

\*\*\*\*\*

**Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)**

**Resolución de 30-06-2007, del Sescam, de la Dirección Gerencia de Área de Puertollano, por la que se nombra a Doña María Teresa Gomez San Roman Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico conforme a lo establecido en el Decreto 89/2005 de provisión de jefaturas asistenciales.**

Por Resolución de fecha 5 de diciembre de 2006 (DOCM nº 263 de 20/12/06), ésta Gerencia, previa autorización de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), aprobó la convocatoria para la provisión de la Jefatura de Servicio de Radiodiagnóstico, conforme al Decreto 89/2005, de 29 de julio de 2005, de provisión de Jefaturas de carácter asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Vista la propuesta de Resolución vinculante elevada por la Comisión de Valoración, de acuerdo a lo establecido en la Base 7.2 de la citada convocatoria

Esta Dirección-Gerencia, en virtud de las competencias atribuidas en el artículo 2 de la Resolución del Sescam de 22 de agosto de 2005 (DOCM nº 175 de 1 de septiembre) Resuelve:

- 1- Nombrar a Dª María Teresa Gómez San Roman Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico con los efectos descritos en la Base Octava de la convocatoria, en relación con el artículo 9 del Decreto 89/2005.
- 2- La duración del nombramiento según la Base 8.1 será de cuatro años, al término de los cuales se realizará una reevaluación, a petición de el/la interesado/a, a los efectos de determinar su continuidad en el puesto

El plazo de toma de posesión, tal y como establece la Base Novena de la convocatoria, es de un mes a partir del día siguiente a la publicación de esta Resolución.

Contra la presente Resolución podrá interponerse recurso potestativo de reposición en el plazo de un mes contado desde el día siguiente al de su publicación, según lo establecido en

los artículos 107, 116 y 117 de la Ley 30/92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, de 26 de noviembre, o directamente recurso contencioso-administrativo en el plazo de dos meses.

Puertollano, 30 de junio de 2007  
El Gerente de Área  
**ÁLVARO SANTOS GÓMEZ**

\*\*\*\*\*

**Resolución de 30-06-2007, del Sescam, de la Dirección Gerencia de Área de Puertollano, por la que se nombra a Don Alfonso Javier Noblejas Leon Azorin Jefe de Sección de Medicina Interna conforme a lo establecido en el Decreto 89/2005 de provisión de jefaturas asistenciales**

Por Resolución de fecha 5 de diciembre de 2006 (DOCM nº 263 de 20/12/06), ésta Gerencia, previa autorización de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), aprobó la convocatoria para la provisión de la Jefatura de Sección de Medicina Interna, conforme al Decreto 89/2005, de 29 de julio de 2005, de provisión de Jefaturas de carácter asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Vista la propuesta de Resolución vinculante elevada por la Comisión de Valoración, de acuerdo a lo establecido en la Base 7.2 de la citada convocatoria

Esta Dirección-Gerencia, en virtud de las competencias atribuidas en el artículo 2 de la Resolución del Sescam de 22 de agosto de 2005 (DOCM nº 175 de 1 de septiembre) Resuelve:

- 1- Nombrar a D. Alfonso Javier Noblejas León Azorin Jefe de Sección de Medicina Interna con los efectos descritos en la Base Octava de la convocatoria, en relación con el artículo 9 del Decreto 89/2005.
- 2- La duración del nombramiento según la Base 8.1 será de cuatro años, al término de los cuales se realizará una reevaluación, a petición de el/la interesado/a, a los efectos de determinar su continuidad en el puesto

El plazo de toma de posesión, tal y como establece la Base Novena de la

convocatoria, es de un mes a partir del día siguiente a la publicación de esta Resolución.

Contra la presente Resolución podrá interponerse recurso potestativo de reposición en el plazo de un mes contado desde el día siguiente al de su publicación, según lo establecido en los artículos 107, 116 y 117 de la Ley 30/92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, de 26 de noviembre, o directamente recurso contencioso-administrativo en el plazo de dos meses.

Puertollano, 30 de junio de 2007  
El Gerente de Área  
**ÁLVARO SANTOS GÓMEZ**

### **III.- OTRAS DISPOSICIONES**

#### **Consejería de Sanidad**

**Orden de 29-06-2007, de la Consejería de Sanidad, sobre Autorizaciones Administrativas de Centros y Servicios de Cirugía.**

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, tiene por objeto, entre otros aspectos, regular las bases generales del procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios por las Comunidades Autónomas.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha reguló las autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios mediante el Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En los últimos años, gracias al avance y perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas, la disponibilidad de técnicas anestésicas menos agresivas, de fármacos más eficaces y, sobre todo, a la implicación y aceptación por parte de profesionales y pacientes, se ha hecho posible el auge de la cirugía ambulatoria al ampliarse continuamente el número de procedimientos quirúrgicos abordables desde un modelo

ambulatorio, cumpliendo siempre con las necesarias garantías de calidad, eficacia y seguridad.

Así mismo, es necesario actualizar los requisitos recogidos en la Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de 21 de mayo de 1991, sobre Autorizaciones Administrativas de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla-La Mancha, referente a la unidad de bloque quirúrgico.

En la disposición final primera del Decreto 13/2002, se faculta al titular de la Consejería de Sanidad para dictar las normas necesarias para la aplicación y desarrollo del mismo, en las que se establecerán las condiciones y requisitos que deberán cumplir los distintos Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

Oídos los interesados y en el ejercicio de la facultad que me confiere el referido Decreto 13/2002, de 15 de enero,

Dispongo:

#### Artículo 1. Objeto.

La presente Orden tiene por objeto determinar las condiciones y requisitos técnico-sanitarios mínimos exigibles para la autorización administrativa de los centros y servicios que realicen cirugía mayor y menor, recogidos en el punto 2, del artículo 3, del Decreto 13/2002.

#### Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1.- Se incluyen en el ámbito de aplicación de esta Orden los siguientes centros y servicios tanto públicos como privados, situados en el territorio de Castilla-La Mancha:

- a) Unidades de bloque quirúrgico.
- b) Centros y unidades de cirugía mayor ambulatoria.
- c) Unidades de cirugía menor ambulatoria.
- d) Todos aquellos centros y servicios sanitarios no incluidos en los apartados anteriores que lleven a cabo las actividades previstas en el artículo 1 de la presente Orden.

2.- Quedan excluidos del ámbito de aplicación de la presente Orden los consultorios dentales, los centros y servicios de podología, las enfermerías permanentes de las plazas de toros y las enfermerías quirófano-móviles, que se regirán por lo dispuesto en el Decreto 13/2002 y por la legislación propia de estas materias.

#### Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de la presente Orden se consideran:

a) Unidad de bloque quirúrgico: servicio hospitalario que realiza cirugía con ingreso y que dispone de los requisitos técnico-sanitarios necesarios para realizar las intervenciones de mayor complejidad.

b) Centro o unidad de cirugía mayor ambulatoria: centro o servicio sanitario que, bajo la responsabilidad de un médico especialista, se dedica a la realización de procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración por lo que no necesitan ingreso hospitalario.

c) Unidad de cirugía menor ambulatoria: es el servicio asistencial de un centro sanitario donde, bajo la responsabilidad de un médico, se realizan procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso.

#### Artículo 4. Autorizaciones.

1.- El procedimiento para las autorizaciones administrativas de los centros y servicios sanitarios a que se refiere la presente Orden se ajustará a lo dispuesto en el Decreto 13/2002, de 15 de enero.

2.- Para la obtención de la autorización deberá acreditarse que los mismos reúnan los requisitos exigidos en la presente Orden.

#### Artículo 5. Requisitos Técnico-Sanitarios.

Los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios sanitarios a los que se refiere la presente Orden serán los que figuran en el Anexo I.

Disposición transitoria única. Adaptación de los centros existentes.

Los centros incluidos en el ámbito de aplicación de esta Orden que, a la entrada en vigor de la misma, estuvieran en funcionamiento y no se adapten íntegramente a sus preceptos dispondrán de un plazo de cinco años para su adecuación.

Disposición derogatoria única. Derogaciones

Queda derogado lo dispuesto para la unidad de bloque quirúrgico del Anexo II de la Orden de 21 de mayo de 1991 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, sobre Autorizaciones Administrativas de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en esta Orden.

Disposición final única. Entrada en vigor

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Toledo, 29 de junio de 2007

El Consejero de Sanidad  
ROBERTO SABRIDO BERMÚDEZ

#### Anexo I

##### Requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de cirugía

I. Requisitos comunes a los diferentes centros y servicios recogidos en la presente Orden.

A. Los locales deberán cumplir la legislación vigente en materia de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.

B. Las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación de los locales serán las adecuadas para que quede garantizado el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan.

C. Deberán cumplir las medidas de protección y seguridad que establece la normativa vigente.

D. La gestión de los residuos biosanitarios generados por la actividad de estos centros y servicios se adecuará a lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia.

E. El equipamiento sanitario cumplirá la normativa vigente que le sea de aplicación.

F. En un lugar visible del interior del local deberá permanecer expuesto el documento acreditativo de la inscripción del centro en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

G. Los centros tendrán en la puerta de entrada del local o edificio una placa identificativa, con el nombre del mismo y nº de inscripción en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

H. Los centros deben disponer de un buzón para sugerencias y hojas de reclamaciones y cartel anunciador de las mismas.

**II. Unidad de bloque quirúrgico.**

**A. Condiciones mínimas de planta física y equipamiento.**

La unidad de bloque quirúrgico está formada por el agrupamiento de todos los locales relacionados con la actividad quirúrgica en un área claramente definida, apartada de la circulación general del hospital, señalizada y controlada en sus entradas y salidas.

1. En la unidad de bloque quirúrgico se diferenciarán claramente tres áreas:

a) Área limpia, con condiciones de máximo control y limpieza, en la que a su vez se distinguen 2 zonas:

1º Zona limpia propiamente dicha, que comprende la sala de preanestesia, zona de lavado quirúrgico, almacenes, unidad de recuperación postanestésica, así como los pasillos que comunican estas zonas entre sí o con la zona estéril.

2º Zona estéril, que corresponde a los quirófanos; en ella, las condiciones de control y limpieza se extremarán.

b) Área sucia, donde se produce la salida de todo el material sucio que comprende el cuarto o cuartos de sucio y los pasillos que lo comunican con el área filtro.

c) Área de filtro para entrada y salida de enfermos, personal y material que comprendería la zona de recepción de pacientes, vestuarios y aseos de personal sanitario y sala de descanso de personal.

2. Las unidades de nueva creación tendrán un acceso rápido desde urgencias, reanimación, cuidados intensivos u otros relacionados con este tipo de asistencia; dicho acceso se realizará siempre a través de zona filtro.

3. El acceso de personal y material a quirófano se hará en condiciones de máxima asepsia, sin que la evacuación de material sucio altere esas condiciones e intentando evitar el cruce de circulaciones de limpio y de sucio.

4. La unidad estará formada por:

a) Zona de recepción de pacientes: El acceso a la zona será fácil y próximo desde el montacamillas.

b) Vestuarios y aseos del personal sanitario:

1º A ellos se accederá desde el exterior de la unidad de bloque quirúrgico y comunicarán directamente con zona limpia.

2º Su número estará en función de la actividad.

3º Contarán con locales, diferenciados por sexos, dotados de aseo y ducha.

c) Sala de preanestesia o antequirófano:

1º La sala podrá ser colectiva para toda la unidad de bloque quirúrgico o individual para cada quirófano; su superficie estará en función de la actividad.

2º Cada puesto contará con:

a. Un mínimo de 4 tomas eléctricas.

b. Una toma de oxígeno, una toma de aire comprimido medicinal y una de vacío.

c. Dispondrá de un monitor básico de electrocardiografía (ECG), presión arterial no invasiva (PANI), saturación periferia de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>) y un sistema básico de ventilación manual.

d. En el caso de que exista una zona de preanestesia colectiva para la unidad de bloque quirúrgico, dicha zona dispondrá en su equipamiento de un carro de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada. Cuando las salas sean individuales habrá, como mínimo, un carro de RCP avanzada en un lugar accesible a todas.

3º Esta sala podrá ser utilizada como área de recuperación post-anestesia (URPA), y en ese caso deberá cumplir los requisitos especificados en el punto i).

d) Zona de lavado quirúrgico:

1º La zona de lavado quirúrgico, continua al quirófano, estará separada de la circulación general de pacientes de la unidad de bloque quirúrgico.

2º Contará, como mínimo, con dos puntos de agua por quirófano, provistos de grifo quirúrgico de accionamiento no manual, dispensadores antisépticos y un secador de manos automático.

e) Quirófano:

1º El número de quirófanos dependerá del volumen de actividad del centro sanitario.

2º La superficie mínima de cada quirófano será de 35 m<sup>2</sup>, con una altura recomendada entre forjados de 3 m y con unas dimensiones que permitirán trazar un círculo de 5 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano.

3º Las paredes y techos serán de materiales duros, no porosos, impermeables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos, no habrá rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad y los elementos de pared serán empotrados.

4º El suelo será lavable semiconductor, conectado a toma de tierra, sin

puntos y sin ángulos entre paramentos verticales y horizontales.

5º En los quirófanos no deberán existir ventanas.

6º Las puertas deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, preferiblemente de accionamiento automático y correderas con riel externo.

7º Cada quirófano tendrá dos cuadros idénticos de toma de gases y cada uno con las siguientes tomas:

a. Protóxido de Nitrógeno.

b. Aire comprimido medicinal.

c. 2 Oxígeno.

d. Vacío.

e. Toma para extracción de gases anestésicos (EGA).

8º En cada quirófano habrá un cuadro para control de la presión de los gases, dotado de sistema de alarma.

9º Se contará con fuentes de luz cerradas para la iluminación ambiente del quirófano. Si se utiliza lámparas fluorescentes para este fin, se tomarán las medidas necesarias para evitar interferencias entre los equipos de encendido y los aparatos de electromedicina.

10º Cada quirófano contará, como mínimo, con doce tomas eléctricas monofásicas con toma de tierra de 16 amperios.

11º Habrá, como mínimo, por quirófano una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipos de radiodiagnóstico y láser, si los hubiere, debidamente identificada.

12º Dentro de cada quirófano, se incluirá el siguiente equipamiento sanitario básico:

a. Mesa de intervención articulable y desplazable con un colchón radiotransparente y accesorios para colocar en posición adecuada al paciente, tendrá toma de tierra y rieles de introducción de placa radiológica.

b. Habrá dos lámparas quirúrgicas capaces, cada una, de proporcionar una intensidad lumínosa de 25.000 lux en un área de 500 cm<sup>2</sup> sobre una superficie horizontal situada a 1 m del suelo.

c. Dos sistemas de aspiración.

d. Mesa de Mayo.

e. Unidad electroquirúrgica.

f. Mesa para material de uso en la intervención.

g. Mesas auxiliares.

h. Cubetas con una base de ruedas.

i. Contenedor de ropa.

j. Contenedores de residuos biosanitarios asimilables a urbanos (papel, guantes, sondas...)

k. Contenedores de residuos biosanitarios especiales (punzantes y cortantes, restos anatómicos de pequeña entidad...)

l. Instrumental quirúrgico necesario para la intervención.

m. Máquina de anestesia que contenga: espirometría, oxigenometría y analizador de gases anestésicos con sistema de alarma.

n. Monitor modular o compacto, con los siguientes parámetros: electrocardiografía, presión arterial no invasiva (PANI), presión arterial invasiva (PAI), temperatura, pulsioximetría y capnografía.

o. Bolsa-balón autoinflable con reservorio de O<sub>2</sub> y válvula de presión positiva inspiratoria final (PEEP).

p. Equipo intubación de la vía aérea.

q. Carro de medicación y material fungible.

r. Sistemas de calentamiento activo del paciente.

s. Calentador y presurizador de fluidos.

t. Caudalímetro de Oxígeno.

u. Bomba de infusión para administración de fármacos.

v. 2 Pies de goteo o portasueros.

w. Negatoscopio o dispositivo de visualización de imágenes diagnósticas

x. Reloj.

#### f) Pasillos:

Los pasillos por los que circulen pacientes y que comuniquen unas zonas con otras deberán tener unas dimensiones mínimas de 2 metros de ancho.

#### g) Almacenes:

Espacio suficientemente dimensionado para albergar los distintos almacenes de material, equipos e instrumental médico quirúrgico, medicación, sueros, lencería, etc.

#### h) Área de sucio:

Con acceso independiente al quirófano y en la que existirá un cuarto en el que se recoge el material quirúrgico sucio y los residuos, dotado de un vertedero y una pila de lavado.

#### i) Área de Recuperación Post-Anestesia (URPA):

Es el área dedicada a la vigilancia, monitorización y tratamiento tras procedimientos quirúrgicos, en la que el tiempo de permanencia es limitado. En el caso de que esta área no esté integrada en el bloque quirúrgico, se encontrará en una zona muy próxima a éste y de fácil acceso desde el mismo. Tendrá las siguientes características:

1º Dispondrá de una zona asistencial limpia.

2º Tendrá un cuarto de sucio, que debe disponer de vertedero y lavabo.

3º El tamaño de la unidad estará en función de la actividad quirúrgica, con un puesto cada 2 intervenciones/quirófano/día y con un mínimo de 1,5 puestos por quirófano. En caso de que se

use también como zona de preanestesia, el mínimo será de 2 puestos por quirófano.

4º Cada puesto tendrá espacio suficiente para que se pueda acceder al paciente por la cabecera y los laterales, con un mínimo de 80 cm por cada lado de la cama, además de las necesidades de circulación general, siendo la superficie mínima por puesto de 10 m<sup>2</sup>.  
5º Las puertas de acceso deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, siendo aconsejable su accionamiento automático.

6º Dispondrán de un control de enfermería con buena visibilidad de todos los pacientes y, cuando el número de puestos supere el de seis, deberán contar con una central de monitorización.

7º Deberá existir en la unidad un lavabo por cada 6 puestos, con un mínimo de uno. Dichos lavabos estarán dotados de grifo quirúrgico, con accionamiento no manual, dispensador de jabón y secador de manos automático.

8º Cada puesto tendrá 8 tomas eléctricas monofásicas de 16 amperios y una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipo de radiología, debidamente identificada.

9º Cada puesto tendrá un sistema de alumbrado individual.

10º Todos los puestos han de tener 2 tomas de oxígeno, 1 toma de aire comprimido medicinal y 2 tomas de vacío.

11º El área contará con el siguiente equipamiento sanitario básico:

a. Un espirómetro (Tipo Wright), un respirador, un aspirador gástrico, un calentador de líquidos, sistemas de calentamiento activo del paciente y, al menos, una bomba de infusión.

b. Sistemas de soporte para perfusión y material sanitario, con un mínimo de 2 por puesto.

c. En caso de atender a pacientes en edad pediátrica, se deberá tener dotación de equipos de vía aérea infantil con bolsa inflable infantil con reservorio O<sub>2</sub> y válvula pediátrica, así como material fungible de tipo pediátrico.

d. Un carro de RCP avanzada.

e. Un sistema móvil de separación de los puestos.

f. Cada puesto debe poseer un monitor con los siguientes parámetros: electrocardiografía (ECG), presión arterial no invasiva (PANI) y saturación periférica de oxígeno (SP O<sub>2</sub>).

#### j) Sala de descanso del personal:

1º Permitirá, por sus dimensiones y dotación, el descanso de personal.

2º Estará situada lo más cerca posible de la zona de vestuarios.

3º Dispondrá de teléfono y preferiblemente tendrá iluminación natural.

#### k) Despacho de Coordinación:

Con acceso fácil desde el exterior, tendrá teléfono y toma para red informática.

#### I) Instalaciones

##### 1º Instalación eléctrica

a. Las instalaciones de la unidad de bloque quirúrgico cumplirán todos los requisitos prescritos en el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión.

b. Cada quirófano tendrá su propio panel de aislamiento, que se situará fuera de quirófano y en lugar fácilmente accesible, con protección de sobreintensidades, transformador de aislamiento y monitor de detección de fugas.

c. Todas las tomas eléctricas de quirófano pasarán por el panel de aislamiento y estarán repartidas, como mínimo, en cuatro circuitos.

d. Contará con equipos autónomos de iluminación de emergencia que garanticen el suministro de la potencia, como mínimo, durante dos horas a plena carga de:

1' La lámpara central del quirófano y equipos de asistencia vital del mismo.

2' Las tomas de corriente del quirófano con la excepción de RX y LASER, y un mínimo de 2 tomas de cada puesto en la sala de preanestesia.

3' Todas las redes eléctricas de la URPA.

##### 2º Climatización

a. El sistema de climatización, en conjunto, mantendrá distintas sobrepresiones para garantizar una corriente de aire hacia el exterior.

b. Los conductos del sistema de climatización serán de chapa, con una rugosidad máxima de 0,3 mm y con registros laterales (mínimo una cada 5 m) para permitir su limpieza.

c. Las tomas de aire exterior del climatizador deben estar alejadas de las salidas de gases, humos, malos olores u otras fuentes de perturbación del aire, al menos 8 m, y, si se sitúan en fachada estarán, al menos, a 2 m de altura respecto al nivel de la calle.

d. El sistema de climatización expuesto se describe para el área limpia de la unidad de bloque quirúrgico; en el resto de áreas deberá incorporar sistemas de climatización del tipo "todo aire externo" con filtrado de aire.

e. La climatización de la unidad de bloque quirúrgico en área limpia será de tipo "todo aire externo" sin recirculación, distinguiéndose dentro del área limpia dos zonas:

1' Zona limpia propiamente dicha, a la que se aplicarán los criterios que se describen de climatización, excepto la presencia de filtros absolutos

2' Zona estéril, que corresponde a los quirófanos.

f. Cada uno de los quirófanos contará con un equipo terminal de tratamiento de aire y control independiente de los otros.

g. Se recomienda disponer de un control de temperatura individual en cada quirófano.

h. El sistema de climatización garantizará un mínimo de 15-20 renovaciones/hora.

i. Las condiciones de temperatura serán regulables en el rango de 20º C a 24º C, con una humedad relativa situada en el entorno del 45-60 %, para ello se contará con un equipo humidificador por vapor.

j. La Unidad de Tratamiento de Aire (UTA) contará con un sistema escalonado de filtración, mediante los siguientes tipos de filtros:

- 1' Un prefiltro de eficacia 25 %.
- 2' Un filtro de alta eficacia o eficacia 90 %.
- 3' Un filtro absoluto HEPA de eficacia 99,97 %.

k. Existirá un sistema de detección de filtros sucios, mediante sondas de presión diferenciada o elementos similares y con un indicador situado en lugar visible.

l. El filtro absoluto se podrá instalar en el climatizador o en las salidas del aire a quirófano, previo a las rejillas.

m. Los quirófanos estarán en sobrepresión en relación con las zonas colindantes a los mismos, siendo el caudal de aire de impulsión en orden al 15 % superior al aire de extracción.

n. El aire se impulsará por el techo y se extraerá por la parte inferior de los locales mediante varias rejillas situadas a una altura mínima de 15 cm del suelo terminado.

o. Los niveles de ruido producidos por el aire de impulsión y extracción en el quirófano no serán superiores a 40 dBA.

p. Se recomienda en quirófanos la incorporación de un filtrado bacteriológico, mediante lámparas germicidas de radiación ultravioleta (UV), y un analizador de muestras de aire para permitir el control de la calidad del mismo.

#### 3º Gases y vacío

a. Se dispondrá de canalizaciones fijas de suministro de gases y vacío de uso médico desde el almacenamiento exterior a la unidad de bloque quirúrgico.

Todas las tomas estarán perfectamente identificadas mediante señalización universal.

b. Las instalaciones se adecuarán a la normativa vigente

#### 4º Otras instalaciones:

a. Contará, como mínimo, con un montacamillas de uso exclusivo, con capacidad suficiente para que entre

una cama con sus correspondientes accesorios.

b. Dispondrá de 2 tomas de voz/datos en cada quirófano.

c. Estará dotada de línea telefónica directa y comunicación con el resto de unidades, tanto en los quirófanos como en la URPA.

d. Contará con una red informática.

#### m) Áreas de Apoyo:

Pueden estar situadas fuera de la unidad de bloque quirúrgico, pero en una zona próxima al mismo. Se incluyen dentro de estas áreas:

1º Dormitorio para médicos de guardia, con ducha, aseo, teléfono y/o sistema de interfono. Este requisito lo deberán cumplir los centros donde se realice atención a urgencias quirúrgicas.

2º Despacho y/o zona multiuso para información individual a la familia.

3º Sala de espera para familiares con aseos, diferenciados por sexos, y teléfono público.

4º Cuarto de limpieza, donde se almacenarán los enseres de limpieza y que dispondrá de vertedero y pila para cubos.

#### n) Equipamiento general de la unidad de bloque quirúrgico:

1º Contará con un sistema para la esterilización de emergencia, con control de presión y temperatura.

2º Carro de RCP avanzada, este carro será común para toda la unidad de bloque quirúrgico cuando el número de quirófanos sea inferior a dos. Constará documentalmente la composición del mismo, las fechas de las revisiones y el nombre de la persona responsable de las mismas. Tendrá el siguiente equipamiento mínimo: monitor desfibrilador con registro electrocardiográfico y marcapasos externo, laringoscopio con juego de palas, equipo de intubación (pinzas de Magill y fiaidores), tubos endotraqueales con balón diferentes tamaños, bolsa de ventilación manual con balón reservorio y mascarillas faciales, cánulas de traqueostomía, mascarilla laringea de diferentes tamaños, equipo de cricotiroidotomía, catéteres vasculares, bicarbonato, adrenalina, atropina, lidocaína, sedoanalgésicos, naloxona, flumacenil, antiarrítmicos y fluidos.

3º Analizador de glucosa capilar.

4º Carro de vía aérea difícil para adultos e infantil, equipado con tubos endotraqueales, mascarillas faciales, mascarillas laringeas, mascarillas tipo Fastrack, videolaringoscopio, intercambiadores de tubos, guías de intubación de tamaño superior a 60 cm y cánulas de guedel, todo este material estará

disponible en diversos tamaños para adultos y niños.

5º Electrocardiógrafo con registro

6º Doble manguito de isquemia.

7º Estimulador de nervios periféricos.

8º Respirador portátil para traslado.

9º Monitor de traslado: electrocardiografía (ECG), presión arterial invasiva (PAI), presión arterial no invasiva (PANI), saturación periférica de O2 (Sp O2).

10º Disponibilidad de Rx portátil.

11º Uno o dos frigoríficos para productos biológicos y medicamentos.

12º Depósito de medicamentos con caja de seguridad de estupefacientes, debiendo quedar registrados las entradas y salidas de los mismos.

13º Equipo de protección frente a enfermedades transmisibles para el personal y equipos de protección radiológica, según protocolo del servicio de prevención de riesgos laborales.

o) Servicios asistenciales de apoyo las 24 horas.

1º Servicio de transfusión, que estará integrado en el Centro:

2º Laboratorio de análisis clínicos: hematología, bioquímica y otras técnicas de carácter urgente, preferentemente integrado en el propio centro, aunque puede ser concertado

3º Radiología y otras técnicas de diagnóstico por imagen, que estarán integradas en el centro.

4º Unidad de esterilización: la unidad puede estar integrada en el centro o ser concertada, pero siempre existirá en la zona limpia un sistema de esterilización de emergencia con control de presión y temperatura.

5º Unidad de cuidados intensivos (UCI), preferentemente integrada en el centro aunque puede ser concertada. En el caso que sea concertada existirá un contrato o concierto con otro centro que sí disponga de UCI y que tendrá que distar, como máximo, una isocrona de 30 minutos del centro o servicio. Dispondrá, así mismo, de una ambulancia tipo UVí móvil con el personal correspondiente para realizar, si fuese preciso, el traslado inmediato al centro sanitario de referencia.

6º Servicio de farmacia o un depósito de medicamentos regulador.

p) Otros servicios asistenciales de apoyo.

1º Servicio de anatomía patológica, que podrá ser propia o concertada.

2º Servicio de Microbiología, propio o concertado, que será el responsable de la realización de los controles microbiológicos

**q) Unidades que realicen Cirugía Mayor Ambulatoria**

1º Las unidades de bloque quirúrgico donde se realice cirugía mayor ambulatoria incorporarán en sus instalaciones las siguientes áreas descritas para las unidades de cirugía mayor ambulatoria:

- a. Vestuarios de pacientes
- b. Área de recuperación y readaptación al medio.
- 2º La sala de espera de familiares estará adaptada también para la espera de pacientes ambulatorios.

**B. Condiciones mínimas de personal.**

1. Cada equipo quirúrgico deberá disponer, al menos, de dos especialistas quirúrgicos, de un anestesiólogo y dos enfermeros, uno como instrumentista y otro como circulante.

2. La unidad de recuperación (URPA) dispondrá, como mínimo, de un médico con la especialidad de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, enfermeros (ratio 1/3 puestos), auxiliares técnicos sanitarios (ratio 1/4 puestos) y un celador.

3. La complejidad de la unidad de bloque quirúrgico determinará el número de enfermeros, auxiliares técnicos sanitarios, celadores, personal de limpieza, así como la necesidad de incorporar a otro tipo de personal. Las ratios mínimas de personal sanitario serán 1,5 enfermeros por quirófano y 0,5 auxiliares técnico-sanitarios por quirófano, con un mínimo de uno.

4. El centro deberá contar con personal de mantenimiento cualificado durante el tiempo de funcionamiento del quirófano, el resto del tiempo estará localizable.

**C. Normas mínimas de funcionamiento.**

1. Existirá un plan funcional de la unidad de bloque quirúrgico, que será aprobado por la dirección del centro sanitario donde se sitúe la unidad. Definirán las distintas tareas y el personal responsable de los procesos asistenciales, de mantenimiento y registro específicos de la unidad de bloque quirúrgico y, así mismo, recogerá las normas mínimas de funcionamiento de los apartados que se describen a continuación.

2. En toda la unidad de bloque quirúrgico existirá un Coordinador Médico, que será el responsable:

a) De comprobar la adecuada titulación de los especialistas quirúrgicos y anestesiólogos que participan en las intervenciones.

b) De la existencia y aplicación de normas escritas aprobadas por la dirección médica y de enfermería sobre asepsia, antisepsia, uniformación del personal, circulación de material y de personas, documentación, asistencia y control.

c) De la existencia y mantenimiento de los siguientes protocolos sobre aparataje y descontaminación:

- 1º Protocolos sobre limpieza del quirófano.
- 2º Protocolo de lavado de manos.
- 3º Protocolo de circulación de pacientes, material y personal.
- 4º Protocolo de recepción y preparación del campo quirúrgico
- 5º Protocolo de desinfección y esterilización del instrumental.

3. El especialista quirúrgico es el responsable de todo el proceso quirúrgico, sobre el que informará previamente al paciente de forma detallada, incluyendo alternativas, riesgo y complicaciones. El especialista quirúrgico obtendrá consentimiento informado del paciente conforme con lo dispuesto por la legislación vigente.

4. El responsable de la consulta preanestésica, el acto anestésico y de la Unidad de recuperación post-anestésica (URPA) será un especialista en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

5. Con independencia de los estudios que se realice al paciente en relación a su proceso, éste debe ser sometido, previamente a la intervención, a un estudio preoperatorio según protocolo escrito de cuidados anestésicos preoperatorios y postoperatorios, en el que se recojan las pruebas diagnósticas y complementarias a realizar, el tiempo de validez de las mismas y la valoración del riesgo anestésico ASA (Anexo II).

6. Se informará a pacientes y familiares sobre el mismo, obteniéndose el consentimiento anestésico informado.

7. El especialista quirúrgico comunicará, con la debida antelación, al responsable de la unidad de bloque quirúrgico los siguientes datos: a) nombre y apellidos del paciente, b) edad y peso, c) diagnóstico, d) tipo de intervención y técnica, e) duración aproximada, f) requerimiento de equipo, injerto o fungibles especiales y g) requerimiento de rayos X, cualquier

otro equipo o técnica diagnóstica. Esta comunicación puede ser realizada en un formato individual por cada paciente o bien incluido en un parte semanal quirúrgico colectivo, debiendo quedar constancia de la misma.

8. Todo paciente tendrá una historia clínica, en la que se archivará el consentimiento informado para el acto quirúrgico y la anestesia, los informes de la consulta preoperatoria, los registros y las incidencias producidas en las distintas áreas de la unidad de bloque quirúrgico y la Hoja de Quirófano con el informe del anestesiólogo, especialista quirúrgico y enfermería.

9. El personal de enfermería realizará la recepción de pacientes, cumplimentando una Hoja de Recepción, en la que hará constar: a) si la historia del paciente contiene el informe y consentimiento informado quirúrgico y anestésico, b) si lleva identificación visible, c) si lleva pulsera en caso de que se contemple transfusión, d) si lleva prótesis móviles o algún objeto metálico externo, e) tipo de preparación preoperatoria realizada: lavado, medicamentos, etc., f) si lleva sondas, drenajes, vías venosas, g) si tiene problemas de audición, comunicación, visión, etc., h) alergias, i) últimas constantes vitales.

10. Al final de la intervención, el especialista quirúrgico y el anestesiólogo escribirán su respectivo informe.

11. El centro deberá tener localizado al especialista quirúrgico, un anestesiólogo y personal de enfermería para dar respuesta a complicaciones derivadas de la intervención.

12. En todo centro sanitario en el que exista una unidad de bloque quirúrgico se debe garantizar la puesta en marcha de los quirófanos en caso de urgencia; se exime de ello a los centros que no realicen atención quirúrgica urgente, debiendo garantizarse, en cualquier caso, la atención a las complicaciones quirúrgicas que pudiesen surgir en las horas en las que la unidad de bloque quirúrgico permanece inactivo.

13. En la unidad de bloque quirúrgico debe haber un registro de la actividad quirúrgica, en el que se anotará al final del acto quirúrgico: a) nombre y apellidos del paciente, b) edad, c) fecha de la operación, d) diagnóstico, e) tipo y técnica operatoria, f) tipo de anestesia, g) nombre y apellidos del especialista quirúrgico, ayudantes, anestesiólogo y de todas las personas que intervienen

en el acto quirúrgico h) estado y destino del paciente, i) duración de la intervención, j) contejo de gasas, compresas, agujas de instrumental y k) muestras remitidas para diagnóstico.

14. El centro sanitario donde esté situada la unidad de bloque quirúrgico deberá remitir a la Consejería de Sanidad los datos establecidos en el Decreto 73/2002, de 14 de mayo, del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y Otros Procedimientos Ambulatorios.

15. Se deberán utilizar gasas y compresas con marcas radiopacas para su posterior contejo.

16. En los centros que no dispongan de Unidad de Laboratorio de Anatomía Patológica, se deberá dotar y acondicionar un espacio para la realización de biopsias intraoperatorias.

17. Debe haber un registro de estupefacientes, donde se anoten el nombre y apellidos del paciente, la fecha y la cantidad y tipo de estupefacientes administrados.

18. Habrá un registro de implantes y prótesis, donde se anoten el nombre y apellidos del paciente, la fecha del implante y el nombre y tipo del implante.

19. Se realizarán controles microbiológicos semanales debidamente protocolizados en las distintas áreas de la unidad de bloque quirúrgico, con seguimiento de las medidas correctoras; existirá un registro en el que quede constancia de todas estas actuaciones.

20. Se debe asegurar un adecuado control y mantenimiento de todo el equipamiento sanitario por el personal de la unidad de las distintas áreas de la unidad de bloque quirúrgico.

21. Existirá un registro de mantenimiento de las instalaciones eléctricas, de la climatización y del equipamiento electromédico de las distintas unidades, en el que constarán las revisiones realizadas con la firma del responsable de mantenimiento.

22. La Unidad dispondrá de un protocolo de control de limpieza y sustitución de filtros dejando constancia escrita de las revisiones realizadas. Los filtros se deberán verificar y cambiar periódicamente, según las siguientes directrices recomendables:

- a) Verificación semanal y sustitución cada 6 meses del prefiltro.
- b) Verificación mensual y sustitución anual del filtro de alta eficacia.
- c) Verificación mensual y sustitución anual aconsejable y obligatoria cada dos años del filtro absoluto.

23. Existirá un libro de incidencias.

### III Centro o unidad de cirugía mayor ambulatoria (U.C.M.A.)

Podrán ser centros independientes o unidades integradas en centros con internamiento. Cumplirá los requisitos de la unidad de bloque quirúrgico con las peculiaridades descritas a continuación.

#### A. Condiciones mínimas de planta física y equipamiento:

La unidad de cirugía mayor ambulatoria deberá contar con las siguientes áreas diferenciadas:

1. Área de dirección y administración:  
a) Es la zona donde se realizarán los trámites administrativos de la unidad. En el área se distinguirán las siguientes zonas:

1º Zona administrativa; constará de despachos administrativos, cuyo número dependerá de la actividad del centro

2º Zona de recepción de pacientes; será de fácil acceso desde la calle y contará con un espacio para trámites en condiciones de privacidad.

3º Zona de documentación y archivo; en ella se custodiarán las historias clínicas de los pacientes atendidos en la unidad.

b) En el caso de estar integrada en un centro de nivel superior, el área podrá ser común con la existente en dicho centro.

2. Sala de espera de familiares y pacientes: con aseos accesibles, diferenciados por sexos y teléfono público. Estará acondicionada para la espera de pacientes ambulatorios.

#### 3. Vestuarios de pacientes:

a) Estarán localizados entre las áreas de recepción y espera y el bloque quirúrgico.

b) Los vestuarios estarán diferenciados por sexos, siendo al menos uno de ellos accesible.

c) Cada vestuario contará con:

1º Cabinas individuales.

2º Lavabo e inodoro.

3º Taquillas para enseres personales.

4. Área de preanestesia, podrá coincidir con la de recuperación post-anestesia (URPA).

#### 5. Área quirúrgica:

- a) Deberá tener todas las áreas descritas como áreas de apoyo, excepto el dormitorio para médicos de guardia.
- b) Será preciso disponer de los servicios asistenciales de apoyo 24 horas descritos para la unidad de bloque quirúrgico, como mínimo, durante el horario de funcionamiento de la UCMA. Dichos servicios podrán ser propios o concertados.

#### 6. Unidad de Recuperación Post-Anestesia (URPA):

- a) Tendrá las mismas características que las requeridas en la unidad de bloque quirúrgico con internamiento; el número de puestos estará en función de su actividad quirúrgica, con un mínimo de 2 puestos/quirófano y 2,5 puestos si funciona también como sala de preanestesia.

- b) Sala de descanso del personal: estará situada lo más cerca posible de la zona de vestuarios y contará con unas condiciones mínimas que, en base a la actividad quirúrgica, permitan una estancia cómoda.

#### 7. Área de Recuperación y Readaptación al medio:

- a) Fácilmente accesible desde el área quirúrgica y de fácil acceso desde la sala de espera de familiares.

- b) Tendrá espacio, como mínimo, para 4 sillones por quirófano, que permitan las posiciones de decúbito y sentado, así como asiento para un acompañante; se permitirá la privacidad sin descuidar la seguridad.

- c) Dispondrá de un aseo accesible.

- d) Contará con iluminación adecuada, preferentemente natural.

- e) El área contará con un sistema de ventilación de acuerdo con la normativa vigente.

- f) Tendrá oxígeno y aspiración, que podrán ser portátiles, garantizándose un suministro de oxígeno mínimo de 2 horas.

- g) Habrá un control de enfermería, con visión directa a los enfermos y zona para preparación de medicamentos.

- h) Su ubicación permitirá, tras el alta, el acceso fácil y confortable del paciente a la salida de la Unidad, donde podrá ser recogido por un vehículo para su traslado al domicilio.

#### 8. Consulta médica:

Para exploración y consulta de pacientes. Estará dotado de mesa de consulta, tres sillas o sillones, un taburete, camilla de exploración, lavabo, neumoscopio, esfigmomanómetro y fonendoscopio.

#### 9. Despacho multiuso:

Estará dotado de mesa de consulta, tres sillas o sillones y se utilizará para información a la familia.

Este despacho podrá coincidir con la consulta médica en caso de que la UCMA tenga poca actividad, debiendo cumplir los requisitos de ésta.

#### 10. Área de esterilización:

- a) La responsabilidad de la correcta esterilización de todo el material quirúrgico recaerá en el centro, pudiendo éste tener contratado parte del servicio con una empresa debidamente autorizada.
- b) Debe contar, al menos, con un autoclave de capacidad suficiente dotado de controles de presión y temperatura.
- c) Habrá un responsable del proceso de esterilización. Se realizarán controles químicos, físicos y bacteriológicos, quedando registradas las fechas y resultados de los mismos.

#### 11. Relación con otros Centros y Servicios:

- a) La U.C.M.A. tendrá, ya sea propio o concertado, mediante certificado por escrito al respecto:
  - 1º Un sistema para la realización de análisis clínicos, anatopatológicos y radiologías.
  - 2º Si la U.C.M.A. es una Unidad independiente, tendrá documentada la relación con un centro hospitalario de referencia debidamente autorizado, para derivar de forma protocolizada y/o urgente los casos que así lo requieran.
  - 3º En caso de emergencia, el transporte sanitario garantizado.
  - 4º La U.C.M.A. debe estar a una distancia máxima de 30 minutos respecto del hospital de referencia.
- 5º Servicio de lavandería.
- b) La Unidad contará con un depósito de medicamentos dotado de caja de seguridad para los estupefacientes con su correspondiente registro.

#### B. Condiciones mínimas de personal:

1. Cada equipo quirúrgico deberá disponer, al menos, de un especialista quirúrgico, de un anestesiólogo y dos enfermeros uno como instrumentista y otro como circulante.
2. En el área quirúrgica, el número de enfermeros, auxiliares técnico-sanitarios y celadores lo determinará la actividad de la unidad, siendo aplicables las ratios mínimas de personal sanitario establecidas para la unidad de bloque quirúrgico.
3. La unidad de recuperación (URPA) dispondrá, como mínimo, de un médico con la especialidad de Anestesiología Reanimación y Terapia del dolor.
4. En el área de recuperación y readaptación al medio dispondrá de enfermeros (1/8 puestos), auxiliares técnicos sanitarios (1/4 puestos) y un celador.
5. El centro sanitario deberá contar con personal de mantenimiento y limpieza durante el tiempo de funcionamiento de la U.C.M.A.
- C. Normas mínimas de funcionamiento
1. El Coordinador de la unidad será el responsable de la organización y funcionamiento de la misma, estando dotado de autoridad para ello.
2. Todo paciente atendido en estas unidades tendrá una historia clínica, que será archivada en el centro.
3. No será preciso acondicionar un espacio para la realización de biopsias intraoperatorias.
4. Habrá hojas informativas del procedimiento y de las técnicas, así como de la evolución del paciente, con todas las instrucciones pre-operatorias y post-operatorias dirigidas a los pacientes y al acompañante.
5. Cada unidad contará con una Cartilla de Servicios, constituida por un listado de los procedimientos y unas normas de selección de pacientes, contando con protocolos escritos.
6. El paciente o el representante legal siempre firmará aceptando el alta; una copia de esta aceptación quedará integrada en la historia clínica.
7. Para ser intervenido en estas unidades, es necesario que cada paciente disponga de la atención de un adulto responsable durante la estancia en la unidad, el traslado al domicilio y durante las primeras 24 horas del post-operatorio.
8. La unidad tendrá un servicio telefónico de urgencias las 24 horas del día gestionado por personal sanitario, con una titulación mínima de Diplomado Universitario en Enfermería.
9. Contará con un registro de urgencias producidas al menos las dos primeras semanas después de la operación, de las derivaciones realizadas a otros centros, así como de las llamadas recibidas.
10. Existirá un libro de reclamaciones.

#### IV Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria

Los centros donde se realice Cirugía Menor Ambulatoria cumplirán los siguientes requisitos, de forma que se garanticen las condiciones adecuadas de calidad y eficacia para realizar esta actividad, así como los criterios de admisión, exclusión y alta de pacientes establecidos en el Anexo III.

#### A. Condiciones mínimas de planta física y equipamiento:

1. La estructura mínima de las Unidades de Cirugía Menor estará formada por las siguientes áreas diferenciadas:
  - a) Área de recepción y/o sala de espera de pacientes y familiares, con acceso directo a los aseos diferenciados por sexos; esta zona podrá ser común con el resto del centro sanitario donde se integre.
  - b) Consulta Médica.
  - c) Vestuario de pacientes; contará, como mínimo, con un espacio en la propia sala de intervenciones, con los medios necesarios para que cumpla la función de vestuario y preservar la intimidad del paciente.
  - d) Área de limpio y de sucio independientes.
  - e) Área de intervención:
    - 1º Estará delimitada físicamente.
    - 2º Tendrá una superficie mínima de 12 m<sup>2</sup> y con un lado mínimo de 3 m.
    - 3º Las paredes deberán ser lavables.
    - 4º Contará con iluminación adecuada.
    - 5º Tendrá, como el resto del centro, un sistema de regulación de temperatura de frío y calor.

#### 2. Equipamiento:

- a) Lámpara articulada con luz fría, con una intensidad mínima de 250 W de potencia.
- b) Mesa de tratamiento articulada.
- c) Banqueta con ruedas de altura regulable.
- d) Mesa auxiliar.
- e) Dos pies de goteo.
- f) Monitor multiparamétrico
- g) Contará con oxígeno central o portátil.
- h) Lavabo, dotado de grifo, con accionamiento no manual.
- i) Dispensador mecánico de jabón de accionamiento no manual.
- j) Dispensador automático de toallas o secador de aire de encendido automático.
- k) En caso de utilizar una unidad electroquirúrgica, se adaptará la instalación a la norma de baja tensión y contará con panel de aislamiento transformador.

I) Carro de parada, que contendrá, como mínimo: un laringoscopio con juego de palas, bolsa-balón autoinflable, aspirador, mascarilla laringea de diferentes tamaños, tubos endotraqueales, pinzas de Magill y fildores, equipo de cricotiroidotomía, catéteres vasculares y tabla para masaje cardiaco.  
 m) Un aparato monitor desfibrilador.  
 n) Medicamentos: adrenalina inyectable, metilprednisolona inyectable, nitroglicerina sublingual, diazepam inyectable, glucosa 50%, suero fisiológico, atropina, inyectable y analgésico tipo metamizol magnésico inyectable.  
 o) Autoclave, cuya capacidad estará en función de la actividad, con control de presión y temperatura, así como constancia por escrito de controles de calidad externo e interno.  
 p) Material e instrumental necesario; tendrá, como mínimo: mangos y hojas de bisturí, tijeras de Mayo y de Metzembbaum, pinzas de disección y de Adson, con y sin dientes, pinzas hemostáticas curvas, porta-agujas medianos y pequeños, separadores de doble uso y ganchos de piel, lencería estéril y material fungible suficiente.

#### B. Condiciones mínimas de personal:

En el acto quirúrgico, estarán presentes, como mínimo, dos profesionales sanitarios y, al menos, uno de ellos médico.

#### C. Normas mínimas de funcionamiento:

1. Existirá, por escrito y para cada tipo de intervención, la siguiente documentación:  
 a) Requisitos de admisión y exclusión.  
 b) Procedimientos normalizados de trabajo (PNT) a seguir en cada intervención.

2. El médico es el responsable del proceso quirúrgico, sobre el que informará previamente al paciente de forma detallada, incluyendo alternativas, riesgo y complicaciones.

3. Existirán hojas de consentimiento informado de autorización y de revocación, que serán firmadas por el médico y paciente antes de la intervención. En caso de paciente pediátrico o discapacitado, será firmado por la persona que sustente la patria potestad o tutela.

4. Se entregará al paciente antes de la intervención una hoja informativa con las instrucciones a realizar antes y después de la operación, un informe del procedimiento quirúrgico y las instrucciones postoperatorias.

5. El centro donde se realice la cirugía menor ambulatoria dispondrá de:  
 a) Protocolos de actuación ante las emergencias más frecuentes  
 b) Protocolo de derivación de pacientes en caso de complicaciones, con documento que acredite relación organizada con un centro con internamiento de referencia, así como disponibilidad de transporte sanitario adecuado.

6. El carro de parada será revisado periódicamente, constando la fecha, el nombre y la firma de la persona que realice el control.

7. Se garantizará la esterilización de los materiales y equipos utilizados en la consulta que lo precisen, mediante la disposición y aplicación de protocolos escritos y actualizados que especifiquen el proceso de limpieza, esterilización y mantenimiento de las condiciones de asepsia.

8. Se contará con un registro de intervenciones y procedimientos quirúrgicos.

9. Todo paciente atendido en estas unidades tendrá una historia clínica, que será almacenada en el centro.

10. Deberá existir una relación documentada con laboratorio de anatomía patológica, con un protocolo de derivación de muestras y un registro de todos los estudios realizados.

11. Así mismo, existirá un registro de equipamiento y mantenimiento, donde constarán los equipos y aparatos del centro o servicio y donde quede constancia de las reparaciones y/o sustituciones realizadas.

#### Anexo II

Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes

Clasificación de criterios ASA, de la American Society of Anesthesiology:

ASA I: Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.

ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica y que no produce incapacidad o limitación funcional.

ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa y que produce limitación funcional definida en determinado grado.

ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su

vida y que no es corregible mediante la intervención.

ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aún realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.

#### Anexo III

**Cirugía Menor Ambulatoria: Criterios de selección y alta del paciente y tipos de procedimientos.**

##### A. Criterios de selección:

Para la admisión del paciente deberán cumplirse las condiciones que se enumeran a continuación:

##### 1. Dependientes del paciente:

a) ASA I y II. Se valorará ASA III estable (sin descompensación en los últimos 3 meses).

b) Capacidad para volver a su domicilio de forma autónoma después del acto quirúrgico.

c) Aceptación del carácter ambulatorio del procedimiento por parte del paciente.

d) Disponibilidad de contacto telefónico con el médico responsable o centro médico delegado durante las 24 horas.

e) Soporte familiar o de una persona responsable.

f) Capacidad del paciente o representante legal para comprender y seguir las órdenes médicas.

g) Compromiso firmado por el paciente o representante legal, expresando haber comprendido y cumplido todas las instrucciones recibidas. (es necesario además de la firma del consentimiento informado)

##### 2. Dependientes del procedimiento:

a) Riesgo intrínseco del procedimiento y de hemorragia bajos.

b) No se harán procesos intervencionistas en que la inflamación postquirúrgica pueda comprometer la vía aérea.

c) Duración del procedimiento inferior a 45 minutos.

d) Sin requerimiento de drenajes complejos que obliguen a una vigilancia exhaustiva.

e) Sin requerimiento de tratamiento antibiótico intravenoso.

f) Dolor postquirúrgico controlable con fármacos por vía oral.

##### B. Criterios de alta:

Para dar de alta al paciente será preciso cumplir las condiciones siguientes:

1. Paciente consciente y orientado.

2. Capacidad de de ambulación sin ayuda, si no la requería previamente.

3. Buena analgesia.  
4. Sin signos de hemorragia en la zona intervenida.

**C. Tipos de procedimientos:**

1. Biopsia "punch".
2. Curetaje.
3. Escisión fusiforme de lesiones superficiales.
4. Extirpación de lesiones subcutáneas.
5. Cauterización
6. Reparación y sutura de laceraciones cutáneas.
7. Incisión-drenaje de abceso.
8. Cirugía menor ungueal.
9. Criocirugía.
10. Trombectomía hemorroidal.
11. Cirugía refractiva láser.
12. Otras técnicas que reúnan requisitos de cirugía menor.

\*\*\*\*\*

**Resolución de 03-07-2007, de la Secretaría General Técnica, por la que se hace pública la Resolución de 13-06-2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se resuelve el recurso de alzada interpuesto por la Suerte Bruja, S.L.L., en relación con el expediente sancionador nº 45099/2006.**

Habiéndose intentado la notificación en el domicilio del interesado sin que se haya podido practicar, esta Secretaría General Técnica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 59.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, ha acordado notificar mediante su publicación la siguiente:

Resolución de 13 de junio de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se resuelve el recurso de alzada interpuesto por la Suerte Bruja, S.L.L., en relación con el expediente sancionador nº 45099/2006.

**Resumen: Desestimación del recurso y confirmación de la resolución recurrida.**

Visto el Recurso de Alzada interpuesto por Dª Mª Inmaculada Castellanos Rodríguez, en nombre y representación de la Suerte Bruja, S.L.L., contra

la Resolución de la Dirección General de Salud Pública y Participación, de 4 de agosto de 2006, recaída en el expediente sancionador nº 45099/2006, con imposición de una sanción económica por importe de 601 euros, (seiscientos un euros), como responsable de la comisión de una infracción grave, le corresponden los siguientes

**Antecedentes de hecho:**

1º.- Vista el Acta de Inspección nº 39662 (Código identificativo SCG-EFG/3003 2006/-1), levantada por funcionarios adscritos a la Delegación Provincial de Sanidad de Toledo, se pone de manifiesto lo siguiente: "En el establecimiento con denominación "La Suerte Bruja" cuyo titular es la mercantil La Suerte Bruja, S.L., sito en el Centro Comercial Puerta de Toledo de la localidad de Olías del Rey, a tenor de la manifestación realizada por la administradora de la empresa, se vende tabaco de forma manual por parte de los empleados de la misma."

2º- Como consecuencia de los hechos anteriores, se procede por parte de la Delegación Provincial de Sanidad de Toledo a la incoación y tramitación del correspondiente expediente sancionador, terminando éste por Resolución de la Dirección General de Salud Pública y Participación de 4 de diciembre de 2006, en la que se acuerda imponer a la Suerte Bruja, S.L.L., una sanción económica por importe de 601 euros, como responsable de una infracción grave que le fue notificada el día 12 de diciembre de 2006.

3º.- Contra dicha Resolución la sancionada interpone recurso de alzada de fecha 12 de enero de 2007, en el que formula las siguientes alegaciones:

- Con la inclusión de la Ley Anti-Tabaco procedimos a no vender tabaco desde enero hasta últimos de febrero de 2006. Posteriormente vimos que podíamos hacerlo a través de máquina expendedora.
- La máquina expendedora le fue solicitada a la expendededuría nº 1 de Olías del Rey, que se aprovechó de su confianza.
- Que tras su visita y en un periodo inferior a 10 días se aportó la documentación requerida.
- Que también se adjuntó el IAE donde se indicaba que la actividad era de venta de prensa y revistas, la misma actividad que tienen los kioscos.
- Que se tramitó toda la documentación con Tabacalera y se puso el sistema en la máquina expendedora con mando en septiembre de 2006, aun-

que la ley no entraba en vigor hasta enero de 2007.

- Que con fecha 12 de mayo de 2006, nos indican tras la solicitud por nuestra parte no saber el motivo de dicha inspección, nos dicen que no se ha generado un expediente sancionador, tan sólo han existido unas diligencias previas de investigación.

- Que con fecha 9 de octubre de 2006, recibieron propuesta de resolución donde se acordaba el sobreseimiento y el archivo de las actuaciones.

- Consideran la sanción impuesta excesiva y que carecen de antecedentes.

A los anteriores antecedentes les son de aplicación los siguientes

**Fundamentos de derecho:**

Primer.- El presente recurso ha sido interpuesto en tiempo y forma por persona legitimada para ello, según lo dispuesto en los artículos 114 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

Segundo.- A lo largo del expediente incoado contra la Suerte Bruja, S.L.L., han quedado perfectamente probados y acreditados los hechos que se le imputan. En la resolución recurrida se motivan debidamente cuales han sido los criterios tenidos en cuenta para la imposición de la sanción, por lo que nos remitimos a su contenido.

Es cierto que el instructor del procedimiento sancionador propuso el sobreseimiento del expediente, pero esto no es obstáculo para que el órgano resolutorio no acepte esa Propuesta y se aparte de la misma. Así lo viene reconociendo numerosa jurisprudencia, entre la que destaca la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de abril de 1982, que indica que "la no aceptación por los órganos de resolución de la propuesta del Instructor no entraña ninguna clase de infracción, ni mucho menos, una "reformatio in peius", puesto que, por definición ni es tan siquiera vinculante". Por otro lado, el Tribunal Supremo en su sentencia de 7 de junio de 1997, dispone que "el órgano competente para sancionar, sin necesidad de abrir una nueva fase de alegaciones puede imponer una sanción distinta de la recogida en la propuesta de resolución siempre que la relación de hechos se mantenga inalterada, la calificación de la infracción