuada. Posteriormente en el 2013 se incorporaron ya en actividad plena y de forma sucesiva otros tres facultativos, dando a conformar el equipo actual.

En cuanto al personal de enfermería y auxiliar de las distintas áreas, disponemos del siguiente equipo humano. La enfermera del Laboratorio Vascular se encuentra acreditada por la SEACV para la realización de exploraciones no invasivas.

QUIRÓFANO	CONSULTA EXTERNA	LABORATORIO VASCULAR	HOSPITALIZACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 enfermeras</li> <li>• 1 auxiliar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 enfermeras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 enfermera acreditada por al SEACV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 supervisora</li> <li>• 9 enfermeras</li> <li>• 8 auxiliares</li> </ul>

Imagen 8. Distribución de personal sanitario no facultativo del Servicio de Cirugía Vascular.

Finalmente disponemos de una persona a nivel administrativo compartida en funciones con el Servicio de Cirugía Maxilofacial.

#### 3.2.2. FUNCIONAMIENTO GENERAL

La jornada comienza con la sesión clínica diaria que reúne a todos los facultativos. Se analiza lo sucedido en la guardia, es decir ingresos y cirugías que ha habido e incidencias de pacientes ya ingresados, para coordinar posibles cambios en la actividad programada y organizar la guardia que entra.

A continuación se realiza un repaso de todos los pacientes ingresados, se evalúan los cambios en su situación clínica, pruebas pendientes con análisis de las mismas y toma de decisiones terapéuticas, perspectivas de alta con derivación a hospitalización domiciliario, hospital de día o consulta especializada u otros.

Un día a la semana se dedica un espacio de tiempo para la discusión de los casos clínicos surgidos en las consultas externas y se toma en conjunto la decisión

quirúrgica más adecuada teniendo en cuenta siempre los condicionantes del paciente y los protocolos europeos de actuación en la misma.

Quincenalmente realizamos una sesión conjunta con los servicios de Neurología y Radiología para determinar la indicación terapéutica de pacientes con enfermedad carotídea sintomática y asintomática y su consecuente derivación a la unidad de neuro-radiología o de cirugía vascular.

Tras la reunión comienza la actividad asistencial con la distribución de facultativos en las distintas áreas: hospitalización, consulta externa intrahospitalaria y en el centro de especialidades, laboratorio vascular y quirófanos.

### **3.2.2.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

#### **3.3.2.1.1 CONSULTAS**

Disponemos de un total de ocho consultas semanales repartidas entre el hospital y el centro de especialidades. Cada facultativo lleva una consulta nominal y existe una más de alta resolución dedicada exclusivamente a patología venosa. Asimismo hay cuatro días semanales de consultas de enfermería de curas.

Las consultas funcionan en base a un protocolo interno elaborado por la unidad y sometido a consenso que se actualiza periódicamente.

En las consultas se diagnostica la patología vascular, se solicitan los estudios de imagen y no invasivos requeridos y bien se implanta tratamiento médico y seguimiento periódico o se realiza indicación quirúrgica. En caso de tratamiento quirúrgico los pacientes son incluidos en lista de espera quirúrgica, se solicita preoperatorio y consulta a anestesia, se informa al paciente de forma pertinente para la firma del consentimiento informado y se solicitan las pruebas cruzadas de sangre. Se conforma así un kit con toda la documentación requerida de cada paciente, asegurándonos que el día del ingreso para la cirugía tendrá cumplimentados todo lo requerido.

Los pacientes pueden ser incluidos según protocolo para cirugía mayor ambulatoria (CMA) o cirugía con ingreso.

Dentro de las consultas hay implantado un sistema de gestión de las mismas por bloques: primeras consultas al inicio de la mañana siendo un máximo de 7, visitas sucesivas y técnicas consistentes en la primera visita del paciente tras una intervención quirúrgica del tipo que sea.

En la consulta de alta resolución, dedicada específicamente a patología venosa se analizan aquellos pacientes que potencialmente presentan varices, realizándose cuando sea necesario eco doppler en la propia consulta y procediendo a la inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo al protocolo. Mayoritariamente y siempre que se cumplan los requisitos necesarios los pacientes varicoso se derivarán a CMA.

En la consulta de curas, la enfermera de cirugía vascular realiza de forma periódica curas en pacientes que han sido alta o que presentan alguna ulcera o lesión vascular, siendo la guía y supervisión de la misma de cara a su enfermera de

atención primaria. Para dicha consulta la enfermera tiene el soporte de un facultativo al que recurrir en caso de duda.

### **3.3.2.1.2. LABORATORIO VASCULAR**

El laboratorio presenta consulta diariamente, disponiendo cuatro días de un facultativo y un día a la semana de una enfermera con acreditación por la SEACV para la realización de estudios no invasivos.

En el mismo se realizan estudios ecográficos del árbol vascular, claudicometrías, test de esfuerzo, índice tobillo brazo, etc.

Además de los pacientes programados se realizan estudios urgentes de forma diaria. Fundamentalmente de pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda o bien complicaciones de pacientes quirúrgicos u hospitalizados tanto en nuestra unidad como en otros Servicios y que nos solicitan interconsultas.

### **3.3.2.1.3. QUIRÓFANO**

Cirugía con ingreso

Los pacientes ingresan habitualmente la tarde previa a la intervención o con la antelación requerida según las necesidades de los pacientes.

Porcentualmente la mayoría de las intervenciones son pacientes que provienen de ingresos urgentes, frente a la cirugía programada.

Cirugía mayor ambulatoria

Los pacientes ingresan horas antes del procedimiento en la unidad de CMA. Los pacientes son intervenidos en el quirófano llamado de anestesia local (aunque no necesariamente requieren este tipo de anestesia).

Existe un protocolo para la inclusión o no de los pacientes en CMA, la información preoperatoria que se les entrega con la inclusión en la lista quirúrgica y los cuidados postoperatorios necesarios.

Tras la intervención permanecen en la CMA el tiempo necesario hasta ser dados de alta tras la visita de su cirujano y el visto bueno del anestesista responsable de la unidad. Con el alta se les adjunta el informe correspondiente con las indicaciones necesarias, la visita en consulta externa y las recetas que pueda requerir. Desde la CMA reciben una llamada para control evolutivo en la jornada del procedimiento.

### **3.3.2.1.4. PLANTA DE HOSPITALIZACION**

Un facultativo se encarga diariamente del pase de visita de los pacientes de nuestra unidad y otro de aquellos ingresado de forma periférica en el hospital.

Se ha desarrollado un protocolo para la visita en la planta consensuado con el personal de enfermería y sometido a revisión periódica.

El cirujano correspondiente visita a los pacientes acompañado de la enfermería, revisa su situación clínica y vigila las curas, realizándolas si es pertinente. Informa a cada paciente de forma individual. Tras el pase actualiza en la historia clínica electrónica, revisa constantes, analíticas, cultivos, interconsultas y tratamientos

pautados. Finalmente informa de forma privada a los familiares de los pacientes en un despacho habilitado a tales efectos en la planta de hospitalización. Si es necesario, comunica al cirujano de guardia los posibles pacientes que podrían requerir intervención en la jornada continuada.

El médico de la planta es responsable personalmente de entregar el consentimiento informado de las intervenciones que se vayan a realizar a cada paciente. También es el encargado de realizar y entregar a cada paciente el informe de alta con las indicaciones, fecha de visita en consulta externa y recetas pertinentes. Todo ello registrado en la historia clínica electrónica.

### **3.3.2.1.5. ATENCION CONTINUADA. GUARDIAS MEDICAS**

Diariamente hay dos facultativas de guardia no presencial encargados de la asistencia urgente. Su función es tanto consultora como quirúrgica, realizando aquellas intervenciones que sean pertinentes.

### **3.2.3 CARTERA DE SERVICIOS**

La Cartera de Servicios de la Unidad de ACV incluye los apartados de: consultoría clínica general, diagnóstico vascular no-invasivo, terapéutica médica, cirugía venosa, cirugía arterial, cirugía endovascular y cirugía endoscópica. A continuación aparecen detallados los Servicios correspondientes a los distintos epígrafes en base al modelo (Cod. 00024) diseñado originalmente por la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria en colaboración con la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV).

#### **3.2.3.1 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

##### **ESTUDIO ARTERIAL**

- Eco-Doppler arterial
  - De troncos supraórticos
  - De arterias de los miembros superiores e inferiores
  - De aorta
  - De arterias viscerales
  - De arterias renales
- Velocimetría Doppler y análisis espectral
- Determinación de presiones sistólicas segmentarías
- Test de Esfuerzo (CLAUDICOMETRIA)
- Hemodinámica pélvica
- Cartografía peri-operatoria (pre-intra-post)
- Cartografía arterial en accesos vasculares para hemodiálisis
- Cartografía arterial para seguimientos de tratamiento endovascular

## ESTUDIO VENOSO

- ECO-Doppler venoso
  - De miembros superiores
  - De miembros inferiores
  - De cuello
  - De abdomen
- Cartografía venosa para planificación cirugía CHIVA/radiofrecuencia o endoláser
- Cartografía venosa para seguimientos de tratamiento CHIVA/radiofrecuencia o endoláser
- Seguimiento de síndrome postrombótico

## ESTUDIO LINFÁTICO

- Volumetría del linfedema de extremidades superiores e inferiores (\*)

### PRUEBAS DE SCREENING PARA:

- Enfermedad arterial periférica
- Enfermedad carotídea
- Enfermedad aneurismática
- Insuficiencia venosa crónica

## 3.2.3.2. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

### 3.2.3.2.1. PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

- ✓ Tratamiento médico vascular (arterial y venoso)
  - Anticoagulación (intra y extra-hospitalaria)
  - Fibrinólisis (HOSPITALIZACIÓN)
  - Fármacos vaso-activos
    - Infusión de prostaglandinas
- ✓ Tratamiento rehabilitador vascular
  - Rehabilitación arterial
  - Rehabilitación venosa
  - Rehabilitación linfática
  - Drenaje linfático y presoterapia
- ✓ Terapia con presión negativa (TPN)
  - En pie diabético
  - En isquemia crónica MMSS y MMII
  - En heridas quirúrgicas complicadas
  - Tratamiento médico y prevención de enfermedades cardiovasculares
  - Cuidados y prevención pie diabético

- Prevención de insuficiencia venosa crónica
- Prevención primaria y secundaria de enfermedad arterial periférica
- Prevención primaria y secundaria de enfermedad carotídea
- Prevención primaria y secundaria de enfermedad aneurismático

### 3.2.3.2.2. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- ✓ Tratamiento mediante técnicas de CIRUGÍA CONVENCIONAL
  - Patología Arterial
    - Síndromes isquémicos de aorta
      - Torácica descendente
      - Torácica abdominal
      - Abdominal infrarrenal
    - Síndrome isquémico de sector fémoro-poplíteo y distal
      - Femoral profunda
      - Fémoro-poplíteo
      - Troncos dístales
    - Síndrome isquémico de miembro superior
      - Revascularización de
        - Subclavia
        - Axilo-Humeral
        - Dístales
      - Descompresión neuro-vascular del desfiladero torácico
        - Procedimientos hiperemiantes
        - Simpatectomía cervicotorácica quirúrgica
      - Síndrome isquémico de troncos supraaórticos
        - Revascularización anatómica de TSA
        - Revascularización extra-anatómica de TSA
        - Cirugía Carotídea
        - Cirugía Subclavia
        - Cirugía Vertebral
    - Aneurismas
      - Aneurismas troncos supraaórticos
      - Aneurismas aorta torácica descendente
      - Aneurisma aorta tóraco-abdominal
      - Aneurisma aorta-abdominal
      - Aneurismas arterias viscerales
      - Aneurismas arterias renales
      - Aneurismas ilíacos
      - Aneurismas arterias periféricas
    - Fístulas arterio venosas
    - Miscelánea
      - Fasciotomías descompresivas
      - Amputaciones mayores de los miembros
      - Amputaciones menores de los miembros
  - Patología Venosa
    - Insuficiencia venosa crónica
      - Cirugía venosa derivativa

- Cirugía del síndrome varicoso
  - Esclerosis terapéutica de varices
  - Cirugía de la úlcera varicosa
  - Cirugía reparadora de la insuficiencia valvular
  - Cirugía de Perforantes incompetentes
- Enfermedad tromboembólica venosa
  - Trombectomía venosa
  - Técnicas interruptivas venosas
- Accesos Vasculares
  - Para hemodiálisis
    - Creación de fístula arterio-venosa (FAV) a cualquier nivel
    - FAV con interposición autóloga a cualquier nivel
    - FAV con interposición de prótesis a cualquier nivel
    - Shunts externos
    - Cánulas de acceso venoso
  - Confección de accesos venosos de larga duración
    - Exteriorizados
    - Catéteres-Port
- Malformaciones congénitas vasculares
  - Grandes vasos
    - Coartación de Aorta
    - Otras malformaciones
  - Vasos periféricos
  - Angiodisplasias
- Patología tumoral
  - Tumores vasculares
  - Quemodectomas de cualquier localización
  - Otros tumores con implicación vascular
- Técnicas vasculares en el trasplante de órganos
  - Explante de segmentos vasculares
  - Implante de injertos criopresevados
- Traumatismos vasculares

✓ Tratamiento mediante técnicas de CIRUGÍA ENDOVASCULAR

- Endocirugía arterial
  - Endocirugía de los síndromes isquémicos
    - Trombectomía aspirativa
    - Angioplastia simple
    - Angioplastia simple más stent
    - Angioplastia simple más stent recubierto
    - Injerto endoluminal con endoprótesis
    - Infusión de fibrinolíticos
  - Endocirugía de los aneurismas (exclusión y revascularización de aneurismas con endoprotesis)
    - Aneurismas de Troncos Supraaórticos
    - Aneurismas aorta torácica descendente
    - Aneurisma aorta toraco-abdominal
    - Aneurisma aorta-abdominal

- Aneurismas arterias viscerales
      - Aneurismas arterias renales
      - Aneurismas aorto-ilíacos
      - Embolización-Oclusión de aneurismas
    - Endocirugía de las malformaciones arteriovenosas
      - Embolización-Oclusión de FAV
      - Exclusión mediante injerto endoluminal con endoprótesis
    - Endocirugía de traumatismos arteriales
      - Reparación con endoprótesis
      - Embolización-oclusión
  - Endocirugía Venosa
    - Trombectomía endoquirúrgica
    - Trombectomía aspirativa endoquirúrgica
    - Filtros de Vena Cava por endocirugía
    - Infusión de fibrinolíticos
    - Angioplastia endoquirúrgica simple
    - Angioplastia endoquirúrgica con stent
    - Colocación endoquirúrgica de endoprótesis
  - Endocirugía acceso vascular
    - Trombectomía endoquirúrgica
    - Trombectomía endoquirúrgica con o sin stent
- ✓ Tratamiento mediante TÉCNICAS NO INVASIVAS
- Endocirugía venosa
    - Radiofrecuencia insuficiencia venosa crónica
    - Endoláser insuficiencia venosa crónica
    - Esclerosis (espumas, vapor de agua, química, etc) en insuficiencia venosa crónica
- ✓ Participación en Unidad Multidisciplinar De Cirugía Oncológica Abdomino-Pélvica (UMCOAP)
- Revascularización extra-anatómica en casos de invasión tumoral conjuntamente con cirugía oncológica

### 3.2.3.2.3. PROCEDIMIENTOS HIBRIDOS

- Cirugía Abierta y endovascular para Aneurismas rotos.
- Cirugía Abierta y endovascular para aneurismas no complicados.
- Tratamiento híbrido con revascularización arterial de la zona isquémica y tratamiento endovascular para disección de aorta tipo B complicada.
- Endoprótesis fenestradas y branched endoprotesis
- Cirugía abierta y endovascular para enfermedad arterial periférica.
- Tratamiento de complicaciones derivadas de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos endovasculares (Fístulas, traumatismo arterial, pseudoaneurismas, migración stent guías embolizaciones).

#### **3.2.3.2.4. TRATAMIENTO MEDIANTE CELULAS MADRE (STEM CELL) PARA ISQUEMIA CRÍTICA NO REVASCULARIZABLE.**

### **3.2.4. RECURSOS ESTRUCTURALES**

#### **3.2.3.1 ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS.**

Un consultorio de ACV ubicado en la **3ª planta del pabellón A del Hospital General**, próximas a las consultas externas de cirugía Maxilofacial y el área de hospitalización de enfermos judiciales, de utilización diaria, cuatro días a la semana como agenda propia del facultativo especialista y un día opcional según necesidades asistenciales y recursos humanos disponibles.

Un consultorio de ACV ubicado en la 5ª planta del **Centro de Especialidades Jaime I** utilizado:

- Tres veces por semana como consultorio de agenda propia del facultativo especialista
- Una vez por semana como consulta de alta resolución
- Una vez por semana como consulta LDV-ITB.

Un consultorio de ACV ubicado en la 5ª planta del **Centro de Especialidades Jaime I** utilizado, utilizado cinco veces por semana como **consultorio de Curas**.

Equipamiento de las consultas:

#### **Implementos:**

- Fonendoscopios: 2
- Camilla articulada regulable en altura: 1 (cirugía menor: limpiezas, desbridamientos menores, etc.)
- Lámpara halógena quirúrgica mini
- Manómetro para medición automatizada de presiones (tipo Omron): 2
- Doppler portátil
- Eco-doppler portátil (pendiente en el CE JAIME I)
- Escalón doble (altura 50 cm) para examen venoso
- Ordenadores y material oficina
- Armarios con llave

#### **3.2.3.2. LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO VASCULAR**

El Laboratorio de Diagnóstico Vascular (LDV) consta de un área específica en el área de consultas externas del hospital general, colindante con la consulta externa. Esta disposición tiene la ventaja de su mayor operatividad al facilitar el intercambio de información con el facultativo, agilizar la programación mixta de exploración hemodinámica y visita y permitir valorar pacientes en el laboratorio si fuera necesario.

**El Laboratorio de Diagnóstico Vascular del HGUC está homologado por la Comisión Evaluadora de Capítulo de Diagnóstico Vascular (CDV) de la SEACV desde Noviembre de 2011.**

**LDV 1 (Consultas Externas en HGUC):** Exploración de pacientes ambulatorios: Eco-doppler arterial, venoso, abdominal, renal y arterias viscerales. Índice tobillo/brazo y dedo/pie. Presiones segmentarias. Pletismografía, Prueba de esfuerzo y Claudicometría.

**LDV 2 (Consulta Centro de Especialidades Jaime I):** Actualmente solo dispone de un doppler portátil con el que realiza exploraciones tobillo/brazo

**LDV 3 (Unidad Portátil):** Exploración de pacientes encamados y ambulatorios: Eco-doppler venoso, Cartografía venosa, Valoración previa a FAV para Hemodiálisis. Exploración de pacientes en quirófano como parte del procedimiento programado, (punciones eco-guiadas de accesos arteriales, localización de fístulas arterio-venosas, control de catéteres de radiofrecuencia en patología venosa) o en situaciones de urgencia (lesiones iatrógenas, traumatismos vasculares...)

### Equipamiento

#### **LDV 1**

- 1 **Eco-doppler Philips i E 33** con transductor abdominal (1), Lineal 3-12 MHz (2), Intraoperatorio (1).
- 1 **Cinta rodante** para pruebas de esfuerzo
- 1 Equipo Vascular con barra para instalación y transporte (pendiente)
- 2 Unidades de **doppler portátil Hadeco Bidop** con registro gráfico y 1 unidad **doppler portátil Hadeco Biflow** sin registro gráfico
- 2 **Oscilómetros** Von Recklinghausen
- 1 **Pletismógrafo**
- 1 Camilla de exploración hidráulica con portarrollos
- Taburete con respaldo para realizar estudios de Eco Doppler
- 1 Mesa de trabajo y 2 sillas con ruedas (para médico y enfermera)
- 1 Equipo Informático
- 1 Banco de exploración venosa con asideras
- Estanterías
- 1 Cubo de basura tamaño mediano
- 1 Flexo

#### **LDV 2**

- 1 Unidad de **doppler portátil Hadeco Biflow**
- 1 Camilla de exploración hidráulica con portarrollos
- Taburete con respaldo para realizar estudios de Eco Doppler
- Mesas de trabajo y 2 sillas con ruedas (para médico y enfermera)
- Equipos Informáticos (para médico y enfermera)
- 1 Banco de exploración venosa con asideras

- 1 Cubo de basura tamaño mediano
- 1 Flexo

### **LDV 3 (Unidad Portátil)**

- 1 Eco doppler portátil Philips i E 33

### **3.2.3.3. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

La sección de ACV, está ubicada en la 3ª planta del edificio B del complejo hospitalario. La sala de hospitalización tiene 30 camas compartidas con Nefrología y Reumatología, de las que la sección de ACV tiene asignadas 14. Se distribuyen en disposición de habitaciones dobles.

La Sala de Hospitalización dispone de un Control de Enfermería, que a su vez engloba:

- Mostrador para atención al público, donde se sitúa el equipo informático compuesto por PC e impresora, con conexión en red hospitalaria, además del material administrativo necesario para las funciones asistenciales en dicha área, teléfono de uso interno y conexión a tuberías de cápsulas o tubos neumáticos para el transporte rápido de útiles.
- una sala de estar del personal no facultativo, con útiles propios para el estar y descanso, que hace las veces también de despacho de la supervisora y está dotado de ordenador e impresora
- aseo del personal no facultativo
- almacén de consumibles y fungibles
- almacén para la medicación
- almacén de lavandería
- cuarto de zona sucia
- sala de exploración y curas, donde se almacena el material de uso para dichos menesteres. En ella existe una camilla de exploración, báscula y en ella se almacenan los carros de curas y parada.

Las habitaciones están dotadas con aseo, camas articuladas eléctricas, mesitas de cama polivalentes, colchones anti-escaras, toma de gases medicinales, dos armarios-taquillas para los enseres de los pacientes, 2 sillas de acompañantes, dos sillones para acompañantes, teléfono al exterior y monitor de Tv (ambos de alquiler).

### **3.2.3.4. ÁREA ADMINISTRATIVA.**

El área administrativa incluye la Sala de Sesiones, Despacho del Jefe de Unidad y Zona de Vestuario. Su localización es adjunta a la Unidad de Hospitalización.

La Sala de Sesiones es un área independiente con opciones interactivas y contempla espacio suficiente para nuevas áreas de trabajo destinadas a residentes. Se dispone de equipamiento completo de ofimática, incluyendo ordenadores individuales y sistema de proyección. Asimismo, se dispone de 1 estación de trabajo para análisis y manipulación de imágenes (OsiriX).

La historia clínica informatizada (Orion-Clinic®), disponible desde 2016, permite la edición de informes de anamnesis, cursos clínicos e interconsultas, así como el acceso simultáneo a las bases de datos (laboratorio, imágenes, etc) para una gestión clínica más eficaz.

La Secretaría está en un despacho situado en la zona común sita en la zona A de la tercera planta, de 18-20 m2. Dispone de un puesto de trabajo adecuada para la secretaria y para archivos de documentación y almacenamiento de material. Dotada con: mesa de despacho y mesa para ordenador, PC e impresora con conexión en red, sillón de trabajo y silla de confidente, armario archivador, estanterías, fotocopiadora, fax-scanner-fotocopiadora. Telefonía interna y externa.

### 3.2.3.5. ÁREA DE QUIRÓFANOS

El quirófano de ACV, se encuentra en la segunda planta, en el área quirúrgica del Hospital. Actualmente está numerado como 5, lo compartimos con Cirugía General, disponiendo de él 4 días a la semana. En el se realiza toda la actividad quirúrgica bajo anestesia general, a excepción de la cirugía urgente derivada de la atención continuada, que se lleva a cabo en los quirófanos de urgencias.

Estructuralmente consta de 4 áreas diferenciadas, comunicadas entre sí y con el pasillo interior general.

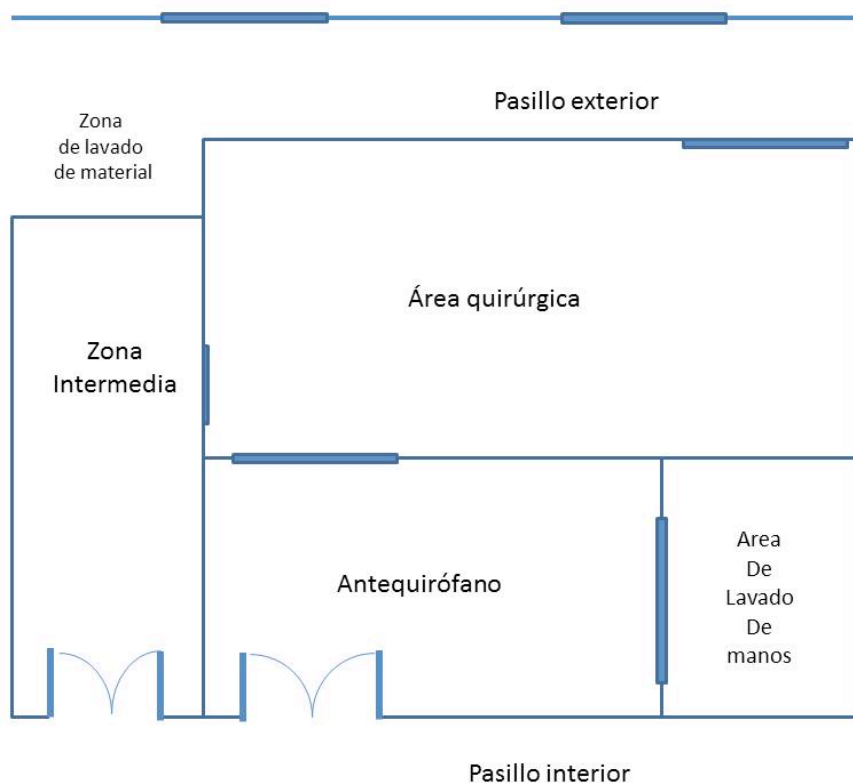


Imagen 9. Plano distributivo del área quirúrgica de Cirugía Vascolar.

- Sala de intervenciones propiamente dicha (área quirúrgica);, mesa quirúrgica articulada semitransparente, bisturí eléctrico, motores quirúrgicos, unidad anestésica, mesa con ordenador.
- Antequirófono: zona de recepción del paciente y almacén de aparataje.
- Área de lavado de manos quirúrgico
- Zona intermedia: Área compartida con el quirófono 6, con un auxiliar, donde se encuentra el almacén de material quirúrgico y fármacos.

La parte exterior del quirófono comunica con un pasillo general donde se encuentra el área sucia de limpieza de material para su posterior esterilización. Tiene una superficie aproximada de 25 m<sup>2</sup> con y 3 m de altura, con paredes resistentes a la esterilización e impermeables a las radiaciones, suelo antiestático, climatizados de 19 a 22º centígrados con una humedad relativa del 46% y discreta presión positiva. Aislamiento sonoro con máximo inferior a 90db y accesos restringidos, luz cenital quirúrgica e iluminación ambiental variable y sistema de aireación esterilizado. Acceso por puertas automáticas correderas y salidas a zona sucia. Disponen de una zona común de aproximadamente 7 m<sup>2</sup> donde el personal auxiliar dispone de útiles fungibles y desechables.

El quirófono dispone de: torre de anestesia DRÄGUER, toma de gases medicinales doble (una para uso anestésico) incluyendo vacío, nitrógeno, oxígeno. Vitrina metálica para almacenamiento de material fungible, mesa metálica con PC conectado en red, mesas para los procedimientos anestésicos, plataforma de energía Valleylab Ligasure, 1 calefactor COVODIEN WARMTOUCH, 2 mesas de instrumentación de Mayo, 1 mesa de instrumentación larga, 1 carro para medicación anestésica y un sistema transportable de aspiración de 12 contenedores con conexión a toma de vacío de pared.

#### Equipamiento específico.

- Cajas de instrumental.

LISTADO CAJAS CIRUGIA VASCULAR	PROGRAMADA	URGENCIAS
1.CAROTIDA	2	0
2.CIRUGIA VASCULAR ABDOMINAL	1	1
3.BYPASS FEMOROPOPLITEO	1	1
4.FISTULA ARTERIO VENOSA	3	0
5.VARICES	3	0
6.EMBOLIA/URGENCIAS	0	1
7.BYPASS DISTAL/MICROCIRUGÍA	1	0
8.AMPUTACION MAYOR	1	1
9.AMPUTACION MENOR/ CURAS	1	1
10.DILATADORES Y SONDAS DE ENDARTERECTOMIA	1	0

Tabla 13. Cajas quirúrgica disponibles para cirugía vascular en quirófono programado y urgencias

- Separador vascular expandido OMNI-TRACT (PRIM, S.A.)
- Mesa de quirófono radiotransparente con tablero flotante de fibra de carbono
- Arco digital SISTEMA G.E.-OEC 9900 ELITE VASCULAR

- Inyector para Angiografía en Cirugía Vascular AVIDIA (IZASA)
- Material fungible y depósito de prótesis
- Equipos de protección radiológica individuales
- Gafas-lupa (3)

### 3.2.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS GENERALES DE LA UNIDAD

Los datos que a continuación se reflejan son referidos desde el año 2009 y no sólo de los últimos cinco años. Esto es debido a que fue en esa fecha cuando la unidad se constituye oficialmente y comienza su andadura. Al tener una vida tan corta los cambios han sido múltiples tanto en recursos humanos, como estructurales y funcionales. Por todo esto resulta de relevancia la presentación de dichos datos

#### 3.2.5.1. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACION	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº camas servicio	8	8	8	8	8	8	14	14
Nº camas funcionantes (promedio anual)	8	8	8	7	8	8	12	13
Nº ingresos internos	114	141	140	144	154	151	185	203
Nº ingresos programados	120	124	134	114	137	143	149	145
Nº ingresos urgentes	<b>189</b>	<b>289</b>	<b>291</b>	<b>309</b>	<b>290</b>	<b>273</b>	<b>324</b>	<b>402</b>
<b>Total ingresos</b>	<b>423</b>	<b>554</b>	<b>565</b>	<b>567</b>	<b>581</b>	<b>567</b>	<b>658</b>	<b>750</b>
Nº ingresos externos	309	413	425	423	427	416	473	547
Nº Urgencias			72	72	63	28	74	86
Estancias	3137	3771	3668	4374	3985	4087	4640	4898
Altas	415	560	566	575	590	566	652	762
Altas voluntarias	1	2	1	0	4	2	2	1
Alta por traslado	4	12	8	11	4	11	6	9
Alta por éxitus	6	6	13	12	5	14	11	16
Alta por pase de servicio	115	141	148	248	155	156	195	207
Índice de mortalidad %	1.45	1.41	1.23	2.09	0.85	2.47	1.69	2.10
Nº interconsultas	138	151	158	153	131	183	227	196
Estancia media	7,42	6,81	6,49	7,71	6,86	7,21	7,05	6,53
Índice de ocupación %	107,4 3	129,1 4	125,6	170, 7	136, 4	140, 4	110, 5	95,5 9
Presión de urgencias	<b>61,17</b>	<b>69,98</b>	<b>68,4</b>	<b>73,0</b>	<b>67,9</b>	<b>70,8</b>	<b>57,2</b>	<b>73,4</b>

Tabla 14. Indicadores de hospitalización del Servicio de Cirugía Vascular desde su inicio

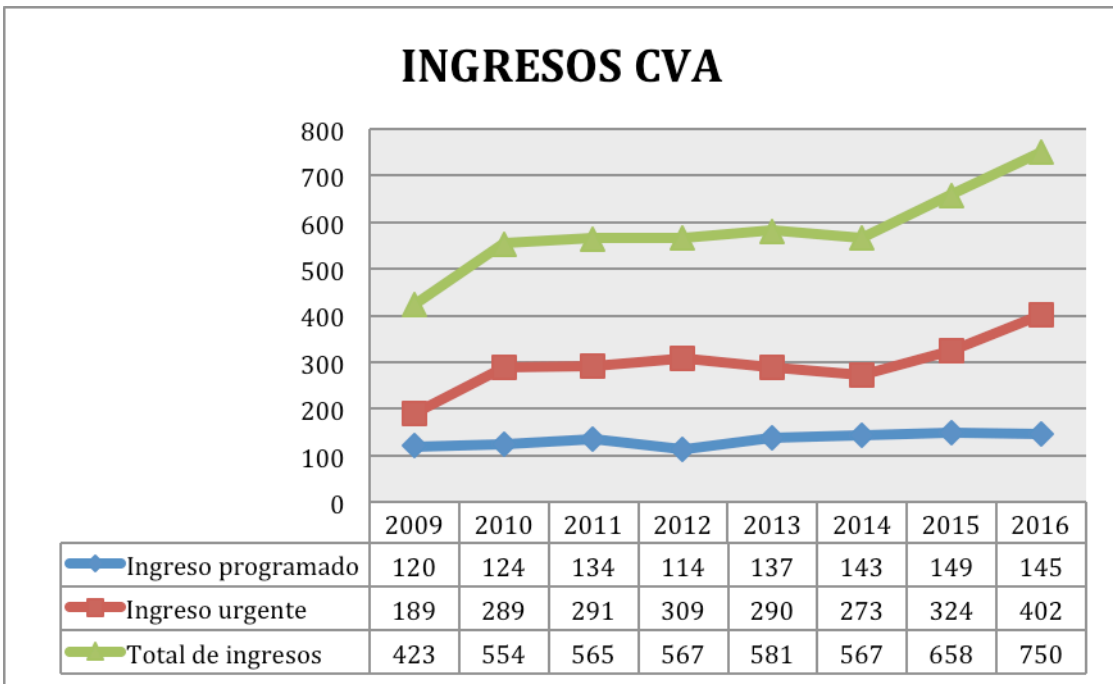


Gráfico 6. Tendencia en los ingresos, programados y urgentes desde el inicio del funcionamiento de la unidad

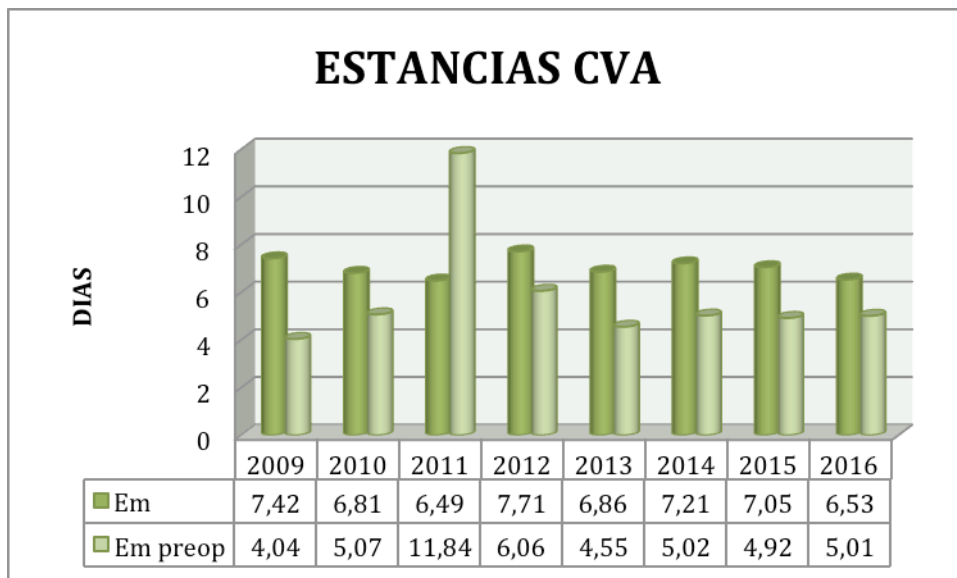


Gráfico 7. Representación de la estancia media y la estancia media preoperatoria en servicio de CVA desde su inicio. Em (estancia media)

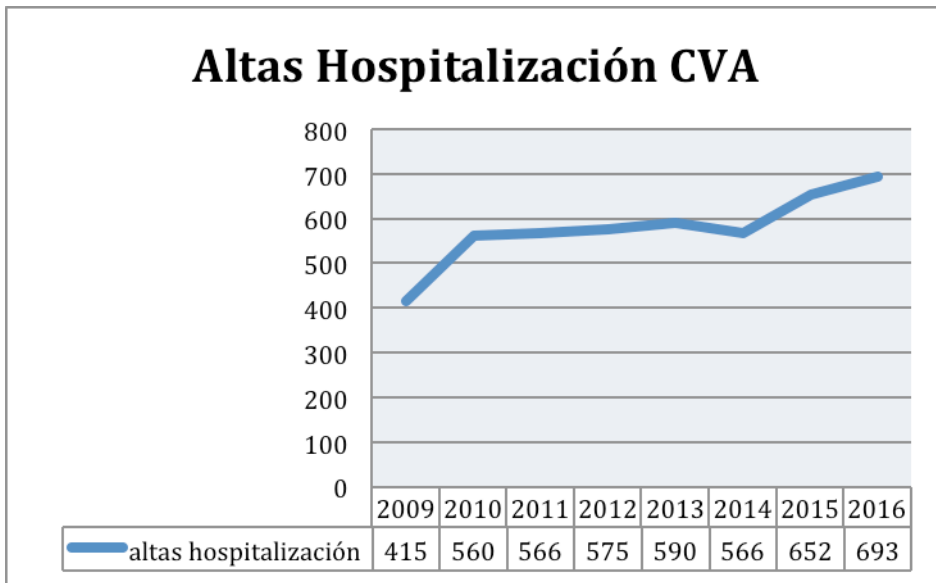


Gráfico 8. Tendencia de las altas en la unidad de Cirugía Vascular

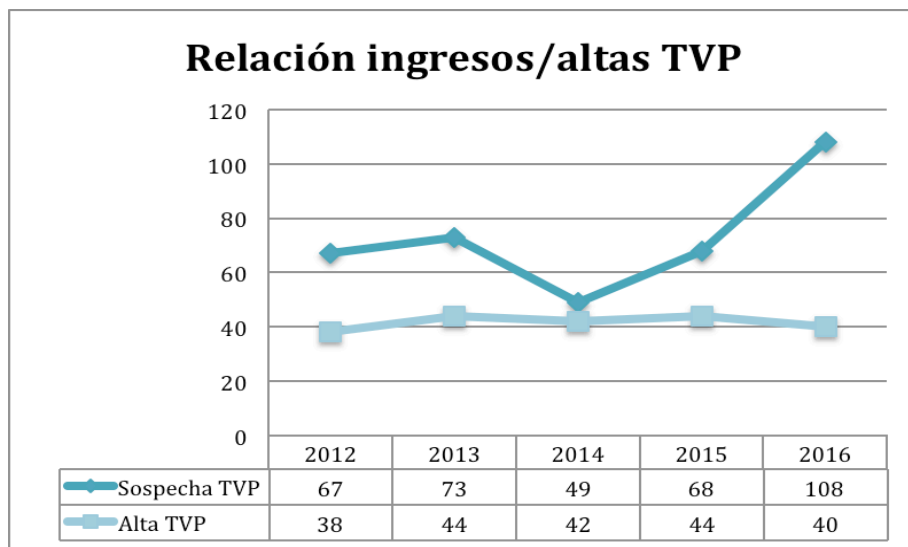


Gráfico 9. Relación de pacientes ingresados desde urgencias con sospecha de trombosis venosa profunda y alta con diagnóstico confirmado por dicho motivo.

Son destacables los siguientes puntos:

- El número de **ingreso totales** no ha dejado de crecer desde el comienzo de la unidad, habiéndose elevado un 77%. Dicho aumento ha sido más estable en los pacientes programados con un ascenso del 20% pero muy significativo en los urgentes con un 112%. La tasa de altas también continua elevándose.
- La **estancia media** y la **estancia media preoperatorio** se mantiene en niveles bastante estables, aunque superiores a lo deseable. Esto probablemente es debido a un número insuficiente de quirófanos, que hacen que las intervenciones se demoren más de lo que convendría. Secundariamente esto supone un mayor riesgo para los pacientes aumentando las potenciales complicaciones.
- El **índice de ocupación de camas** se ha mantenido por encima del 100%, salvo en el último año en que hemos estado sutilmente por debajo. La evolución en años posteriores determinará si se requiere un nuevo aumento de camas.
- La **presión de urgencias** continua elevada en el último año, lo que nos debe hacer recapacitar sobre actuaciones futuras: mejora de las relaciones con primaria y con los servicios de cirugía y urgencias de otros departamentos... Uno de los ingresos más frecuentes desde urgencias es la trombosis venosa profunda. En los últimos años el número de los mismos viene aumentando de forma exponencial, manteniéndose el número de altas por dicho motivo, aunque con un número creciente de ingresos que se descartan posteriormente. Por tanto aumentan las **estancias evitables**. Esta situación deberíamos controlarla a través de un protocolo específico
- El **índice de mortalidad** se mantiene bajo y estable, con datos acordes al tipo de hospital y la casuística tratada.

En la tabla siguiente se reflejan los **30 GRD más frecuentes en hospitalización** de Cirugía Vasculardurante el año 2015 (último año disponible).

Los resultados se basan en las altas brutas, que en el 2015 fueron un total de 457 y en la comparación de nuestro servicio con los hospitales del grupo C AP27 para Cirugía Cardiovascular AGR.

Los GRD que mayor impacto tienen en cuanto a **estancias ahorradas** son:

- *131 Trastornos vasculares periféricos sin CC:* con -26 estancias evitables
- *838 Procedimientos extracraneales con CC:* -39 estancias evitables
- *119 Ligadura y stripping de venas:* -12 estancias evitables
- *110 procedimientos cardiovasculares mayores con CC:* -14 estancias evitables

Los GRD con mayor impacto en cuanto a **estancias evitables** son:

- *113 Amputación por trastorno circulatorio excepto M. Superior y dedos de pie:* 102 estancias evitables
- *796 revascularización de extremidad inferior con CC:* 92 estancias evitables
- *114 Amputación de M. Superior y dedos por trastorno circulatorio:* 80 estancias evitables

30 GRD'S MÁS FRECUENTES

GRD	Altas Inliers	E. Media Inliers	Peso Medio Inliers	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
131 - TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	61	3,84	0,8297	4,27	-0,43	0,8990	3,84	-26	-0,07	0,8991
130 - TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	39	4,82	1,1978	3,65	1,17	1,3207	4,82	46	0,13	1,3207
479 - OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	33	7,12	1,6537	6,51	0,61	1,0932	7,12	20	0,06	1,0932
839 - PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES SIN CC	32	5,56	1,2656	4,59	0,97	1,2113	5,56	31	0,10	1,2113
113 - AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	27	16,00	4,6558	12,20	3,80	1,3110	16,00	102	0,32	1,3110
114 - AMPUTACION DE M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	20	10,35	2,4877	6,33	4,02	1,6340	10,35	80	0,22	1,6340
478 - OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	20	8,85	2,8324	6,15	2,70	1,4388	8,85	54	0,18	1,4389
550 - OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	18	13,94	5,6741	12,41	1,54	1,1239	13,94	28	0,08	1,1239
549 - PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	17	22,29	10,4427	21,92	0,38	1,0172	22,29	6	0,02	1,0172
111 - PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	14	9,71	3,1641	8,26	1,46	1,1765	9,71	20	0,07	1,1765
796 - REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	13	18,54	3,6223	11,44	7,09	1,6199	18,54	92	0,27	1,6199
543 - TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC Y ARRITMIA CON CC MAYOR	11	9,73	2,0506	11,82	-2,09	0,8230	9,73	-23	-0,07	0,8230
797 - REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	7	7,29	1,8873	7,22	0,07	1,0095	7,29	0	0,00	1,0096
110 - PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	6	6,33	4,3943	8,70	-2,36	0,7282	6,33	-14	-0,06	0,7282
119 - LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	6	1,67	1,0276	3,75	-2,08	0,4447	1,67	-12	-0,04	0,4446
838 - PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES CON CC	5	4,60	1,7700	12,39	-7,79	0,3713	4,60	-39	-0,15	0,3713
531 - PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	4	7,50	7,2166	11,63	-4,13	0,6448	7,50	-17	-0,09	0,6448
898 - INFECCIONES Y PARASITOSIS CON PROC. QUIRURGICO	3	10,00	2,7772	19,25	-9,25	0,5194	10,00	-28	-0,15	0,5194
418 - INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y POSTRAUMATICAS	2	5,50	0,8596	4,71	0,79	1,1675	5,50	2	0,02	1,1674
442 - OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA CON CC	2	17,00	2,1343	7,29	9,71	2,3313	17,00	19	0,18	2,3312
467 - OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	2	1,00	0,2995					2	0,04	
899 - INFECCIONES POSTOPERATORIAS O POSTRAUMATICAS CON PROC. QUIRURGICO	2	20,00	2,0973	11,46	8,54	1,7446	20,00	17	0,05	1,7446
007 - PROCED. SOBRE N.CRANEALES Y PERIFERICOS Y OTROS PQ S.NERVIOSO CON CC	1	19,00	2,5416	14,01	4,99	1,3557	19,00	5	0,04	1,3557
122 - TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	1	12,00	1,6352	9,58	2,42	1,2525	12,00	2		1,2525
285 - AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABOLICOS	1	15,00	3,0939	16,32	-1,32	0,9193	15,00	-1		0,9193
440 - DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HERIDA ABIERTA	1	13,00	2,0465	6,33	6,67	2,0544	13,00	7		2,0544
443 - OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA SIN CC	1	3,00	1,0363					3	0,08	
581 - PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	1	28,00	7,2804	25,45	2,55	1,1001	28,00	3		1,1001
583 - PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	1	25,00	5,5374					25	0,17	
812 - MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	1	4,00	1,2147	7,83	-3,83	0,5108	4,00	-4		0,5108

Imagen 10. Lista de los 30 GRD más frecuentes en CVA. IEMA(índice de estancia media ajustada EM hospital/EMAF), IEMAC (estancia media ajustada por casuística), EMAF (estancia media por el funcionamiento del estándar)

Por otro lado, los 10 **diagnósticos CIE9 más frecuentes** entre las altas de hospitalización de CVA durante el 2015 se refieren en la siguiente tabla:

F	DIAGNOSTICO PRINCIPAL POR FRECUENCIA	casos	%
1	250.7 DM CON MANIFESTACIÓN CIRC PERIF	56	12.3
2	433.1 OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CAROTIDA SIN INFARTO	41	9.0
3	453.41 EMBOLIA Y TROMBOSIS VENOSA AGUDA PARTE PROXIMAL DE EXTREMIDAD INFERIOR	35	7.7
4	440.24 ATEROESCLEROSIS DE LAS EXTREMIDADES CON GANGRENA	33	7.2
5	440.23 ATEROESCLEROSIS DE LAS EXTREMIDADES CON ULCERACION	28	6.1
6	444.22 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE EXTREMIDAD INFERIOR	24	5.3
7	435.5 EMBOLIA Y TROMBOSIS VENOSA CRONICA DE VASOS PROFUNDOS EXTREMIDAD INFERIOR	16	3.5
8	441.4 ANEURISMA ABDOMINAL SIN RUPTUT	15	3.3
9	440.21 ATEROESCLEROSIS DE EXTREMIDADES CON CLAUDICACION	12	2.6
10	440.22 ATEROESCLEROSIS DE EXTREMIDADES CON DOLOR EN REPOSO	12	2.6
99	resto	185	40.5

Tabla 15. Listado de los 10 diagnósticos CIE9 más frecuentes en hospitalización en 2015

De acuerdo con esta tabla la patología más relevante es la **arteriopatía periférica** en distinto grado de evolución (30.8%) y la **trombosis venosa profunda** (12%), durante **2015**.

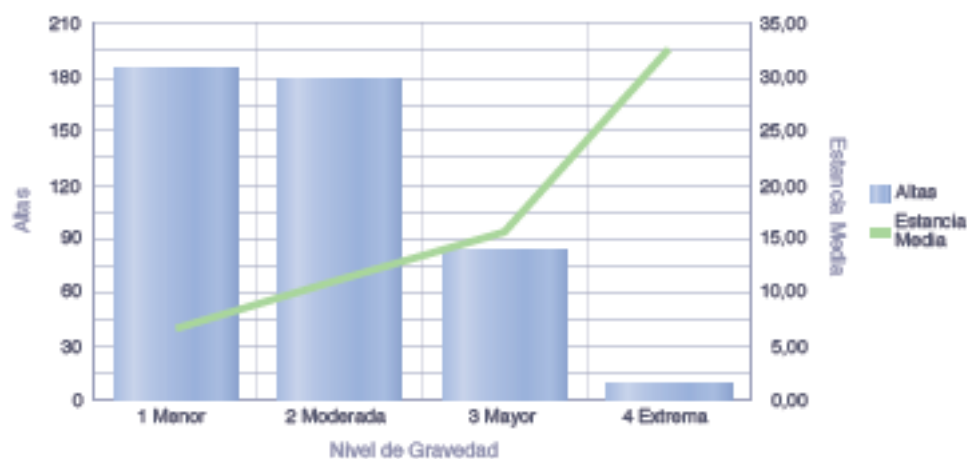
Comparando estos datos con los recogidos en **2009**, año de arranque de la unidad; los distintos estadios de **arteriopatía periférica** también supusieron un 28%, pero la **patología venosa aguda** se quedó en el 6%.

F	DIAGNOSTICO PRINCIPAL POR FRECUENCIA	casos	%
1	444.22 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE EXTREMIDAD INFERIOR	52	17.3
2	443.9 ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA NO ESPECIFICADA	36	12.0
3	433.10 OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CARÓTIDA SIN INFARTO	27	9.0
4	250.7 DM CON MANIFESTACIÓN CIRC PERIF	24	8.0
5	451.19 FLEBITIS Y OTRAS TROMBOFLEBITIS VASOS PROFUNDOS	18	6.0
6	454.9 VENAS VARICOSAS ASINTOMÁTICAS	15	5.0
7	454.8 VENAS VARICOSAS CON OTRAS COMPLICACIONES	13	4.3
8	441.4 ANEURISMA ABDOMINAL SIN RUPTUT	7	2.3
8	459.81 INSUFICIENICA VENOSA NO ESPECIFICADA	7	2.3
8	785.4 GANGRENA	7	2.6
8	996.73 OTRAS COMPL POR DISPOS IMPLANTE E INJERTO RENAL DIALISIS	7	2.3
8	433.11 OCLUSION Y ESTENOSIS CAROTIDEA CON INFARTO	7	2.3
99	RESTO DIAGNOSTICOS	300	100

Tabla 16. Listado de los 10 diagnósticos CIE9 más frecuentes en hospitalización en 2009

## Características de los pacientes en 2015:

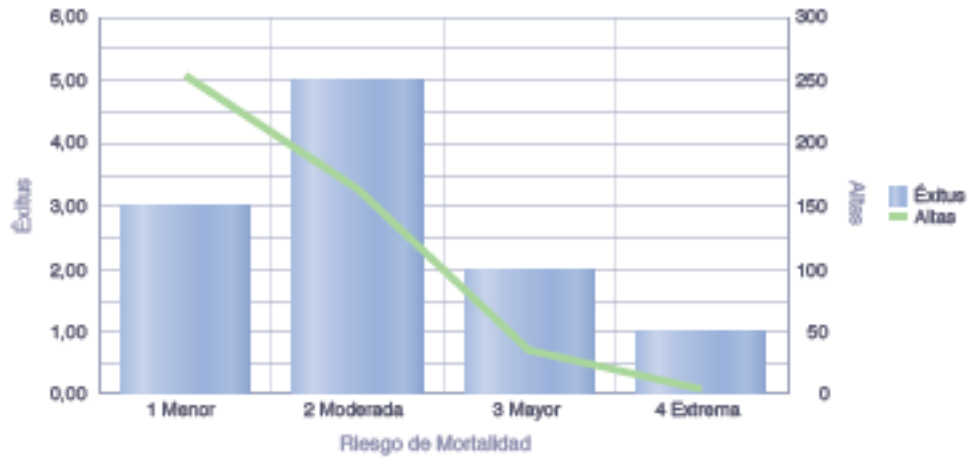
En las siguientes imágenes podemos hacer una valoración de las características de los pacientes ingresados en cuanto a **gravedad clínica** y **estancia media** relacionado con dicha circunstancia. Como se puede observar, los pacientes de mayor gravedad tienen estancias medias exponencialmente más altas. Los datos corresponden al año 2015



Nivel de Gravedad	Altas	%	Peso Medio	Estancia Media
1 Menor	185	40,5%	1,0276	6,69
2 Moderada	179	39,2%	1,3310	11,16
3 Mayor	84	18,4%	2,2983	15,68
4 Extrema	9	2,0%	6,7643	32,56
TOTAL	457	100,0%	1,4930	10,60

Imagen 11. Clasificación de los pacientes ingresados en CVA en 2015 por gravedad y estancia media de los mismos

Finalmente, el **riesgo de mortalidad** de los pacientes ingresados en CVA durante 2015. Curiosamente el porcentaje de éxito fue mayor en aquellos con riesgo moderado y no grave o extremo. Lógicamente las altas son proporcionales al número de ingresos por grupo de riesgo. Los datos corresponden al año 2015.



Riesgo de Mortalidad	Aitas	%	Éxitos	%
1 Menor	254	55,6%	3,00	1,18%
2 Moderada	164	35,9%	5,00	3,05%
3 Mayor	35	7,7%	2,00	5,71%
4 Extrema	4	0,9%	1,00	25,00%
<b>TOTAL</b>	<b>457</b>	<b>100,0%</b>	<b>11,00</b>	<b>2,41%</b>

Imagen 12. Distribución de los pacientes ingresados en CVA en 2015 en base al riesgo de mortalidad y porcentaje de éxitos por grupo de riesgo.

### 3.2.5.2. INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRURGICA

ACTIVIDAD QUIRURGICA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº sesiones quirúrgicas	130	138	131	128	151	181	233	253
<b>Total intervenciones</b>	<b>361</b>	<b>404</b>	<b>351</b>	<b>407</b>	<b>432</b>	<b>484</b>	<b>655</b>	<b>693</b>
Nº intervenciones suspendidas	19	37	33	32	26	26	26	30
% suspendidas	6,88	12,37	11,58	10,92	8,44	7,01	4,53	5,56
Índice ambulatorización	23,74	18,53	17,75	15,06	21,79	35	47,65	46,25
%CMA ingresada	0	0	0	0	0	0	0	0
Tiempo medio interven.	130,2	155,7	159,2	147,2	157,2	153	137,2	145,4
Rendimiento quirúrgico	78,13	84,58	76,73	72,98	80,5	79,4	74,17	81,25
% Iqx pac dpto.	75,07	61,88	58,69	58,72	59,95	65,1	60,15	56,42
<b>Intervenciones CMI</b>	<b>298</b>	<b>352</b>	<b>289</b>	<b>365</b>	<b>369</b>	<b>357</b>	<b>424</b>	<b>446</b>
Iqx CMIP	196	211	190	220	219	219	234	265
Iqx CMIU	102	141	99	145	150	138	190	181
<b>Intervenciones CMA</b>	<b>62</b>	<b>49</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>119</b>	<b>213</b>	<b>230</b>
Iqx CMAP	61	48	41	39	61	118	213	228
Iqx CMAU	1	1	0	0	0	1	0	2
<b>Intervenciones Cme</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>17</b>
Iq CmeP	0	3	21	2	2	8	17	17
Iq CmeU	1	0	0	1	0	0	1	0
<b>Iq A General</b>	<b>67</b>	<b>98</b>	<b>95</b>	<b>80</b>	<b>86</b>	<b>102</b>	<b>102</b>	<b>119</b>
<b>Iq A local</b>	<b>153</b>	<b>174</b>	<b>122</b>	<b>162</b>	<b>198</b>	<b>225</b>	<b>340</b>	<b>224</b>
<b>Iq A Locoregional</b>	<b>124</b>	<b>109</b>	<b>128</b>	<b>129</b>	<b>111</b>	<b>141</b>	<b>206</b>	<b>235</b>
<b>Iq sedación</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>115</b>

Tabla 17. Evolución del número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en la unidad de Cirugía Vascular. (CMI: cirugía mayor con ingreso, CMA: cirugía mayor ambulatoria, Cme: cirugía menor, P: programado, U: urgente)

## INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CVA

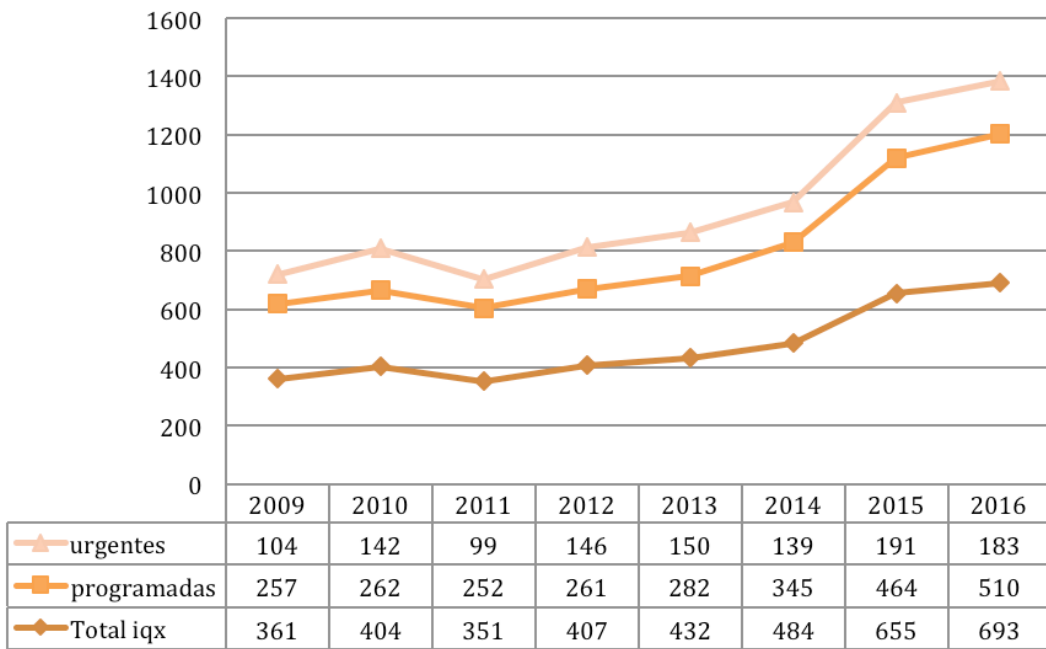


Gráfico 10. Evolución de las intervenciones programadas, urgentes y del total realizadas en Angiología y Cirugía Vasculard.

## Rendimiento qx

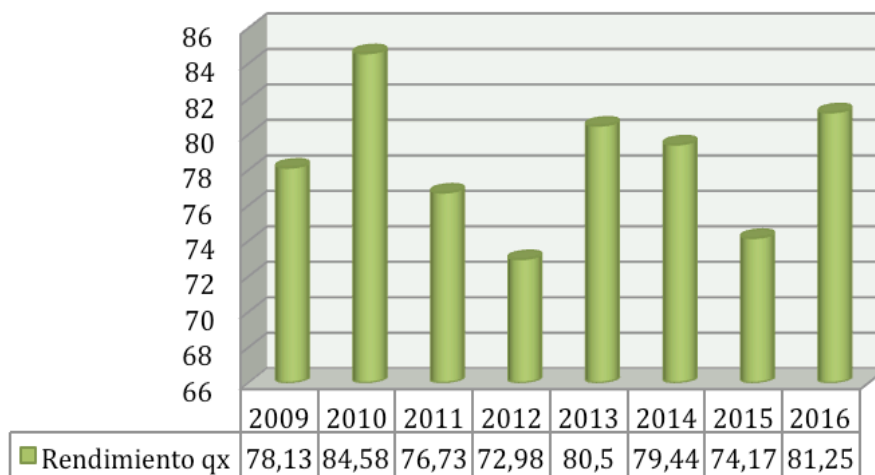


Gráfico 11. Rendimiento quirúrgico desde el inicio de la actividad.

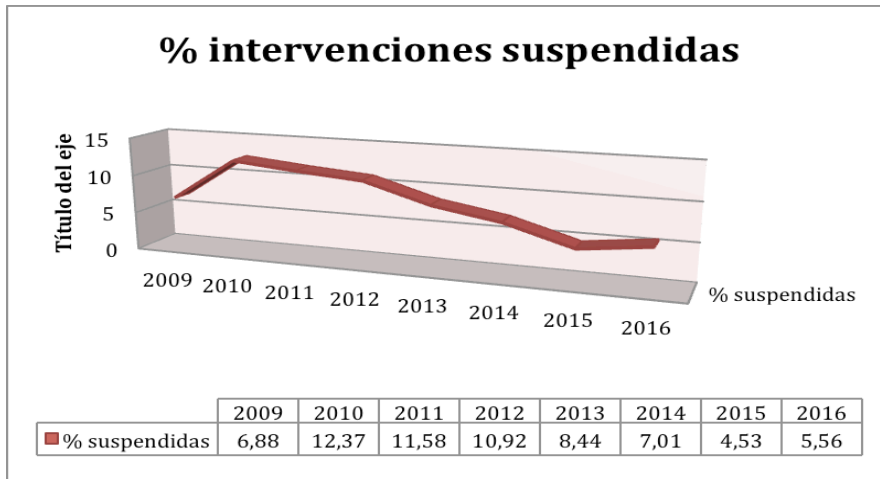


Gráfico 12 Evolución de las suspensiones quirúrgicas

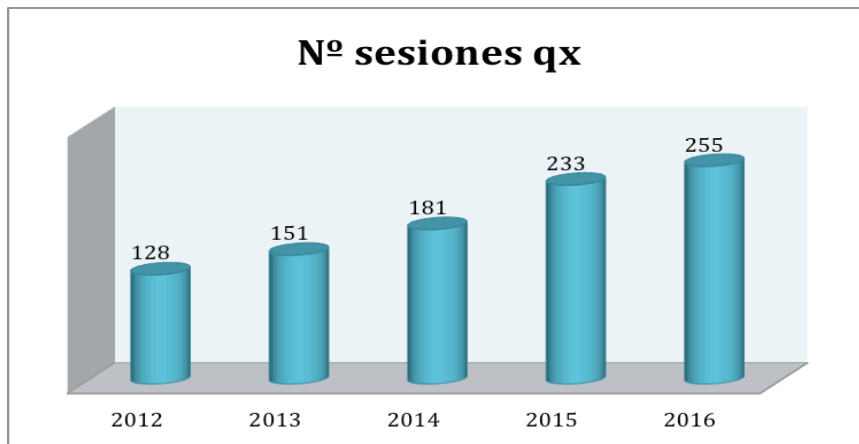


Gráfico 13. Evolución de las sesiones quirúrgicas anuales

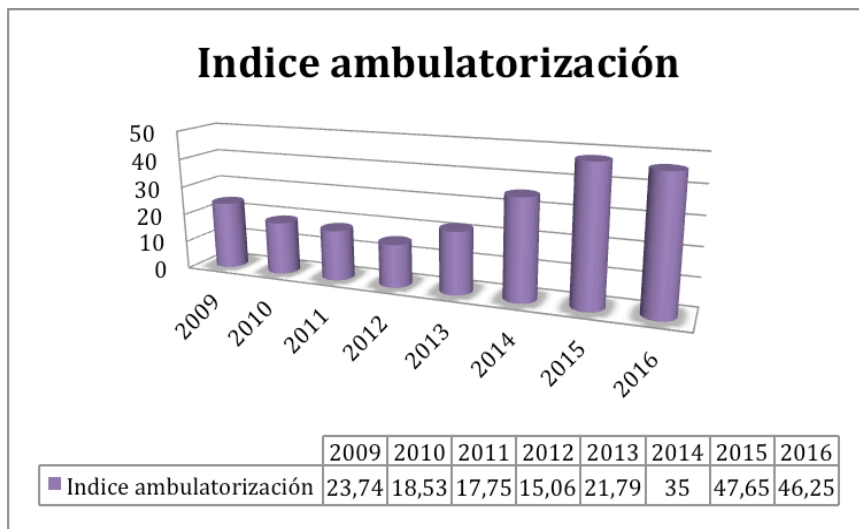


Gráfico 14. Evolución del porcentaje de cirugías ambulatorias respecto al total de las mismas en cirugía vascular

Son destacables los siguientes datos:

- Ha habido un aumento muy significativo del número de **intervenciones totales**, prácticamente se han duplicado desde el inicio de la unidad. Paralelamente han aumentado el número de sesiones quirúrgicas.
- El aumento de tiempo quirúrgico y de intervenciones no ha supuesto un descenso en el **rendimiento quirúrgico**, muy al contrario se mantiene en cifras óptimas y no inferiores al 74%
- El número de **intervenciones suspendidas** ha descendido un 34%, fruto de una adecuada gestión del paciente quirúrgico
- Las mejor tendencia la encontramos en la **cirugía mayor ambulatoria** que no solo ha ascendido en número, si no que proporcionalmente llega casi al 50 % de la actividad del servicio, esto refleja un mejor uso de los recursos.
- El porcentaje de pacientes intervenidas de otros departamentos ha ascendido del 25 al 44%. Probablemente debido a que de forma progresiva los pacientes vasculares antes intervenidos por cirujanos generales, ahora son derivados a nuestra unidad, en busca de tratamiento más cualificado.
- De los pacientes de CMA no se ha derivado ningún ingreso.
- Los procedimientos con **anestesia general** han aumentado un 46%. Razonablemente debido al creciente número de intervenciones complejas
- En paralelo al aumento de CMA los procedimientos con **anestesia local y loco-regional** han crecido un 46 y un 104% respectivamente

### 3.2.5.3. INDICADORES DE ACTIVIDAD DE CONSULTA EXTERNA

CONSULTAS EXTERNAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº primeras CVA	816	814	802	792	983	857	714	1290
Nº sucesivas	1407	1572	1640	1829	2407	3159	3581	3184
Nº curas		255	418	453	607	642	425	362
<b>Total consultas</b>	<b>2727</b>	<b>4345</b>	<b>4956</b>	<b>5183</b>	<b>8046</b>	<b>9262</b>	<b>9406</b>	<b>9863</b>
presentados no citados	237	707	994	1118	1348	1220	1425	1455
nº técnicas	504	1959	2514	2562	3422	4140	3986	4457
índice no presentados citados no presentados	11,49%	9,82%	10,98%	11,75%	10,64%	10,07%	8,87%	9.3%
índice urgentes	8,69%	16,27%	20,06%	21,57%	16,75%	13,17%	15,15%	15,05%
NºURGENTES	237	707	994	1118	1348	1220	1425	1529
suc/prim	1,72	1,93	2,04	2,31	1,09	1,61	1,95	1,75

Tabla 18. Indicadores de actividad de Consultas Externas de cirugía Vasculardesde su inicio

#### Datos destacables

- El **número total de consultas** ha ascendido de 2727 en 2009 a 9863 en 2016, lo que supone un 261%. El mayor aumento coincide con el aumento de la plantilla y el consecuente aumento de consultas realizadas a partir de 2013
- El aumento de consultas se produce en base a todos los tipos de las mismas, primeras, sucesivas, técnicas (altas quirúrgicas) y curas
- La relación de sucesivas/primeras no ha superado el 2,3

#### 3.2.5.4. INDICADORES DE ACTIVIDAD EN EL LABORATORIO VASCULAR

LDV	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CLAUDICOMETRIAS	26	112	20			1		
ECO CIRUGIA VASCULAR	224	1069	190			1	2	
INDICE TOBILLO/BRAZO	54	316	67	9	39	33	18	
INDICES DOPPLER			344	466	638	800	863	808
ECO DOPPLER BY-PASS			11	9	21	25	40	26
ECO DOPPLER ABDOMINAL			87	124	173	251	223	252
ECO DOPPLER ARTERIA RENAL			1		1			1
ECO DOPPLER ARTERIA DIGESTIVA			3	1	1	2		1
PLETISMOGRAFIA						2		
ECO DOPPLER VALORACION FAV			73	97	91	127	97	114
ECO DOPPLER SEG. ENDOPROTESIS			6	9	9	13	12	20
CLAUDICOMETRIA			124	162	205	359	482	453
PRUEBA DE ESFUERZO			49	38	89	95	85	73
CARTOGRAFIA ARTERIAL			4	3		3	3	3
ECO DOPPLER VENOSO			358	392	454	514	663	597
CARTOGRAFIA VENOSA			62	14	18	55	26	3
ECO DOPPLER CAROTIDEO Y TSA			358	371	529	671	568	512
ECO DOPPLER ARTERIAL E.S.			8	7	9	4	8	10
ECO DOPPLER ARTERIAL MMII			123	165	219	254	197	208
<b>TOTAL</b>	<b>304</b>	<b>1497</b>	<b>1888</b>	<b>1867</b>	<b>2496</b>	<b>3210</b>	<b>3295</b>	<b>3421</b>

Tabla 19. Indicadores de actividad del Laboratorio Vascular desde su inicio.

### 3.2.5.5. INDICADORES DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

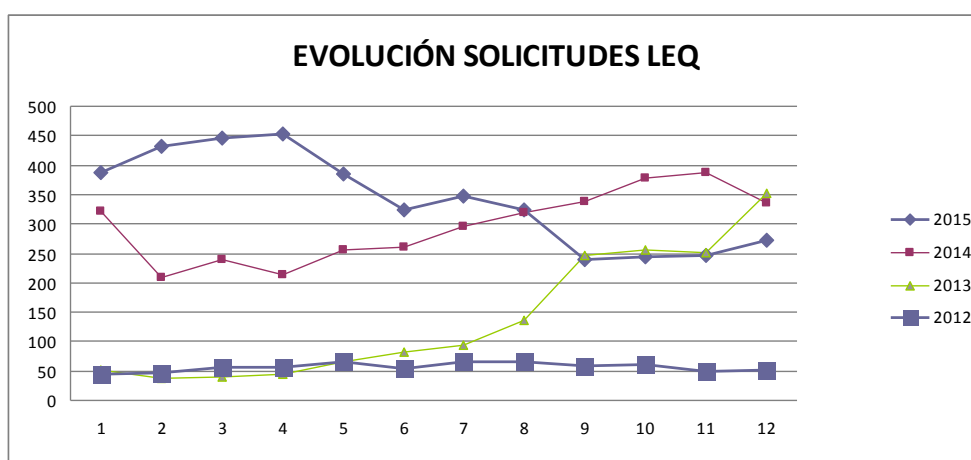


Gráfico 15. Evolución mensual de las solicitudes de lista de espera quirúrgica.

Como en los datos de hospitalización y consultas, el número de paciente incluidos en lista de espera quirúrgica, ha aumentado un 131%. No obstante, dicho crecimiento no ha sido parejo al aumento en cuanto a disponibilidad de tiempo quirúrgico, por lo que paralelamente ha ascendido el tiempo de demora un 28%.

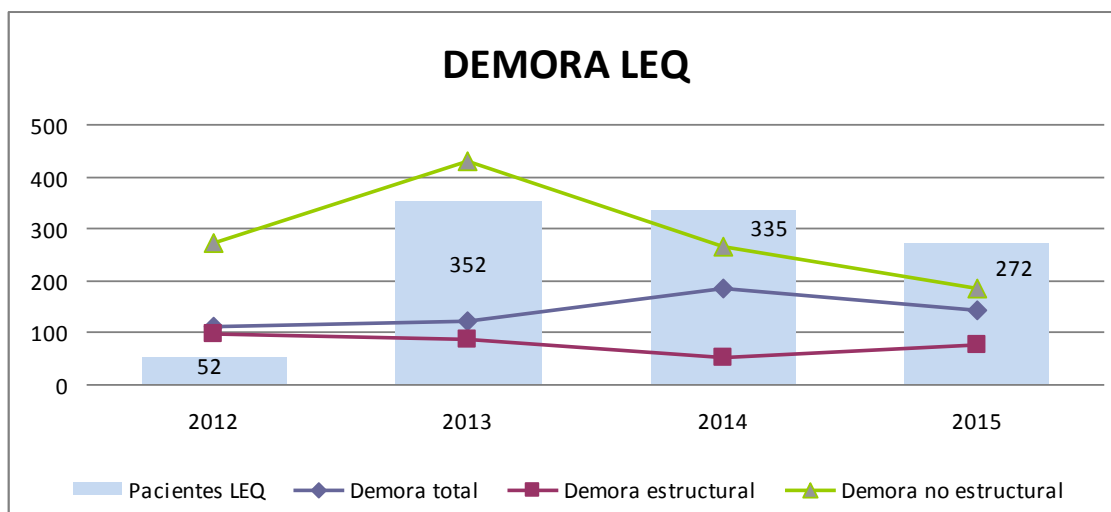


Gráfico 16. Distribución en base al tipo de demora para quirófano estructural y no estructural respecto a los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica.

Probablemente la lista de espera quirúrgica más significativa es la de las varices, que en los tres últimos años roza casi el año de espera. Esto se debe a un triple motivo, fundamentalmente a la alta incidencia de dicha patología en la sociedad en general; por otro lado, a que al ser de escasa gravedad en general no resulta prioritaria a la hora de la programación quirúrgica y finalmente a que sólo

disponemos de un quirófano semanal de cirugía mayor ambulatoria y desde hace sólo 2 años.

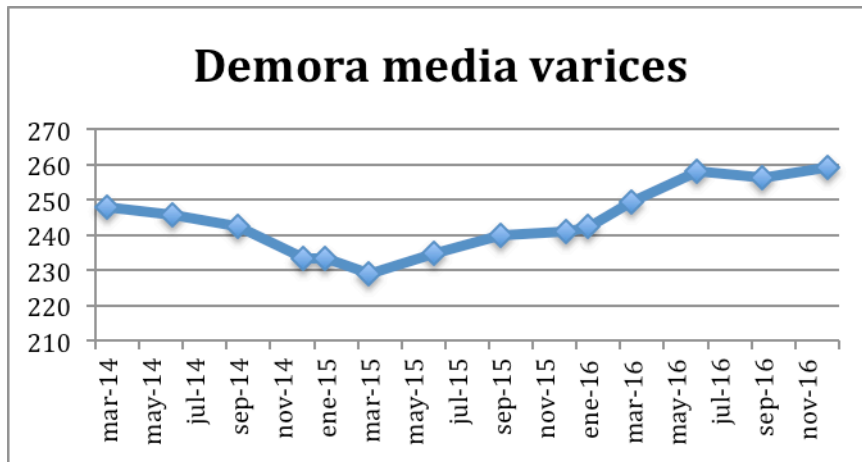


Gráfico 17. Demora media para cirugía de varices por trimestre, periodo 2014-2016

### 3.2.4.6. INDICADORES DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTA EXTERNA

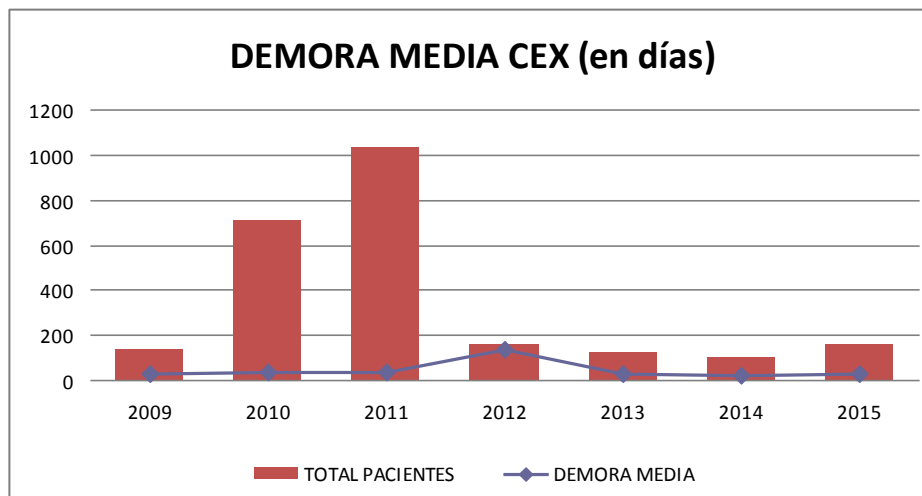


Gráfico 18. Tiempo medio de demora para consultas externas desde el inicio de la actividad en CVA

En los años 2010 y 2011, poco después del arrancar la actividad reglada de la unidad, el incremento de los pacientes en lista de espera para consultas externas fue muy significativo, porque se rescataron interconsultas de pacientes que se habían quedado perdidas o pendientes de visita para plan de choque en la provincia de Valencia y pasaron a constituir parte de nuestra lista de espera de forma brusca. La mayoría de los casos estaba constituido por pacientes con patología venosa.

Esta situación generó un aumento de la demora para realizar visita en consultas que supuso que algunos de ellos tardasen incluso dos años en ser evaluados e incluidos en lista de espera quirúrgica, con la consecuente insatisfacción de muchos de ellos. Se consiguió no obstante responder en algo mas de un año esta demora para posteriormente pasar a datos más razonable.

LISTA DE ESPERA ESTRUCTURAL DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN												
SERVICIO	CIRUGÍA VASCULAR							ESPERA	EE			
FCORTE	0-15d	16-30d	31-60d	61-90d	91-180d	181-365d	>365d	DIAS ESP	TOT PACI	DEMORA	%>60	%>30
31/12/2015	35	47	67	4	4	0	0	4733	157	30,15	5,1%	47,8%
30/11/2015	56	17	11	27	14	0	0	4709	125	37,67	32,8%	41,6%
31/10/2015	86	10	64	106	14	0	0	12802	280	45,72	42,9%	65,7%
30/09/2015	36	18	66	58	6	0	0	8066	184	43,84	34,8%	70,7%
31/08/2015	56	19	82	23	0	0	0	5984	180	33,24	12,8%	58,3%
31/07/2015	69	49	56	2	0	0	0	3872	176	22,00	1,1%	33,0%
30/06/2015	96	4	3	0	0	0	0	1044	103	10,14	0,0%	2,9%
31/05/2015	16	34	32	0	1	0	0	2205	83	26,57	1,2%	39,8%
30/04/2015	59	31	30	1	1	0	0	2348	122	19,25	1,6%	26,2%
31/03/2015	44	28	9	1	0	0	0	1478	82	18,02	1,2%	12,2%
28/02/2015	22	26	19	0	0	0	0	1439	67	21,48	0,0%	28,4%
31/01/2015	34	23	28	1	0	0	0	1882	86	21,88	1,2%	33,7%
31/12/2014	47	36	19	0	0	0	0	1947	102	19,09	0,0%	18,6%
30/11/2014	58	24	8	0	0	0	0	1239	90	13,77	0,0%	8,9%
31/10/2014	42	45	8	0	1	0	0	1727	96	17,99	1,0%	9,4%
30/09/2014	32	28	35	14	2	0	0	3902	111	35,15	14,4%	45,9%
31/08/2014	17	54	69	8	4	0	0	5640	152	37,11	7,9%	53,3%
31/07/2014	45	47	49	8	0	0	0	4125	149	27,68	5,4%	38,3%
30/06/2014	44	42	26	1	0	0	0	2154	113	19,06	0,9%	23,9%
31/05/2014	67	23	29	1	1	0	0	2251	121	18,60	1,7%	25,6%
30/04/2014	23	51	33	4	0	0	0	3398	111	30,61	3,6%	33,3%
31/03/2014	14	54	32	0	0	0	0	2564	100	25,64	0,0%	32,0%
28/02/2014	29	19	43	0	1	0	0	2499	92	27,16	1,1%	47,8%
31/01/2014	59	27	53	5	0	0	0	3853	144	26,76	3,5%	40,3%
31/12/2013	76	44	114	8	0	0	0	6636	242	27,42	3,3%	50,4%
30/11/2013	64	22	32	0	0	0	0	1969	118	16,69	0,0%	27,1%

Tabla 20: Lista de espera mensual estructural de consultas externas de CVA de 2013-2015

## LISTA DE ESPERA ESTRUCTURAL DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

SERVICIO	CIRUGÍA VASCULAR								ESPERA		EE			
	FCORTE	0-15d	16-30d	31-60d	61-90d	91-180d	181-365d	>365d	DIAS ESP	TOT PACI	DEMORA	%>60	%>30	
31/12/2012	25	35	50	12	2	2	33	21360	159	134,34	30,8%	62,3%		
30/11/2012	54	18	12	21	12	1	0	4423	118	37,48	28,8%	39,0%		
31/10/2012	30	10	7	4	33	1	0	5691	85	66,95	44,7%	52,9%		
30/09/2012	8	7	5	18	30	0	0	5168	68	76,00	70,6%	77,9%		
30/09/2012	9	7	5	18	30	0	0	5170	69	74,93	69,6%	76,8%		
31/08/2012	5	3	20	29	46	3	1	10394	107	97,14	73,8%	92,5%		
31/07/2012	47	54	51	34	57	0	5	16592	248	66,90	38,7%	59,3%		
30/06/2012	43	50	41	24	48	9	10	18005	225	80,02	40,4%	58,7%		
31/05/2012	73	29	30	31	52	3	7	16079	225	71,46	41,3%	54,7%		
30/04/2012	30	15	40	20	24	4	1	7680	134	57,31	36,6%	66,4%		
31/03/2012	33	46	26	27	0	6	7	9679	145	66,75	27,6%	45,5%		
29/02/2012	33	43	32	6	6	12	13	13096	145	90,32	25,5%	47,6%		
31/01/2012	651	26	38	66	145	14	0	29549	940	30,37	23,9%	28,0%		
31/12/2011	675	16	70	67	197	7	0	36485	1032	35,35	26,3%	33,0%		
30/11/2011	574	37	71	79	197	73	4	54076	1035	52,25	34,1%	41,0%		
31/10/2011	597	32	79	64	191	20	2	40679	985	41,30	28,1%	36,1%		
30/09/2011	633	37	72	56	161	2	0	29450	961	30,65	22,8%	30,3%		
31/08/2011	639	36	59	87	89	0	0	20923	910	22,99	19,3%	25,8%		
31/07/2011	659	41	93	73	38	4	2	16927	910	18,60	12,9%	23,1%		
30/06/2011	642	53	83	39	3	3	1	9979	824	12,11	5,6%	15,7%		
31/05/2011	494	52	64	45	50	14	0	18389	719	25,58	15,2%	24,1%		
30/04/2011	391	36	71	77	61	1	0	17050	637	26,77	21,8%	33,0%		
31/03/2011	405	41	79	71	71	2	0	18615	669	27,83	21,5%	33,3%		
28/02/2011	425	34	81	76	35	5	0	15325	656	23,36	17,7%	30,0%		
31/01/2011	434	35	71	88	27	8	0	15880	663	23,95	18,6%	29,3%		
31/12/2010	391	49	96	68	100	6	0	29513	710	33,12	24,5%	38,0%		
30/11/2010	353	35	89	89	35	10	0	17921	611	29,33	21,9%	36,5%		

Tabla 21. Lista de espera mensual estructural de consultas externas de CVA de 2010-2012

### **3.2.6 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA**

En la actualidad, la actividad docente e investigadora de la sección deriva de los esfuerzos individuales realizados por parte de cada miembro a título personal. El motivo fundamental es la intensa actividad asistencial diaria.

La unidad presenta condiciones para valorar solicitar la docencia de la especialidad. Actualmente sería más deseable la contratación de otro especialista con objeto de aliviar la presión anteriormente descrita y permitir entre otras cosas, el desarrollo de labor investigadora a los miembros de la sección.

A pesar de esto, podemos destacar los siguientes hitos por los distintos miembros del equipo

#### **ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR (2009-2015)**

##### **Premios**

- BECA MEDTRONIC para una estancia en el extranjero. V CONGRESO NACIONAL DEL CAPITULO DE CIRUGIA ENDOVASCULAR DE LA SEACV. Valencia, 20 de Junio de 2009. Dr. Martínez.
- PREMIO AL MEJOR POSTER. "EVALUACION DE LA DESTURACION CEREBRAL DE OXIGENO MEDIDA MEDINATE INVOS COMO INDICADOR DE NECESIDAD DE SHUNT EN LA ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA". 4º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim, 18 y 19 de Octubre de 2013
- PREMIO AL MEJOR CASO CLINICO "ISQUEMIA AGUDA YATROGENICA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO TRAS ESCLEROTERAPIA POR VARICES CON PRESENCIA DE FAV". VI Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXVII Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Elche, 31 de Octubre de 2015.
- BECA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE CASTELLÓN por el trabajo de investigación "NEUROESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA PARA EL TRATAMIENTO DEL SINDROME DE MIEMBRO FANTASMA EN AMPUTACIONES MAYOR DE MIEMBRO INFERIOR". Julio 2015

##### **Publicaciones**

- García F., Marchena J., Cabrera V., Sotgiu E. Long-term survival after aorto-bifemoral bypass: Influence of coronary artery disease. *Cardiology*. 2013; 126 (supl. 2).
- Sos Gallén, M.J.; Briones Estébanez, J.L.; Vilalta Doñate, E.; Martínez Meléndez, S. Eco Johiliss. Prueba simplificada para diagnóstico de estenosis carotídea mediante ecografía doppler. *Angiología* 68 (3), 187-193

##### **Comunicaciones y póster en Congresos Internacionales**

- García F., Marchena J., Cabrera V., Sotgiu E. LONG-TERM SURVIVAL AFTER AORTO-BI-FEMORAL BYPASS: INFLUENCE OF CORONAY ARTERY DISEASE. ICCAD. 10th International Congresso. Coronary Artery Disease. October 13-16, 2013- Florence, Italy.

### Mesas redondas (Dr. Martínez).

- **Ponente Mesa Redonda:** "ESTADO DE LA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR EN ESPAÑA" 57 Congreso Nacional Sociedad Española De Angiología Y Cirugía Vascular. Valladolid, 1-4 de Junio de 2011.
- **Moderador Mesa:** REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR EN EL PIE DIABÉTICO. I Symposium Pie Diabetico. Valencia, 7 y 8 de Noviembre de 2013
- **Ponente Mesa Redonda:** "ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA". XXVI Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia, 24-25 de Octubre de 2014.
- **Ponente:** "PLAN ESTRATÉGICO ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR EN LA COMUNIDAD VALENCIANA". XXVI Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia, 24-25 de Octubre de 2014.
- **Moderador Mesa PRO-CONTRA:** ¿LA FEMORAL SUPERFICIAL DEBE TRATARSE EN EL PACIENTE CLAUDICANTE? 61 Congreso Nacional Sociedad Española De Angiología Y Cirugía Vascular. Castellón, 2-5 de Junio de 2015
- **Moderador VIDEO-CIRUGÍA:** EXTENDIENDO EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR: ¿ES FACTIBLE TRATAR LESIONES TASC C Y D? PRESENTACIÓN DEL STENT SUPERA DE ABBOT. 61 Congreso Nacional Sociedad Española De Angiología Y Cirugía Vascular. Castellón, 2-5 de Junio de 2015.
- **Moderador Mesa:** REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR EN EL PIE DIABÉTICO. II Symposium Pie Diabético. Valencia, 12 y 13 de Noviembre de 2015

### Comunicaciones y póster en Congresos Nacionales

1. X. Admetller Castiglione, J. Briones Estébanez, B. Bodega Martínez, S. Martínez Meléndez. OCLUSIÓN DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL SECUNDARIA A OSTEONCONDROMA DE FÉMUR. Presentado como Póster en las LV Jornadas Angiológicas Españolas. Valencia Junio 2009
2. Briones J, Admetller X, Bodega B, Martínez S. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN TUMOR FIBROSO SOLITARIO. 1º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXII Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim 29 y 30 de Octubre de 2010.
3. Bodega B , Admetller X, Briones J, Martínez S. DICHOS Y HECHOS SOBRE LA CHIVA. 1º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXII Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim 29 y 30 de Octubre de 2010.
4. Bodega B, Admetller x, Briones J, Martínez S. ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE FÍSTULA A DUODENO. POSTER. 57 Congreso Nacional de la SEACV. Valladolid, 1-4 de Junio 2011.
5. Briones J Bodega B, Admetller x, , Martínez S. ISQUEMIA AGUDA DE HEMIMANO SECUNDARIA A ANEURISMA DE FAVI TROMBOSADO. POSTER. 57 Congreso Nacional dela SEACV. Valladolid, 1-4 de Junio 2011.
6. E. Vilalta, B. Bodega, S. Martínez, X Admetller, B. Briones. VALORACIÓN DE LA DEAMBULACIÓN EN CINTA RODANTE COMO ESTUDIO OBJETIVO DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE. Congreso Nacional de Enfermería Vascular. Valladolid. Junio 2011.

7. B. Bodega, J. Briones, X. Admetller, S. Martínez. TRATAMIENTO MIXTO DE UN TUMOR FIBROSO SOLITARIO. Presentado como póster en el LVII congreso nacional de la SEACV. Valladolid. Junio 2011
8. Admetller X, Briones J, Bodega B, Martínez S. ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL COMÚN SECUNDARIO A ARTERITIS INFECCIOSA. 58 Congreso Nacional Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Barcelona. 31 de mayo-1 y 2 de junio de 2012.
9. Admetller X, Briones J, Bodega B, Martínez S. MALFORMACIÓN VASCULAR DEPENDIENTE DE ARTERIA ISQUIÁTICA. 58 Congreso Nacional Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Barcelona. 31 de mayo-1 y 2 de junio de 2012.
10. Olmos D, Briones JL, Bodega B , Admetller X, García Fernández F, Martínez S. REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE ROTO. 3º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXIV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia,,26 y 27 de Octubre de 2012.
11. Olmos D, Admetller X , Bodega B , X Briones JL, García Fernández F, Martínez S. ISQUEMIA AGUDA DE HEMIMANO SECUNDARIA A ANEURISMA DE FAV TROMBOSADO. 3º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXIV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia, 26 y 27 de Octubre de 2012.
12. García Fernández F, Marchena J, Admetller X, Briones JL, Bodega B , Olmos D , Orozco B, Martínez S. FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA EN PACENTES CON OCLUSIÓN DE AORTA INFRARRENAL. 3º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXIV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia,,26 y 27 de Octubre de 2012.
13. Aznar O, Robert L, Martínez S, García F, Briones J, Admetller X. EVALUACION DE LA DESTURACION CEREBRAL DE OXIGENO MEDIDA MEDINATE INVOS COMO INDICADOR DE NECESIDAD DE SHUNT EN LA ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA. 4º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim, 18 y 19 de Octubre de 2013.
14. García F, Admetller X, Briones J, Genovés B, Bodega B, Orozco B, Tejerina E, Martínez S. TRATAMIENTO DE ENDOFUGA TIPO I Y II TRAS EVAR EN PACIENTE CON ANTICOAGULACIÓN CRÓNICA. 4º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim, 18 y 19 de Octubre de 2013.
15. Genovés B, Bodega B, García F, Admetller X, Briones J, Orozco B, Tejerina E, Martínez S. ISQUEMIA CRITICA POR OBLITERACION DISTAL EN MIEMBRO SUPERIOR. 4º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXV Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim, 18 y 19 de Octubre de 2013.
16. Colecha M, García F ,Genovés B, Bodega B, Admetller X, Briones J, Tejerina E, Martínez S. AMAUROSIS FUGAZ PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA TORACICA DESCENDENTE Y ANEURISMA DE VENA POPLITEA BILATERAL. 4º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXV Reunión Científica Sociedad

- Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim, 18 y 19 de Octubre de 2013
17. Tejerina E., Andrés O., Artigues I. SNORKELING AORFIX VIABAHN EN EL TRACTAMENT DE L'ANEURISMA YUXTARENAL. PRIMER CAS AL NOSTRE PAIS. Congrés de la Societat Catalana d'Angiologia, Cirurgia Vascular i Endovascular. 23-24 Maig de 2014. Sitges. España.
  18. UP TO DATE ESTUDIOS PRELIMINARES Y DEFINITIVOS EN EL SECTOR CAROTIDEO. 5º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. Valencia 24-25 Octubre 2014. Dra. García
  19. Olmos D, Admetller X , Bodega B , X Briones JL, García Fernández F, Tejerina Botella E, Martínez S. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA. V Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXVI Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia, 24-25 de Octubre de 2014.
  20. Genovés B, Martínez S, Bodega B, Briones J, García F, Olmos D, Tejerina E. "ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA DE ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL". V Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXVI Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia, 24-25 de Octubre de 2014
  21. I workshop de la unidad multidisciplinar en cirugía oncológica abdomino-pélvica. COMPLICACIONES VASCULARES EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. Hospital General de Castellón. 13-14 Noviembre 2014. Dra. Bodega
  22. Primera Jornada de Lactancia materna. Cuando las profesionales se convierten en madre. Departamento de Salud de Valencia. Hospital Dr. Peset. 7 Noviembre 2014. Dra. Bodega
  23. Dr. Adtmeller: Opciones de tratamiento y enfoque multidisciplinar. PRIMER ENCUENTRO INTERDISCIPLINAR EN FLEBEDEMA Y LINFEDEMA. 25 Abril 2015. Valencia.
  24. Olmos D, García Fernández F, Admetller X , Bodega B, Tejerina E, Martínez S. ISQUEMIA AGUDA IATROGÉNICA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO TRAS ESCLEROTERAPIA POR VARICES CON PRESENCIA DE FAV. 61 congreso nacional sociedad española de angiología y cirugía vascular. Castellón, 2-5 de Junio de 2015.
  25. Admetller Castiglione, X; Bodega Martinez, B; Olmos Sánchez, D.; García Fernández, F.; J. Martínez Meléndez, S. STENT DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO RECURSO A DISECCIÓN RETRÓGRADA DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL. 61 Congreso Nacional SEACV. Castellón 2-5 Junio 2015.
  26. B. Bodega, F. García, J. Briones, X. Admentller, D. Olmos, S. Martínez. ROTURA TARDÍA DE ANEURISMAS TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR, DE CAUSA EXTRAORDINARIA. 61 Congreso Nacional de la SEACV. Castellón 2-5 Junio 2015.
  27. Briones JL, García F, Martínez S, Admetller X, Bodega B, "ECO JOHILISS. PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO PARA DIAGNÓSTICO DE ESTENOSIS CAROTIDEA MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER". Xv Convención De Cirujanos Vasculares De Habla Hispana. Quito, 9-12 de Octubre de 2015
  28. Sos Gallen ,MJ. Briones JL, Vilalata E, García F, Admetller X, Olmos , D Tejerina E , Martínez S "ECO JOHILISS. PRUEBA SIMPLIFICADA PARA DIAGNÓSTICO DE ESTENOSIS CAROTIDEA MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER". VI Symposium

- Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXVII Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Elche, 31 de Octubre de 2015.
29. Olmos D, García Fernández F, Admetller X, Briones JL, Bodega B, Tejerina E, Martínez S. ISQUEMIA AGUDA IATROGÉNICA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO TRAS ESCLEROTERAPIA POR VARICES CON PRESENCIA DE FAV. VI Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. XXVII Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Elche, 31 de Octubre de 2015.
  30. García-Fernández F, Mahony P, Bodega B, Admetller Castiglione, X, Briones JL, Olmos D, Tejerina E, Martínez S. "RESULTADOS CONTEMPORÁNEOS DE LA ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA EN PACIENTES CON NORMAL Y MODERADO RIESGO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO". VI SYMPOSIUM MEDITERRÁNEO DE CIRUGÍA VASCULAR. XXVII Reunión Científica Sociedad Valenciana de Angiología y Cirugía Vascular. Elche, 31 de Octubre de 2015.
  31. Admetller Castiglione, X; Briones JL, Bodega Martinez, B; Olmos Sánchez, D; J. Martínez Meléndez, S. MALFORMACIÓN VASCULAR DEPENDIENTE DE ARTERIA ISQUIÁTICA PERSISTENTE. XXXI Congreso sociedad andaluza de angiología y cirugía vascular. Sevilla, 26-28 de Noviembre de 2015.
  32. Admetller Castiglione, X; Bodega Martinez, B; Olmos Sánchez, D; García Fernández, F.; Martínez Meléndez, S. STENT DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO RECURSO A DISECCIÓN DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA. 31 Congreso de la Sociedad Andaluza de Angiología y Cirugía Vascular. Sevilla 26-28 Noviembre 2015.

### **Cursos de formación**

#### **Dr. MARTÍNEZ**

- Vascular fellow. Arizona heart institute (Phoenix, Arizona. Usa ). October 2009.
- Curso de capacitación de segundo nivel de formación en protección radiológica orientado a la práctica intervencionista. Barcelona, 28-30 de mayo de 2012.
- Master universitario en dirección y gestión de centros sociosanitarios. CEU Escuela de Negocios. Curso académico 2009-2010.

#### **Dr. ADMETLLER**

- Ischemic diabetic foot treatment: a comprehensive course- II edition. University of Milan. 6 y 7 Marzo 2009. (13h. of external CME credits).
- Curso de actualización en el diagnóstico vascular no invasivo. Seguimiento de procedimientos vasculares. Barcelona 21 y 22 de Octubre 2010. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. 2,4 créditos. 3 horas 30 min. Lectivas
- Manejo del Programa OSIRIX para cirujanos vasculares. Formación continuada a distancia con 35 horas lectivas. 1,3 créditos por la FMC. Año 2011
- Curso de capacitación de segundo nivel de formación en protección radiológica orientado a la práctica intervencionista (re. Num. 09/04364-MD). Organizado por ACPRO. Los días 28,29 y 30 de Mayo 2012. 20 horas docentes. 4,4 créditos.

#### **Dra. BRIONES**

- Embolization Hands-on. Hospital Clínico Miguel Servet, Zaragoza, 4 al 5 de Junio del 2009

- Manejo del Programa OSIRIX para cirujanos vasculares. Formación continuada a distancia con 35 horas lectivas. 1,3 créditos por la FMC. Año 2011.
- Curso de segundo nivel de formación en protección radiológica orientado a la práctica intervencionista. Instituto de Formación Científica y Tecnológica S.A. (INFOCITEC).30 y 31 de mayo y 1 de junio del 2011.
- Advanced SFA Workshops. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela 20 y 30 de Junio del 2011

#### Dra. BODEGA

- Curso de 2º Nivel de Formación en Protección Radiológica Intervencionista Madrid, Junio 2010.
- 2ª Curso de Capacitación en Patología Trombótica. Título postgrado en Patología trombótica otorgado por la Universidad de Navarra. Curso on-line acreditado con 25 ECTS (European Credits Transfer System).
- Angiotest 2010. Curso on-line para Especialistas en angiología y cirugía Vascolar acreditado con 30 horas lectivas o 5 módulos de 5.8 créditos.
- Curso teórico-práctico en terapia endovascular en arterias distales. Brescia, 11 Mayo 2010.
- AngioTest 2011. 3ª Edición; Curso on-line para Especialistas en angiología y cirugía Vascolar acreditado con 30 horas lectivas. Marzo-Septiembre 2011
- Curso de capacitación de segundo nivel de formación en protección radiológica orientado a la práctica intervencionista (re. Num. 09/04364-MD). Organizado pr ACPRO. Los días 28,29 y 30 de Mayo 2012. 20 horas docentes. 4,4 créditos.
- XI Examen de certificación del capítulo de diagnóstico vascular no invasivo.24 de abril del 2012. Madrid.
- AngioTest 2012. 4ª Edición; Curso on-line de Marzo 2012-Septiembre 2012
- Curso Básico de Diagnóstico Vascular. Capítulo de Diagnóstico Vascular. Marzo-Mayo 2015. Formación on line
- Fundamentos físicos y manejo básico de Eco doppler. (3,6 créditos de la FFOMC)
- Exploración con eco doppler de troncos supra-aórticos. (3,3 créditos de la FFOMC)
- Exploración venosa con eco doppler. (6,9 créditos de la FFOMC)

#### Dr. OLMOS:

- Examen de Certificación personal básica, del capitulo de diagnostico vascular no invasivo de la SEACV. Madrid. Mayo 2014.
- Examen de Certificación de Segundo Nivel de Formación en Protección Radiológica orientado a la Práctica Intervencionista. Valencia 2014.

#### Dra. GARCÍA:

- United States Medical Licensing Examination. Connecticut Medical Examining Board. 2014.
- Hands-on course of European Board of Vascular Surgery. Madrid, 3 Junio 2014
- Certificado Fellow of the European Board of Vascular Surgery (FEBVS) passed the examination of the European Board of Vascular Surgery, 23 September 2015

#### Dr. TEJERINA:

- Examen de Certificación personal básica, del capitulo de diagnostico vascular no invasivo de la SEACV. 2015.

## Actividad docente

- Manejo del Pie Diabético. Villarreal 9-25 Mayo 2011. 2 horas impartidas (Curso EVES). Dr. Admetller.
- Profesor Universitat per a Majors, con la asignatura "Salud y Calidad de Vida" de la Universitat Jaume I. Curso 2010/2011. Universitat Jaume I. Dr. Martínez
- Curso de actualización en el diagnóstico vascular no invasivo. Seguimiento de procedimientos vasculares. Barcelona 21 y 22 de Octubre 2010. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. 2,4 créditos. 3 horas 30 min. Lectivas. Dr. Admetller.
- Organización de 1Curso Teórico-Práctico de Suturas para Residentes del Hospital General de Castellón. Febrero 2012. Dra. Bodega
- Profesor Universitat per a Majors, con la asignatura "Saber cuidarse" de la Universitat Jaume I. Curso 2011/2012. Universitat Jaume I. Dr. Martínez
- Controversias en pie diabético. Visión multidisciplinar. Organizado por El Dr. Juan Flores Cid. Unidad de Enfermedades infecciosas, Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. 28 de Marzo del 2012. . Dr. Admetller.
- El servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital General de Castellón y dentro del convenio firmado entre la Rectora de la Universidad Cardenal Herrera de Castellón y el Gerente de este hospital colabora con la formación docente de prácticas correspondientes a la asignatura de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Cirugía de cuarto curso del Grado de Medicina que se imparte en la Universidad Cardenal Herrera. Dra. García. Profesora colaboradora a tiempo parcial. Directora del departamento de Medicina y Cirugía. Desde Mayo 2013.
- Universidad Cardenal Herrera de Castellón .Profesor asociado. Dr. Martínez, desde Febrero 2014.
- Taller práctico de Eco-doppler y Manejo de la Insuficiencia Venosa crónica. COM. 21 Octubre 2015. 5.30-8pm. Castellón. Dra. Bodega.
- Taller práctico de Eco-doppler y Manejo de la Insuficiencia Venosa crónica. COM. 21 Octubre 2015. 5.30-8pm. Castellón. Dr. Olmos
- Ponente en la Jornada de Actualización sobre Patología Venosa para Atención Primaria, celebrada en El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Castellón. Octubre 2015. Dra. Bodega.
- Asignatura de Cirugía General, área de patología Vascular. 3ª Medicina. Facultad e Medicina. Universidad de Castelló. Enero 2016. Dra Bodega. Profesora colaboradora

## Tesis Doctorales

ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA HEMODINÁMICA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA TRAS ENDARTERECTOMÍA O ANGIOPLASTIA CON STENT. Universidad de Valladolid. Enero 2016. Calificación Sobresaliente Cum Laude. Dra. Bodega.

## Proyectos de investigación

"NEUROESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA VS CONTROL EN EL DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA DE CAUSA ARTERIOPÁTICA: ENSAYO CLÍNICO TRIPLE CIEGO". Julio 2015. Dra. Bodega.

### 3.2.7. PREVISION DE LA DEMANDA

El hospital General Universitario de Castellón es el centro de referencia del Departamento de Salud de Castellón. El Servicio de Cirugía Vascul, ubicado en el hospital, es el único en toda la provincia y por tanto la unidad de referencia para la misma.

El departamento atiende una población SIP (sistema de información poblacional) de algo más de 280 000 habitantes, aunque la provincia asciende a los casi 575000 habitantes. La población es mayoritariamente adulta-envejecida. El proceso de envejecimiento, iniciado en la década de 1980, se ralentizó desde el año 2000 con la llegada de importantes flujos migratorios de personas en edades jóvenes y adultas. Como consecuencia de la crisis económica estos flujos migratorios parecen haberse ralentizado de nuevo.

Por otro lado el peso específico de la población mayor de 65 años en nuestro país es uno de los cambios más significativos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Las causas fundamentales son el descenso de la fecundidad y la mayor esperanza de vida, provocando un aumento de la franja de población con 65 o más años. Así en la provincia de Castellón en el intervalo de 2001 hasta 2015 la población mayor de 65 años creció en casi 20000 personas llegando a los 105 178

Envejecimiento de la población valenciana de 65 o más años								
Año	Alicante	Castellón	Valencia	Población C.V	Var. absoluta	Var. relativa	Población C.V. 65 o más	% > 65 del total
2001	250.039	87.203	367.453	<b>704.695</b>			<b>4.202.608</b>	16,77%
2002	259.508	88.212	372.519	<b>720.239</b>	15.544	2,21%	<b>4.326.708</b>	16,65%
2003	271.827	89.560	379.394	<b>740.781</b>	20.542	2,85%	<b>4.470.885</b>	16,57%
2004	268.476	89.429	382.766	<b>740.671</b>	-110	-0,01%	<b>4.543.304</b>	16,30%
2005	279.343	89.288	383.130	<b>751.761</b>	11.090	1,50%	<b>4.692.449</b>	16,02%
2006	295.154	91.581	394.451	<b>781.186</b>	29.425	3,91%	<b>4.806.908</b>	16,25%
2007	305.007	92.514	396.396	<b>793.917</b>	12.731	1,63%	<b>4.885.029</b>	16,25%
2008	317.615	93.975	401.770	<b>813.360</b>	19.443	2,45%	<b>5.029.601</b>	16,17%
2009	330.202	95.679	409.545	<b>835.426</b>	22.066	2,71%	<b>5.094.675</b>	16,40%
2010	342.298	97.219	416.370	<b>855.887</b>	20.461	2,45%	<b>5.111.706</b>	16,74%
2011	353.722	99.105	424.264	<b>877.091</b>	21.204	2,48%	<b>5.117.190</b>	17,14%
2012	365.146	100.668	430.795	<b>896.609</b>	19.518	2,23%	<b>5.129.266</b>	17,48%
2013	375.040	102.221	437.911	<b>915.172</b>	18.563	2,07%	<b>5.113.815</b>	17,90%
2014	352.623	103.397	446.933	<b>902.953</b>	-12.219	-1,34%	<b>5.004.844</b>	18,04%
2015	354.451	105.178	455.210	<b>914.839</b>	11.886	1,32%	<b>4.980.689</b>	18,37%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015.

Tabla 22. Envejecimiento de la población de más de 65 años de la CV entre 2001 y 2015

Por otro lado la esperanza de vida al nacer en la CV mantiene una tendencia de crecimiento en los últimos años, situándose en 2015 en una media de 82,28

Esperanza de vida al nacimiento Comunitat Valenciana 2015			
Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2010	81,59	78,78	84,38
2011	81,80	79,00	84,57
2012	81,89	79,13	84,64
2013	82,41	79,84	84,94
2014	82,46	79,88	85,00
2015	82,28	79,60	84,95

Instituto Nacional de Estadística  
 Datos provisionales de 2015 (23 junio 2016)  
 Unidades: Años

Tabla 23. Esperanza de vida al nacer en la CV en el periodo 2010-2015

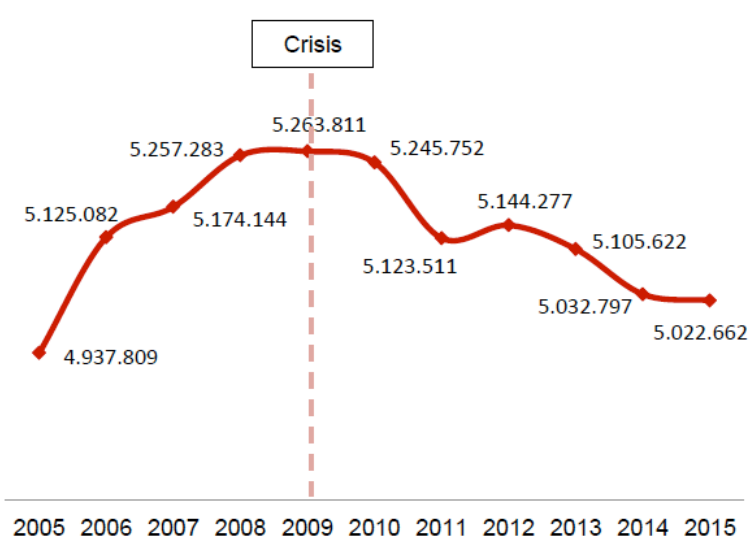
El INE en su estudio “Proyecciones de población 2016-2066”, y en caso de mantenerse la evolución demográfica observada, recoge que nos encontraremos ante una pérdida de población que en el caso de la Comunidad Valenciana sería de un 5%. (39)

Si bien la CV fue receptora de flujos migratorios a lo largo del primera década del siglo XXI, suponiendo en su máxima expresión en 2011 un 17% del total de la población; posteriormente la tendencia fue inversa con descenso de las inmigraciones y aumento de las emigraciones tanto de extranjeros como de nacionales, dando como consecuencia un saldo migratorio negativo. (35)

#### Evolución de los ciudadanos incluidos en el SIP

Datos del Sistema de Información Poblacional SIP. Dirección G<sup>a</sup> Asistencia Sanitaria

Año	Población SIP	% Var
2005	4.937.809	
2006	5.125.082	3,8
2007	5.174.144	1,0
2008	5.257.283	1,6
2009	5.263.811	0,1
2010	5.245.752	-0,3
2011	5.123.511	-2,3
2012	5.144.277	0,4
2013	5.105.622	-0,8
2014	5.032.797	-1,4
2015	5.022.662	-0,2



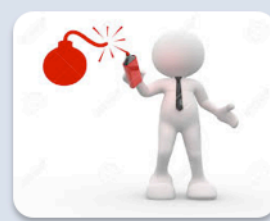
Sólo existen datos del SIP desde el 2005

Tabla 24. Evolución de la población SIP de la CV en el periodo 2005-2015.

Las enfermedades cardiovasculares, de mayor prevalencia en población envejecida, continúan siendo un problema de primera magnitud en países desarrollados como el nuestro. El cambio de hábitos de vida, no siempre positivos, con una dieta cada vez más rica en grasas y azúcares refinados y más pobre en verduras, frutas y legumbres; la escasa actividad física, con dificultad para el mantenimiento de un peso adecuado, el tabaquismo y el elevado estrés poblacional, contribuyen a todo ello.

Las enfermedades del aparato circulatorio, suponen la segunda causa más frecuente de ingreso hospitalario y por tanto un elevado coste sanitario.

### 3.2.8. MATRIZ DAFO/CAME



#### DEBILIDADES

Elevada presión asistencial, fundamentalmente en urgencias

Plantilla deficitaria para la demanda

Ingresos inadecuados desde urgencias por falta de protocolos y guardias localizadas (TVP)

Insuficiente número de sesiones quirúrgicas

Escasa coordinación con atención primaria y con los otros dos departamentos: Derivaciones inadecuadas y a veces tardías

Recursos tecnológicos justos: requeriríamos una mesa quirúrgica radiotransparente y al menos dos eco doppler portátiles para la consulta del ambulatorio y el quirófano

Baja representación en comisiones hospitalarias y órganos de decisión

Escasa dedicación a la actividad docente e investigadora

Escasa formación de los facultativos en conceptos de gestión

Elevado número de pacientes ingresados con problemática social que dificultan el alta médica en tiempo adecuado

#### AMENAZAS

Crisis económica todavía sin resolución, con presupuestos ajustados tanto para dotación de recursos humanos como estructurales

Presión demográfica: población muy envejecida, con mayor esperanza de vida y presión migratoria de grupos envejecidos

Cobertura de parte de la patología vascular por otras especialidades en departamentos colindantes

LEQ en varices y accesos vasculares muy elevada

Rivalidades terapéuticas con otros servicios del propio hospital: radiodiagnóstico, cirugía general

Unidades de referencia en patología vascular con fuerte presencia social: H la Fe y H Dr Peset en Valencia



## FORTALEZAS

Plantilla con edad media joven y con ganas de trabajar e ilusión por formar una sección de referencia en la provincia.

Formación del equipo en todos los ámbitos terapéuticos con óptima capacitación.

Muy buenas relaciones interpersonales entre facultativos y el resto de personal de la unidad

Atención continuada todo el año

Cartera de servicios amplia

Coordinación con otros servicios hospitalarios para gestión de casos: neurología, nefrología, UHD, hospital de día, UMCOAP

Incremento progresivo de los tratamientos quirúrgicos tanto en número como en complejidad, con buenos resultados

Asistencia a cursos y congresos internacionales: formación continuada

Participación docente en la universidad Jaime I y CEU en la facultad de medicina

Manejo habitual de la historia clínica electrónica y de todos los programas integrados en el hospital.

## OPORTUNIDADES

Única unidad vascular en la provincia

Coordinación con el Enfermero Gestor de Casos del HGUC

Capacidad para desarrollar vías clínicas con otros servicios intrahospitalarios

Aumento de la coordinación con atención primaria a través de la realización de rutas asistenciales y sesiones clínicas formativas

Realización de sesión clínicas generales para mejorar la formación en las patologías más prevalentes y con peor coordinación (TVP)

Posibilidad de integrarse en comisiones hospitalarias

Iniciar la visita a consulta no presencial y disminuir la demora en consultas externas

Uso de las TIC para mejorar la atención de los pacientes

Mejorar la seguridad y la calidad de atención a los pacientes



## CORREGIR DEBILIDADES

Disminuir la presión de urgencias mediante la elaboración de un protocolo y/o rutas asistenciales para la atención de la patología más prevalente: TVP, pie diabético

Mejorar las relaciones con atención primaria. protocolo bilateral de derivación de pacientes, charlas en centros de salud o colegio de médicos

Aumentar el rendimiento quirúrgico

Conseguir un mayor número de sesiones quirúrgicas en base a los rendimientos y demoras de LEQ

Aumentar la participación en comisiones hospitalarias

Realizar sesiones internas con conceptos básicos de gestión clínica, seguridad y calidad de atención al paciente

Conseguir docencia MIR como medio para aumentar la dotación de personal

Buscar vías paralelas de financiación para equipamiento, como becas

## AFRONTAR AMENAZAS

Consolidar el servicio en base a la experiencia y los buenos resultados, destacar en puntos como la búsqueda de la calidad, el uso de las TIC y la seguridad del paciente.

Transformar las rivalidades con otros servicios en trabajo común, colaboración y atención multidisciplinar

Potenciar la CMA en varices y fístulas

Abrir el diálogo con especialidades de otros departamentos, mostrarles resultados y facilitarles la derivación y comunicación



## MANTENER LAS FORTALEZAS

Mantener el espíritu de trabajo y la ilusión del equipo, potenciar la calidad terapéutica para obtener buenos resultados y reconocimiento, buscar nuevos retos .

Fomentar las buenas relaciones, el diálogo, la participación y la sensación de pertenencia a un grupo cualificado y respetado

Mantener la búsqueda de cursos de formación y congresos, como recompensa por la labor bien hecha

Ampliar la cartera de servicios con las nuevas posibilidades terapéuticas que vayan surgiendo

Continuar con las sesiones clínicas y colaboración con otros servicios

Continuar con el uso de la historia electrónica, receta electrónica y ser pioneros en cualquiera de las novedades que surjan

Obtener mayor participación docente en cooperación con la universidad

## EXPLOTAR LAS OPORTUNIDADES

Iniciar relaciones con el enfermero gestor de casos

Planificar una línea de sesiones hospitalarias para darnos a conocer y mejorar el conocimiento de las patologías más prevalentes

Desarrollar vías clínicas en cooperación con otros servicios y buscar su aprobación en la Comisión de Calidad

Usar la integración en comisiones hospitalarias para aumentar el conocimiento y conseguir mejoras internas en nuestra unidad. (comisión de seguridad, calidad..)

Elaborar protocolos de actuación con atención primaria

Ampliar las posibilidades de las TIC con consulta no presencial, interconsulta rápida con presencial con primaria, en atención continuada.

Mejorar la calidad percibida con adecuada atención,, información clara, facilitar las altas, visitas y controles



## 4. PLAN DE ACTUACION DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA

### 4.1 MISIÓN. VISIÓN. VALORES

**Misión:** Mejorar, estabilizar o curar al paciente vascular, teniendo en cuenta su entorno familiar y social en la comunidad, utilizando para ello la capacidad técnica y competencia de los profesionales especialistas, garantizando una asistencia de alta calidad en la materia, coordinándose cuando sea preciso, con otras especialidades médicas y quirúrgicas en la provincia de Castellón.

**Visión:** Aspiramos mediante la implicación, iniciativa y esfuerzo de los profesionales de la sección a mantener y reforzar nuestra condición de unidad de referencia de cirugía vascular en la provincia y a establecer áreas de excelencia fundamentalmente en el ámbito asistencial sin dejar de lado la docencia y la investigación.

#### Valores

**Orientación al paciente:** Mediante la búsqueda de un trato personalizado, desde el respeto, la empatía, la educación y el conocimiento, adaptándonos a las necesidades de cada paciente y considerándolo el centro de nuestra actividad

**Equipos funcionales:** Implicándonos en el trabajo conjunto con otras especialidades y las diferentes estructuras del departamento, desarrollando rutas asistenciales y vías clínicas

**Actitud innovadora:** buscando en las nuevas tecnologías métodos actuales de comunicación con los pacientes, con otros profesionales y con el propio hospital.

**Orientación a resultados:** Buscando el beneficio del paciente con un uso eficiente de los recursos.

**Competencia, aprendizaje y generación de valor:** Apoyando el crecimiento personal y profesional en la asistencia, docencia e investigación, favoreciendo la adquisición de conocimientos y habilidades que aportan valor a los pacientes, el hospital y la sociedad y promoviendo la participación de éstos en el desarrollo de los objetivos institucionales.

## 4.2 LINEAS ESTRATEGICAS

### 1. ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

El Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, debe buscar las herramientas para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus servicios. Para ello resulta de especial interés mejorar la comunicación y coordinación con atención primaria y con servicios determinantes de los otros departamentos de la provincia. De igual manera, se hace indispensable mejorar la asistencia intrahospitalaria mediante la adecuada coordinación interservicios. En definitiva, es deseable el buscar y conseguir la atención integral de los problemas de salud en el ámbito de la cirugía vascular, eliminando las barreras intra e inter niveles.

### 2. CULTURA DE LA EFICIENCIA

La eficiencia es consecuencia de la necesidad de gestionar con recursos limitados. Hay que contribuir al uso responsable y eficiente de los recursos y obtener el máximo rendimiento de los mismos. Para ello, se intentará disminuir la variabilidad asistencial mediante la elaboración de protocolos y/o vías clínicas multidisciplinares consensuados y aprobados por la Comisión de Calidad, se potenciarán las alternativas a la hospitalización tradicional, como la cirugía mayor ambulatoria y la hospitalización domiciliaria y la consulta de alta resolución, mediante la “visita única” en asistencia externalizada, se optimizará el uso y rendimientos clínicos.

### 3. MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL

Uno de los elementos fundamentales de la calidad es la seguridad. Concepto todavía nuevo pero de elevado impacto tanto en términos económicos como de resultados asistenciales y satisfacción de los pacientes. De ahí que se comenzará a fomentar la cultura de la seguridad clínica con especial hincapié en el ámbito quirúrgico y de hospitalización. Para ello, implantaremos medidas de práctica seguras que reduzcan los eventos adversos. Se buscará también extender la cultura de calidad asistencial, la mejora continua y la transparencia en los resultados.

### 4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Ampliar el uso de las nuevas tecnologías en los procesos hospitalarios. Mejorar así la atención al usuario y las vías de comunicación entra e inter niveles asistenciales.

### 5. DESARROLLO PROFESIONAL, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Promover un entorno que favorezca la formación profesional, mejorando las competencias para desempeñar el puesto de trabajo. Estimular la integración de los profesionales en comisiones hospitalarias para ampliar conocimientos hacer presente a la unidad en el entorno hospitalario. Estimular para aumentar el sentimiento de pertenencia a la institución como elemento de responsabilidad social.

Fomentar la actividad docente en colaboración con la Universidad, la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, los órganos docentes intrahospitalarios

### 4.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS

#### ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- *Mejorar la comunicación con atención primaria y con otros servicios intra e inter hospitalarios. Trabajo por procesos.*
- *Desarrollar un programa de consulta rápida con atención primaria vía telemática*
- *Garantizar la calidad de los procesos de alta del paciente*
- *Desarrollar instrumentos de atención personalizada al paciente*

En nuestro caso, resulta de especial interés la coordinación con los servicios de urgencias, fundamentalmente de nuestro hospital, pero también de los dos hospitales de los departamentos colindantes. La presión de urgencias, genera el 60-70% de los ingresos en nuestra unidad. Una correcta comunicación evitaría un número importante de ingresos innecesarios. Asimismo la fluida comunicación con atención primaria, evitaría a los pacientes derivaciones innecesarias a urgencias y mejorar la accesibilidad a consultas externas.

Esto supone la elaboración de acuerdos de trabajo estables, coordinación de recursos y beneficio mutuo, en forma de protocolos asistenciales de las patologías más prevalentes.

Dentro de la atención centrada en el paciente resulta de vital importancia proporcionarle la información más completa, tener en cuenta sus preferencias a la hora de la atención médica y favorecer una correcta y sencilla transición del paciente hospitalizado a primaria.

#### ACCIONES ESTRATEGICAS

- Se hace imprescindible la elaboración de un protocolo de tratamiento de la **enfermedad tromboembólica**, en el que se incluyan los siguientes items
  - Definir y elaborar normas para la correcta derivación de pacientes a urgencias desde atención primaria.
  - Partiendo de la formación de una **comisión multidisciplinar** que englobe a todos los agentes implicados (atención primaria, urgencias, vascular, hematología, radiología, neumología) realizar un mapa de ruta adecuado que para conseguir un adecuado diagnóstico y tratamiento en tiempo y forma, evitando ingresos innecesarios y promoviendo el tratamiento ambulatorio de los casos oportunos. Una vez creado el protocolo, se presentaría a la **Comisión de Calidad** Hospitalaria para su aprobación y difusión.
  - Flujograma de partida para tratamiento de trombosis venosa profunda:

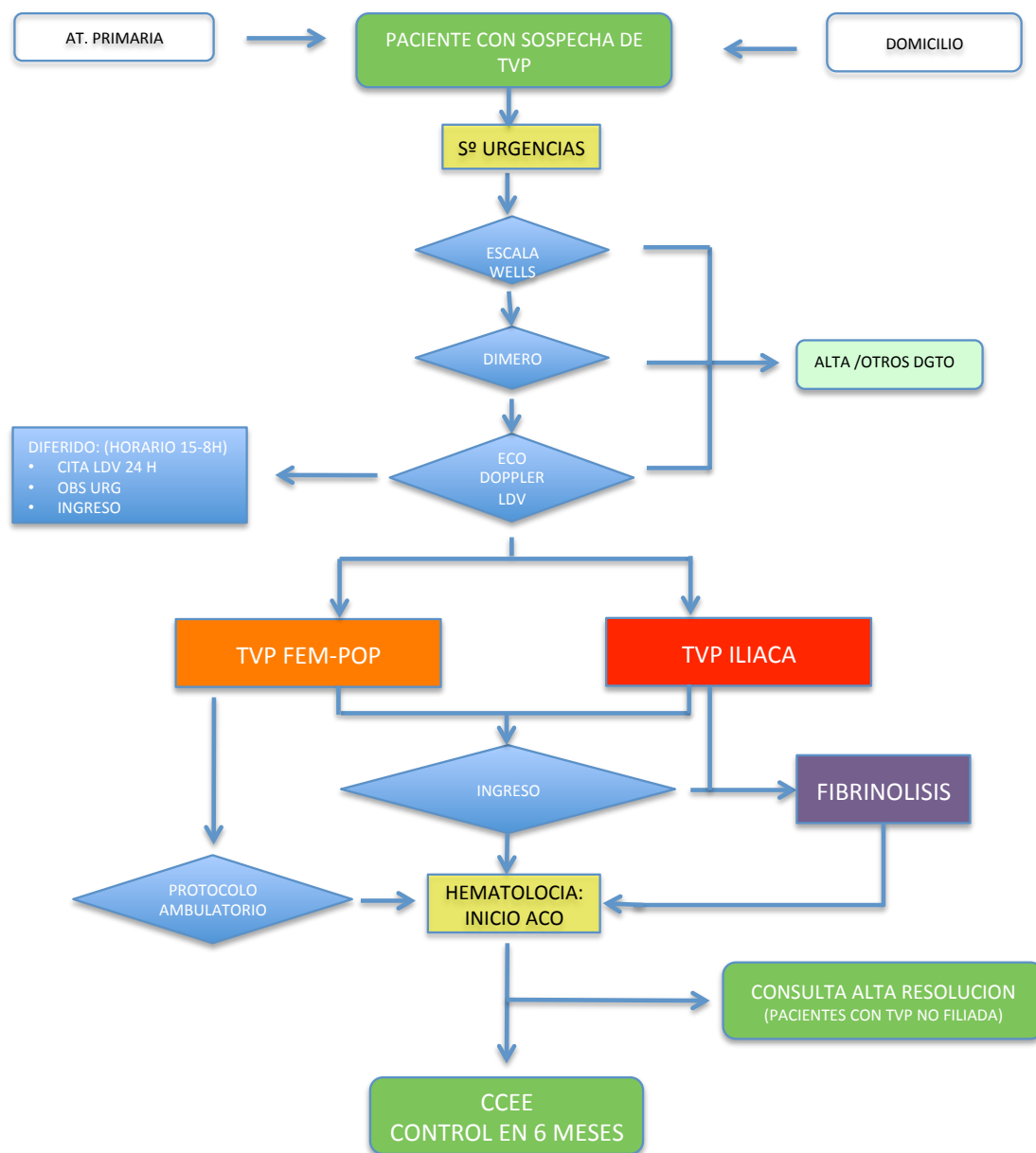


Imagen13. Flujoograma para diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda.

- Elaboración de un protocolo de tratamiento del paciente con **pie diabético y/o arteriopatía diabética**. Se seguirían los mismos pasos que en caso previo.
- Flujoograma inicial de tratamiento del pie diabético:

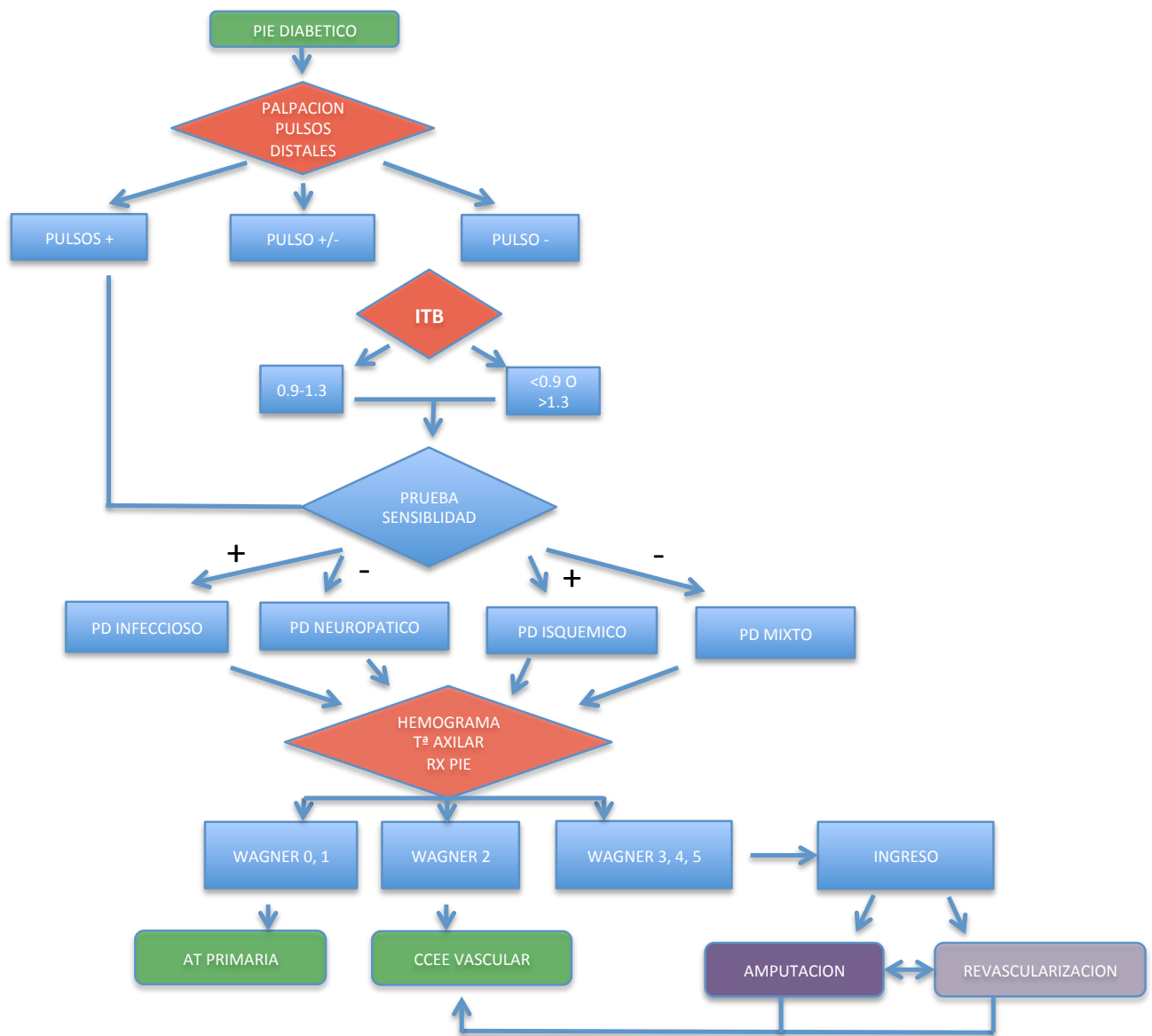


Imagen 14. Flujograma de diagnóstico y tratamiento del pie diabético

**Clasificación Escala de Wagner-Merrit (1981)**

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna. Pie de riesgo.	Hiperqueratosis, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra y deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales.	Dstrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas.	Penetra en piel, grasa y ligamentos pero sin afectar hueso. Infectada.
3	Úlceras profundas + absceso.	Extensa y profunda, secreción y mal olor. Existencia de osteomielitis.
4	Gangrena limitada.	Necrosis de parte del pie (dedos, talón, planta).
5	Gangrena extensa.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

Tabla 25. Escala de Wagner-Merrit para clasificación clínica del pie diabético

- Definiremos una correcta normativa que garantice toda la información que requiere un paciente **al alta**:
  - **Informe médico y de enfermería.** Ambos quedarán registrados en la historia clínica electrónica y además de adjuntará al paciente el informe en papel. Se cumplirán una serie de ítems mínimos para garantizar la calidad del mismo:
    - En los procedimientos quirúrgicos especificar la intervención realizada, cirujano y fecha
    - En la exploración física, referir la situación al alta del paciente respecto del ingreso
    - En la evolución incluir todos los detalles necesarios, complicaciones, valoraciones por otras especialidades con sus recomendaciones, pruebas pendientes...
    - En caso de ser necesario, indicación consensuada médico-enfermera sobre curas que haya que realizar
  - Informe de **asistente social** cuando sea preciso.
  - Se deberá incluir en TODOS LOS CASOS **receta electrónica actualizada**, haciendo especial hincapié en las modificaciones realizadas y las nuevas prescripciones.
  - **Receta de material ortoprotésico**, si el paciente lo requiere.
  - Copia de prescripción de **transporte sanitario** gestionado.
  - Se incluirá la **fecha de cita** en consultas externas
- Se orientará la asistencia teniendo en cuenta las **necesidades y derechos del paciente**:
  - Ofertaremos la libre elección del especialista dentro del equipo
  - Permitiremos la elección de horario de citas que resulte más favorable dentro del margen establecido. A futuro se podrá valorará la posibilidad de realizar actividad de consulta estructural en horario de tarde 1 día al mes.
  - Dando respuesta rápida a las quejas o a la solicitud de cambio de especialista. Una vez que llegue el escrito a la unidad, se adquirirá el compromiso de respuesta en 48 horas.

## CULTURA DE LA EFICIENCIA

- *Potenciar alternativas a la atención tradicional*
- *Optimizar el uso y rendimiento de los recursos clínicos*
- *Potenciar los circuitos de alta resolución*

## ACCIONES ESTRATÉGICAS

- Aumentar el uso de la **unidad de hospitalización domiciliaria** como vía de alta precoz de pacientes postquirúrgicos que vayan a requerir curas durante periodos prolongados, mediante la creación de protocolos específicos.

- Desarrollo de consulta de **consultas de alta resolución**: Hay un número importante de primeras visitas que podrían ser alta o tomar una vía de derivación rápida evitando nuevas visitas. Por ejemplo, es frecuente la valoración de pacientes que requieren algún tipo de estudio mediante eco doppler con el cual se conseguiría realizar el alta o la inclusión en lista de espera quirúrgica en una única visita. Ejemplos de esto serían pacientes con varices, pacientes con dudas sobre patología arterial..... Para conseguirlo resulta fundamental optimizar el tiempo de visita de estos pacientes en la consulta.

Se podría comenzar realizando una consulta semanal dedicada en exclusiva a casos susceptibles de alta resolución. Se realizaría por todos los miembros del equipo de forma rotatoria. En condiciones normales una primera visita dispone de 20 minutos. Se añadirían otros 5 para realizar el estudio y redactar el informa pertinente. Conformándose así una agenda de unos 10-12 pacientes. Esta cifra una vez puesta en marcha la consulta podría ser modificada para su optimización.

- Potenciar el **uso de la cirugía mayor ambulatoria**. Garantizar que la mayoría de los pacientes que van a ser intervenidos de varices y fístulas arterio-venosas lo harán a través de CMA con una correcta selección de los mismos.
- Garantizar un **alta completa** de los pacientes de CMA. Incluirá: informe, receta médica y ortoprotésica, cita de revisión en consulta externa, y hoja de recomendaciones específica del tipo de intervención realizada.
- Conocer y utilizar el recurso del **enfermero gestor de casos**. Nos encontramos con cierta frecuencia con pacientes con un contexto familiar y socio-económico complicado, que muchas veces se complica todavía más al alta puesto que muchos de estos pacientes se convierte en parcialmente dependientes (por ejemplo los amputados). Se requiere una correcta coordinación de estos casos para evitar prorrogar ingresos y garantizar una correcto seguimiento y atención a los mismos al alta. Actualmente no hacemos uso de la figura del gestor de casos, con quien podríamos coordinar dicha situación.
- Crear un protocolo con los **trabajadores sociales** para detectar las necesidades de los pacientes de forma precoz.

## MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL

- *Transparencia de los resultados asistenciales*
- *Mejorar la calidad en la atención de consultas externas*
- *Favorecer la seguridad de los pacientes y mejorar la información que reciben en el área de hospitalización*
- *Minimizar los riesgos en el área quirúrgica*

El desarrollo de protocolos y vías clínicas ya mencionado ha de servir para disminuir la variabilidad clínica y por tanto para mejorar la calidad de atención de los pacientes. Cumplida esta premisa hemos de ser capaces de mostrar los resultados de la unidad con transparencia.

En el área de seguridad clínica se perseguirá la reducción de riesgo de los pacientes así como los eventos adversos. Las áreas de hospitalización y cirugía son las más delicadas en éste ámbito. Se deberán implantar instrucciones de seguridad y calidad mediante controles internos, promover la declaración de eventos adversos concienciando a los profesionales de la importancia de los mismos mejorando la cultura de seguridad entre los profesionales.

### ACCIONES ESTRATÉGICAS

- Ser capaces de publicar los resultados asistenciales de la unidad sin tapujos, en un ejercicio de **transparencia** basado en la confianza del trabajo bien hecho y en la búsqueda de una mejor y más completa información a los pacientes. Así resultaría de gran interés **publicar los datos de nuestra unidad** en la página web del hospital, siendo estos de acceso libre para el personal y los ciudadanos.
  - Publicar el **plan estratégico** del Servicio
  - Publicar los **protocolos** de actuación
  - Publicar los **resultados quirúrgicos**, asociados a los estándares nacionales o internacionales:
    - Tasa de morbilidad en aneurisma íntegro
    - Tasa de morbilidad en aneurisma roto
    - Tasa de morbilidad en endarterectomía carotídea
    - Tasa de amputaciones mayores en diabéticos
    - Tasa de permeabilidad primaria y secundaria en pacientes con tratamiento endovascular de miembros inferiores...
- **E-consulta o consulta no presencial:** desarrollaremos una consulta no presencial para casos de pacientes crónicos y estables que sólo requieran informe de resultado de pruebas o actualización terapéutica, disminuyendo los desplazamientos. La actualización de tratamientos mediante la receta electrónica se hace especialmente factible. Para que el paciente disponga de su copia en papel se le ofertarán tres alternativas: recogida en su centro de salud, remisión por correo postal, remisión vía correo electrónico.

- La **interconsulta telemática**, ya descrita, es también un punto de desarrollo favorable para evitar derivaciones innecesarias.
- Desarrollar un programa piloto de consultas externas en horario de tarde, para dar cobertura a personas que por motivos de distancia, trabajo o familia tengan dificultad para su asistencia en horario habitual
- Ampliar la actual **guía informativa** a pacientes y familiares. Consensuar con la enfermería que cada paciente y/o sus familiares al ingreso deben recibir dicha guía en papel y además se les deben detallar los puntos de mayor interés de forma oral. Es muy importante que sean conocidas las normas de funcionamiento, los horarios de información médica, la sistemática de alta o como dirigirse a los asistentes sociales. Al actual guía es común a los tres servicios que compartimos la sala de hospitalización y sería interesante realizar una específica de vascular.
- Confirmar la colocación de la **pulsera identificativa** en todos los pacientes a lo largo del ingreso, tanto en hospitalización como en el quirófano.
- Valoración de **riesgos** de los pacientes al ingreso y tras cada evento de significación, como una cirugía:
  - Escala de DOWTON para riesgo de caídas. En caso de riesgo elevado confirmar el uso de medidas de protección y hacerlo constar por turnos en la historia clínica
  - Escala d BRADEN para úlceras por presión. Los pacientes de mayor riesgo deberán disponer de colchones antiescara y realizárseles medidas posturales. Contar con los familiares siempre que sea posible para los mismos.
- **Control adecuado del dolor.** Característicamente le paciente con patología isquémica vascular suele presentar un dolor significativo. Debe ser un objetivo conseguir un alivio óptimo del mismo. Para ello se aplicará la escala visual de dolor, realizándose ajustes terapéuticos para alcanzar un grado de confort adecuado.
- Aplicar de manera sistemática a todos los pacientes el protocolo **infección quirúrgica zero**. Aquellos que posteriormente desarrollen infecciones d la herida quirúrgica, habrán de ser revisados individualmente para ver si se ha incumplido algún punto y hay que reforzar nuestras actuaciones futuras o bien se debe a circunstancias inevitables.
- Cumplimiento del **check list quirúrgico** en todas las intervenciones. El uso del check list comienza por hacer comprender a los implicados la importancia del mismo en la seguridad del paciente. Es decir, que no se trata de un nuevo “papelito a rellenar” que a alguien se le ha ocurrido, si no que tiene un objetivo claro y fundamental en la atención sanitaria.

## SISTEMAS DE INFORMACION

- *Mantenerse en la actual actitud de ser punteros en el uso de las distintas aplicaciones informáticas*
- *Mantener una búsqueda periódica y actualizada de páginas web de interés para los pacientes.*
- *Crear un espacio web del Servicio de Cirugía Vascul ar en la del Hospital General*

Un objetivo departamental y de la comunidad autónoma es la historia clínica sin papeles. Este es un proyecto de implantación progresiva. La unificación de la historia favorece y permite mejorar la fluidez de la comunicación entre profesionales. Al tiempo agiliza las visitas y proporciona una información global y rápida del paciente.

Por otro lado en la ya más que sobrepasada era del internet, son muchos los recursos que facilitan la información de los pacientes. Proporcionarles información fiable donde buscar y poder solventar sus dudas es un complemento a la información clásica que además está siempre accesible. La información proporciona tranquilidad, seguridad y confianza a los usuarios, obteniéndose así de forma secundaria una mejor percepción por su parte de los responsables de su atención y de la entidad.

- Nos mantendremos en el compromiso de usar cada aplicación informática que se implemente a nivel hospitalario. El Servicio ha sido pionero en el uso de todas las funciones informáticas de la historia clínica a medida que se han ido poniendo en marcha. Seguiremos en esta línea. Fórmulas ya mencionadas que se ven implicadas en este apartado son la interconsulta telemática y la consulta no presencial.
- Desarrollaremos un espacio en la **página web hospitalaria** en el que se colgará el plan estratégico de la unidad, las vías clínicas que se vayan realizando y los resultados asistenciales de la misma. Se colgarán enlaces a páginas web de interés sanitario para patología vascular, artículos médicos de interés, enlaces con asociaciones de pacientes (diabéticos, nefrópatas, linfedema...). La página se actualizará semestralmente.
- Contribuir en dar a conocer la web de promoción de la salud [www.cuidatecv.es](http://www.cuidatecv.es), con especial hincapié en las áreas de actividad física, alimentación, envejecimiento activo, tabaco, diabetes y enfermedades cardiovasculares
- Realizaremos búsquedas y/o actualización periódicas de **páginas web y/o aplicaciones** de interés en patología vascular y problemas directamente relacionados con la misma, que puedan ser de utilidad para nuestros pacientes. El objetivo es completar la información y aumentar el conocimiento de los pacientes en su proceso, para hacerles más conscientes y en definitiva más responsables del mismo. Lógicamente y puesto que nuestros pacientes son fundamentalmente de edad avanzada tendremos

que adecuar esta información y no será infrecuente que la vía más sencilla sea proporcionarles dicha información impresa.

Sería interesante en patologías de alta frecuencia como las varices, linfedema, pie diabético, aneurismas, etc. Las búsquedas se realizarán de forma semestral y cada hallazgo será sometido a la valoración del equipo, previa a su recomendación.

## **DESARROLLO PROFESIONAL, INVESTIGACION Y DOCENCIA**

### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- *Impulsar la formación en gestión de los profesionales clínicos, para complementar la formación asistencial*
- *Apertura del Servicio de Cirugía Vascular al Hospital y fuera de él.*
- *Mejorar la comunicación con el equipo*
- *Mejorar y mantener la ilusión del equipo, la satisfacción por el trabajo y las ganas de realizarlo bien.*
- *Participar en la docencia a nivel intrahospitalario y de departamento*
- *Aumentar la producción científica de la unidad.*

Los profesionales son uno de los ejes fundamentales de la atención al paciente. Pero actualmente se requiere un nuevo rol, un profesional proactivo y motivado, que entienda los nuevos modelos de gestión basados en el paciente, que comprenda la importancia del trabajo multidisciplinar, se implique y sea parte activa de las necesidades del sistema. Todo esto requiere formación, evaluación y reconocimiento.

La comunicación interna, fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas implicadas en los diferentes niveles de atención del paciente vascular es fundamental para lograr la identificación de los profesionales con los planes estratégicos, iniciando en nuestro caso, a nivel micro.

La formación continuada es un pilar básico para el adecuado desarrollo de los profesionales. En este sentido hay que hacer referencia a una doble vertiente: por un lado el especialista en cirugía vascular como receptor de la formación, con el objeto de estar al día de las novedades diagnósticas y terapéuticas. Por otro el vascular como formador: el mantener a compañeros de otras áreas, como primaria (medicina y enfermería) y urgencias fundamentalmente, en aquellas patologías más frecuentes (trombosis venosa profunda, úlceras varicosas, pie diabético...) va a implicar un mejor y más adecuado tratamiento de nuestros pacientes y en una mejor coordinación y gestión de los recursos del sistema.

### **ACCIONES ESTRATÉGICAS**

- Realizar sesiones básicas periódicas relacionadas con la gestión u organización sanitaria y que habitualmente no son de interés para los profesionales dedicados a la labor puramente asistencial. Conocer el hospital por dentro para ser más conscientes de nuestros actos y sus implicaciones

- Formación en SINEA (sistema de notificación y registro de eventos adversos). Se solicitaría al servicio de Medicina Preventiva, encargado actualmente del mismo.
- Formación en sistemas de información, por el Servicio de Documentación: CMBD, indicadores sanitarios, GRD....
- Formación en TIC por el Servicio de Informática. Este aspecto permitiría ampliar y conocer nuestras posibilidades en cuanto a acceso remoto durante la atención continuada localizada, posibilidades de e-consulta, web 2.0 para recomendaciones a los usuarios.....
- Formación en gestión económica. Por parte de algún miembro de la dirección económica
- Finalmente, compartir **áreas de responsabilidad** entre los facultativos, utilizando aquellos conocimientos adquiridos. Así serían factibles: un responsable de consultas externas, de hospitalización, de laboratorio vascular, de quirófano, de la coordinación de la consulta de curas.....

El fomentar el **empoderamiento** a través de la mejora del conocimiento global de los facultativos sobre el funcionamiento hospitalario, ayudará a aumentar la comprensión, participación y consecución de los **objetivos de gestión anuales**

- Elaborar un plan de **sesiones semestral** dedicado a la exposición de posibles puntos de conflicto o mala gestión. En definitiva un foro para exponer problemas y buscar soluciones consensuadas, revisar posibles actualizaciones de protocolos, etc...
- Promover la participación en **órganos colegiados** del Hospital. Por un lado ahonda en la intención de propiciar el sentido de pertenencia a la institución, por otro mejora la presencia del servicio a nivel Hospitalario y finalmente es una fuente indirecta de conocimiento para el resto del equipo.
- Desarrollar un plan de **sesiones clínicas generales** intrahospitalarias anual.
  - Consistiría en un grupo de 4 ó 5 sesiones generales, coordinadas con la Comisión de Docencia, de aquella patología que llega a nuestra unidad de forma más frecuente y que bajo nuestro criterio no lo hace de forma adecuada. En el caso de disponer de vías clínicas para la mismas, darlas a conocer en estos foros.
  - Realizar las mismas sesiones vehiculizadas a través del Colegio de Médicos para llegar a Atención Primaria.
- Favorecer un tiempo reglado para cada facultativo con el fin de dedicarlo a la recuperación de datos que permitan la redacción de **artículos** y la **elaboración de comunicaciones** a distintos congresos nacionales o internacionales.

- Propiciar la asistencia a cursos, work-shop y congresos de interés relevante
  - Desarrollar un plan anual con los mismos y una distribución en base al desarrollo de competencias por parte de los miembros.
- Evaluar el desempeño de forma anual y premiar su desarrollo en forma de programas de formación, días libres o mejoras salariales indirectas.

#### 4.4 MAPA DE PROCESOS

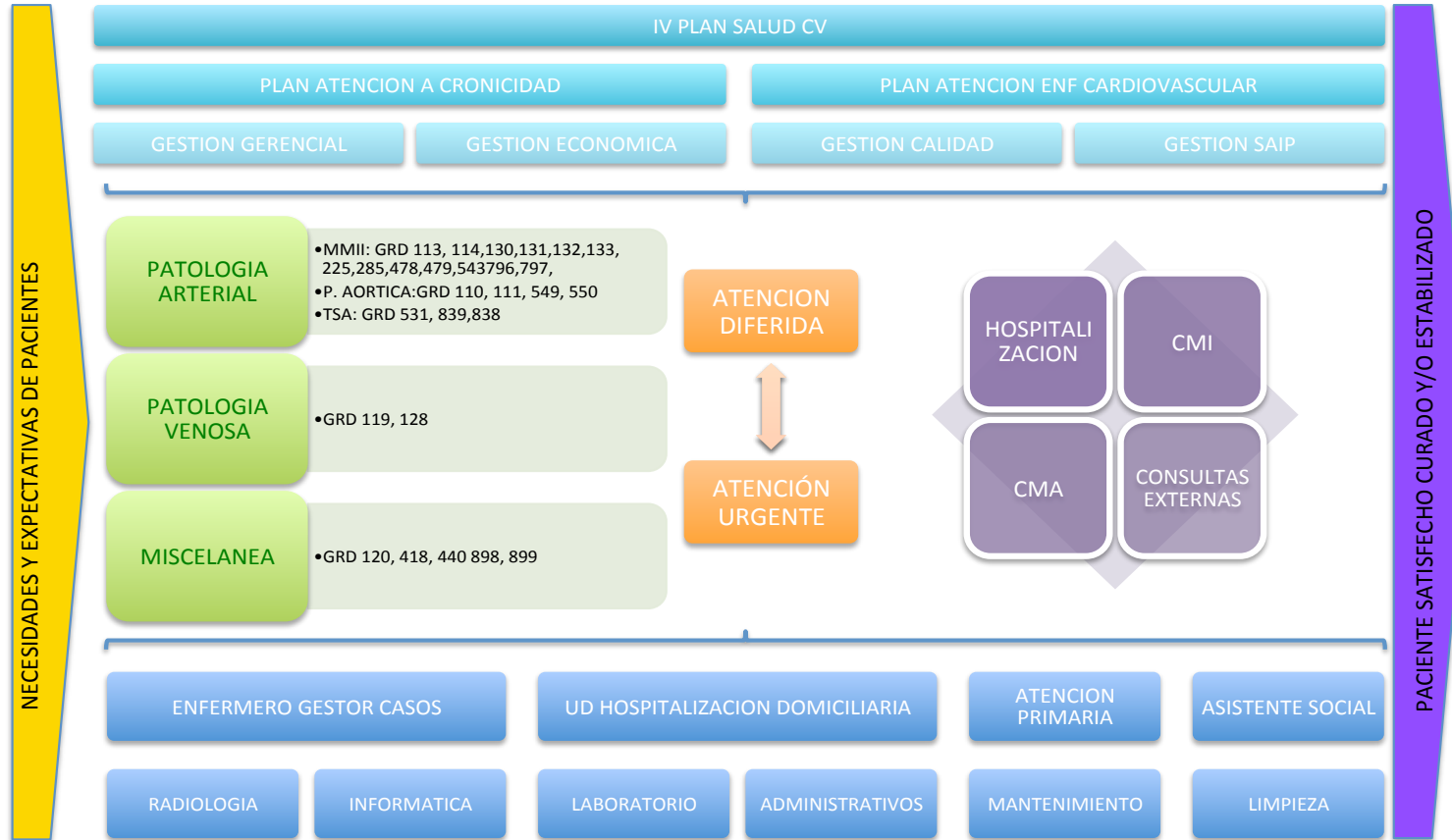


Imagen. Mapa de procesos para Cirugía Vascular

## LISTADO DE GRD REFERIDOS EN EL CUADRO DE MANDO:

### PATOLOGIA ARTERIAL

#### Miembros inferiores (MMII):

- GRD 113 Amputación por trastornos circulatorios salvo miembro superior y dedos de pie
- GRD 114 Amputación de miembro superior y dedos de pie por trastornos circulatorios
- GRD 130 Trastornos vasculares periféricos con CC
- GRD 131 Trastornos vasculares periféricos sin CC
- GRD 132 Arterioesclerosis con complicaciones
- GRD 133 Arterioesclerosis sin complicaciones
- GRD225 procedimiento sobre el pie
- GRD 285 Amputación miembro inferior por trastorno endocrino, nutricional y metabólico
- GRD 478 Otros procedimientos vasculares con CC
- GRD 543 Trastorno circulatorio excepto IAM, endocarditis, insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia con CC mayor
- GRD 796 Revascularización de extremidad inferior con CC
- GRD 797 Revascularización extremidad inferior sin CC

#### Patología aortica:

- GRD 110 Procedimiento cardiovascular mayor con CC
- GRD 111 Procedimiento cardiovascular mayor sin CC
- GRD 549 Procedimiento cardiovascular mayor con CC Mayor
- GRD 550 otros procedimientos vasculares con CC

#### Troncos supra-aórticos:

- GRD 531 Procedimientos sistema nervioso excepto craneotomía con complicación mayor
- GRD 838 Procedimientos extra-craneales con CC
- GRD 839 Procedimientos extra-craneales sin CC

### PATOLOGIA VENOSA

- GRD 119 Ligadura y stripping de venas
- GRD 128 tromboflebitis y venas profundas

### MISCELANEA

- GRD 120 Otros procedimientos quirúrgicos sobre el aparato circulatorio
- GRD 418 Infección postquirúrgica y postraumática
- GRD 440 Desbridamiento de herida por lesión traumática
- GRD 898 Infección y parasitosis con procedimiento quirúrgico
- GRD 899 Infección postquirúrgica o postraumática con procedimiento quirúrgico

## 4.5 CUADRO DE MANDO

PERSPECTIVA	OBJETIVOS	INDICADORES	META	INICIATIVAS
RESULTADOS EN SALUD	Mejorar la atención al paciente con arteriopatía diabética	Amputaciones en DM  Tasa de ingresos por pie diabético	Mantenernos en la media población anual (dato 0,1 2015) Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI  Conseguir una tasa de ingresos por pie diabético con reducciones anuales del 5%	Elaborar una ruta asistencial en arteriopatía diabética  Promover con AP acciones de autocuidado en pie diabético  Realizar jornadas en centros de salud o colegio de médicos sobre pie diabético  Potenciar el tratamiento endovascular del paciente diabético en estadios tempranos.  Formación continuada en tratamiento endovascular de arteriopatía distal
	Disminuir la demora para intervenciones de CVA	Tiempo de espera para intervenciones de CVA  Rendimiento quirúrgico	Mantenernos por <b>debajo de la media</b> en tiempo de espera de cirugía para CVA en la CV y España. Último dato 2016, 64 y 73 días respectivamente de forma semestral. Fuente: (SISLE): MSSSI  Mantener un <b>rendimiento quirúrgico</b> anual superior al 80% y aumentarlo un 2% anualmente. Fuente CMBD	Seleccionar adecuadamente los pacientes con varices y fístulas que se incluyen en CMA  Aumentar el rendimiento quirúrgico durante las sesiones, ajustando el comienzo y fin de la actividad, realizando una correcta programación

		<p>Conseguir que el 100% de las varices se intervengan por CMA. Supervisión semestral</p> <p>Conseguir que el 90% de las fístulas se hagan por CMA. Supervisión semestral.</p> <p>En dos años comenzar con un programa de <b>CMA para el tratamiento endovascular</b> de miembros inferiores vía CMA</p>	<p>Conseguir una sesión quirúrgica de CMA y otra de CMI más a la semana</p> <p>Formarse en el uso de dispositivos de cierre arterial que permitan la deambulaci3n del paciente en horas y por tanto una CMA</p>
Disminuir la demora en CCEE	<p>Tiempo espera en consulta CVA</p> <p>Tasa de consultas de alta resoluci3n</p> <p>Relaci3n sucesiva/primeras</p>	<p>Conseguir un tiempo de espera por debajo de 15 /30/60 d3as para consulta en base a la patolog3a. El primer semestre en el 70% de los pacientes. Aumentar dicho porcentaje un 5% semestral.</p> <p>Implantar la consulta de alta resoluci3n en 6 meses. Derivar a la misma todos los pacientes susceptibles de CMA</p> <p>Implantar la e-consulta y la interconsulta telemática en 6 meses. Conseguir un desarrollo semestral del 5%</p> <p>Mantener una relaci3n sucesiva/primeras por debajo de 2 semestralmente.</p>	<p>Realizar una correcta <b>selecci3n de los pacientes</b> con la propuesta inicial, clasificaci3n por gravedad en tres grupos</p> <p>Desarrollo de la <b>interconsulta telemática</b> inter-niveles</p> <p>Desarrollo de la <b>consulta de alta resoluci3n</b></p> <p>Dar el <b>alta</b> (con seguimiento en AP) en pacientes cr3nicos que se encuentren estables en su patolog3a durante al menos dos a3os y a aquellos que no sean susceptibles de tratamiento quirúrgico.</p> <p>Incluir a aquellos pacientes que sean susceptibles en la <b>e-consulta no presencial</b></p>

PERSPECTIVA	OBJETIVOS	INDICADORES	META	INICIATIVAS
CLIENTE (PACIENTE)	Mejorar la calidad atención a los pacientes	Satisfacción con la atención en CVA.  Satisfacción con el control del dolor  Tasa de informes de alta completos en hospitalización  Tasa de informes de alta completos en CMA	Buscaremos resultados de encuestas de satisfacción favorables en 70% de los pacientes de forma trimestral.  Conseguir un adecuado control del dolor del paciente hospitalizado.  Conseguir el primer año un 80% de las altas de hospitalización completas y mejorarlo un 5% semestral.  Perseguiremos en el 1º año que el 75% de los pacientes tengan al alta de CMA el informe completo. Semestralmente perseguiremos mejorarlo un 5%	El paciente es el centro de la atención, debemos <b>mejorar la comunicación e información</b>  Elaboraremos una <b>guía informativa</b> sobre funcionamiento de la hospitalización para pacientes que ingresen  Al alta se pasarán encuestas de satisfacción voluntarias .  Abriremos una vía de comunicación con el <b>enfermero gestor</b> para casos susceptibles  Se buscará junto a los trabajadores sociales la coordinación de pacientes de riesgo al alta hospitalaria.  Durante el pase de visita pasaremos escalas de evaluación de dolor para ajustar la analgesia a niveles óptimos.  Se desarrollará un protocolo con los ítems imprescindibles que ha de cumplir el alta completa en cualquiera de sus ámbitos.
	Mejorar la seguridad en la hospitalización	Tasa de pacientes hospitalizados con pulsera identificativa.  Tasa de caídas en paciente hospitalizado	Que el 100% de los pacientes hospitalizados sean portadores de pulsera identificativa. Control semestral por Hº Clínica  Conseguir una tasa de caídas por debajo de la media de nuestro hospital anual. Disminuirla anualmente hasta llegar al 0% en 3 años.	Entre los protocolos de funcionamiento de auxiliares y enfermeras, se incluirá, confirmar la pulsera identificadora, aplicar la escala de Braden y Downton al ingreso y tras cada evento significativo de los pacientes.

	Tasa de úlceras por presión (UPP) en hospitalizados	Conseguir una tasa de UPP <1% anual o x debajo de la tasa de la CV. Fuente ICMBD	En pacientes de alto riesgo se pondrán medidas de seguridad como barreras, colchón antiescara y medidas posturales por turno.
	Notificación de eventos adversos	Conseguir la declaración de eventos adversos en SINEA	Difundir entre el personal la guía práctica de personas con UPP o riesgo de padecerlas aprobada por la comisión hospitalaria.  Sesiones formativas en seguridad del paciente.  Se estimulará a toda la plantilla para aumentar la declaración de eventos adversos/SINEA
Mejorar la seguridad de los pacientes en el área quirúrgica	Cumplimentación check list quirúrgico  Tasa de infección quirúrgica	Conseguir que se cumplimente el check-list en el 95% de las cirugías.  Conseguir una tasa de infección quirúrgica por debajo del estándar en CVA. Se evaluará semestralmente. Fuente ICMBD	Formaremos progresivamente a los facultativos mediante sesiones clínicas en diferentes aspectos de seguridad. Desde el conocimiento se puede mejorar las aptitudes, identificar riesgos, modificar comportamientos...  En sesión clínica de morbilidad se evaluará trimestralmente las tasas de infección quirúrgica. En los pacientes que la sufran se revisará su historia para confirmar si ha habido un adecuado cumplimiento del protocolo

PERSPECTIVA	OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	INICIATIVAS
PROCESO INTERNO	Elaborar vías clínicas para los procesos vasculares (TVP, Pie diabético)	Nº de guías de práctica clínica desarrolladas o actualizadas al año	Elaborar/actualizar 1 guía clínica al año de cada área (consulta, quirófano, urgencias u hospitalización)	Elaborar una vía clínica para diagnóstico, ingreso y tratamiento de la TVP consensuada.
	Mejorar la comunicación con AP y otros Sº intra y extra-hospitalarios	Nº ingresos evitables por TVP al año	Reducir semestralmente un 5% los ingresos imprecidentes por TVP	Difundir la vía clínica a nivel intra y extra-hospitalario Elaborar un protocolo de tratamiento domiciliario de la TVP no complicada Potenciar el conocimiento de la TVP en el hospital con sesiones clínicas general y en AP a través de sesiones en colegio de médicos o centros de salud Presentar las vías clínicas al comité de calidad.
	Desarrollar un protocolo para las altas médicas/CMA	Nº de altas con receta Nº de altas con fecha para cita de control	Conseguir una elevada satisfacción con los informes de altas Minimizar o evitar al paciente tras el alta las actuaciones secundarias de su médico de AP	Desarrollar un protocolo de altas que incluya: receta, cita en consulta, recomendaciones y transporte.
Desarrollar la consulta de alta resolución	Pacientes resueltos en 1 visita	En el 1º semestre implantar 2 consultas semanales. En el 2º 1 semanal con 10-12 pacientes. En los años sucesivos optimizar la consulta aumentando un 20% su capacidad Conseguir la resolución en una visita de al menos el 80% de los pacientes	Aumentar el tiempo de visita para estos pacientes Realizar una correcta selección de los pacientes susceptibles de alta resolución Asegurar que la consulta disponga del espacio físico necesario y de un eco doppler	

PERSPECTIVA	OBJETIVOS	INDICADORES	META	INICIATIVAS
FORMACION Y CRECIMIENTO PERSONAL	Participar en la docencia a nivel departamental	Nº actividades formativas realizada/nº actividad aprobadas	Realizar al menos 5 sesiones docentes al año en forma de cursos del EVEST, con el colegio de médicos, la universidad, sesiones Generales Hospitalarias, etc	Promover la realización de sesión hospitalarias como vía de mejorar el conocimiento en aquellas patologías que supongan para unidad ingresos evitables y sobrecarga laboral innecesaria como vía para optimizarlo.
	Abrir el Sº al Hospital y al exterior.	Ratio comisiones/facultativos	Asistir a l menos a 1 congreso/curso/up date al año  Que cada uno de los miembros de la unidad pertenezca a una Comisión	Incentivar la participación en comisiones hospitalarias, favoreciendo la disponibilidad de tiempo.  Evaluar el desempeño personal  Premiar objetivos con días libre o mejora salarial
	Aumentar la producción científica	Nº comunicaciones a congresos  Nº publicaciones en revistas	Remitir un mínimo de dos comunicaciones a congresos cada staff anuales  Conseguir al menos 2 publicaciones anuales	Proporcionar de forma reglada tiempos para la actividad docente  Premiando con la asistencia a cursos, congresos y work-shops  Exponer en sesión los logros del equipo e individuales.

## **5. CURRICULUM DEL CANDIDATO**

### **5.1 PERFIL PROFESIONAL DE LA CANDIDATA**

Licenciado en Medicina. Médico Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar

#### **Experiencia Laboral**

##### **Clínica del Dr Massimo Capelli, Florencia, Italia - 2005 y 2006**

Especialización en Patología Venosa. Formación específica en Eco Doppler venoso, estrategia CHIVA, escleroterapia y microespuma.

##### **Clínica Recoletos. Valladolid, Julio 2007-Febrero 2008**

Trabajadora por cuenta ajena como Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar en el ámbito de la medicina privada y con Mutuas médicas

##### **Policlínica Calzadas. Burgos, Julio 2007- Febrero 2008**

Trabajadora por cuenta ajena como Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar en el ámbito de la medicina privada.

##### **Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Octubre 2007 -Febrero 2008**

Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar. Encargada del Laboratorio de diagnóstico Vascolar no Invasivo

##### **Hospital la Moraleja y Zarzuela, Hospital La Moncloa y Clínica Zurbano - Madrid Marzo 2008-Abril 2009**

Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar. Desarrollando la especialidad en todos sus ámbitos: cirugía arterial, endovascular y especial hincapié en la patología flebológica con formación en todo tipo de técnicas quirúrgicas (CHIVA, Müller, láser, radiofrecuencia...) así como en el tratamiento estético (esclerosis, esclerosis con espuma, láser Alejandrita...)

##### **Hospital Universitario General de Castellón- Castellón Abril 2009- actualidad**

- Especialista en Angiología y Cirugía Vascolar.
- Vocal de la Sociedad Valenciana de Cirugía Vascolar desde 2011
- Encargada del Laboratorio de diagnóstico Vascolar no Invasivo y responsable de su homologación a nivel nacional en 2011.
- Tutora de Residentes 2010-2013.
- Responsable del área de hospitalización
- Miembro de la Comisión de Seguridad Clínica del Paciente.

- Miembro de la Comisión para la integridad cutánea y úlceras por presión “CATIC”

## **Formación**

### **Estudios Universitarios:**

- Licenciado en Medicina por la Universidad de Valladolid 1994 – 2000
- Grado de Licenciatura año 2001 con calificación de Sobresaliente
- Plaza de médico interno residente en el servicio de Angiología y Cirugía Vascolar del Hospital Universitario General de Asturias, obtenida en convocatoria nacional MIR del año 2001, durante el quinquenio 2002-2007.

### **Tercer ciclo:**

PROGRAMAS DE DOCTORADO – TESIS DOCTORAL

**Cursos de Doctorado:** INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA. Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Oviedo en los años académicos 2002/03. “TUMORES DE ORIGEN VASCULAR”. Trabajo de revisión bibliográfica. Asignatura: Investigación en Oncología Quirúrgica.

**Diploma de Estudios Avanzados:** “ PREVALENCIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”. Presentado en el año académico 2003/2004. Calificación de Sobresaliente.

**TESIS DOCTORAL :** “ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA HEMODINÁMICA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA TRAS ENDARTERECTOMIA Y ANGIOPLASTIA CON STENT”. Universidad de Valladolid. Enero de 2016. **Sobresaliente “cum laude”**

### **Titulación Complementaria:**

- Certificado Básico para la Realización de Exploraciones Vasculares no Invasivas. Comisión Evaluadora para la Homologación de los Laboratorios de Diagnóstico Vascular No Invasivo en Granada. Octubre 2005.
- Título de primer nivel de Formación en Protección Radiológica Orientado a la práctica intervencionista. Palma de Mallorca. Junio 2007
- Diplomado Superior en Metodología de la Investigación. FFOMC. Octubre 2007
- Título de segundo nivel de Formación en Protección Radiológica Orientado a la práctica intervencionista. Madrid Junio 2010

## **Idiomas**

Inglés con certificación de la Escuela Oficial de Idiomas hasta 2º curso (A2)

Italiano con certificación Plida, nivel B2, (livello progresso)

## **Formación Continuada**

### **Realización de Cursos**

- Curso de recepción para residentes del HUCA, Julio 2002
- Curso de electrocardiografía básica para residentes del HUCA, Agosto 2002
- Curso de RCP básica para residentes de HUCA, año 2002
- XV Curso de Cirugía: Hepatocarcinoma. HUCA Febrero 2003
- Taller de Dolor Agudo Postoperatorio. HUCA Junio 2003
- Manejo del paciente con riesgo vascular. HUCA. Septiembre 2003
- La autopsia clínica como criterio de calidad hospitalaria. HUCA, Octubre 2003.
- Curso sobre Infección Nosocomial y Antibioterapia Hospitalaria “on line” con el patrocinio de FAES FARMA (20 horas lectivas ), curso 2002-03
- IV Curso de Protocolos de Patología Vascular para Atención Primaria. Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Noviembre 2004
- Curso Internacional e Interuniversitario. Avances en Patología Vascular. Universidad de Santiago de Compostela. Marzo 2005
- XXI Curso Nacional de Microcirugía. Marzo 2005, Valladolid.
- X Simposium Microquirúrgico. Universidad de Valladolid. Marzo 2005
- VII Curso: “Nuevas aportaciones del eco-doppler a la práctica clínica”. Octubre 2005, Granada. (10 horas lectivas)
- Curso preparación complementaria del IV examen de acreditación personal básica. Capítulo de Diagnóstico Vascular no Invasivo. Octubre 2005, Granada.
- VIII Congreso Nacional Capítulo Diagnóstico Vascular No Invasivo de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Granada, Octubre 2005. (10 horas lectivas)
- Curso de iniciación en Programación Neurolingüística. Sociedad Hispanoamericana de Psicología Aplicada. Madrid, Marzo 2006
- Curso de Cirugía Endovascular en modelos animales. Fundación de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. León Junio 2006 (20 horas lectivas)
- 4ª Curso de Actualización en Angiología y Cirugía Vascular para MIR 5.

Febrero 2007, Madrid

- Curso de Introducción a la Terapia Neural. Sociedad de Terapia Neural Española. Colegio de Médicos de Barcelona, Febrero y Marzo 2007
- III Congreso Nacional del Capítulo de Cirugía Endovascular de la SEACV. Palma de Mallorca, Junio 2007. (0,6 créditos)
- Diploma de Especialización en Metodología de la Investigación. Otorgado por la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Enero 2008. ( 300 horas/57,2 créditos)
- AngioTest 2010. Plataforma e-learning de la SEACV. Febrero-Junio 2010. (5.8 créditos/ 30 horas lectivas).
- Curso Postgrado de Capacitación en Patología trombótica. Universidad de Navarra. Enero-Diciembre 2010. (16 créditos ECTS / 103, 33 créditos FC Sociedad Española Cardiología)
- Curso de formación en Angioplasta de troncos distales. Brescia, Italia Mayo 2010.
- Curso de segundo nivel de Formación en Protección Radiológica Orientado a la práctica intervencionista. Madrid Junio 2010. (20 horas lectivas).
- AngioTest 2011. Plataforma e-learning de la SEACV. Febrero-Junio 2011 (29 créditos FFOMC)
- AngioTest 2012. Plataforma e-learning de la SEACV. Febrero-Septiembre 2012 (34,2 créditos FFOMC)

### **Asistencia a Jornadas y Congresos**

Congreso Nacional de Capítulo de Flebología de la SEACV. Oviedo, Abril 2003

XVI Reunión de Invierno de Cirugía Vascul. Candanchú, Febrero 2004

Jornada de Dolor postoperatorio y Confort Analgésico. Madrid, Diciembre 2004

VIII Congreso Nacional del CDVNI; Octubre 2005, Granada.

Tratamiento Endoluminal de la Aorta Torácica. Oviedo, Febrero 2005

XIII Congreso Nacional del Capítulo español de Flebología. Girona, Abril 2005.

VIII Congreso Nacional Capítulo Diagnóstico Vascular No Invasivo de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. Granada, Octubre 2005

IV Reunión de la Sociedad Asturiana de Angiología y Cirugía Vascul y Endovascular. Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Oviedo, Febrero 2006

Actualización en úlceras Vasculares. SNACV Oviedo, Abril 2006.

52ª Jornadas Angiológicas Españolas; Junio 2006, Madrid.

IX Congreso de la Asociación Europea de CHIVA. Santiago de Compostela, Septiembre 2006

Asistencia a todas las Reuniones Científicas de la Sociedad Asturiana de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular en el período Julio 2002-Marzo 2007

4ª Curso de actualización en Angiología y Cirugía Vascular para MIR 5. Madrid, Febrero 2007.

XV Congreso Nacional del Capítulo de Flebología, La Rioja, Abril 2007.

53ª Jornadas Angiológicas Españolas; Palma de Mallorca, Junio 2007

Congreso Europeo de la Sociedad de Cirugía Vascular. Niza Septiembre 2008

55º Congreso Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Valencia, Junio 2009

Congreso Europeo de la Sociedad de Cirugía Vascular. Amsterdam Septiembre 2011

Primer Symposium Mediterráneo de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim Octubre 2010

57 Congreso Nacional de la SEACV . Valladolid, Junio 2011

Vascular and Endovascular Issues, Techniques and Horizons (Veith Symposium). New York Noviembre 2011.

34th International Charing Cross Symposium. London Abril 2012

3ª Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. Valencia, Octubre 2012

4º Symposium Mediterráneo de Cirugía Vascular. Benicassim, Octubre 2013

LINC. The Leipzig Intervencional Course. Leipzig, Alemania Enero 2016.

### **Comunicaciones y Póster en Congresos**

Más de 25 Comunicaciones a Congresos Nacionales e Internacionales. Entre ellos dos premios a la mejor comunicación y dos al mejor poster.

- E. Adeba, P. Ablanado, L. Gº Domínguez, J. Gª-Cosio, E. Prado, M. Vicente, C. Fdez Catalán. B. Bodega Martínez, M. Alonso Pérez. Sarcoma Primario de Vena Poplitea. Presentación de un caso. XV Reunión de Invierno de Cirugía Vascular. Candanchú Febrero 2003
- B Bodega Martínez, M Vicente Santiago, A alle González, A de Vicente. Malformación Venosa Lingual. XI Congreso Nacional del Capítulo de Flebología. Oviedo, Abril 2003
- E. Adeba, P. Ablanado, L. García-Dominguez, J García-Cosío, E. Prado, M. Vicente, C. Fernández, B. Bodega, M. Alonso, A. García de la Torre, J. Pacho, A. Valle, M.F. Polvorinos, A. Barreiro. Sarcoma Intimal de la Vena Poplitea. Presentación de un caso. XLIX jornadas Angiológicas Españolas. A Coruña, Mayo 2003
- E. Adeba, L. García, J. Gª-Cosio, M. Vicente, C. Fdez Catalán, B. Bodega Martínez, M. Alonso, M. F. Polvorinos, A. Gª de la Torre, A. Valle, J. Pacho.

- Coartación de Aorta Abdominal asociada a patología de Arteria Renal. IX convención de Cirujanos Vasculares de Habla Hispana. Octubre 2003
- C. Fernández Catalán, B. Bodega Martínez, A. Valle, A. García de la Torre. HTA de Origen Vasculorenal: A propósito de dos casos. III Reunión de Sociedad Asturiana de Angiología y Cirugía Vascular” Enero 2004. **PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN**
  - B. Bodega Martínez, L. García Domínguez, J.M. Estevan Solano, A. Barreiro Mouro. Prevalencia de Aneurismas de Aorta Abdominal en Pacientes con Hernia Inguinal. XVI Reunión de Invierno de Cirugía Vascular. Febrero 2004
  - J M Estevan Solano, B Bodega Martínez. Angioplastia Femoral. 25 años de permeabilidad. XVI Reunión de Invierno de Cirugía Vascular. Febrero 2004
  - E Adeba, E Prado, M Vicente, C Fernández, B Bodega, D Fernández, A García, A Valle, M Alonso, MF Polvorinos, J Pacho, JM Estevan, A Barreiro. Aneurismas Sicóticos de la Aorta Abdominal. Revisión de 3 Casos. XVI Reunión de Invierno de Cirugía Vascular. Febrero 2004
  - JM Estevan Solano, B Bodega Martínez. Aneurisma Aorta Abdominal. Estudio Evolutivo en Asturias 1980-2002. XVI Reunión de Invierno de Cirugía Vascular. Febrero 2004
  - E. Adeba Vallina, C. Fdez Catalán, B. Bodega Mtnez, D. Fdez G<sup>a</sup>-Rovés, A. Valle Glez, M. Alonso Pérez, A. G<sup>a</sup> de la Torre, J. Pacho, MF. Polvorinos, A. Barreiro Mouro. Sarcoma de vasos poplíteos. Análisis de dos casos. X Convención de Cirujanos de Habla Hispana. Octubre 2005
  - B. Bodega Martínez. Fístula Aortoentérica Primaria: Tratamiento Endovascular. IV Reunión de la Sociedad Asturiana de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. 3 Febrero de 2006. **PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN.**
  - B. Bodega Mtnez, A G<sup>a</sup> de la Torre, J. G<sup>a</sup>-Cosio Mir, M. G<sup>a</sup> Pandavenes, A. Valle Glez, C. Fdez Catalán. Fístula Aortoentérica primaria: Tratamiento Endovascular. 52 Jornadas Angiológicas Españolas. Junio 2006
  - A G<sup>a</sup> de la Torre, C. Fdez Catalán, B. Bodega Martínez, D. Fdez G<sup>a</sup>-Rovés, S. Fdez Glez, A. Chocrón Arama. Tratamiento de las úlceras vasculares con facores de crecimiento plaquetario rico en fibrina autólogo (FCP), en sistema cerrado estéril (Sistema Vivostat). 52 Jornadas Angiológicas Españolas. Madrid Junio 2006
  - C. Fdez Catalán, A. G<sup>a</sup> de la Torre, B. Bodega Martínez, D. Fdez G<sup>a</sup>-Rovés, A. Chocron Arama, S Fdez Glez. Tratamiento endovascular de un Aneurisma Micótico roto en la Aorta Torácica. 52 Jornadas Angiológicas Españolas.

Madrid Junio 2006

- A De la Torre, A G<sup>a</sup> Cosío, JM Llana, B Bodega, A. Valle, E. Adebá, M. Alonso, D. Rovés, s. Fernández, A. Chocrón, R. Domínguez. Rotura Iatrógena de la Iliaca Externa durante Cirugía Endovascular. XXX Reunión de la Sociedad Norte de Angiología y Cirugía Vascular. Valladolid, Octubre 2006.
- B. Bodega, S. Fernández, D. Rovés, R. Domínguez, A. Valle, E. Adebá, JM. Estevan, A. De la Torre, MF. Polvorinos, M. Pandavenes, M. Alonso, J. Pacho, A. Barreiro. Pseudoaneurisma Traumático de Vena Cava Inferior. Congreso Nacional del Capítulo Español de Flebología. La Rioja, Abril 2007. **PREMIO AL MEJOR POSTER.**
- De la Torre, M. Alonso, J. Llana, L. Cambor, J. Cosío, E. Rodríguez, B. Bodega. Utilización de extensores aórticos para el sellado de Iliacas primitivas dilatadas con prótesis Excluder. 53 Jornadas Angiológicas Españolas. Palma de Mallorca, Junio 2007
- D. Rovés, M. Alonso, B. Bodega, A. Chocrón, S. Fernández, R. Domínguez, A. De la Torre, A. Barreiro. Maniobras de rescate de endoprótesis de Aorta Abdominal migrada cranealmente. 53 Jornadas Angiológicas Españolas. Palma de Mallorca, Junio 2007
- D. Rovés, M. Alonso, A. Valle, J. Llana, L. Cambor, B. Bodega, A. Chocrón, J. Cosío, A. Torre, A. Barreiro. Cirugía combinada como opción terapéutica en patología aneurismática compleja. 53 Jornadas Angiológicas Españolas. Palma de Mallorca, Junio 2007
- Bulnes Vázquez V.; Bodega B.; Brañavona P.; García de la Torre A.; Rodríguez Menéndez J.E.; Vega García F.; García-Cosío MIR J.M. Reparación percutánea de aneurismas de aorta. Sellado en iliacas primitivas ectásicas mediante extensores aórticos para respetar el flujo de la arteria hipogástrica. X Congreso Nacional de la SERVEI. Oviedo, Mayo 2007. **PREMIO AL MEJOR POSTER**
- Bodega B; Admettler X, Briones B, Martínez S. Dichos y hechos sobre CHIVA. Primer Symposium Mediterráneo de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim Octubre 2010
- Briones J; B Bodega; Admettler X, Martínez S. Tratamiento Endovascular de un Tumor Fibroso Solitario. Primer Symposium Mediterráneo de Angiología y Cirugía Vascular. Benicassim Octubre 2010
- Bodega Martínez, J Briones Estebanez, X Admettler Castiglione, S Martínez Meléndez. Tratamiento Mixto de un Tumor Fibroso Solitario. 57 Congreso Nacional de la SEACV. Valladolid Junio 2011
- X Admettler Castiglione, J Briones Estebanez, B. Bodega Martínez, S,

Martínez Melendez. Isquemia Aguda de Hemimano Secundaria a Aneurisma de FAVI Trombosado. 57 Congreso Nacional de la SEACV . Valladolid Junio 2011

- Bodega Martínez, , X Admetller Castiglione ,J Briones Estebanez, S Martínez Meléndez. Aneurisma de Arteria Hepatica: Una causa infrecuente de fistula a Duodeno. 57 Congreso Nacional de la SEACV . Valladolid Junio 2011
- Olmos Gisbert, J. Briones Estebanez, B. Bodega Martinez, X Admetller Castiglione, S. Martinez Melendez. Reparacion Endovascular de Aneurisma De Aorta torácica Descendente roto. 3º Symposium Mediterraneo de Cirugia Vascular. Valencia Octubre 2012
- Olmos Gisbert, X Admetller Castiglione, J. Briones Estebanez, B. Bodega Martinez, S. Martinez Melendez. Isquemia Aguda de Hemimano Secundaria a Aneurisma De FAV trombosado. 3º Symposium Mediterraneo de Cirugia Vascular. Valencia Octubre 2012
- B Genovés Gascó, B Bodega Martínez, J Briones Estébanez, E Tejerina Botella, F García Fernández, JB Orozco Bagán, S Martínez Meléndez. Isquemia Crítica por Obliteracion distal en Miembro Superior. 4º Symposium Mediterráneo de cirugía Vascular. Benicassim, Octubre 2013
- F García, X Admetller, J Briones, B Bodega, B Orozco, E Tejerina, S Martínez. Tratamiento de endofuga tipo I y II tras EVAR en paciente con anticoagulación crónica. 4º Symposium Mediterráneo de cirugía Vascular. Benicassim, Octubre 2013
- Colecha M, García F, Admetller X, Briones J, Bodega B, tejerina E, Martínez S. Amaurosis Fugax en paciente con Aneurisma de Aorta Torácica Descendente y Aneurisma de Vena Poplitea bilateral. 4º Symposium Mediterráneo de cirugía Vascular. Benicassim, Octubre 2013

## Libros y Revistas

- Bases Neuroanatómicas del Lenguaje Cerebral. Problemas Médicos en la Escuela y su Entorno. Universidad de Valladolid. Servicio de Apoyo a la Enseñanza. 1997:53-60
- Alteraciones de Lenguaje en una muestra de pacientes en edad infantil (<6 años). Boletín de Pediatría 1997;37:226-9
- Alteraciones de Lenguaje en una muestra de pacientes en edad escolar y adulta (>6 años). Boletín de Pediatría 1997;37:230-3
- Bultoma de Huevo Poplíteo. B. Bodega Martínez, C. Fdez Catalán, D. Fdez García-Rovés, A. Chocrón Arama. Casos clínicos de Residentes de Angiología

y Cirugía Vascul ar 2005

- Gastroenteritis y Paraparesia. C. Fdez Catalán, B. Bodega Martínez, D. Fdez García-Rovés, A. Chocrón Arama. Casos clínicos de Residentes de Angiología y Cirugía Vascul ar 2005
- Ulcera Flebostática complicada en paciente con Obesidad Mórbida. A. Chocrón Arama, C. Fdez Catalán, B. Bodega Martínez, D. Fdez García-Rovés Casos clínicos de Residentes de Angiología y Cirugía Vascul ar 2005
- San Norberto EM, Brizuela JA, Mengíbar L, Salvador R, Revilla A, Carpintero L, Gutierrez VM, González-Fajardo JA, Del Río L, Ibañez MA, Martín-Pedrosa M, De Marino P, Bodega B, Carrera S, Vaquero C. Oclusión de By-pass infrainguinal. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas. Vol X(4); 231-236; 2007.
- Comparación hemodinámica entre dos tipos de stent carotideo. Torres A, Bodega B, Gómez JL, Edo G, Ortiz E, Vaquero C. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas. Vol XVI (4)163-168;2013
- Seguimiento Ultrasonográfico de procedimientos quirúrgicos carotideos. Torres A, Gómez FJ, Bodega B, Plaza A, Ortiz E, Vaquero C. Revista Iberoamericana de Cirugía Vascul ar. Vol 1,(1) 39-48; 2013
- Comparación Hemodinámica en dos tipos de Stent Carotideo. Torres A, Bodega B, Gómez FJ, Edo G, Ortiz E, Vaquero C. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas. Vol XVI (4) 163-68;2013

#### Docencia e investigación

- Responsable del Ensayo clínico triple ciego “Terapia Neural En La Prevención Del Dolor De Miembro Fantasma En Pacientes Con Amputación Supracondilea Secundaria A Patología Vascul ar Isquémica”. Universidad Valencia 2015-2016. **BECA del Colegio de Médicos de Castellón, Julio 2015**
- Investigador colaborador en el estudio “**Sulodexina en el tratamiento del Síndrome postrombótico**”. Estudio Nacional coordinado por Dr Capdevilla 2015.
- Docente colaborador de la **Escuela de Estudios Valenciana (EVES)**:
  - Cirugía Menor en el Curso Superior de Salud Laboral (5ª Edición), Escuela Valenciana de Estudios de Salud. Enero 2015
  - Taller de Vendajes en el curso de Técnicas Básicas para Enfermería. Hospital General Universitario de Castellón. Mayo 2017

- Taller de Suturas en el curso de Técnicas Básicas para Enfermería. Hospital General Universitario de Castellón. Mayo 2017
- Valoración del tratamiento de heridas agudas y crónicas en el curso de Técnicas Básicas para Enfermería. Hospital General Universitario de Castellón. Mayo 2017

## 7. FUNCIONES DEL JEFE DE SECCIÓN

En la sección de Angiología y Cirugía Vascul ar no tenemos actualmente la figura del Jefe de Servicio. Como ya se refirió al inicio de este proyecto, la unidad a pesar de estar adscrita al Servicio de Cirugía General funciona con independencia del mismo. Por tanto en este caso, el Jefe de Sección va a asumir las funciones de un Jefe de Servicio. Dada esta situación paso a referir cuales han de ser los puntos clave en sus funciones.

Intentando dejar a un lado la obviedad, la función de un Jefe de Sección está dirigida a conseguir un adecuado funcionamiento de la unidad de Angiología y Cirugía Vascul ar dentro del contexto de la **sanidad pública**. Por tanto ha de anteponer la institución ante todo y velar por sus intereses, que son por encima de todo la atención centrada en el paciente, teniendo en cuenta los recursos.

El Jefe de Sección es esencialmente el **coordinador** de las funciones generales de la unidad y el **interlocutor** con los estamentos superiores y otras unidades tanto médicas como de enfermería.

Desde la comprensión de la función como coordinador y por tanto, de ser esta una **actividad transversal** y no piramidal, creo que es de gran interés repartir diferentes áreas de responsabilidad entre los miembros del equipo. Esto tiene un doble utilidad. Por un lado, es una demostración de confianza que mejora la implicación en el funcionamiento de la unidad como equipo, y por otro pretende servir de estímulo para ampliar los conocimientos en gestión contribuyendo a una actitud proactiva.

Es importante también la **coordinación con los equipos de enfermería** que trabajan con nosotros en cada una de las áreas asistenciales y por ello las hemos de hacer partícipes con tiempo del organigrama de funcionamiento. Lógicamente el personal de enfermería no depende del Jefe de sección, pero en el concepto de trabajo en equipo se hace imprescindible la colaboración entre estamentos.

El Jefe de Sección va a ser el **interlocutor con la Dirección y Gerencia** del centro. El encargado de transmitir las problemáticas surgidas y las posibles soluciones que se puedan plantear. También debe dar cuenta de las actividades realizadas.

La adecuada interlocución con los estamentos superiores se hace mas eficaz si se poseen **conocimientos y herramientas de gestión clínica**. Resulta imprescindible conocer el funcionamiento del entorno en el que trabajamos para hacer aportaciones y peticiones coherentes, así como para solventar los problemas

asistenciales más frecuentes como pueden ser, las listas de espera quirúrgica o las demoras de consulta. Al mismo tiempo, algunas dosis de creatividad pueden aportar un plus a la hora de la resolución de dichas circunstancias.

Para ejercer esta actividad resulta importante que el candidato tenga un adecuado desarrollo de las **relaciones humanas**: ha de resultar cercano y accesible para poder dialogar, amistoso, colaborador y con **actitud proactiva** a la hora de resolver los posibles conflictos que surjan. Se requieren adecuadas dotes como **comunicador**, resultando eficiente y concreto en sus postulados. Ayuda a todo esto el conocer adecuadamente al personal facultativo al cargo, tanto en sus aptitudes como médicos y cirujanos, como en el ámbito más personal, pues dicha circunstancia favorece la **empatía**. Las actitudes positivas y la consecución de objetivos han de ser recompensadas públicamente y como mínimo de forma verbal. Una forma de conseguir todo esto es realizar reuniones periódicas, escuchar las críticas, problemas y disfunciones con actitud abierta, buscar el consenso en las soluciones, pedir y valorar alternativas, propuestas e iniciativas

Las relaciones sociales se deben fomentar nivel intra y extra-hospitalario, con otros servicios y fundamentalmente con aquellos más cercanos a la patología vascular como neurología, nefrología, radiodiagnóstico, urgencias, endocrinología.... Hay que tener presente el cambio de modelo asistencial: el paciente como centro de atención y su trato con un **abordaje multidisciplinar** a través de **unidades funcionales** o como poco mediante el uso de **vías clínicas** o la creación de **protocolos consensuados**.

Otra característica fundamental es el ser **ejemplar en el trabajo**. Una persona que en su actividad diaria demuestra dedicación, empeño y tiempo tiene mucho ganado. No se puede exigir sin dar. El trabajo diario genera respeto, confianza y ayuda a motivar al equipo. Debe conocer y ser capaz de realizar la actividad asistencial como cualquier otro miembro del equipo. Se le debe exigir **transparencia** en su actividad, focalizada en el servicio público. En resumidas cuentas, no se busca la figura de un jefe, si no de un **líder**, alguien que asuma el trabajo con un claro concepto de **equipo**.

Lógicamente se hace necesaria una **sólida formación clínica y quirúrgica**. Ha de conocer sobradamente todas las áreas de trabajo de la especialidad, las técnicas clásica y por supuesto las nuevas. Y más allá de eso debe procurar la formación global del equipo, que cada uno de los miembros desarrolle competencias en todas las áreas, evitar la parcelación del conocimiento. Esto va a permitir un desarrollo homogéneo y un equilibrio del servicio independientemente de periodos con menor personal (como vacaciones o atención continuada) o en caso de jubilaciones, garantizando de esta forma que siempre habrá una atención integral, completa y con todas las opciones para el paciente vascular. Para progresar en este sentido hay que coordinar la asistencia de todos los facultativos a jornadas de actualización y work-shops de nuevas técnicas, realizar sesiones clínicas habituales para presentación de nuevos materiales y técnicas, aprender unos de otros...

Una de las tareas más arduas y que puede resultar más difícil de conseguir es la **actividad docente**. Es un área que necesita de grandes dosis de voluntad y habitualmente esta poco estimulada, por la sobrecarga de trabajo que supone y por la falta de recursos de ayuda para la investigación. En esta materia el Jefe de Sección ha de tener conocimientos en proyectos de investigación, redacción de artículos científicos, conocer las organizaciones que pueden facilitar la investigación como FISABIO. Ha de proponer líneas de investigación y ser partícipe en las mismas. Debe buscar la **motivación** del personal, planteando iniciativas, buscando la participación en ensayos clínicos y trabajando en primera línea.

La **evaluación continua**, el supervisar la consecución de los objetivos marcados en el plan estratégico marcado para la unidad, la capacidad de adaptarlo, modificarlo o de tomar medidas correctoras si las circunstancias así lo requieren. En definitiva el tener un control adecuado del funcionamiento de la unidad es labor del Jefe de Sección. Se debe renovar el plan estratégico cada 4 ó 5 años y durante el periodo vigente **monitorizar la actividad** a través de la creación de un cuadro de mando. Una estrecha relación con el Servicio de Documentación va a ayudar en esta tarea. Conocer a fondo los sistemas de información para la gestión de la sección de CVA

En definitiva, se trata de una tarea ardua y que no siempre resultará gratificante por lo que se requieren tener claro el objetivo y defenderlo. Ser resistente ante la adversidad y trabajar con entusiasmo.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- (1) Constitución Española. BOE n.º 311-1/78, de 29 de diciembre de 1978. Available at: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229).
- (2) Ley General de Sanidad. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados; 1986.
- (3) Orgánica L. 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado 2006;86.
- (4) Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. Available at: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-17235>.
- (5) **Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.** Available at: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-6472>.
- (6) **Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.** Available at: [http://boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-28643](http://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-28643).
- (7) Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana [2014/11888]. Available at: [http://www.docv.gva.es/datos/2014/12/31/pdf/2014\\_11888.pdf](http://www.docv.gva.es/datos/2014/12/31/pdf/2014_11888.pdf).
- (8) DECRETO 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Available at: [http://www.dogv.gva.es/datos/2015/09/22/pdf/2015\\_7706.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2015/09/22/pdf/2015_7706.pdf).
- (9) Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Available at: [http://www.docvgva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=0667/2003&L=1](http://www.docvgva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=0667/2003&L=1).
- (10) Valenciana C. LEY 4/2005, de 17 de junio, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. BOE de 2005;14.
- (11) IV Plan de Salud 2016-2020. Comunidad Valenciana. 2016; Available at: [http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV\\_PLAN+DE+SALUD\\_CV\\_2016\\_Castellano\\_web.pdf](http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf).
- (12) Plan de atención al ICTUS en la Comunidad Valenciana, 2011-2015. 1ª ed. Valencia: Conselleria de Sanidad; 2011.
- (13) Estrategia de envejecimiento activo de la Comunidad Valenciana 2013. 2013; Available at: <http://cuidatecv.es/pubs/estrategia-envejecimiento-activo-en-la-comunidad-valenciana-2013>. Accessed 05/17, 2017.
- (14) Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Comunidad Valenciana. 1ª ed. Valencian: Conselleria de Sanidad; 2006.
- (15) Plan estratégico para la Gestión de la Formación Especializada en Ciencias de la Salud en la Comunidad Valenciana, 2008-2011. 1ª ed. Valencia: Conselleria de Sanidad; 2008.
- (16) Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010. 1ª ed. Valencia: conselleria de Sanidad; 2016.

(17) **DECRETO 46/1988, de 12 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Valenciano de Salud.**

Available at: [http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=1988/810973&L=1&L=1&texto=organizacion+y+funcionamiento+del+servicio+valenciano+de+salud&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=&FECHA\\_FINAL=&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=1988/810973&L=1&L=1&texto=organizacion+y+funcionamiento+del+servicio+valenciano+de+salud&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=&FECHA_FINAL=&tipo_disposicion=&organismo=)

(18) **DECRETO 186/1996, de 18 de octubre, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada de la Conselleria de Sanidad y Consumo.** Available at:

[http://www.dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion.jsp?id=26&sig=2779/1996&L=1&url\\_lista=.](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=26&sig=2779/1996&L=1&url_lista=)

(19) Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. DOGV nº. 4430, de 31.1.2003. Available at:

<http://www.san.gva.es/documents/151744/218467/ley1-2003derechoseinformacionalpacienteval.pdf>.

(20) **DECRETO 25/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud.** Available at: [ww.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2005/1234&L=1&L=1&texto=estatutos+reguladores+agencia+valenciana+de+salud&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=&FECHA\\_FINAL=&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2005/1234&L=1&L=1&texto=estatutos+reguladores+agencia+valenciana+de+salud&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=&FECHA_FINAL=&tipo_disposicion=&organismo=)

(21) **DECRETO 37/2006, de 24 de marzo, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana..**

Available at: [http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2006/3470&L=1&L=1&texto=libre+eleccion+de+facultativo+y+centro&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=&FECHA\\_FINAL=&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2006/3470&L=1&L=1&texto=libre+eleccion+de+facultativo+y+centro&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=&FECHA_FINAL=&tipo_disposicion=&organismo=)

(22) **DECRETO 66/2006, de 12 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad.** Available at:

[http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2006/5693&L=1&L=1&texto=carrera+profesional&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=01%2F04%2F2004&FECHA\\_FINAL=31%2F05%2F2006&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2006/5693&L=1&L=1&texto=carrera+profesional&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=01%2F04%2F2004&FECHA_FINAL=31%2F05%2F2006&tipo_disposicion=&organismo=)

(23) **DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana..**

Available at: [http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2007/6632&L=1&L=1&texto=reglamento%2C%20estructura+y+funcion+atencion+sanitaria&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=02%2F05%2F2007&FECHA\\_FINAL=31%2F05%2F2007&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2007/6632&L=1&L=1&texto=reglamento%2C%20estructura+y+funcion+atencion+sanitaria&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=02%2F05%2F2007&FECHA_FINAL=31%2F05%2F2007&tipo_disposicion=&organismo=)

(24) **LEY 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.** Available at: [http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2013/12400&L=1&L=1&texto=medidas+fiscales+de+gesti%C3%B3n+administrativa+y+financiera&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=04%2F12%2F2013&FECHA\\_FINAL=31%2F12%2F2013&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=2013/12400&L=1&L=1&texto=medidas+fiscales+de+gesti%C3%B3n+administrativa+y+financiera&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=04%2F12%2F2013&FECHA_FINAL=31%2F12%2F2013&tipo_disposicion=&organismo=)

(25) ANEXO al Real Decreto 278/1980, de 25 de enero sobre transferencia de competencias de la

Administración del Estado al Consejo del País Valenciano. Available at: [http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=1980/801447&L=1&L=1&texto=Decreto+278%2F1980&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=&FECHA\\_FINAL=&tipo\\_disposicion=&organismo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=1980/801447&L=1&L=1&texto=Decreto+278%2F1980&solo_titulo=1&anyo_codigo=&codigo=&numero_dogv=&FECHA_INICIAL=&FECHA_FINAL=&tipo_disposicion=&organismo=)

(26) **REAL DECRETO 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud..** Available at:

[http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=1988/810506&L=1&L=1&texto=Real+decreto+1612%2F1987&solo\\_titulo=1&anyo\\_codigo=.](http://www.dogv.gva.es/resultat-dogv?signatura=1988/810506&L=1&L=1&texto=Real+decreto+1612%2F1987&solo_titulo=1&anyo_codigo=)

[digo=&codigo=&numero\\_dogv=&FECHA\\_INICIAL=&FECHA\\_FINAL=&tipo\\_disposicion=&organismos=.](#)

(27) López PR, Escribano JA, García JIL. Gestión clínica en cirugía. : Arán Ediciones; 2005.

(28) **DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.**

Available at: [http://www.dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=6634/2007&L=1](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=6634/2007&L=1).

(29) **DECRETO 137/2003, de 18 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Generalitat dependientes de la Conselleria de Sanidad.** Available at:

[http://www.dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=3513/2003&L=1](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=3513/2003&L=1).

(30) **DECRETO 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Provision de Plazas de Personal Estatutario al Servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana.** Available at:

[http://www.dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion.jsp?id=26&sig=0423/2003&L=1&url\\_lista=%26TEXT\\_O\\_LIBRE%3Dpor%2520la%2520que%2520se%2520dictan%2520instrucciones%2520para%2520el%2520funcionamiento%2520de%2520la%2520Formaci%25F3n%2520Profesional%26CHK\\_TEXTO\\_LIBRE%3D1%26tipo\\_search%3Dlegislacion%26num\\_tipo%3D9%26vigente%3D1](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=26&sig=0423/2003&L=1&url_lista=%26TEXT_O_LIBRE%3Dpor%2520la%2520que%2520se%2520dictan%2520instrucciones%2520para%2520el%2520funcionamiento%2520de%2520la%2520Formaci%25F3n%2520Profesional%26CHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26tipo_search%3Dlegislacion%26num_tipo%3D9%26vigente%3D1).

(31) Martínez Pérez M. Orígenes y desarrollo de la Angiología y Cirugía Vascul ar en España (1940-2015): 75 años de lucha para conservar íntegra su identidad.(Lo que deben conocer y no deben olvidar los angiólogos y cirujanos vasculares españoles). Angiologia 2015:240-245.

(32) Programa oficial de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascul ar. 2007; Available at:

<http://www.boe.es/boe/dias/2007/05/08/pdfs/A19853-19859.pdf>. Accessed 05/17, 2017.

(33) RESOLUCIÓN de 16 de abril de 2009, del conseller de Sanitat, por la que se aprueba la modificación del Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana relativa a la nueva denominación de los departamentos de salud. Available at: [http://www.svdm.es/svdm/wp-content/uploads/2015/05/RE\\_09.pdf](http://www.svdm.es/svdm/wp-content/uploads/2015/05/RE_09.pdf).

(34) Cifras oficiales de población. Revisión del padrón municipal. 2016; Available at:

<http://www.pegv.gva.es/20101cifrasoficiales/cifrasoficialesdepoblacion>. Accessed 04/15, 2017.

(35) Proyecciones de población a corto plazo. 2015; Available at:

<http://www.pegv.gva.es/temas/demografiaypoblacion/poblacion/proyeccionesdepoblacionacortoplazo>. Accessed 05/17, 2017.

(36) El Departamento de Salud de Castellón. 2017; Available at:

<http://castellon.san.gva.es/hospital/presentacion>. Accessed 04/15, 2017.

(37) Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Available at:

<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>.

(38) Memorias de actividad. Departamentoe de Castellón. Available at:

<http://castellon.san.gva.es/memorias-actividad>.

(39) Proyecciones de población 2016-2066. Instituto Nacional de Estadística. Available at:

[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176953&menu=ultiD atos&idp=1254735572981](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiD atos&idp=1254735572981).

