



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE REGIR EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICOS "DELFO"

1. OBJETO.

El objeto del presente contrato es la gestión del servicio público de realización de PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS a pacientes beneficiarios de asistencia sanitaria por el Servicio Murciano de Salud y a los que el mismo esté obligado a prestar asistencia por las disposiciones legalmente establecidas, en los lotes, por especialidades y procedimientos, que se detallan a continuación:

LOTE 1.NEUROFISIOLOGÍA:

- Electromiografía
- Electroencefalografía
- Potenciales evocados visuales, auditivos, somatosensoriales

LOTE 2.ESTUDIOS DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

- Polisomnografía
- Polisomnografía con titulación de CPAP

LOTE 3.CARDIOLOGÍA:

- Holter
- Ergometría
- Ecocardiografía

LOTE 4.UROLOGÍA:

- Litotricia

LOTE 5.DIGESTIVO:

- Gastroscopia
- Colonoscopia

2. PARTICULARIDADES TÉCNICAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LOS CENTROS:

- a) Disponer de la Autorización de Funcionamiento de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia para la realización de los procedimientos objeto del presente contrato, previo al inicio de la actividad del mismo.
- b) No tener barreras arquitectónicas en el acceso al edificio y a las instalaciones propiamente dichas.
- c) Permitir el acceso y el desplazamiento de pacientes en camilla y silla de ruedas.





- d) Contar con un plan de evacuación de pacientes en casos de urgencia, disponible, conocido y actualizado.
- e) Tener en todo momento en correcto estado de funcionamiento todos los equipos que se precisen, electromédicos o no, acreditado mediante certificación del personal técnico competente.
- f) Contar durante la duración del contrato con un contrato de mantenimiento preventivo/correctivo de los equipos con el correspondiente registro de las actuaciones de dicho mantenimiento.
- g) Contar con un carro de parada, protocolo actualizado de RCP y personal médico y de enfermería formado en técnicas de RCP avanzada con una acreditación inferior a dos años, que se actualizará cada dos años. El carro de parada contará, como mínimo, con:
 - A. Desfibrilador S.A.
 - B. Equipo de intubación
 - C. Respirador manual (Ambú) con reservorio de oxígeno y con diversas mascarillas faciales (varios tamaños para adulto, niño y lactante).
 - D. Material fungible de soporte ventilatorio
 - E. Mascarillas de oxígeno tipo Ventimask® con alargaderas.
 - F. Bombona de Oxígeno con Manómetro.
 - G. Material fungible de apoyo en oxigenoterapia
 - H. Tabla espinal.
 - I. Equipo de perfusión
 - J. Medicación urgente
 - K. Sueroterapia
 - L. Medicación de apoyo
 - M. Material fungible de apoyo
- h) Contar en las instalaciones con, al menos :
 - Zona de recepción y administración.

Espacio destinado para la recepción, planificación de agendas, control de asistencia de pacientes y atención telefónica.

Permitirá la realización de las funciones de atención e información al usuario, control de asistencia de los pacientes, y atención telefónica, además de la realización de tareas administrativas.

Contará con el equipamiento necesario para:

- .-Recepción de datos de pacientes derivados por el SMS
- .-Realización y envío de informes de resultados





.-Archivo de informes en soporte informático y/o convencional

.-Garantizar la custodia de los datos confidenciales

- Aseo.

Dispondrá de al menos un aseo adaptado para personas con discapacidad

- Sala de espera.

Podrá ser común o específica para esta área.

Tendrá capacidad suficiente para albergar a los pacientes citados en cada sesión y un acompañante por paciente.

i) Cumplir con los requisitos especificados para cada uno de los lotes en cuanto a:

A. INSTALACIONES

B. PERSONAL

C. ORGANIZACIÓN PRESTACIÓN SERVICIO.

- C.1Circuito de pacientes
- C.2 Horario
- C.3 Citación pacientes
- C.4 Plazos
- C.5 Protocolo realización procedimiento:
 - C.5.1 Equipamiento
 - C.5.2 Realización procedimiento
 - C.5.3 Informe resultados

D. FACTURACIÓN (en PCA)

E. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

F. INDICADORES DE CALIDAD GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN EL CONTRATO.

G. CLÁUSULA MEDIOAMBIENTAL



LOTE 1. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE NEUROFISIOLOGÍA

Realización de los siguientes procedimientos:

- Electromiografía
- Electroencefalografía
- Potenciales evocados visuales, auditivos, somatosensoriales

Los centros ofertantes cumplirán los requisitos que se describen a continuación

A. INSTALACIONES

Además de los requisitos generales establecidos anteriormente, las instalaciones específicas para la realización de estudios de neurofisiología se ajustarán a lo siguiente:

- a) Contar con al menos una sala de uso exclusivo para la realización de los procedimientos incluidos en el lote, con las siguientes características :
 - Espacio mínimo de 16 m², que permitirá la distribución del equipamiento con posibilidades cómodas de circulación y la asistencia vital del paciente en su caso.
 - Sistema de corriente alterna estabilizado con instalación de tierra (estándares EEG/EMG/PE para cableado AC, tomas de tierra en todas las tomas de corriente AC, equipos conectados a tierra común e independiente de la del resto de instalaciones sin alargadores.
 - Aislamiento acústico, luminoso, térmico y magnético.
 - Cama, camilla o sillón especial, para la exploración en condiciones adecuadas.
 - Espacio destinado al adecuado almacenaje y custodia de todo el equipamiento y el material fungible preciso.
 - Infraestructura necesaria para la atención y el cuidado de niños.

B. PERSONAL

El centro contará con, al menos

- a) Personal sanitario:

El centro contará con al menos 1 especialista en neurofisiología clínica y 1 profesional de enfermería con la titulación establecida en la legislación vigente

- b) Personal no sanitario:

El centro contará con al menos 1 auxiliar administrativo.

C. ORGANIZACIÓN PRESTACIÓN SERVICIO

C.1. CIRCUITO DE PACIENTES

- a) La indicación del procedimiento y el inicio de la derivación se realizará en el hospital derivador, en la forma en que se determine por la Dirección Gerencia del SMS.



- b) La derivación de pacientes será autorizada por los SSCC del Servicio Murciano de Salud. Excepcionalmente podrá iniciarse la derivación de pacientes desde Servicios Centrales.
- c) Se utilizará para la gestión de la derivación de pacientes la aplicación informática vigente en cada momento en el Servicio Murciano de Salud, el centro deberá registrar diariamente en dicha aplicación la información siguiente:
 - Fecha de realización de estudio y procedimiento realizado.
 - Incidencias:
 - Paciente devuelto por causa clínicas. Se deberá remitir informe médico justificativo al centro de origen.
 - Paciente no localizable, tras tres intentos infructuosos en días y horas distintos. Se deberá dejar constancia de la fecha y hora, persona responsable y resultado de cada intento.
 - Paciente que rechaza la realización del procedimiento. Se deberá documentar las causas de dicho rechazo

C.2. HORARIO DEL CENTRO

El horario para realizar los estudios derivados por el SMS será de apertura a cierre, mañana y tarde, durante cinco días a la semana.

C.3. CITACIÓN DE PACIENTES

- a) El centro adjudicatario será el responsable de citar a cada paciente, para ello contará con un sistema de citaciones que establezca una programación adecuada para dar respuesta la demanda del Servicio Murciano de Salud en los plazos establecidos y evitar las esperas.
- b) El centro será el responsable de informar a cada paciente de la preparación necesaria para la correcta realización de la prueba, disponiendo para ello del protocolo adecuado al procedimiento.
- c) Si el protocolo de preparación se entrega personalmente, quedará registro documental de ello firmado por quien lo recibe.
- d) Si el protocolo de preparación se informa verbalmente, la persona que ha informado sobre la preparación dejará constancia documental incluyendo su identificación, y día y hora en la que realiza esta acción.

C.4. PLAZOS

- a) El plazo máximo para la realización de estos procedimientos será de quince días hábiles tras recibir la notificación desde el SMS.
- b) El plazo máximo para la remisión del informe al centro derivador será de tres días hábiles desde la realización de la prueba.





- c) Si fuese requerido por el centro derivador, el centro deberá remitir copia del informe de manera inmediata.

C.5. PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ELECTROMIOGRAFÍA

C.5.1. EQUIPAMIENTO

Para la realización de los estudios de electromiografía se requiere el siguiente equipamiento:

- a) **Electromiógrafo digital** de al menos dos canales que contará con las siguientes especificaciones:
- Garantizará la precisión y exactitud en la medida de las señales y la seguridad en uso.
 - Irá equipado con dos o más amplificadores cuyas ganancias puedan ir desde menos de un microvoltio hasta 10 milivoltios.
 - El barrido del osciloscopio deberá poder oscilar entre 1 miliseg/división y un segundo o más por división.
 - El rango de frecuencias deberá ir desde 2 Hz hasta 20 kHz.
 - Estará equipado con un promediador y con el dispositivo de disparo (trigger) de la señal y línea de retraso.
 - Los estimuladores eléctricos (uno al menos) son parte integral del electromiógrafo y deberán poder generar estímulos de duraciones y frecuencia variables con posibilidad de aplicar trenes de estímulos de hasta 50Hz.
 - La pantalla donde se visualiza la señal se debe complementar con los altavoces, precisándose de ambas informaciones para la adecuada interpretación de las señales.
 - Sistema de archivo digital e impresión de los datos.

b) **Electrodos.**

El centro contará con todos los diversos tipos de electrodos necesarios para la adecuada realización de los estudios EMG: cutáneos, agujas concéntricas o monopolares estériles de un solo uso, subdérmicos estériles de un solo uso, agujas de EMG de fibra aislada.

c) **Material fungible**

El centro contará con el material fungible necesario para la realización del procedimiento.

C.5.2 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO





- a) Se dará en todo momento una adecuada atención a cada paciente y se procurará su colaboración.
- b) La aceptación de la realización de una exploración EMG por parte del centro concertado conlleva la realización de todos los procedimientos electromiográficos necesarios para llegar a la conclusión diagnóstica, no aceptándose la solicitud de nuevas peticiones para completar el estudio.
- c) El centro contará con un protocolo de actuación para la realización de la prueba según medicina basada en la evidencia, que incluirá al menos:
- Realización por parte del/la especialista en neurofisiología clínica de:
 - anamnesis y exploración física adecuada a la sospecha diagnóstica
 - comprobación de si el paciente es portador de dispositivos eléctricos, marcapasos u otros, en cuyo caso no se realizará la prueba y se informará al centro emisor
 - información al paciente sobre la prueba antes de su realización: qué consiste, para qué sirve, posibles efectos adversos, y se responderá a las preguntas y dudas si las hubiera, dejando constancia documental.
- d) Aplicación de protocolos y procedimientos estándares de la International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) y de la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica y de otras procedencias de solvencia contrastada si procede.
- e) Los estudios derivados habrán de efectuarse, en cada caso, las actuaciones descritas a continuación:
- **Otras mononeuropatías.**
Se deberán realizar los estudios de conducción sensitiva, motora y mixta en su caso, del tronco nervioso correspondiente, y se deberá realizar el EMG de aguja siempre que sea necesario, para delimitar y localizar la lesión del nervio a estudio.
 - **Sospecha de atrapamiento de n. mediano en carpo (Síndrome del Túnel Carpiano)**
Como mínimo se deberán realizar bilateralmente las siguientes exploraciones neurofisiológicas:
 - 1.- Conducción sensitiva, mixta y motora del nervio mediano a través del carpo; conducción motora de n. mediano en antebrazo.
 - 2.- Conducción sensitiva, mixta y motora de n. cubital a través del carpo; conducción motora de n. cubital en antebrazo y codo.
 - 3.- Cuando la latencia distal motora de n. mediano supere el límite de la normalidad se podrá realizar EMG de aguja de músculo APB.





- **Polineuropatías** endocrinas (diabetes), metabólicas (renal o hepática), tóxicas (alcohol).

Se deberán realizar estudios de conducción nerviosa sensitiva y motora en al menos dos troncos nerviosos en extremidades superiores y en otros dos en extremidades inferiores, así como estudio EMG de aguja en al menos un músculo de la extremidad inferior en los casos leves y en dos músculos y también uno de la superior, en casos moderados y severos.

- **Radiculopatías cervicales y lumbosacras.**

Abordaje dirigido a la localización de lesión preganglionar. Se deberán realizar estudios de conducción nerviosa sensitiva y motora de troncos nerviosos procedentes de las raíces a estudio. Se realizará el estudio EMG de aguja de al menos dos músculos inervados por la misma raíz y nervios distintos, para cada nivel radicular a estudio.

- **Plexopatía de plexo braquial y lumbosacro.**

Abordaje dirigido a confirmar lesión post-ganglionar. Se deberán realizar estudios de conducción nerviosa de nervios procedentes de distintos troncos y cordones del plexo braquial y troncos del plexo lumbar. Se realizará el estudio EMG de aguja de músculos inervados por distintos nervios, procedentes del mismo tronco/cordón, para la correcta localización de la lesión.

- f) El **tiempo** necesario para realizar un estudio electromiográfico, que incluye el tiempo de historia clínica, exploración física, realización del estudio de conducciones nerviosas y en su caso EMG de aguja, y elaboración del informe, se estima en 60 minutos.

C.5.3 INFORME RESULTADOS

El estudio EMG será realizado por el/la especialista en neurofisiología clínica quien emitirá un informe, que contendrá al menos:

- Datos de identificación de la persona a la que se le ha realizado el procedimiento, con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y profesional que realiza la exploración claramente identificados
- Fecha de solicitud del procedimiento y fecha de realización.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica incluida en la solicitud
- Resumen de historia clínica y exploración física.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento.





- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento.
- Tabla de resultados numéricos, gráficas opcionales.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
- Identificación de quien realiza el informe, incluyendo nombre y apellidos, nº de colegiación, especialidad y firma.

El informe se remitirá al hospital derivador en los plazos establecidos en el apartado C.4

POTENCIALES EVOCADOS

C.5.1 EQUIPAMIENTO:

Para la realización de los estudios de potenciales evocados se requiere el siguiente aparataje,

- Equipo digital de potenciales evocados** que debe cumplir los requisitos de precisión y exactitud en la medida de señales y seguridad.
 - Debe ir equipado con dos o más amplificadores cuyas ganancias puedan ir desde menos de un microvoltio hasta 10 milivoltios.
 - El barrido del osciloscopio debe poder oscilar entre 1 miliseg/división y un segundo o más por división.
 - El rango de frecuencias debe ir desde 2 Hz hasta 20 kHz.
 - Deberá estar equipado con un promediador y contar con un dispositivo de disparo (trigger) de la señal y línea de retraso.
- Los estimuladores**

Estarán integrados en el equipo de potenciales evocados.

Según la exploración se requieren los siguientes estimuladores:

- Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral para la valoración del tiempo de conducción central, se utilizan “clicks” transmitidos al paciente mediante auriculares.
- Potenciales evocados somatosensoriales: Se utilizan estímulos eléctricos para estimulación de troncos nerviosos mixtos, habitualmente de miembros superiores e inferiores.
- Potenciales evocados visuales: Para la modalidad pattern reversal se utilizará monitor con pantalla damero con inversión. Para la modalidad flash





se utilizará luz de flash blanca emitida por lámpara de Ganzfeld, lámpara de flash o gafas de diodos.

- Sistema de archivo digital e impresión de los datos.

c) Los electrodos y el material fungible

- Se dispondrá de todos los diversos tipos de electrodos necesarios para la adecuada realización de los estudios para cada uno de los diferentes tipos de potenciales evocados.
- Los electrodos y el material fungible deberán cumplir criterios de seguridad, precisión y exactitud técnica, así como duración (longevidad) máxima.
- El centro contará con medios para el mantenimiento de los equipos, que serán revisados periódicamente por técnicos cualificados, de estas revisiones dejarán registro de todas las actuaciones.

C.5.2 REALIZACIÓN PROCEDIMIENTO:

- a) Se realizará la exploración necesaria en una sesión para llegar a la conclusión diagnóstica según el detalle siguiente:
 - POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL: valoración del tiempo de conducción central: 1 hora.
 - POTENCIALES SOMATOSENSORIALES: exploración de cuatro troncos nerviosos en miembros superiores e inferiores: 2 horas.
 - POTENCIALES EVOCADOS VISUALES: Flash y/o Pattern: 1 hora.
- b) Antes de la realización de la prueba se dará una información previa sobre la exploración: en qué consiste, para qué sirve, posibles efectos adversos, y se responderá a las preguntas y dudas si las hubiera. Quedará registrada esta actuación documentalmente.
- c) Se le preguntará si porta dispositivos eléctricos (marcapasos u otros) si así fuera, no se realizará la prueba y se informará al centro emisor.
- d) Se dará en todo momento una adecuada atención a cada paciente y se procurará su colaboración.
- e) La persona responsable de la realización de la prueba deberá realizar anamnesis, y exploración física adecuada a la sospecha diagnóstica.
- f) Existirán valores de referencia de acuerdo a los procedimientos técnicos que se realicen.
- g) Se realizará una colocación correcta de los electrodos de estimulación y registro.
- h) Se aplicarán los protocolos y procedimientos estándares de la Internacional Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) y de la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica y de otras procedencias de solvencia contrastada si procede.





C.5.3 INFORME RESULTADOS

El estudio de Potenciales Evocados será realizado e interpretado por el/la especialista en neurofisiología clínica quien emitirá un informe, que contendrá al menos:

- Datos de identificación de la persona a la que se le ha realizado el estudio con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y profesional que realiza la exploración claramente identificados.
- Fecha de la solicitud y fecha de la realización del procedimiento.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica incluida en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
- Identificación de quien realiza el informe, incluyendo nombre y apellidos, nº de colegiación, especialidad y firma.

El informe se remitirá al hospital derivador en los plazos establecidos en el apartado C.4

ELECTROENCEFALOGRAFÍA (EEG)

C.5 PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

C.5.1 EQUIPAMIENTO:

Para la realización de los estudios de EEG será necesario contar al menos con el siguiente equipamiento:

Equipo digital de EEG con registro de video sincronizado

- El equipo de registro de EEG es un sistema de registro de señales biológicas de tecnología avanzada que debe cumplir dos requisitos básicos imprescindibles: precisión y exactitud en la medida de las señales y seguridad.
- Deberá contar con 16 canales de registro continuo para mostrar la actividad bioeléctrica de las áreas cerebrales que producen la mayoría de los patrones eeg normales y anormales.
- La sensibilidad de la señal irá de 1 microvoltio/mm hasta 100 microvoltios/mm.
- El filtro de bajas frecuencias no debe ser mayor de 1 Hz (-3 dB) correspondiente a una constante de tiempo de al menos 0,16 segundos.
- El filtro de altas frecuencias no debe ser inferior a 70 Hz(-3dB)





- Debe incluir una unidad de fotoestimulación.
- Deberá incluir un canal adicional para el registro del ECG
- Contará con video grabador del procedimiento, que podrá estar integrado en el equipo o ser independiente a éste.

a) Los electrodos

- deben encontrarse libres de ruidos y artefactos inherentes al electrodo.
- No deben atenuar significativamente las señales entre 0,5 y 70 HZ.
- Podrán utilizarse electrodos de cucharilla (plata, cloruro de plata, oro) o “sistema gorro”
- No se utilizará electrodos de aguja.

b) el material fungible necesario para la realización de la prueba

C.5.2 REALIZACIÓN PROCEDIMIENTO:

- a) Antes de la realización de la prueba se dará una información previa sobre la exploración: en qué consiste, para qué sirve, posibles efectos adversos, y se responderá a las preguntas y dudas si las hubiera. Quedará registrada esta actuación documentalente.
- b) Se preguntará si porta dispositivos eléctricos (marcapasos u otros) si así fuera, no se realizará la prueba y se informará al centro emisor.
- c) Se solicitará autorización expresa para realizar la grabación de video.
- d) Se dará en todo momento la adecuada atención y se procurará su colaboración.
- e) La persona responsable de la realización de la prueba deberá realizar anamnesis, y exploración física adecuada a la sospecha diagnóstica.
- f) Existirán valores de referencia de acuerdo a los procedimientos técnicos que se realicen.
- g) Se utilizará el sistema internacional 10-20 de colocación de electrodos recomendado por IFCN.
- h) El número de electrodos en el registro estándar de adultos será de 21, pudiendo ser menor en el caso de registro de niños.
- i) Se utilizarán derivaciones bipolares (montajes longitudinales y transversales) y referenciales (referencial común a vertex, a oreja)
- j) Deberá existir un electrodo de tierra y un referencial.
- k) El tiempo mínimo de registro de actividad cerebral libre de artefactos será de 30 minutos en vigilia.
- l) Se registrará en reposo y se realizará estimulación de hiperventilación de al menos tres minutos y estimulación luminosa intermitente a bajas y altas frecuencias (de 2 a 50 Hz)





- m) Se aplicarán los protocolos y procedimientos estándares de la Internacional Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) y de la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica y de otras procedencias de solvencia contrastada si procede.

C.5.3 INFORME RESULTADOS

El estudio de EEG será supervisado e interpretado por el/la especialista en neurofisiología clínica quien emitirá un informe, que contendrá al menos:

- Datos de identificación de la persona a la que se le ha realizado el estudio, con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y profesional que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica incluida en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
- Identificación de quien realiza el informe, incluyendo nombre y apellidos, nº de colegiación, especialidad y firma.

El informe se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4



LOTE 2. ESTUDIOS DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

Realización de los siguientes procedimientos

- Polisomnografía
- Polisomnografía con titulación de CPAP

Los centros ofertantes cumplirán los requisitos que se describen a continuación

A. INSTALACIONES

Además de los requisitos generales establecidos anteriormente, las instalaciones específicas para la realización de estudios de trastornos respiratorios durante el sueño (“unidad de sueño”) se ajustarán a lo siguiente:

- a) Estará situada en un entorno hospitalario en una zona tranquila del mismo.
- b) Contar al menos con:
 - dos habitaciones individuales con unas dimensiones mínimas de 12 m², además de aseo integrado adaptado para personas con discapacidad. Contarán con las adecuadas condiciones de temperatura, humedad, ruidos, comodidad, aislamiento eléctrico, ventilación e iluminación, así como la infraestructura necesaria para la atención y el cuidado de niños. La superficie y la disposición del mobiliario deberá permitir en su caso la asistencia vital del paciente.
 - una sala de control independiente donde estará el personal de enfermería y donde se ubicará la unidad de registro y el control a distancia de la CPAP/BIPAP. Se realizará una observación continua de los pacientes mediante videocámara.

A. PERSONAL

a) Personal sanitario:

El centro contará con al menos 1 especialista en Neurofisiología o 1 especialista en Neumología y 1 profesional de enfermería, con la titulación establecida en la legislación vigente.

b) Personal no sanitario.

El centro contará con al menos 1 auxiliar administrativo.

B. ORGANIZACIÓN PRESTACIÓN SERVICIO

C.1 CIRCUITO DE PACIENTES.

- a) La indicación del procedimiento y el inicio de la derivación se realizará en el hospital derivador, en la forma en que se determine por la Dirección Gerencia del SMS.
- b) La derivación de pacientes será autorizada por los SSCC del Servicio Murciano de Salud. Excepcionalmente podrá iniciarse la derivación de pacientes desde Servicios Centrales.





c) Se utilizará para la gestión de la derivación de pacientes la aplicación informática vigente en cada momento en el Servicio Murciano de Salud, el centro deberá registrar diariamente en dicha aplicación la información siguiente:

- Fecha de realización de estudio y procedimiento realizado.
- Incidencias:
 - Paciente devuelto por causa clínicas. Se deberá remitir informe médico justificativo al centro de origen.
 - Paciente no localizable, tras tres intentos infructuosos en días y horas distintos. Se deberá dejar constancia de la fecha y hora, persona responsable y resultado de cada intento.
 - Paciente que rechaza la realización del procedimiento. Se deberá documentar las causas de dicho rechazo

C.2 HORARIO DEL CENTRO.

a) Los estudios derivados por el SMS se realizarán en horario nocturno, durante cinco días a la semana.

C.3 CITACIÓN DE PACIENTES.

- a) El centro adjudicatario será el responsable de citar a cada paciente, para ello contará con un sistema de citaciones que establezca una programación adecuada para dar respuesta la demanda del SMS en los plazos establecidos y evitar las esperas.
- b) El centro adjudicatario será el responsable de informar de la preparación necesaria para la correcta realización del estudio, disponiendo para ello del protocolo adecuado al procedimiento, que incluirá al menos la información sobre cómo debe acudir al centro la noche de la prueba: puntualidad, higiene personal, ropa adecuada, hábitos de sueño los días previos, cumplimentación de su medicación habitual y evitación de tóxicos (tabaco, alcohol)
- c) Si el protocolo de preparación se entrega personalmente, quedará registro documental de ello firmado por quien lo recibe.
- d) Si el protocolo de preparación se informa verbalmente, la persona que ha informado al paciente sobre la preparación dejará constancia documental incluyendo su identificación, y día y hora en la que realiza esta acción.

C.4 PLAZOS.

- a) El plazo máximo para la realización de estos procedimientos será de quince días hábiles tras recibir la notificación desde el SMS.
- b) El plazo máximo para la remisión del informe al centro derivador será de tres días hábiles desde la realización de la prueba.





- c) Si fuese requerido por el centro derivador, el centro deberá remitir copia del informe de manera inmediata

C.5 PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) POLISOMNOGRAFÍA (PSG) es aquel procedimiento que pretende el estudio de la patología del sueño y que requiere un montaje mínimo siguiendo un sistema 10-20 de un mínimo de 4 derivaciones de EEG (C3-M2, M1-O2, C4-M1, F4-M2, F3-M1, O1-M2) 2 EOG, 1-3EMG (mento/submentoniano) saturación de oxígeno por oximetría, señal de ronquido, sensor de posición corporal, sensor de presión/flujo aéreo nasal y señal de termistancia oro-nasal, e EMG tibiales anteriores, ECG.
- b) En los casos en que exista indicación por parte del facultativo del SMS, se realizará, sin coste adicional POLISOMNOGRAFÍA CON TITULACIÓN DE LA PRESIÓN NECESARIA EN VÍA AÉREA, es aquel procedimiento que pretende el estudio de la patología del sueño y que requiere un montaje mínimo siguiendo un sistema 10-20 de 4 derivaciones de EEG (M1-O2, C4-M1, F4-M1, O1-M2) 2 EOG, 1-3EMG (mento/submentoniano) saturación de oxígeno por oximetría, señal de ronquido, sensor de posición corporal, sensor de presión en mascarilla nasal y señal de presión en dispositivo CPAP/BIPAP, fuga del dispositivo, y EMG tibiales anteriores, ECG. Los incrementos de presión se realizarán siguiendo la guía AASM comenzando a una presión de 4 cmH2O en vía aérea hasta conseguir plato de presión.

C.5.1 EQUIPAMIENTO.

- a) Equipo de Polisomnografía con capacidad de registro de señales biológicas cerebrales (EEG) y registro de poligrafía de otras señales biológicas, para realizar el procedimiento anteriormente expuesto con los canales mínimos expuestos. Se contará con video grabador del procedimiento, que podrá estar integrado en el equipo o ser independiente a éste. Contará con un sistema de archivo e impresión de datos.
- b) Generador de presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y generador de presión positiva binivel en vía aérea (BIPAP) con posibilidad de regulación de la presión a distancia.
- c) Diferentes modelos de mascarillas (nasal y oronasal) para una adaptación óptima del paciente.
- d) Material fungible necesario
- e) Electrodo necesarios para la realización de la prueba que deben cumplir los criterios de seguridad, precisión y exactitud técnica.

C.5.2 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO



- a) La persona a la que se va a realizar el estudio acudirá al centro concertado según la cita programada, con la preparación que se le haya indicado efectuada.
- b) Se dará en todo momento una adecuada atención a cada paciente y se procurará su colaboración.
- c) Se explicará la finalidad del procedimiento y en qué consiste, posibles efectos adversos y se responderá a las preguntas y dudas si las hubiera. Asimismo, se recogerá la autorización expresa de cada paciente para la grabación de la prueba.
- d) Se realizará la Historia Clínica dirigida al sueño y se llevará a cabo el montaje polisomnográfico más adecuado en cada caso.
- e) El centro dispondrá de un protocolo para la realización de la prueba basado en la evidencia, en el que estarán incluidos, al menos, estos aspectos:
 - Colocación idónea de electrodos.
 - Registro de al menos 14 canales (en PSG): EEG (C3-M2, C4-M1, O1-M2, O2-M1, EOG izquierdo, EOG derecho), EMG submentoniano, ECG, EMG tibial anterior, flujo nasal, termistor oronasal, esfuerzo ventilatorio torácico, esfuerzo ventilatorio abdominal, saturación de oxígeno, posición corporal.
 - Registro de al menos 16 canales (en PSG de titulación): EEG (C3-M1, C4-M2, O1-M2, O2-M1, EOG izquierdo, EOG derecho), EMG submentoniano, ECG, EMG tibial anterior, flujo nasal, esfuerzo ventilatorio torácico, esfuerzo ventilatorio abdominal, saturación de oxígeno, posición corporal, presión de CPAP, fuga de CPAP.
 - Duración de grabación mínima de 7 horas.
 - Tiempo de sueño superior a 4 horas, incluyendo fases REM y no REM. En estudios de noche partida para titulación de CPAP, la mitad sin CPAP debe comprender al menos 4 horas de sueño.
 - Grabación en vídeo sincronizado.
- f) Cuando no se cumplan dichos criterios, será preciso repetir la prueba en una segunda noche, sin que ello suponga coste adicional alguno para el SMS.
- g) Se dejará registro documental de todas las actuaciones.

C.5.3 INFORME DE RESULTADOS.

El registro será interpretado por el/la especialista en Neurofisiología o Neumología y contendrá al menos:

- Datos de identificación de la persona a la que se le ha realizado el estudio, con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y profesional que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica incluida en la solicitud.





- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento:
 - Tanto en las variables neurofisiológicas como en las cardiorrespiratorias.
 - Se realizará un preanálisis automático del estudio, seguido de un análisis manual por el/la especialista en Neurofisiología Clínica, época a época (1 época=30 segundos en el EEG. En la señal poligráfica y otras la época puede ser de hasta 5 minutos)
 - Criterios de interpretación de las señales obtenidas, siendo deseables los criterios de la versión actualizada a la fecha del concurso de la AASM.
 - Para la interpretación EEG del estradiaje de las fases del sueño se utilizarán los criterios de Reschafen y Kales de 1968.
 - En estudios de titulación, se consignará si la titulación realizada ha sido la máxima tolerada por el paciente y si se ha conseguido abolir los eventos en fase REM y no REM (Apneas, hipopneas, arousals, desaturaciones y, si es posible, los ronquidos) Asimismo, aparecerá el tiempo de duración sin eventos con esa presión y la posición en la que se practicó dicha titulación.
- En su caso, registro de resultados y/o gráficas
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
- Identificación de quien realiza el informe, incluyendo nombre y apellidos, nº de colegiación, especialidad y firma.

El informe se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4.



LOTE 3. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE CARDIOLOGÍA

Realización de los siguientes procedimientos:

- Holter
- Ergometría
- Ecocardiografía

Los centros ofertantes cumplirán los requisitos que se describen a continuación:

A. INSTALACIONES

- a) Además de los requisitos generales establecidos anteriormente, las instalaciones específicas para la realización de procedimientos diagnósticos de cardiología se ajustarán a lo siguiente:

- **Sala de realización de pruebas de esfuerzo (Ergometría)**

Estará ubicada en un entorno hospitalario con fácil acceso y con posibilidad de una rápida evacuación. Debe ser amplia, permitiendo en su caso la asistencia vital del paciente. Deberá contar con las adecuadas condiciones de temperatura, humedad, comodidad, ventilación e iluminación.

- **Sala de realización de Ecocardiografía**

Estará ubicada en un entorno hospitalario con fácil acceso y con posibilidad de una rápida evacuación. Debe ser amplia, permitiendo en su caso la asistencia vital del paciente. Deberá contar con las adecuadas condiciones de temperatura, humedad, comodidad, ventilación e iluminación.

B. PERSONAL

a) Personal sanitario:

El centro contará con al menos 1 especialista en Cardiología y 1 profesional de enfermería, con la titulación establecida en la legislación vigente.

b) Personal no sanitario.

El centro contará con al menos 1 auxiliar administrativo.

C. ORGANIZACIÓN PRESTACIÓN SERVICIO

C.1 CIRCUITO DE PACIENTES.

- a) La indicación del procedimiento y el inicio de la derivación se realizará en el hospital derivador en la forma en que se determine por la Dirección Gerencia del SMS.
- b) La derivación de pacientes será autorizada por los SSCC del Servicio Murciano de Salud. Excepcionalmente, podrá iniciarse la derivación de pacientes desde servicios centrales.





c) Se utilizará para la gestión de la derivación de pacientes la aplicación informática vigente en cada momento en el Servicio Murciano de Salud, el centro deberá registrar diariamente en dicha aplicación la información siguiente:

- Fecha de realización de estudio y procedimiento realizado.
- Incidencias:
 - Paciente devuelto por causa clínicas. Se deberá comunicar y remitir informe médico justificativo al centro de origen.
 - Paciente no localizable, tras tres intentos infructuosos en días y horas distintos. Se deberá dejar constancia de la fecha y hora, persona responsable y resultado de cada intento.
 - Paciente que rechaza la realización del procedimiento. Se deberá documentar las causas de dicho rechazo.

C.2 HORARIO DEL CENTRO.

a) Los estudios a pacientes derivados por el Servicio Murciano de Salud se realizarán en horario de mañana y tarde, de apertura a cierre del centro, cinco días a la semana.

C.3 CITACIÓN DE PACIENTES.

- a) El centro adjudicatario será el responsable de citar a cada paciente, para ello, contará con un sistema de citaciones que establezca una programación adecuada para dar respuesta la demanda del SMS en los plazos establecidos y evitar las esperas.
- b) El centro adjudicatario será el responsable de informar de la preparación necesaria para la correcta realización de la prueba, disponiendo para ello del protocolo adecuado al procedimiento, que incluirá al menos:

ERGOMETRÍA: Se indicará que acuda con aseo debidamente realizado y en ayunas durante al menos tres horas antes de la hora prevista para la prueba y con un calzado cómodo y ropa suelta para facilitar el ejercicio. No deberá suspender su medicación el día de la prueba salvo que así se lo haya indicado su médico de forma expresa.

MONITORIZACIÓN HOLTER: No requiere preparación previa; se le indicará, no obstante, que vaya con aseo debidamente realizado ya que no podrá ducharse ni bañarse el tiempo que esté con el dispositivo y que lleve ropa cómoda, no muy ajustada.

ECOCARDIOGRAFÍA: No requiere preparación previa; se indicará, no obstante, que vaya con aseo debidamente realizado.

c) Si el protocolo de preparación se entrega personalmente, quedará registro documental de ello firmado por quien lo recibe.



- d) Si el protocolo de preparación se informa verbalmente, la persona que ha informado al paciente sobre la preparación dejará constancia documental incluyendo su identificación, y día y hora en la que realiza esta acción.

C.4 PLAZOS.

- a) El plazo máximo para la realización de estos procedimientos será de quince días hábiles tras recibir la notificación desde el SMS.
- b) El plazo máximo para la remisión del informe al centro derivador será de tres días hábiles desde la realización de la prueba.
- c) En el caso de la ecocardiografía, el estudio será informado el mismo día de la prueba y remitido al día siguiente.
- d) Si fuese requerido por el centro derivador, el centro deberá remitir copia del informe de manera inmediata

C.5 PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ERGOMETRÍA (TEST DE ESFUERZO)

C.5.1 EQUIPAMIENTO.

- a) Para la realización de **ergometría** se dispondrá de:
- Electrocardiógrafo capaz de registrar la señal electrocardiográfica informatizada y promediada para estabilizar el ST y monitorizar cualquiera de las 12 derivaciones habituales en tiempo real. Dispondrán así mismo de software específico y memoria para recoger al menos los últimos 30 segundos. Los electrodos deben ser adhesivos y desechables.
 - Ergómetro: Tapiz rodante a diferentes velocidades y pendientes según el protocolo usado. Debe disponer de pasamanos y barra frontal.
 - Tensiómetro, para medición automática o manual.
 - Carro de parada para resucitación cardiopulmonar avanzada, con desfibrilador y equipo para establecer y mantener la vía aérea permeable y proporcionar ventilación con presión positiva con oxígeno suplementario. Debe poder disponerse de forma rápida de un respirador.

C.5.2 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) Se dará en todo momento una adecuada atención y se procurará la colaboración.
- b) El centro dispondrá de un protocolo para la realización de la prueba basado en la evidencia.





- c) Para la realización de esta prueba se recabará el consentimiento informado
- d) Durante la realización de la ergometría es imprescindible la presencia de un/a especialista en cardiología con experiencia en la realización de ergometrías y un/a profesional de enfermería también con experiencia en la realización de las mismas.
- e) Antes de comenzar la prueba se le interrogará para detectar situaciones de inestabilidad clínica que contraindiquen la realización de la prueba o incidencias que hayan aparecido desde el momento de la petición de la prueba, que pudieran hacer necesaria una reevaluación de la indicación.
- f) Durante la prueba se debe controlar la tensión arterial y vigilar el aspecto del paciente, detectando la aparición de posibles signos de alarma.
- g) La ergometría convencional en tapiz rodante, seguirá el protocolo de Bruce en el cual cada 3 minutos se aumenta la velocidad y pendiente. En pacientes de edad avanzada o con muy poca capacidad física el protocolo a emplear a criterio del especialista podrá ser el Bruce modificado o Naughton en que la carga de trabajo inicial es menor y el incremento más paulatina.
- h) La ergometría se suspenderá porque se han alcanzado los objetivos de la prueba (se alcanza la frecuencia cardíaca máxima teórica) o porque hay signos clínicos y electrocardiográficos que hacen recomendable no continuarla por seguridad del paciente.

C.5.3 INFORME DE RESULTADOS.

El estudio será interpretado por el/la especialista en Cardiología, quien emitirá un informe que contendrá al menos:

- Datos de identificación de la persona a la que se ha realizado el estudio, con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y profesional que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica, medicación e información clínica incluida en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento, que para la ergometría serán al menos :
 - Tiempo alcanzado y motivo de la detención de la prueba
 - Porcentaje de la frecuencia cardíaca máxima alcanzada y consumo de oxígeno estimado





- Desarrollo de síntomas o incidencias durante la realización del procedimiento
 - Descripción de los hallazgos significativos: alteraciones del ST, desarrollo de arritmias.
 - Comportamiento de la tensión arterial a lo largo de la prueba.
 - Resultado clínico y electrocardiográfico basándose en los hallazgos del procedimiento.
 - El informe se acompañará de documentos electrocardiográficos, al menos de electrocardiograma basal, en máximo esfuerzo y al final de la recuperación, y uno de cada fase del protocolo.
 - Se aportarán los documentos que demuestren las arritmias durante la prueba, así como el electrocardiograma en el momento que aparecen síntomas.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
 - Identificación de quien realiza el informe, incluyendo nombre y apellidos, nº de colegiación y especialidad.

El informe se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4.

MONITORIZACIÓN HOLTER

C.5.1 EQUIPAMIENTO.

- a) Para la realización de **Holter cardiaco** se dispondrá de:
 - Ordenador con el software adecuado para leer, analizar y reproducir los complejos electrocardiográficos grabados.
 - Grabadoras de monitorización Holter.
 - Electrodo con aislamiento adecuado para evitar fugas y entradas de corriente, fabricados con una aleación que contenga cloruro de plata.
 - El sistema deberá aportar al menos los siguientes parámetros que deberán ser validados y refrendados por el especialista:
 - Ritmo cardiaco. Total de complejos en 24h y en cada hora, frecuencia cardiaca máxima y mínima, horaria e instantánea.
 - Análisis del comportamiento del segmento ST.
 - Recuento y clasificación de las arritmias supraventriculares y ventriculares.

C.5.2 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) No es preciso recabar consentimiento informado.





- b) Un/a profesional de enfermería con experiencia en el manejo del Holter será responsable de poner el dispositivo, ajustar la hora, comprobar el correcto funcionamiento, y comenzar la grabación, indicando al paciente que indique los síntomas que aparezcan durante el periodo de grabación.
- c) Se realizará una monitorización ambulatoria del electrocardiograma durante al menos 24h. Los electrodos se fijarán a la piel, tras el rasurado y rascado de la misma, con un disco adhesivo plastificado. Los pacientes deberán anotar mientras están siendo monitorizados en un diario o documento al efecto la aparición de síntomas, la actividad que estaban realizando y la hora a la que tuvieron lugar, datos que deberán incorporarse al informe definitivo. Deberán indicar la medicación que toman.
- d) Una vez finalizada la monitorización, el resultado, una vez procesado, deberá ser analizado por el/la especialista en cardiología, que será responsable de emitir el informe definitivo.

C.5.3 INFORME DE RESULTADOS.

El estudio será interpretado por el/la especialista en Cardiología, y contendrá al menos:

- Datos de la persona a la que se realiza el estudio con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y especialista que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica, incluida la medicación, que conste en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento, que para la monitorización Holter serán al menos :
 - Ritmo cardiaco durante el estudio, incluyendo alternancias del mismo.
 - Frecuencia cardiaca media; máxima y mínima y el momento del día en que se produce.
 - Presencia o ausencia de pausas significativas.
 - Alteraciones significativas del segmento ST.
 - Desarrollo de arritmias supraventriculares o ventriculares.
 - Correlación de los hallazgos con los síntomas indicados por el paciente (palpitaciones, angina, mareo, síncope, etc...).





- El informe deberá acompañarse de documentos electrocardiográficos de los hechos más relevantes (frecuencia cardiaca máxima y mínima, y en su caso pausas y taquiarritmias así como las alteraciones del ST si fueran reseñables).
- Opcionalmente datos de variabilidad de la frecuencia cardiaca y dispersión del QT.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
- Identificación de quien realiza el informe, incluyendo nombre y apellidos, nº de colegiación y especialidad.
- Los informes serán archivados mediante digitalización de imágenes para posible valoración y control evolutivo de los pacientes.
- El informe se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4.

ECOCARDIOGRAFÍA

C.5.1 EQUIPAMIENTO.

- a) Para la realización de **Ecocardiografía**, se dispondrá de Ecocardiógrafo con al menos las siguientes características
- Doppler power color, doppler pulsado, doppler continuo, THI (imagen armónica tisular) y transductor y transtorácico multifrecuencia.
 - Salida de video compuesto para video-cassette, video impresora o monitor externo. Salida de conexión directa a PC.
 - Tecnología digital de imagen microconvex, convex y lineal.
 - Modos de trabajo: 2D, color, power doppler, color power doppler, direccional, doppler pulsado, doppler continuo, modo M y THI.
 - Unidad de gestión de imagen digital integrada para archivo de imagen.
 - Control doppler color, ganancia próxima-profunda, ganancia general, salva imágenes. Imprimir, congelar, revisión cine, texto, selector de opciones, medir.
 - Preselección de programas de optimización de imágenes para estudios cardíacos.
 - Controles de brillo y contraste integrados en el monitor de cristal líquido de alta resolución.
 - Track Ball integrado para introducción de datos.
 - Traductor electrónico "Fashed" array de banda ancha de trabajo 4 – 2 MHZ

C.5.2 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) No es preciso consentimiento informado.





- b) La ecografía será realizada por un/a especialista en Cardiología.

C.5.3 INFORME DE RESULTADOS.

El estudio será interpretado por el/la especialista en Cardiología, y contendrá al menos:

- Datos de la persona a la que se realiza el estudio con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Centro donde se realiza la prueba y especialista que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica, incluida la medicación, que conste en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Procedimiento/protocolo de realización de la prueba y características del estudio.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento, que para la ecocardiografía serán al menos :
 - El informe estará sustentado con los cálculos hemodinámicos impresos en el mismo y soporte iconográfico adecuado.
 - Tamaño de cavidades cardíacas.
 - Valores morfológicos y funcionales del ventrículo izquierdo (especial énfasis en posibles alteraciones segmentarias de la contractilidad, fracción de eyección y función diastólica) y ventrículo derecho.
 - Conexión atrio ventricular y ventrículo arterial, así como existencia de anomalías congénitas (cortocircuitos intracardíacos, etc.).
 - Parámetros hemodinámicos, incluidas cálculo de áreas de las válvulas.
 - Valoración de HAP.
 - Congestión venosa sistémica.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera.
- Identificación de quien realiza el informe y firma del mismo, incluyendo nombre, nº de colegiación y especialidad.
- Los informes serán archivados mediante digitalización de imágenes para posible valoración y control evolutivo de los pacientes.

El informe se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4.



LOTE 4. PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS UROLOGÍA

Realización del siguiente procedimiento

- Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC)

Los centros ofertantes cumplirán los requisitos que se describen a continuación

A. INSTALACIONES

Además de los requisitos generales establecidos anteriormente, las instalaciones específicas para la realización de LEOC (“unidad de litotricia extracorpórea por ondas de choque”) se ajustará a lo siguiente:

- Estará ubicada en un centro con la correspondiente autorización sanitaria de funcionamiento en vigor y dispondrá en todas sus dependencias de las adecuadas condiciones de temperatura, humedad, comodidad, ventilación e iluminación. Contará con los elementos y el equipamiento preciso y el personal debidamente formado para la asistencia vital del paciente, en su caso. Asimismo, la disposición del mobiliario y los equipos en todas las dependencias de la unidad permitirán dicha asistencia.
- Contará con:
 - Al menos una sala para la atención del paciente anterior y posteriormente al procedimiento, con unas dimensiones mínimas de 12 m², además de aseo integrado. Estará dotada con tomas de oxígeno y aspiración, gafas nasales y mascarilla ventilación asistida. Equipo/s para la monitorización de saturación oxígeno, frecuencia cardiaca, electrocardiograma, y tensión arterial. Contará con al menos una cama hospitalaria, así como mobiliario suficiente para el uso del paciente durante su estancia en la unidad.
 - Sala de litotricia, donde estará ubicado el equipo litotriptor, que deberá estar dotada de la protección de RX ajustada a la legislación vigente. Cumplirán con los requisitos siguientes para sedación de pacientes sometidos a estos procedimientos:
 - Tomas de oxígeno y aspiración
 - Gafas nasales y mascarilla ventilación asistida
 - Equipo/s para la monitorización de: saturación oxígeno, frecuencia cardiaca, electrocardiograma, tensión arterial.

B. PERSONAL

Personal sanitario:





El centro contará con al menos un/a especialista en urología, un/a especialista en anestesiología, en su caso; y un/a enfermero/a, con la titulación establecida en la legislación vigente.

Personal no sanitario.

El centro contará con al menos un/a auxiliar administrativo.

C. ORGANIZACIÓN PRESTACIÓN SERVICIO

C.1 CIRCUITO DE PACIENTES.

- a) La indicación del procedimiento y el inicio de la derivación se realizará en el hospital derivador en la forma en que se determine por la Dirección Gerencia del SMS.
- b) La derivación de pacientes será autorizada por los SSCC del Servicio Murciano de Salud. Excepcionalmente, podrá iniciarse la derivación de pacientes desde servicios centrales.
- c) Se utilizará para la gestión de la derivación de pacientes la aplicación informática vigente en cada momento en el Servicio Murciano de Salud, el centro deberá registrar diariamente en dicha aplicación la información siguiente:
 - Fecha de realización de estudio y procedimiento realizado.
 - Incidencias:
 - Paciente devuelto por causa clínicas. Se deberá comunicar y remitir informe médico justificativo al centro de origen.
 - Paciente no localizable, tras tres intentos infructuosos en días y horas distintos. Se deberá dejar constancia de la fecha y hora, persona responsable y resultado de cada intento.
 - Paciente que rechaza la realización del procedimiento. Se deberá documentar las causas de dicho rechazo.

C.2 HORARIO DEL CENTRO.

- b) Los estudios a pacientes derivados por el Servicio Murciano de Salud se realizarán en horario de mañana y tarde, de apertura a cierre del centro, cinco días a la semana.

C.3 CITACIÓN DE PACIENTES.

- a) El centro adjudicatario será el responsable de citar a cada paciente, para ello, contará con un sistema de citaciones que establezca una programación adecuada para dar respuesta la demanda del SMS en los plazos establecidos y evitar las esperas.
- b) El centro adjudicatario será el responsable de informar de la preparación requerida para la correcta realización de la prueba, disponiendo para ello del protocolo adecuado al procedimiento, que incluirá al menos el tiempo y características de la dieta y el ayuno que debe seguir el paciente previamente a la prueba.





C.4 PLAZOS.

El plazo máximo para la realización de estos procedimientos será:

- a) Al día hábil siguiente de recibir la notificación desde el SMS, si la realización de la prueba se considera urgente.
- b) Quince días hábiles en el resto de los casos.
- c) El plazo máximo para la remisión del informe al centro derivador será de tres días hábiles desde la realización de la prueba.
- d) Si fuese requerido por el centro derivador, el centro deberá remitir copia del informe de manera inmediata

C.5 PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

C.5.1 EQUIPAMIENTO.

- a) El equipo para la realización de **LEOC** tendrá las siguientes características:
 - Generador de ondas de choque
 - Sistema de localización radiológico
 - Sistema de localización ecográfica
 - Mesa de tratamientos
 - Sistema informático para almacenaje de imagen digital e impresión

C.5.2 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) La persona a la que se va a realizar la prueba acudirá al centro concertado según la cita programada, con la preparación que se le haya indicado efectuada.
- b) Para la realización de esta prueba se requerirá consentimiento informado.
- c) Durante la realización de la LEOC es imprescindible la presencia de un/a especialista en urología y un/a enfermero/a. La sedación podrá administrarse por un/a anestesista o por especialista en urología con acreditación oficial de la capacitación para realizar sedaciones.
- d) Antes de comenzar la prueba se le interrogará para detectar situaciones de inestabilidad clínica que contraindiquen la realización de la prueba o incidencias que hayan aparecido desde el momento de la petición de la prueba y que a juicio del médico estime que sea necesario reevaluar la indicación de la misma.
- e) El personal de enfermería será responsable de la preparación del paciente.
- f) En caso de sedación del paciente, se procederá a la monitorización cardio-respiratoria.
- g) El urólogo/a localizará la litiasis y realizará al tratamiento litotriptor, programando el número de disparos a realizar según protocolo y/o características de la litiasis.





- h) Una vez finalizada la sesión de LEOC el paciente será trasladado a la sala post-LEOC para su reanimación completa antes de ser dado de alta.

C.5.3 INFORME DE RESULTADOS.

El estudio será realizado e interpretado por un /a especialista en urología, que se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4 y contendrá al menos:

- Datos de la persona a la que se realiza el estudio con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Fecha de solicitud del procedimiento y fecha de realización.
- Centro donde se realiza la prueba y especialista que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica e información clínica incluida en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento
- Protocolo de realización de la prueba:
 - Tipo y localización de la litiasis tratada
 - Tratamiento realizado
 - sedación y tipo de la misma.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera:
 - posibles complicaciones.
 - en pruebas incompletas o que se considere que requieran un procedimiento posterior especificar la causa.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento
- Recomendaciones de hábitos de vida tras a realización del procedimiento.
- Tratamiento médico específico
- Identificación de quien realiza el procedimiento (Urología y Anestesia) con la firma, incluyendo nombre, nº de colegiación y especialidad.

El informe se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4.



LOTE 5. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS DIGESTIVOS

Realización de los siguientes procedimientos

- Gastroscopia
- Colonoscopia

Los centros ofertantes cumplirán los requisitos que se describen a continuación

A. INSTALACIONES

- a) Además de los requisitos generales anteriormente establecidos, las instalaciones específicas para la realización de procedimientos diagnósticos o diagnóstico terapéuticos de digestivo se ajustarán a lo siguiente:
- Estarán ubicadas en un entorno hospitalario con posibilidad de utilización de quirófano y reanimación en los casos que fuese necesario.
 - Dispondrá de al menos dos salas de realización de los procedimientos
 - Cada una de ellas tendrá una superficie suficiente para la ubicación de una camilla y de los equipos necesarios para la realización de la prueba, así como para elementos de custodia y almacenaje de todo el equipamiento y el material fungible preciso.
 - Deberá permitir la distribución del equipamiento con posibilidades cómodas de circulaciones.
 - Contarán con las adecuadas condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación.
 - Cumplirán con los requisitos siguientes para sedación de pacientes sometidos a estos procedimientos:
 - a. Tomas de oxígeno y aspiración
 - b. Gafas nasales y mascarilla ventilación asistida
 - c. Monitorización: saturación, frecuencia cardiaca, electrocardiograma, HTA, capnógrafo
 - d. Camilla con barandillas
 - e. Carro de parada
 - f. Posibilidad de equipo de anestesia cercano
 - g. Contará con una **sala de despertar** o similar, con al menos cuatro puestos para el despertar de los enfermos sometidos a sedación, con tomas de oxígeno y monitorización en cada puesto y con las adecuadas condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación.

B. PERSONAL.





Personal sanitario:

- El centro contará al menos con un equipo de endoscopia: un/a especialista en Aparato Digestivo, un/a enfermero/a y un/a auxiliar de enfermería.
- La sedación podrá administrarse por personal con capacitación y acreditación oficial: anestesta o equipo de endoscopia.

Personal no sanitario.

El centro contará con al menos un/a auxiliar administrativo.

C. ORGANIZACIÓN PRESTACIÓN SERVICIO

C.1 CIRCUITO DE PACIENTES.

- La indicación del procedimiento y el inicio de la derivación se realizará en el hospital derivador en la forma en que se determine por la Dirección Gerencia del SMS.
- La derivación de pacientes será autorizada por los SSCC del Servicio Murciano de Salud. Excepcionalmente, podrá iniciarse la derivación de pacientes desde servicios centrales.
- Se utilizará para la gestión de la derivación de pacientes la aplicación informática vigente en cada momento en el Servicio Murciano de Salud, el centro deberá registrar diariamente en dicha aplicación la información siguiente:
 - Fecha de realización de estudio y procedimiento realizado.
 - Incidencias:
 - Paciente devuelto por causa clínicas. Se deberá comunicar y remitir informe médico justificativo al centro de origen.
 - Paciente no localizable, tras tres intentos infructuosos en días y horas distintos. Se deberá dejar constancia de la fecha y hora, persona responsable y resultado de cada intento.
 - Paciente que rechaza la realización del procedimiento. Se deberá documentar las causas de dicho rechazo.

C. 2 HORARIO DEL CENTRO.

El horario para atender a los pacientes derivados por el SMS será de apertura a cierre, mañana y tarde, durante cinco días a la semana.

C. 3 CITACIÓN DE PACIENTES.

- El centro contará con un sistema de citaciones que establezca una programación adecuada para dar respuesta la demanda del SMS en los plazos establecidos y evitar las esperas.
- El centro adjudicatario será el responsable de citar y de informar e indicar el tipo de preparación requerida para la correcta realización de la prueba:

GASTROSCOPIA: ayunas de ocho horas previas a la realización de la prueba.





COLONOSCOPIA: La indicación de la preparación de la prueba deberá ser la apropiada para la visualización de lesiones, entendiendo esta como clasificada al menos con 2 puntos según la escala de Boston en tres segmentos del colon (escaso contenido fecal líquido que permite una adecuada valoración de la mucosa). Si no fuera apropiada será responsabilidad del centro la repetición de la misma, sin costes adicionales.

C. 4 PLAZOS.

- a) El plazo máximo para la realización de la prueba será de quince días hábiles tras recibir la notificación desde el SMS.
- b) El plazo máximo para la remisión del informe al centro derivador será de tres días hábiles desde la realización de la prueba.
- c) Si fuese requerido por el centro derivador, el centro deberá remitir copia del informe de manera inmediata.

C. 5 PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

GASTROSCOPIA

C. 5. 1 EQUIPAMIENTO.

- Torre de endoscopia de gama media-alta con videoprocesadora digital y captura de imágenes.
- 2 gastroscopios.
- Fuente de electrocoagulación y argón.
- Material fungible necesario para la realización del procedimiento de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
- Limpieza y desinfección con lavadora con registro de trazabilidad.

C.5.2 REALIZACIÓN PROCEDIMIENTO:

- a) El centro realizará la programación de las exploraciones, sin que pueda exceder en número de las habituales para una jornada laboral de mañana y tarde, teniendo en cuenta el tiempo medio estimado de 30 min. para gastroscopia
- b) La responsabilidad del centro es la de realizar la exploración en las condiciones acordadas, citar la prueba, prescribir el tipo de preparación, generar un informe y remitir a Anatomía Patológica las muestras con su consiguiente petición, deberá así mismo adjuntar el informe de AP una vez estén los resultados.
- c) El centro contará con protocolos de retirada de antiagregación y anticoagulación, que, antes de su puesta en marcha, serán validados por el SMS.





- d) El centro contará con protocolos para el manejo de endoscopia en pacientes con antiagregación y anticoagulación que, antes de su puesta en marcha, serán validados por el SMS.
- e) El centro ofertará sedación en el 100% de los pacientes, siempre que esté clínicamente indicado.

C.5.3 INFORME DE RESULTADOS.

El estudio será realizado e interpretado por un /a especialista en Digestivo, que se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4 y contendrá al menos:

- Datos de la persona a la que se realiza el estudio con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Fecha del procedimiento y fecha de la solicitud.
- Centro donde se realiza la prueba y especialista que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica, medicación e información clínica incluida en la solicitud.
- Equipo con el que se realizó el procedimiento
- Protocolo de realización de la prueba:
 - sedación y tipo de la misma.
 - remisión de anatomía patológica y centro al que se remite.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera:
 - posibles complicaciones.
 - causas por la que no se hacen biopsias.
 - en pruebas incompletas o que se considere que requieran un procedimiento posterior especificar la causa y las razones por las que no pueda hacerse en el centro concertado.
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento.
- Identificación del especialista que realiza el informe y firma del mismo, incluyendo nombre, nº de colegiado y especialidad.
- Identificación del anestesista que participó y firma del mismo, incluyendo nombre, nº de colegiado y especialidad.



COLONOSCOPIA

C. 5. 1 EQUIPAMIENTO.

- Torre de endoscopia de gama media-alta con videoprocadora digital y captura de imágenes.
- 2 colonoscopios.
- Fuente de electrocoagulación y argón
- Material fungible necesario para la realización del procedimiento de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
- Limpieza y desinfección con lavadora con registro de trazabilidad.

C.5.2 REALIZACIÓN PROCEDIMIENTO:

a) El centro realizará la programación de las exploraciones, sin que pueda exceder en número de las habituales para una jornada laboral de mañana y tarde, teniendo en cuenta el tiempo medio estimado de 45 min. para colonoscopia.

b) La responsabilidad del centro es la de realizar la exploración en las condiciones acordadas, citar la prueba, prescribir el tipo de preparación, generar un informe y remitir a Anatomía Patológica las muestras con su consiguiente petición, deberá así mismo adjuntar el informe de AP una vez estén los resultados.

- Documentación gráfica suficiente en el informe de finalización de la prueba.
- Resección de todas las lesiones polipoideas pediculadas o semipediculadas de hasta 3 cm y sesiles de hasta 2 cm.
- Seguimiento y manejo de endoscopia en pacientes con antiagregación y anticoagulación.
- Ofertar sedación en el 100% de los pacientes, siempre que esté clínicamente indicado.

C.5. 3 INFORME DE RESULTADOS

El estudio será realizado e interpretado por un /a especialista en Digestivo, que se remitirá al hospital derivado en los plazos establecidos en el apartado C.4 y contendrá al menos:

- Datos de la persona a la que se realiza el estudio con nombre y apellidos, edad/fecha de nacimiento, procedencia y especialista de referencia.
- Fecha del procedimiento y fecha de la solicitud.
- Centro donde se realiza la prueba y especialista que realiza la exploración claramente identificados.
- Motivo de consulta, sospecha diagnóstica, medicación que toma el paciente antes del estudio e información clínica incluida en la solicitud.





- Equipo con el que se realizó el procedimiento.
- Protocolo de realización de la prueba:
 - sedación y tipo de la misma.
 - remisión de anatomía patológica y centro al que se remite.
 - si es o no repetición de una prueba suspendida previamente por inadecuada preparación.
- Incidencias durante la realización del procedimiento si las hubiera:
 - posibles complicaciones.
 - causas por la que no se hacen biopsias o polipectomías.
 - en pruebas incompletas o que se considere que requieran un procedimiento posterior especificar la causa y las razones por las que no pueda hacerse en el centro concertado.
- Características del estudio con un informe detallado del resultado indicando:
 - hasta donde se llega en el procedimiento.
 - número e identificación clara de muestras (biopsias, pólipos)
- Descripción de los hallazgos significativos y juicio clínico basándose en los hallazgos del procedimiento
- Identificación del especialista que realiza el informe y firma del mismo, incluyendo nombre, nº de colegiado y especialidad.
- Identificación del anestesista que participó y firma del mismo, incluyendo nombre, nº de colegiado y especialidad.
- Adjuntar fotos de las lesiones más significativas, así como de fondo cecal en las colonoscopias.

D. FACTURACIÓN (en PCA)

La entidad adjudicataria emitirá la facturación mensual, en el formato que determine el Servicio Murciano de Salud en cada momento.

E. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

- a) En cada Área de salud se creará una Comisión de Control y Seguimiento con objeto de controlar la adecuada prescripción, y el control de los servicios prestados por las empresas adjudicatarias.
- b) Esta Comisión estará formada por:

El Director Gerente del Hospital o persona en quien delegue.

El Director de Gestión del Hospital o persona en quien delegue.

Los Jefes de S. de Neurofisiología, Neumología, Cardiología, Urología y Digestivo del Área, o de Medicina Interna, en su caso.





Un representante de cada empresa adjudicataria.

Un representante de los órganos centrales.

- c) La Comisión deberá reunirse, levantando acta de cada sesión, un mínimo de tres veces al año y siempre que alguno de sus miembros lo solicite.
- d) Las empresas adjudicatarias aportarán en cada reunión:

Indicadores de calidad establecidos en este pliego al objeto de analizar la evolución de la prestación y establecer medidas correctoras si fueran necesarias.

- ✓ Información detallada sobre: número de solicitudes recibidas, número de pacientes atendidos y número de pruebas realizadas mensualmente, demoras en el tiempo establecido entre la solicitud y la realización de los procedimientos, incidencias o irregularidades detectadas, problemas relacionados con los fallos en la seguridad o efectos adversos graves relacionados con la realización de los procedimientos, así como cualquier otra información que le sea requerida.
- ✓ Copia de todas las quejas o sugerencias orales y escritas recibidas por los usuarios, con un informe detallado de las medidas adoptadas respecto a cada una de las quejas, sugerencias o cualquier otra incidencia.
- e) La Comisión llevará a cabo el control de la adecuación del servicio a las condiciones del contrato y realizará un seguimiento sobre la evolución y control de calidad de todos los servicios objeto del contrato.
- f) La Comisión adoptará y controlará las medidas correctoras que estimen necesarias implantar respecto a todas las incidencias o irregularidades detectadas o indicadores de calidad no alcanzados, para lograr una adecuada gestión del servicio y valorar los resultados alcanzados.
- g) Se realizará a través de la Comisión de Control y Seguimiento una evaluación anual del cumplimiento de las estipulaciones después de finalizar cada año de vigencia del contrato y estará documentada mediante acta. Para esta evaluación la empresa emitirá un informe detallado del periodo que corresponde evaluar con los datos descritos anteriormente y aportará información sobre los indicadores de calidad establecidos, así como cualquier información que pudiera requerir el centro de gestión.
- h) El Servicio Murciano de Salud podrá establecer los sistemas de control que consideren necesarios para el estricto cumplimiento de los requisitos exigidos, realizar cuantas inspecciones consideren oportunas y realizar auditorías para comprobar la veracidad de los datos aportados por la empresa y en su caso tomar las decisiones correspondientes.



- j) Realizar a cada paciente/cuidador una evaluación documentada de la satisfacción del usuario mediante procedimiento protocolizado (encuesta de satisfacción). Los ítems que la conforman serán ajustados, aprobados y validados a través de la Comisión de Control y Seguimiento y estarán dirigidos a estos objetivos:

- Medir la percepción real del paciente sobre la calidad del servicio prestado.
- Recoger sugerencias o quejas orales respecto a la prestación del servicio, que tendrán que quedar documentadas.

F.INDICADORES DE CALIDAD GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICOS INCLIDOS EN EL CONTRATO.

- a) Plazo de realización de los procedimientos de acuerdo con los plazos estipulados en cada modalidad :

- procedimientos realizados fuera de plazo al trimestre: Se indicará para cada modalidad el número total de procedimientos solicitados, procedimientos realizados, procedimientos realizados fuera de plazo y el porcentaje de los procedimientos realizados fuera de plazo sobre el total.

Indicador: Porcentaje de los procedimientos realizados fuera de plazo sobre el total realizado, o sobre los solicitados < 10%

- b) Realización de informes de acuerdo con lo estipulado en cada modalidad.

- Se realizará una revisión de los informes emitidos en cada modalidad en el periodo de tiempo correspondiente, con indicación del total de informes realizados, el número de informes incorrectos y el porcentaje de estos últimos sobre el total realizado.

Indicador: Porcentaje de informes realizados incorrectamente sobre el total de realizados < 5%

- c) Realización del procedimiento.

- Se realizará una revisión de la actividad realizada registrada en cada modalidad en el periodo de tiempo correspondiente, con indicación del total de procedimientos realizados, el número de procedimientos que no se adecuan a lo establecido y el porcentaje de estos últimos sobre el total realizado.





Indicador: Porcentaje de procedimientos que no se hayan realizado según lo establecido sobre el total < 5%

- Se indicará para cada modalidad el número de procedimientos con incidencias que supongan la interrupción o no realización de lo solicitado y el porcentaje de estos sobre el total de procedimientos realizados.

Indicador: Porcentaje de procedimientos con incidencias que supongan la interrupción o no realización del procedimiento sobre el total de realizados. <5%

d) Satisfacción:

- Se indicará el número total de encuestas de satisfacción realizadas y documentadas, número de encuestas con resultado de nivel de satisfacción medio-alto y porcentaje de estas sobre el total de encuestas realizadas.

Indicador: Porcentaje de encuestas de satisfacción realizadas y documentadas con resultado de nivel de satisfacción medio-alto sobre el total de encuestas realizadas > 80%.

- Se indicará el número total de quejas o reclamaciones escritas recibidas de los pacientes tratados en ese período y porcentaje sobre el total de pacientes.

Indicador: Porcentaje de quejas o reclamaciones escritas sobre el total de pacientes < 5%

Estos indicadores podrán ser objeto de revisión y modificación anual por parte del Servicio Murciano de Salud.

G.CLAUSULA MEDIOAMBIENTAL

Las empresas adjudicatarias están obligadas a:

- a) Identificar y cumplir con todos los requisitos aplicables legales y otros, en todas sus actividades en relación a la Calidad de su servicios, al Medio Ambiente y a la Seguridad y Salud de sus trabajadores.
- b) Disponer de las certificaciones sobre el cumplimiento de la legislación vigente en cada momento sobre medioambiente y prevención de la contaminación, en especial, las relativas a evitar vertidos líquidos indeseados, emisiones contaminantes a la atmósfera y el abandono de cualquier tipo de residuos.





- c) Contar con un procedimiento para la gestión de los residuos de cualquier naturaleza derivados de la actividad del Centro. A tal efecto, la entidad deberá cumplir y ajustarse a la normativa vigente y las instrucciones propias del Servicio Murciano de Salud.

Murcia, a 25 de abril de 2017

LA SUBDIRECTORA GENERAL
DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

Susana Valbuena Moya

VºBº DIRECTORA GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

Mercedes Martínez-Novillo González

02/05/2017 12:48:35

27/04/2017 15:33:16 | Firmante: MARTINEZ-NOVILLO GONZALEZ, MERCEDES

Firmante: VALBUENA MOYA, SUSANA OLGA

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) c87b951-a003-4908-956558498275

