

# **INFORME**

AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3)

**EXPEDIENTE:** PA SER-41/2018-AE

# HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO



**MAYO 2019** 





# ÍNDICE

. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	1
2. INFORME EJECUTIVO	
B. METODOLOGÍA DESARROLLADA	4
4. SERVICIO DE LIMPIEZA	
4.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	9
4.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	9
4.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	.11
4.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
4.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	16
4.5.1. INCIDENCIAS MEDIAS	17
4.5.2. INCIDENCIAS LEVES	.17
4.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
4.6.1. INCIDENCIAS CRÍTICAS	.19
4.6.2. INCIDENCIAS MEDIAS	.20
4.6.3. INCIDENCIAS LEVES	
4.7. EVIDENCIAS DOCUMENTALES	
4.7.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA	_
4.7.2. EVIDENCIA CUMPLIMIENTOS LIMPIEZAS GENERALES	
4.7.3. PLANOS DE CIRCUITOS DE LIMPIO Y DE SUCIO	
4.7.4. FICHA TÉCNICA TOALLITAS EMPLEADAS EN ZONAS ALTO RIESGO	
5. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN	
5.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
5.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	
5.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
5.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
5.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	
5.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
5.7. EVIDENCIAS DOCUMENTALES	
5.7.1. DDD	
S. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	
6.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
6.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	
6.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
6.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
6.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	
6.5.1. INCIDENCIAS LEVES	
6.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
6.6.1. INCIDENCIAS LEVES	
7. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	
7.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	. 145





7.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	145
7.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
7.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
7.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	
7.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
7.7. ÁREAS DE MEJORA	
7.8. EVIDENCIAS DOCUMENTALES Y FOTOGRÁFICAS	
7.8.1. FICHAS TÉCNICAS Y DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS EMPLEADOS EN LA DE ESTERILIZACIÓN	
7.8.2. EVIDENCIAS DEL INFORME DE ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO AMBIENTA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HIE DE VALDEMORO	
7.8.3. EVIDENCIAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL AÑO 2018 DE LOS EQUIPOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HIE DE VALDEMORO	
7.8.4. EVIDENCIAS DE LAS VALIDACIONES Y RECUALIFICACIONES DE LOS EQUIP CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HIE DE VALDEMORO	
8. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS	
8.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	222
8.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	222
8.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
8.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
8.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	229
8.5.1. INCIDENCIAS LEVES	
8.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
8.6.1. INCIDENCIAS CRÍTICAS	
8.6.2. INCIDENCIAS LEVES	
9. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	
9.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
9.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	
9.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
9.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
9.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	
9.5.1. INCIDENCIAS LEVES	
9.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
10. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	
10.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
10.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	
10.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
10.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
10.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	
10.5.1.INCIDENCIAS MEDIAS	
10.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
10.6.1.INCIDENCIAS MEDIAS	
10.6.2.INCIDENCIAS LEVES	290



# AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

11. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	
11.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	291
11.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	
11.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	
11.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
11.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	308
11.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	
11.6.1.INCIDENCIAS LEVES	308
11.7. EVIDENCIAS DOCUMENTALES	
11.7.1.EVIDENCIA DOCUMENTAL DE ATENCIÓN TELEFÓNICA	309
11.7.2.EVIDENCIA DOCUMENTAL DE AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES	316
11.7.3. EVIDENCIA DOCUMENTAL INFORME ANUAL DE RECLAMACIONES 2018 Y POR	
DEL PACIENTE	
11.7.4. EVIDENCIA DOCUMENTAL DE INFORME DE ACTIVIDAD SERVICIO ATENCIÓN PACIENTE 2018	
12. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES	342
12.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	342
12.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA	342
12.3 COMPROBACIONES POSITIVAS	343
12.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	354
12.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR	354
12.6. INCIDENCIAS DETECTADAS	354
12.6.1.INCIDENCIAS MEDIAS	354
13 PLAN DE ACCIÓN PROPLIESTO	355





#### 1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del contrato lo constituye la prestación de un servicio de AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD que permita obtener información objetiva del cumplimiento por parte de la Sociedad Concesionaria, de las obligaciones contractuales en relación a la prestación de los servicios no sanitarios.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro (expediente PA SER-41/2018-AE), con alcance en los siguientes Servicios No Asistenciales:

- Servicio de Limpieza
- Servicio de Desinfección, Desinsectación y Desratización
- Servicio de Seguridad y Vigilancia
- Servicio de Esterilización
- Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios
- Servicio de Conservación de Viales y Jardines
- Servicio de Gestión de Almacenes y Distribución Logística
- Servicio de Apoyo Administrativo
- Servicio de Explotaciones Comerciales

#### 2.-INFORME EJECUTIVO.

Se ha verificado el grado de cumplimiento de la documentación aportada, así como las incidencias detectadas en la auditoría anterior de los siguientes servicios no asistenciales:

- Limpieza
- Desinfección, Desinsectación y Desratización
- Seguridad y Vigilancia
- Gestión de Residuos Sanitarios
- Viales y Jardines
- Esterilización
- Gestión de Almacenes y Distribución-Logística
- Apoyo Administrativo
- Explotaciones Comerciales



Se han detectado el siguiente número de incidencias por cada servicio, según su criticidad:

SERVICIO	CRÍTICAS	MEDIAS	LEVES	TOTALES
Limpieza	2	7	7	16
Desinfección, Desinsectación y Desratización				0
Seguridad y Vigilancia			4	4
Gestión de Residuos Sanitarios	2		4	6
Viales y Jardines				0
Esterilización				0
Gestión de Almacenes y Distribución- Logística		1	1	2
Apoyo Administrativo			2	2
Explotaciones Comerciales		1		1

A continuación, se exponen las incidencias detectadas en cada instalación, con indicación de su criticidad y si son o no reincidentes de la auditoría anterior:

#### **LIMPIEZA**

Con la tipología de "metodología", hacemos referencia al grado de cumplimiento del sistema de trabajo implantado.

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Productos	CRÍTICA	NUEVA
Dosificadores abiertos	CRÍTICA	NUEVA
Metodología	MEDIA	REINCIDENTE
Dosificación	MEDIA	REINCIDENTE
Carro de limpieza en quirófano	MEDIA	REINCIDENTE
Calidad limpieza	MEDIA	NUEVA
Doble cubo	MEDIA	NUEVA
Calidad de limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Medidas de retención en caso de accidente	LEVE	REINCIDENTE
Acceso a zona de limpio y de sucio	LEVE	NUEVA
Calidad de la limpieza	LEVE	NUEVA



TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Materiales y equipamiento	LEVE	NUEVA
Calidad de la limpieza	LEVE	NUEVA
Reposición de material	LEVE	NUEVA
Suciedad en materiales	LEVE	NUEVA

# DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

No procede

#### **SEGURIDAD Y VIGILANCIA**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Registro de rondas	LEVE	REINCIDENTE
Puntos ciegos en el parking de superficie	LEVE	REINCIDENTE
Desconexión Central de Incendios	LEVE	NUEVA
Actualización Plan de Catástrofes	LEVE	NUEVA

# **GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Puertas de almacenes intermedios abiertas	CRÍTICA	REINCIDENTE
Galga mínima de las bolsas de basura	CRÍTICA	NUEVA
Documentación de retirada de residuos	LEVE	NUEVA
Suciedad en contenedores de basura	LEVE	NUEVA
Almacenes intermedios colapsados	LEVE	NUEVA
Suciedad en el almacén final de residuos	LEVE	NUEVA



#### **GESTIÓN DE VIALES Y JARDINES**

No procede

#### **ESTERILIZACIÓN**

No procede

# GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Referencias en almacenes intermedios	MEDIA	NUEVA
Registro de la limpieza de pallets de plástico	LEVE	NUEVA

#### **APOYO ADMINISTRATIVO**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
% medio de llamadas perdidas no es inferior al 3	LEVE	NUEVA
Preguntas referentes a apoyo administrativo en encuestas	LEVE	NUEVA

#### **EXPLOTACIONES COMERCIALES**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Encuestas trimestrales del	MEDIA	NUFVA
aparcamiento	MLDIA	NOLVA

#### 3.-METODOLOGÍA DESARROLLADA.

La metodología general ha consistido en lo siguiente:

#### FASE I: PLANIFICACIÓN INTERNA DEL SERVICIO DE AUDITORÍA

El equipo auditor de GESMAN ha trabajado en la definición de lo siguiente:

- Procesos y subprocesos principales a auditar
- Parámetros clave y actividades de control
- Condiciones de las mediciones: técnicas, muestras, periodicidad,...
- Documentación inicial requerida
- Programa de trabajo

FASE II: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO AL SERMAS, AL OBJETO DE SU REVISIÓN Y EN SU CASO APROBACIÓN





#### FASE III: RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA Y ESTUDIO DOCUMENTAL

La documentación solicitada ha sido la siguiente:

#### SERVICIO DE LIMPIEZA:

- Manual de procedimientos
- Programa de limpiezas a fondo para el mes de Octubre y Noviembre de 2.018.
- Relación de productos a emplear según zona y aprobados por Medicina Preventiva.

#### SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA:

- Planes de catástrofes internas o emergencias (Plan de Autoprotección)
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2.018.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche y carnets de los mismos.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.

#### SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS:

- Documento de aceptación del gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.
- Certificados de formación en PRL del personal adscrito al Servicio de Limpieza, responsable de la retirada de los residuos.

#### SERVICIO DE VIALES Y JARDINES:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.018.
- Planos con indicación de las rutas de acceso
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehículos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.
- Ficha de seguridad de los productos empleados
- Fichas de las especies vegetales existentes en el Hospital





#### SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN:

- Licencia de la Central de Esterilización.
- Procedimiento de control y trazabilidad de productos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de control de calidad.
- Stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.

#### <u>SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:</u>

- Procedimiento de trazabilidad en el almacenamiento y distribución, en caso de disponer de él.

#### SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO:

- Listado telefónico.
- Informe de llamadas atendidas, perdidas y no atendidas.
- Encuesta de satisfacción a los clientes o del instrumento de medición que se haya habilitado.

#### SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES:

- Protocolo de actuación en incendios
- Inventario de equipamiento para la prestación del servicio
- Manual de procedimientos, en caso de disponer de él. (avisos programados y no programados, comunicación, ejecución, gestión de órdenes,...)

#### **EXPLOTACIONES COMERCIALES:**

#### Cafetería-bar y comedor:

- Certificado ISO 9.001 o equivalente de la cafetería-bar, comedor público y comedor de personal.
- Proyecto sobre seguridad e higiene.

#### Servicio de aparcamiento:

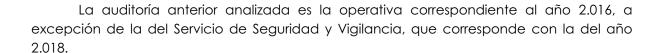
- Relación de las áreas para uso preferente de aparcamiento.
- Tarifas de aparcamiento.
- Nº total de plazas de aparcamiento y nº total de plazas para minusválidos

#### Servicio de teléfono y televisores en habitaciones y zonas comunes:

- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.







El estudio documental ha consistido en lo siguiente:

- Determinar los subprocesos y actividades que a priori pueden ser críticas
- Revisar los resultados de Auditorías anteriores y los Planes de Acción correspondientes
- Analizar con detalle el Manual de procedimientos vigente elaborado en base al Protocolo Básico del Servicio y al PPTe

#### FASE IV: PRESENTACIÓN A LAS SOCIEDADES CONCESIONARIAS DEL PLAN DE VISITAS PARA SU ESTUDIO Y ANÁLISIS

GESMAN mantuvo una reunión con la Sociedad Concesionaria en fecha 1/03/19 para presentación del Proyecto y el Plan de visitas.

#### FASE V: VISITAS IN SITU PARA LA RECOPILACIÓN DE LOS DATOS NECESARIOS

GESMAN visitó los hospitales, de acuerdo con el calendario propuesto, al objeto de recabar la información precisa, así como las evidencias documentales, visuales y técnicas que permitan el seguimiento de los hallazgos de auditoría

#### FASE VI: ANÁLISIS Y PROCESADO DE LOS DATOS

GESMAN realzó lo siguiente a partir de la información obtenida:

- Procesar los datos obtenidos con el fin de realizar un análisis funcional exhaustivo del servicio y del estado del inmueble y las instalaciones
- Determinar los subprocesos y actividades críticas que pueden originar los problemas que afecten la calidad y disponibilidad del servicio
- Revisar los resultados de Auditorías anteriores y los Planes de Acción correspondientes

#### FASE VII: PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS

- Clasificar las incidencias según criterios establecidos
- Definir medidas para la mejora de las ya existentes o desarrollo de nuevas actuaciones
- Elaborar una propuesta de PLAN DE ACCIÓN, en el que se asociarán las incidencias detectadas, con las propuestas de mejora para solucionarlas.





#### FASE VIII: ANÁLISIS DE PARÁMETROS ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

 Análisis de los resultados de los parámetros definidos, elaboración del CUADRO DE MANDO y propuesta del PLAN DE SEGUIMIENTO de los mismos.

#### FASE IX: REDACCIÓN DE LOS INFORMES

FASE X: PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL Y RESUMEN EJECUTIVO A LA UNIDAD TÉCNICA DE CONTROL

FASE XI: PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL Y RESUMEN EJECUTIVO A LA SOCIEDAD CONCESIONARIA

FASE XII: ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A ALEGACIONES/PLAN DE ACCIONES DE LAS SOCIEDADES CONCESIONARIAS, CUANDO PROCEDA.





#### 4.-SERVICIO DE LIMPIEZA.

#### 4.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de limpieza se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

#### 4.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Manual de procedimientos
- Programa de limpiezas a fondo para el mes de Octubre y Noviembre de 2.018.
- Relación de productos a emplear según zona y aprobados por Medicina Preventiva.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Resolución de 8 de mayo de 2013, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el I Convenio colectivo sectorial de limpieza de edificios y locales.
- Real Decreto 349/1993, de 5 de marzo, por el que se modifica la Reglamentación Técnico-Sanitaria de Lejías aprobada por el Real Decreto 3360/1983, de 30 de noviembre.
- Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores.
- Resolución de 18 de agosto de 2005, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación del Acuerdo marco estatal del sector de limpieza de edificios y locales.
- ORDEN 288/2010, de 28 de mayo, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, y de los servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria en la Comunidad de Madrid.
- Decreto 83/1999, de 3 junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2003 de 20 de marzo de residuos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados.
- Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del estado.
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las substancias peligrosas.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.





GESMAN ha evaluado la prestación del servicio en al menos tres zonas de alto riesgo, dos de medio riesgo y una de bajo riesgo.

#### ZONAS DE ALTO RIESGO:

- Paritorios (Paritorio 3)
- Quirófanos (Quirófano 8, 6, 1 y 7)
- C.M.A.
- Endoscopias
- Neonatología
- UCI (Box 2)

#### ZONAS MEDIO RIESGO:

- Hospitalización (Habitación 118)
- Urgencias (Box Emergencias, Sala de Yesos, Box 11, 12 y 15, Laboratorio)
- Hospital de día

#### ZONAS DE BAJO RIESGO:

- Pasillos
- Aseos Públicos de CE y Urgencias
- Vestuarios
- Sala de Espera Urgencia Pediátrica
- Cuarto de Limpieza





#### 4.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- La empresa presenta en los plazos estipulados los protocolos y manuales de procedimientos:
  - Subdivisión zonas limpieza a efectos de limpieza: alto riesgo, medio riesgo y bajo riesgo
  - Tiene programa de limpieza por zonas con periodicidad
  - Técnicas, procedimientos y productos a emplear
- Se verifica la existencia de una planificación de las limpiezas mensuales a realizar, con indicación de las fechas de las mismas:

#### Actividad desarrollada

Cumplimiento limpieza planificada y programación limpieza planificada para el mes siguiente

Zonas críticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas prevista mes siguiente
Quirófanos		MENSUAL	13 y 14/10/18	17 y 18/11/18
Unidades de Reanimación y despertar postquirúrgico		MENSUAL	27/10/18	25/11/18
Neonatos		MENSUAL	06/10/18	01/11/18
Central Esterilización		MENSUAL	07/10/18	01/11/18
UCI		MENSUAL	28/10/18	24/11/18
Diálisis		1	13/10/18	13/11/18
Urgencias (boxes y observación)		MENSUAL	12 y 13/10/18	10 y 11/11/18
Banco de sangre		MENSUAL	21/10/18	24/11/18
lospital de día		MENSUAL	12/10/18	03/11/18
Habitaciones de aislamiento		DIARIO	01 al 31/10/18	01 al 30/11/18
Sala de autopsias				
Unidades especiales (a determinar en cada centro)				



- Se comprueban los siguientes registros en los que se verifica el cumplimiento de la ejecución de la limpieza planificada:
  - o Unidades de Reanimación y despertar postquirúrgico: 25/12/2018
  - o UCI: 23/12/18
  - o Hospital de Día: 3/11/18 y 6/12/18.
- La limpieza se realiza de las zonas limpias hacia las sucias
- Todo el material está colocado en el carro, así como las bolsas de basura.
- Los pomos se limpian diariamente con desinfectante.
- El agua no se emplea en ningún caso sola. (detergente + desinfectante en la concentración adecuada).
- Se retira el polvo con gamuza humedecida. No se pasa el mismo lado de la gamuza por distintas superficies.
- Las bayetas siguen el código de color recomendado por la OMS: Rojo W.C., Azul mobiliario, Amarillo sanitarios, Verde office de planta.
- Todo el material se enjuaga escrupulosamente al terminar cada unidad.
- El agua se cambia para cada habitación.
- Cuartos de baño: Diariamente se deja correr el agua de cisternas, lavacuñas y todos los grifos que existan.
- Vertederos: Se deja correr el agua junto con un detergente y después se deja 20 min actuando con lejía.
- Al finalizar la jornada se lavan bien todos los materiales empleados con agua caliente y detergente. Se introducen en desinfectante 20 min y se guardan secos.
- Los productos están debidamente etiquetados y en su envase.
- Se aporta relación detallada de los productos, así como su uso y concentración.
- Se realizan encuestas de satisfacción mensuales en las diferentes áreas del hospital.





- Las habitaciones se limpian diariamente.
- Se realiza la limpieza de los aseos públicos.
- Se limpian las zonas de acceso al público.
- Se cumple la periodicidad de las limpiezas programadas.
- El personal va debidamente uniformado e identificado.
- No hay deficiencias en las limpiezas efectuadas
- Se cumple el uso, la concentración y los desinfectantes aprobados por Medicina preventiva:



- Se cumplen los protocolos y manuales de procedimiento aprobados.
  - o La Responsable de limpieza (Gobernanta), dispone de un "registro de incidencias" cumplimentado



- o Se emplea la técnica de doble cubo
- o Se utilizan las bayetas humedecidas de cuatro colores:

Bayeta azul	Bayeta verde	Bayeta amarillo.	Bayeta roja.
	todas las superficies horizontales y verticales consideradas comunes, a	Destinada a la limpieza de los aseos en todas las superficies excepto en el suelo y WC.	exclusivamente a la

- El carro de limpieza tiene cuatro cubos, que tienen el mismo color que las bayetas correspondientes
- o Se emplea la técnica de doble cubo
- o Se utiliza el sistema de preimpregnación de mopas y bayetas
- Se comprueba que los carros utilizados para la aplicación del doble cubo van equipados con lo siguiente:
  - o Bandeja para colocación de cubos de colores
  - Bayetas de colores
  - o Cubos de colores
  - Soporte para bolsa de basura
  - Bolsas de plástico para recogida de basuras
  - o Bolsas de plástico para forrar cubos y papeleras
  - o Prensa
  - o Cubos para técnica de doble cubo
  - o Fregona
  - Recogedor
  - Haragán con fliselinas
  - Estropajos
  - o Guantes de goma
  - Espátula
- Se comprueba que los carros utilizados para el sistema de preimpregnación o limpieza en plano son de tres bandejas dotados de lo siguiente:
  - o Cubetas para humedecer las mopas de microfibra
  - o Palos telescópicos para los soportes de las mopas
  - Mopas de microfibra
  - o Bayetas de microfibra de diferentes colores
  - Soporte para las bolsas de basura





- o Bayeta absorbente para el secado
- Estropajos
- Recipientes para desinfectantes con la dilución específica de la zona en la que se trabaje
- o Recogedor
- Espátulas
- Dosificadores
- o Bolsas de plástico para la recogida de basuras
- o Bolsas de plástico para forrar cubos y papeleras
- o Guantes de goma
- Se ha comprobado que diariamente se desinfecta el equipamiento de limpieza empleado.
- Se verifica que los pomos de puertas y barandillas de las escaleras se limpian diariamente.
- Se comprueba que las superficies de zonas más altas se limpian con un elemento telescópico o especial impregnado con un agente de limpieza evitando dispersar el polvo.
- La limpieza de quirófanos es correcta.
- El resultado de la encuesta de satisfacción no se encuentra por debajo de 75%.





#### 4.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

#### PARÁMETRO 1: Calidad de la limpieza en zonas muy críticas

<u>Definición:</u> Grado de limpieza detectado en las zonas muy críticas del Hospital <u>Nivel de cumplimiento exigible</u>: 8 sobre 10

<u>Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos:</u> mensual <u>Método de cálculo</u>: media de las puntuaciones obtenidas para la limpieza de suelos, techos, paramentos verticales y horizontales de 5 estancias muy críticas del Hospital

Resultado: 9

#### PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Limpieza

IN=0.3\*Frecuencia+0.7\*Calidad

Donde:

Frecuencia: Es el grado de cumplimiento de la frecuencia de limpieza mensual y trimestral durante el ejercicio 2.018.

Calidad = 0.6 AR+0.3MR+0.1\*BR

Donde:

AR: Calidad de la limpieza en zonas de alto riesgo MR: Calidad de la limpieza en zonas de medio riesgo BR: Calidad de la limpieza en zonas de bajo riesgo.

Resultado: 8.93

## 4.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

Las siguientes incidencias detectadas en la auditoría anterior permanecen abiertas:





#### 4.5.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

- En la limpieza de cierre de quirófanos se propone determinar un orden de las zonas a limpiar claramente definido, ya que durante la auditoría al tener que pausarse dicha limpieza (por peonadas) no se tenía la seguridad, por parte del personal de limpieza, de por qué elemento se debía seguir al retomar la limpieza de cierre del quirófano.
- 2. Se ha podido evidenciar en el quirófano que no se mide la dosis de desinfectante que se diluye en el agua, sino que se echa a ojo en algunas ocasiones, por lo que se propone el uso de dosificadores en todas las ocasiones. Sólo se ha podido evidenciar que existe dosificadores en las siguientes zonas:
  - o Hospitalización 0.
  - o Hospitalización 00.
  - Hospitalización 1<sup>a</sup>.
  - o Hospitalización 2ª.
  - o Hospitalización 2B.

#### 4.5.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. Respecto al almacenamiento de productos de limpieza peligrosos (aquellos que en su envase presentan al menos un símbolo de peligrosidad) no disponen de medidas de retención en caso de accidente o vertido (recipientes para derrames → cubetas retenedoras de derrames), si bien, sí que disponen de un kit mediante el cual evitarían la contaminación de las zonas próximas, con todos los EPI's necesarios para que los Profesionales de la Limpieza puedan limpiar dicho vertido sin riesgo para su salud. Además, se han observado las estanterías en mal estado:















2. Se debe realizar la limpieza partiendo de las zonas más limpias hacia las más sucias, evidenciándose en algún caso que no se seguía dicho proceso durante la limpieza de quirófanos entre intervenciones, no siendo adecuada.



#### 4.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

# 4.6.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

1. Productos adecuados: en el momento de la auditoría, la profesional de limpieza utiliza un limpiador neutro para realizar la limpieza y desinfección de las zonas comunes, aseos públicos de las consultas externas.





2. En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar varios dosificadores automáticos de desinfectante no conectados adecuadamente a las botellas del producto desinfectante, ya que los tapones estaban abiertos.



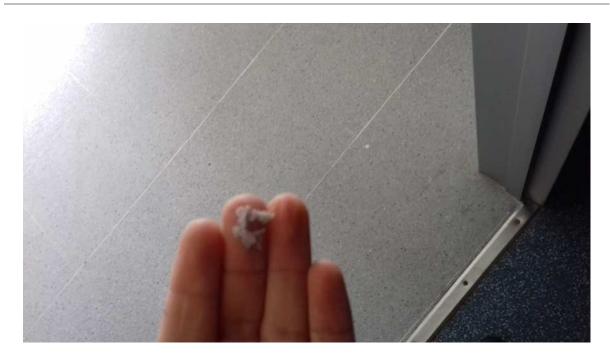
#### 4.6.2.-INCIDENCIAS MEDIAS.

GESMAN:

1. En el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en el marco superior de la puerta del baño del paritorio.







#### **QUIRÓFANOS:**

En el quirófano 8, se auditó una limpieza de cierre de jornada:

2. En el quirófano 8, la profesional de limpieza introduce el carro de limpieza en el quirófano. Metodología de limpieza en el quirófano 8 fue correcta.











En el quirófano 5 se auditó una limpieza entre intervenciones:

GESMAN:

3. En el momento de la auditoría la profesional de limpieza no realiza correctamente el doble cubo, introduciendo la fregona sucia en ambos cubos cada vez.









### RADIOLOGÍA:

#### 1 Mamografía:

4. En el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en el marco superior de la puerta.







#### **ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Sala 3 y vestuario:

5. En el momento de la auditoría se observa suciedad en el techo del vestuario, en el marco de la salida de ventilación.





#### 4.6.3.-INCIDENCIAS LEVES.

1. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar en el área de Quirófanos, que el carro del pasillo de limpio debe acceder al pasillo de sucio para realizar el cambio de agua y dosificación del producto, por lo que no se evidencia el cumplimiento de la separación de la zona de limpio con la de sucio en quirófanos:

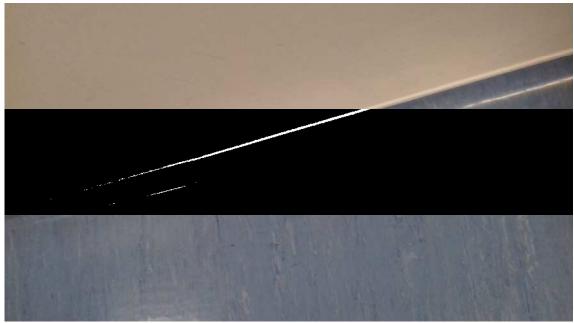






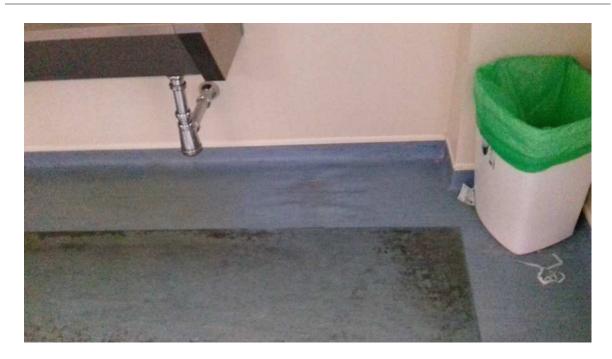
2. En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar los suelos del pasillo de limpio de quirófanos en mal estado y grietas, que no permitían realizar una correcta limpieza y desinfección de los mismos:





















3. En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar en varios carros de limpieza, las bayetas húmedas antes de su utilización, así como la fregona húmeda en el cubo con agua y producto durante toda la noche hasta el día siguiente, lo que no garantiza la correcta desinfección en la limpieza.





GESMAN:



4. Se ha podido evidenciar polvo en varias zonas del Hospital y suciedad en varios de los suelos revisados:









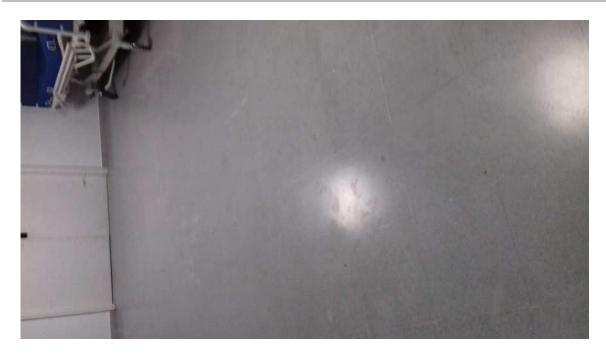








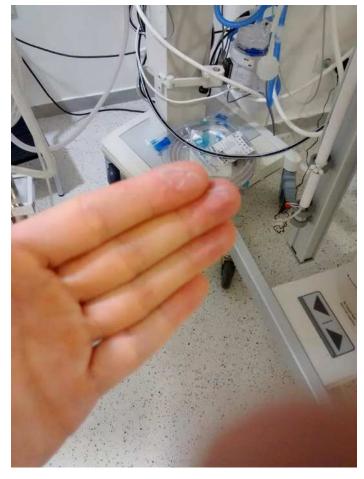


























































5. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar en los aseos de urgencias que estaban sin papel:















6. En el momento de la auditoría, en las zonas de alto riesgo, tales como Quirófanos, UCI's y Neonatos, no se ha podido evidenciar que los cubos azules estén en buen estado, a pesar de realizar el cambio de agua daba sensación de suciedad en el interior de los mismos:





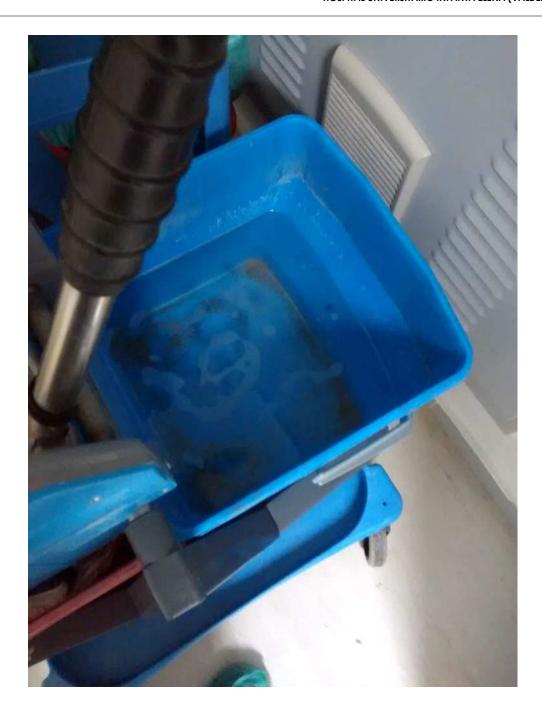
GESMAN:













# 4.7.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

E GESTION, S.L.

GESMAN:

# 4.7.1.-MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA CORP24.1/GM1 Versión 4

# 03. LIMPIEZA MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

Página 1 de 217







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA CORP24.1/GM1 Versión 4

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

Redactado por:	Aprobado por:
Nombre: Silvia Fernandez - Valmayor	Nombre: Dolores Pita Tenreiro
Cargo: Responsable de Servicios Generales Limpieza	Cargo: Directora Servicios Generales SPS
Nombre: Aranzazu Tejero Zarca	Nombre: Eduardo Moreno Cere
Cargo: Responsable de Calidad SPS	Cargo: Director General SPS
Fecha: Abril 2016	Fecha: Abril 2016

	CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSION								
Versión	Fecha	Modificación							
3	Abril 2016	ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO							
4	Noviembre 2017	ACTUALIZACIÓN DE ALTO RIESGO, DEFINICIÓN DE TÉCNICA DE LIMPIEZA POR							
		PREIMPREGNACIÓN, DEFINICIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS.							

Página 2 de 217

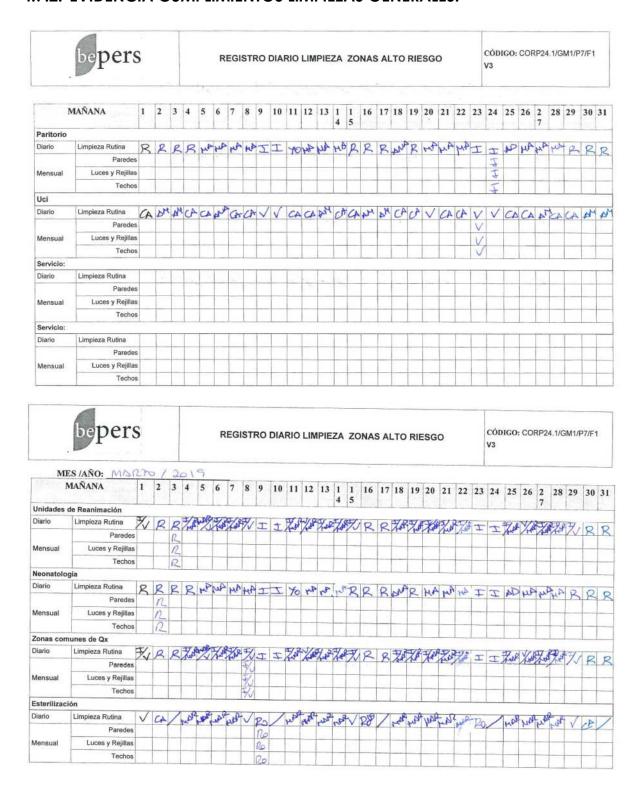




# 4.7.2.-EVIDENCIA CUMPLIMIENTOS LIMPIEZAS GENERALES.

GESMAN:

E GESTIÓN, S.L.





CODIGO: CURP24, 1/GNI1/PD/F1

	bepers				REGISTRO LIMPIEZA ZONAS RIESGO BAJO				118	Versión: 3																						
NOCHE		1	2	3	4	5	6	7	3	9	10	31	12	13	39	35	36	57	38	妇	20	23	22	23	24	X	26	27	28	29	30.	3
Zona/Service																																
Diario	Limpieza Rutina	C	C	C	罗	×	C	_	罗	×	净	C	E	老	P	C	C	C.	7	2	750	30	29	P	R	Zo	30	10	4	750	130	-/
	Paredes					-												_				_		-	-		-	-	-	-	-	_
Mensual	Luces y Rejillas																					_					-	$\rightarrow$	-	-	-	-
	Techos																															_
Zona/Servi	cio:															_			_		-									-1		_
Diario	Limpieza Rutina																							-	_				$\dashv$	-		-
	Paredes																					_		_	_				-	-		_
Mensual	Luces y Rejillas																												-			-
Te	Techos																															_
Jardines																										_	1	-				_
Diario	Limpieza Rutina							60	Go	Ga	Ga	Ga	60.		Ga	Ga		Ga				Na		NA		NA	1/2		ND		NP	_
	Paredes																															_
Mensual	Luces y Rejillas																									-		-				
Techo	Techos																															_
Garaje	(TARDE)														-		_	_			_				-	10	-			4	100	70
Diario	Limpieza Rutina	B	10	P	B	0	0	I	B	B	B	0	7	A	13	D	D	D	B	B	D	B	V	N	B	D	D	B	B	D	P	5
Mensual Luc	Paredes																									-	-			-	-	
	Luces y Rejillas																								-	-	-	1	H	-		
	Techos		-												1				_				_									
Zona/Servi	cio:														-	_	-	_		-	1	-	_	-	-	-	_		1			
Diario	Limpieza Rutina			1												_		-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
	Paredes																		-		-		-	-	-	-	+	+	$\vdash$	-	-	-
Mensual	Luces y Rejillas	1															-	-		-		-			-	-	-	+	-	-	-	-
On Control Con-	Techos	3																											_			_

TIPO DE LIMPIEZA  3 G 16/03 15:50 Veli - LIMPIADORA  7 G 16/03 16:45 Veli - LIMPIA  8 G 16/03 16:45 Veli - LIMPIA  9 G 16/03 16:45 Veli - LIMPIA  9 G 16/03 16:45 Veli - LIMPIA  4 G 17/03 16:00 Veli - LIMPIA  4 G 17/03 16:00 Veli - LIMPIA  5 G 17/03 18:40 Veli - LIMPIA  6 G 17/03 20:00 Veli - LIMPIA  6 G 17/03 20:00 Veli - LIMPIA  6 G 17/03 20:00 Veli - LIMPIA  6 G 17/03 21:20 Veli - LIMPIA  6 G 17/03 21:20 Veli - LIMPIA  7 G 17/03 20:00 Veli - LIMPIA  8 G 17/03 21:20 Veli - LIMPIA  9 G 17/03 21:20 Veli - LIMPIA	Бере	18	LIMPI	V4		
7 6 16/03 16:45 704 - Musz 8 6 16/03 19:30 704 - Musz 8 7 6 16/03 20:40 704 - Musz 8 7 6 17/03 16:00 704 - Musz 8 7 6 17/03 18:40 704 - Musz 8 7 6 17/03 18:40 704 - Musz 8 7 6 17/03 20:00 704 - Musz 8 7 6 6 6 17/03 21:20 704 - Musz 8 7 7 6 17/03 21:20 704 - Musz 8 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	N° QUIRÓFANO		DÍA	HORA	LIMPIADORA	FIRMA
7 G 16/03 16:45 /cli - Nunz 9 G 16/03 19:30 /cli - Nunz 9 G 16/03 20:40 /cli - Nunz 9 G 16/03 20:40 /cli - Nunz 9 G 17/03 18:70 /cli - Nunz 9 G 17/03 18:40 /cli - Nunz 9 G 17/03 18:40 /cli - Nunz 9 G 17/03 20:00 /cli - Nunz 9 G 17/03 20:00 /cli - Nunz 9 G 17/03 21:20 /cli - Nunz 9	3	G	16/03	15:50	Yoli - Duciz	
9 6 16/03 20:40 Yole - Kriez 3 4 6 17/03 16:50 Yole - New 2 4 6 17/03 18:40 Yole - New 2 5 6 17/03 20:00 Yole - New 2 6 6 17/03 21:20 Yole - New 2 6 6 17/03 21:20 Yole - New 2	7	G	16/03	16:45		-
\$ 6 17/03 16:00 704 - Nunz 44 6 17/03 18:40 704 - Nunz 47 6 17/03 18:40 704 - Nunz 47 6 17/03 20:00 704 - Nunz 6 6 6 17/03 21:20 704 - Nunz 6	8	G	16/03	19:30		55
4 6 17/03 18:20 Yoli - Nunz C 17/03 18:40 Yoli - Nunz C 2 G 17/03 20:00 Yoli - Nunz C 2 G 17/03 21:20 Yoli - Nunz C 2 G 17/03	9	6	16/03	20:40	Yole - Nous	0
4 6 17/03 19:40 Yoli - Nunix 2 2 6 17/03 20:00 Yoli - Nunix 2 6 17/03 21:20 Yoli - Nunix 2 6 6 6 17/03 21:20 Yoli - Nunix	7		17/03	16:00		8
5 G 17/03 18:40 Yoli - News 2 G 17/03 20:00 Yoli - News 6 G 17/03 21:20 Yoli - News 6	4	6	17/03	17:20		4
2 G 17/03 20:00 yole - Nuez 6 G 17/03 21:20 yole - Nuez 6	<		17/03	18:40		700
	2		17/03	20.00		6
	6		17/03	21:20		65
			1-			
		s de Limpieza:				

Tipos de Limpieza:

A= Apertura quirófano (al comienzo de actividad quirúrgica)

R+ L= Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención). "L" limpieza del lavamanos.

E= Limpieza de cierre o exhaustiva (la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre o a petición del personal sanitario)

G= Limpieza General (Al menos una vez al mes aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable: Salgaca Observaciones:





# 4.7.3.-PLANOS DE CIRCUITOS DE LIMPIO Y DE SUCIO.

# PLANO 1

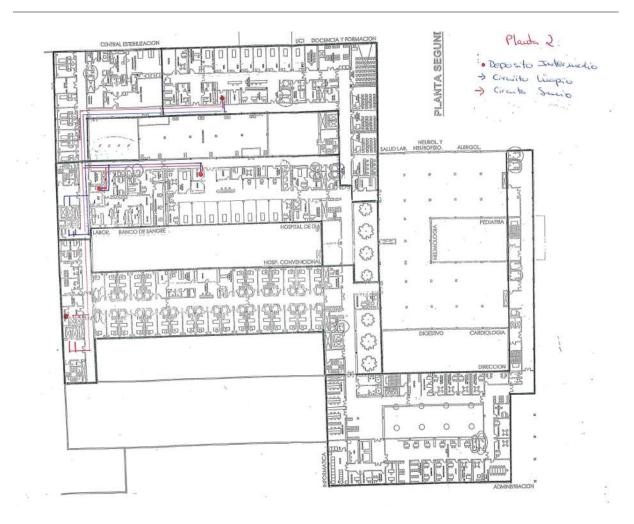
GESMAN:

DE GESTIÓN, S.L.





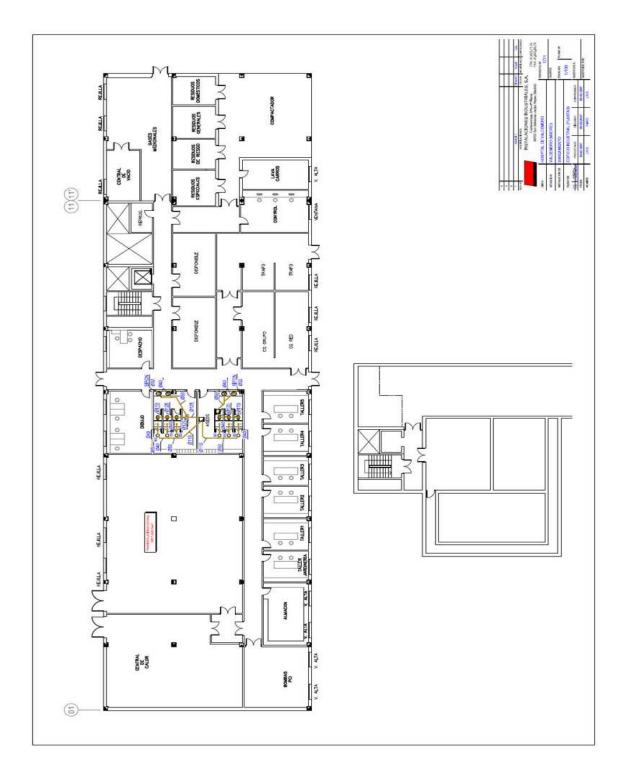








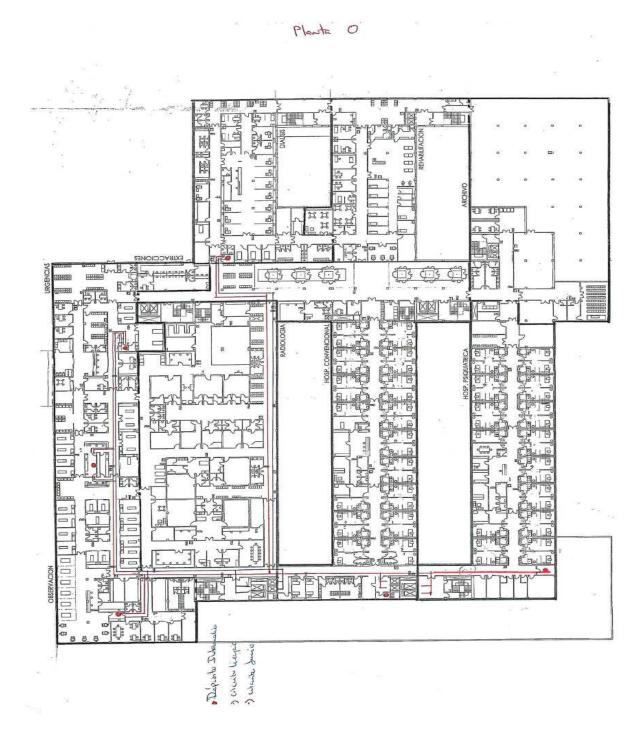
# PLANO EDIFICIO INDUSTRIAL







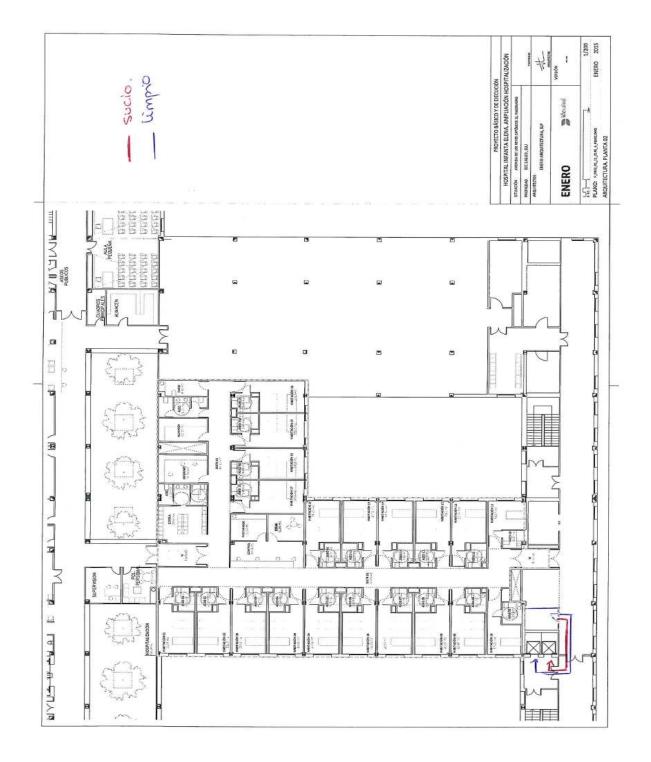
# PLANTA 0







# PLANTA 2 NUEVA HOSPTIALIZACIÓN





# 4.7.4.-FICHA TÉCNICA TOALLITAS EMPLEADAS EN ZONAS ALTO RIESGO.

2018-DESCOSEPT PUR WIPES RTU-HUIE

# LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN ÁREA QUIRÚRGICA SUPERFICIES Y EQUIPOS CLÍNICOS NO CRÍTICOS\*

# DECOSEPT PUR WIPES RTU





RECAMBIO

**CUBO REUTILIZABLE** 

•Toallitas impregnadas, listas para su uso.

#### ·Indicación:

- Limpieza y rápida desinfección de equipamiento médico resistente al alcohol y todo tipo de superficies.
- · No utilizar en superficies calientes.
- · No utilizar en dispositivos invasivos.

# ·Preparación:

- Realizar la limpieza y desinfección del cubo con los dos sobres que vienen que vienen con el recambio.
  - 1. Limpieza (toallita azul), en el siguiente orden:



 Recortar bolsa de recambio de las toallitas por la parte superior e introducirla en el cubo (sin retirar la bolsa).



- · Validez una vez abierto 4 semanas.
- Utilización:
  - Aplicar cubriendo por completo la superficie y dejar secar.





<sup>\*</sup> Equipos Clínicos No Críticos: aquellos que entran en contacto con piel integra o intacta

#### **DESCOSEPT PUR WIPES RTU**



#### Descripción del Producto

DESCOSEPT PUR WIPES RTU son unas toallitas con base elcohólica Estas pere su uso, para la limpieza y desinfección de áreas criticas así como áreas cercanas al padente. No es necesario repasar el área después de usar DESCOSET PUR WIPES RTU.

DESCOSET PUB WIPES RTU no deja residuos por lo que adecuado para todas las áreas def Hospital.

DESCOSEPT DESCOSET PUR WIPES RTU está listo para su uto y es adec superficies grandes.

#### Rango de aplicación

rantgo de apricación.

Acorde cen la Directiva de Dispositivas Médicas (MDD): Desinfección nápide de dispositivos médicos so trassites resistentes el alcoho. Especialismes adocuado para pentalias, teclados o superficies de control de equipamiento médico.

Acorde a la Regulación de Productos Biocidas: Limplesa y rápida desinfección de equipamiento médico resistente al alcohol y todo tipo de superficies.

DESCOSEPT PUR WIPES RTU son especialmente

- superficies cercanas al paciente, como mesillas,
- cames y stilones de pacie twit/2016 - superficies de trabajo



- \* Incluyencio Fasa 2.3 y Fasa 2.3 del tiest (provides de suspensión countrativa y province prácticas de portadores de gárma \*\* Transvendo es culturans de 5 mis. de la tita 904
- y plet, como pomos y asideros.

   superficies en áreas de alimentos y cocinas, superficies de acaro inoxidable y frentes de vitrines
- Espectro de actividad
- bactericida
   tubercubcida

- activo contra todos los virus encapsulados (Incluyendo HBV, HV, HCV, BVDV, Influenza, cold, vaccinia virus) activo contra rota- y norovirus

## Modo de Empleo

APSEAF LA SUPPRIED ON DESCOSEPT PUR WIPES ITTU hanta que esté completamente mojade. Expesar el tiempo de contacto. DESCOSEPT PUR WIPES ITTU está desfielad para su tos con sistemas reflemáles de dispensación.



Or. Schumacher Smith!
Am Roggerhild 3 -54505 Mainhild - Germany - T +69 5664-5466-0 - T +69 5664-5446









# Toallitas para desinfección de superficies

# DESCOSEPT PUR WIPES RTU

Toallita de base alcohólica para una rápida desinfección

100 g de solución contiene los siguientes ingredientes activos: 45.0 g de ethanol

#### Opiniones de Expertos

- Prof. Dr. Werner, preventivista, Schwerin: bricome pericial sobre:

   desinfección de superficies de acuerdo con la guie VAH y EN1447E

   eficacia contra rotavirus de ecuerdo a EN 34476

   eficacia contra norovirus (MNV) de acuerdo a EN 34476

   ficacia contra norovirus (MNV) de acuerdo a EN
- ane/6 eficacia tubercufcida (M.Jerrae) de acuerdo con EN 14348
- eficacia mycobactericida (M. avium) de acuerdo con EN 14348.

Dr. Sudhomel, preventivista, Vienna: Informs pericial en desinfección de superficies de accerdo con la guia VAH y EN 16615.

Información Importante
Sólido inflamable.
Sí en nocesario avisar a un especialista, conserver el envace o la efigueta a meno. Mantener alejado de fuertas de ligitáción o de calor, No fismer. Mantener el envace o la elegación de calor, No fismer. Mantener el envace blen cerrado. No inequirar su vapor. Si entre en contacto cim los CUOS. Enjager abunidantemente con agua durante verino minuta. Cubarra las lentres de contacto (si las hubiera) y seguir enjagando.

Desechar el envase siguiendo las normas locales. El tiampo de validez una vez ablerto el envase es de 4 semanes siempre que se use con los sistemas Desco-Wipes o Eco-Wipes.

#### Conformidad del Producto

Presente en el actual fistado VAH, el actual fistado de desinfectantes OGHMP y el fistado de desinfectantes viruddas IHO. Conferens el la Directiva Comunitaria 93/42 CE de Productos Sanitarios.

#### Información Medioambiental

Importmetation wheathcamblettal Los productos de Dr. Schumacher Gmith se fabrican de acuardo con procesos modernos, seguros y cuidadosos con el medio emisiente. Gescias a los elevacios estándares utilizados en la fabricación, podernos garentizar una calidad crimitante en nuestros productos.

(Probable)	- 17-mark	(600)	Commente	Seeds	10000	( em
DESCRIPT PLIE WINGS RESI	3 miles	2	(20 toulitae	agrow, 17 x 34 cm	00-820-68120	SURFEREN
Name to per in	DESCU-WARES make	4:	Sin cargo.	iii id	00-915-0001	-
	ECO-WIFES color	1.	Sin carge	+	00-915-00W005	ed .

Usar los desinfectantes de forma segure. Leer siempre la etiqueta y la información del producto antes de utilizar.

















# 5.-SERVICIO DE DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.

# 5.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de Desinfección, Desinsectación y Desratización se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro (expediente PA SER-41/2018-AE).

# 5.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

La documentación revisada ha sido la siguiente:

- Las fichas técnicas y de seguridad de los productos
- Los albaranes de prestación del servicio por parte de la Empresa de DDD.
- Registro de Autorización de los productos empleados en la Administración competente
- Carnés de manipuladores

La normativa revisada ha sido la siguiente:

- Leyes 31/95 y 54/2003 de Prevención de Riesgos Laborales.
- RD 3349/1983 Reglamentación Técnico-Sanitaria de Plaguicidas.
- O. 24 Feb. 1993 sobre el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.
- O. 8 Marzo de 1994 sobre la Capacitación para Tratamientos con Plaguicidas.
- RD 363/1995 y RD 255/2003 sobre Sustancias y Preparados Peligrosos.
- RD 1054/2002 sobre Registro y Comercialización de Biocidas.
- Leyes 20/1986, 11/1997 y 10/1998 de Residuos Tóxicos y Peligrosos, Envases y Residuos de Envases y Residuos.
- RD 2207/1995 sobre Normas de Higiene para Productos Alimenticios.
- Ley 4/1989 de Conservación de los Espacios Naturales y de la Flora y Fauna Silvestres (incluye Catálogo Nacional de Especies Amenazadas y aves protegidas).
- RD 865/2003 por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.



# 5.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- En relación con los indicadores de desinfección, desinsectación y de desratización se ha podido evidenciar que la Empresa subcontratada para prestar ese servicio, AMBISAN, está inscrita en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.
- Se comprueba que los dispositivos están correctamente colocados en el perímetro del Hospital.
- Se comprueba que los productos empleados están registrados

# 5.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

No procede

# 5.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

Sin incidencias

# **5.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.**

Sin incidencias



# 5.7.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

# 5.7.1.-DDD.

CATALOGO\_PRODUCTO\_FICHAS\_108111\_FS



Hoja de Seguridad Según Reglamento CE 1907/2006 (REACH) Versión: 8

Fecha de actualización: 06-07-2016

DTS OABE Hoja de Seguridad Fecha / Actualizada el 06 de Julio de 2.016

#### 1. Indicación de sustancia preparado y empresa

#### LEUCO BM BLOQUE

Uso comercial: rodenticida. Cebo en bloque, lista para su uso. № RDGSP: ES/RM-2014-14-00123 Tipo de producto: 14

> Empresa: Titular del registro DTS OABE S.L. Pol. Ind. Zabale, Parcela 3. 48410 Orozko (Vizcaya) Telf: (94) 633-06-55 Fax: (94) 633-95-82

Correo electrónico: dts-oabe@dts-oabe.com

Teléfono de urgencias: Servicio de Información Toxicológica (Instituto Nacional de

Toxicología y Ciencias Forenses). Telf.: 91/562.04.20

Información en español (24 h / 365 días). Únicamente con la finalidad de proporcionar

respuesta sanitaria en caso de urgencia.

Empresa: Fabricante ACTIVA S.r.L. Via Feltre, 32 20132 – Milán (Italia)

# 2. Identificación de peligros del preparado

2.1 Clasificación de la mezcla con arreglo al Reglamento (CE) nº 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008.

### 2.3. Elementos de la etiqueta según el Reglamento (CE) nº 1272/2008

Frases de Riesgo:

Consejos de Prudencia:
P102 Mantener fuera del alcance de los niños
P103 Leer la etiqueta antes del uso
P280 Llevar guantes y prendas protectoras
P301+P310 EN CASO DE INGESTIÓN: Llamar inmediatamente a
un CENTRO de información toxicológica o a un médico.

Información complementaria: Plazo de seguridad: **No tiene** 

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE Página 1 de 7







#### 3. Composición / indicaciones de los componentes

Identificación	Nombre común y Nombre químico Clasificación y Frases R							
CAS	Bromadiolona							
28772-56-7 CE	3-[3-(4'-bromobiphenyl-4-yl)-1,2,3,4-tetrahydro-1-naphthyl]-4-hydroxycoumarin) 3-[3-(4'-bromo[1,1'-biphenyl]-4-yl)-3-hydroxy-1-phenylpropyl]-4-hydroxy-2-benzopyrone							
249-205-9	Directiva 67/548/CE	T+, N; R26/27/28, R48/23/24/25, R50/53						
Index number	Reglamento 1272/2008	Acute Tox. 1 H310 Acute Tox. 2* H300 Acute Tox. 1 H330 STOT RE 1 H372** Aquatic Chronic 1 H410	0,005%					

Indicaciones de peligro, frases R y H ver la sección 16

#### 4. Medidas de primeros auxilios

#### Síntomas de Intoxicación

Diatesis hemorrágica, derivado del efecto antiprotrombina -tiempo prolongado de la protrombina- que puede hacerse evidente en un plazo mínimo de 24 horas y máximo de 72 horas (Un tiempo de protrombina normal al ingreso no excluye el diagnóstico).

#### Primeros auxilios

- Retirar a la persona de la zona contaminada.
- Quite la ropa manchada o salpicada.
- En contacto con los ojos, lavar con abundante agua, al menos durante 15 minutos. No olvide retirar las lentillas.
- En contacto con la piel, lavar con abundante agua y jabón sin frotar.
- En caso de ingestión, NO provoque el vómito.
- Mantenga al paciente en reposo y conserve la temperatura corporal.
- Controle la respiración, si fuera necesario respiración artificial.
- Si la persona está inconsciente, acuéstela de lado con la cabeza más baja que el resto del cuerpo y las rodillas semiflexionadas.
- Traslade al intoxicado a un centro hospitalario y siempre que sea posible lleve la etiqueta o el envase.

# NO DEJAR SOLO AL INTOXICADO EN NINGÚN CASO.

#### Consejos terapéuticos para médicos y personal sanitario:

- Si no ha transcurrido dos horas desde la ingesta, realizar vaciado gástrico, administrando a continuación una dosis de carbón activado (25 g).
- Antídoto: vitamina K1 (Konakion)
- Controle el tiempo de protrombina o INR
- Tratamiento sintomático.

EN CASO DE ACCIDENTE CONSULTE AL SERVICIO MÉDICO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA Teléfono: 91 562 04 20

#### 5. Medidas de protección para la extinción de incendios

5.1 Medios de extinción:

LEUCO BM BLOQUE no es inflamable.

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE Página 2 de 7







GESMAN ::

En caso de inflamación emplear preferentemente extintores de polvo polivalente (polvo ABC), de acuerdo al Reglamento de instalaciones de protección contra incendios (R.D. 1942/1993 y posteriores modificaciones).

NO SE RECOMIENDA emplear agua a chorro como agente de extinción.

#### 5.2 Peligros específicos derivados de la sustancia o la mezcla:

Como consecuencia de la combustión o descomposición térmica se generan subproductos de reacción (CO<sub>2</sub>, CO, NOx,...) que pueden resultar altamente tóxicos y, por tanto presentar un riesgo elevado para la salud.

#### 5.3 Recomendaciones para el personal de lucha contra incendios:

En función de la magnitud del incendio puede hacerse necesario el uso de ropa protectora completa y equipo de respiración autónomo. Disponer de un mínimo de instalaciones de emergencia o elementos de actuación (mantas ignífugas, botiquín portátil,...) conforme al R.D.486/1997 y posteriores modificaciones.

Utilizar máscaras con filtros para productos orgánicos o equipos autónomos en locales cerrados o con mala ventilación.

En caso de incendio, refrigerar los recipientes y tanques de almacenamiento de productos susceptibles a inflamación, explosión como consecuencia de elevadas temperaturas. Suprimir cualquier fuente de ignición.

#### 6. Medidas a tomar en caso de vertido accidental

#### 6.1 Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia:

Aislar las fugas siempre y cuando no suponga un riesgo adicional para las personas que desempeñen esta función. Evacuar la zona y mantener a las personas sin protección alejadas. Ante el contacto potencial con el producto derramado se hace obligatorio el uso de elementos de protección personal (Ver apartado 8). Suprimir cualquier fuente de ignición. Eliminar las cargas electrostáticas mediante la interconexión de todas las superficies conductoras sobre las que se puede formar electricidad estática, y estando a su vez el conjunto conectado a tierra.

# 6.2. Precauciones relativas al medio ambiente:

El producto es peligroso para el medio ambiente, por tanto evitar su vertido, especialmente al medio acuático. Recoger el producto y el absorbente impregnado en recipientes de plástico con cierre hermético. Notificar en caso de grandes vertidos al medio acuático a la autoridad competente.

### 6.3 Métodos y material de contención y de limpieza:

Absorber el vertido mediante arena o absorbente inerte y trasladarlo a un lugar seguro. No utilizar serrín ni absorbentes combustibles. Para cualquier consideración relativa a la eliminación consultar el epígrafe 13.

#### 6.4. Referencias a otras secciones:

Ver epígrafes 8 y 13. Medidas de protección para las personas

#### 7. Manipulación y almacenamiento

# 7.1. Organismo diana, eficacia y desarrollo de resistencias

Los organismos diana son los siguientes: Rata gris (Rattus norvegicus)

Rata negra (Rattus rattus)

Ratón común (Mus musculus)

El producto LEUCO BM BLOQUE es un rodenticida anticoagulante eficaz para el control de ratas y ratones tanto juveniles como adultos.

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE

Página 3 de 7







GFSMAN ::

Se debe evitar su utilización en aquellas áreas donde existan indicios de resistencia al ingrediente activo. Con el objetivo de prevenir el desarrollo y diseminación de resistencias, se deberá asegurar la susceptibilidad de los roedores a la bromadiolona antes de comenzar el tratamiento. Después de la campaña de control, se debería comprobar que se han alcanzado los objetivos previstos.

#### 7.2. Categoría de usuarios

Personal no profesional (Público en general).

Personal profesional.

Personal profesional especializado.

#### 7.3. Modo de aplicación

#### - Para personal NO PROFESIONAL (PÚBLICO EN GENERAL):

El producto LEUCO BM BLOQUE aplicado por personal no profesional (público en general) se localizará en el interior y alrededor de viviendas de uso privado (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebos y la vivienda), en portacebos correctamente etiquetados.

Dosis y frecuencia de uso:

Para ratones en portacebos con hasta 40 g de producto cada 1-2m.

Para ratas en portacebos con hasta 200g de productos cada 5-10 m.

#### - Para personal PROFESIONAL:

El producto LEUCO BM BLOQUE aplicado por personal profesional se localizará en el interior y alrededor de edificaciones e instalaciones fijas o móviles estrechamente relacionadas con la explotación ganadera (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebos y la edificación/instalación), en portacebos correctamente etiquetados.

Dosis y frecuencia de uso:

Para ratones en portacebos con hasta 40 g de producto cada 1-2m.

Para ratas en portacebos con hasta 200g de productos cada 5-10 m.

# - Para personal PROFESIONAL ESPECIALIZADO:

El producto LEUCO BM BLOQUE aplicado por personal profesional especializado se localizará en el interior y alrededor de edificaciones y de instalaciones fijas o móviles (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebos y la edificación/instalación), en medios de transporte, en áreas abiertas y vertederos, en portacebos correctamente etiquetados.

Dosis y frecuencia de uso:

Para ratones en portacebos con hasta 40 g de producto cada 1-2m.

Para ratas en portacebos con hasta 200g de productos cada 5-10 m.

#### 7.4. Condiciones de empleo/uso generales (para todos los usuarios)

Antes de usar el producto, léase detenidamente la etiqueta y síganse las instrucciones propuestas.

Los portacebos cargados deben ser colocados de forma segura y situados en áreas inaccesibles a niños, animales de compañía y otros animales a los que no va destinado el producto.

No se debe aplicar en áreas donde los alimentos/piensos, utensilios de cocina o las superficies de procesamiento de alimentos puedan entrar en contacto con el producto o bien ser contaminados por el mismo.

Se deben realizar inspecciones periódicas de los portacebos colocados (se recomienda cada 3 ó 4 días), y reemplazar o rellenar los que hayan sido consumidos por los roedores, dañados por el agua o contaminados por la suciedad.

En el caso de personal profesional especializado se habrá de tener en cuanta que en el alcantarillado, cuando sea necesario, debe sujetarse firmemente el bloque de cebo en su emplazamiento para reducir la posibilidad de que sea arrastrado por la corriente de agua.

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE



Página 4 de 7





#### 7.5. Almacenamiento:

Almacenar el producto en su envase original cerrado, en un lugar fresco, seco y bien ventilado.

Mantener alejado de la radiación solar y otras fuentes de calor.

Proteger frente a las heladas.

Mantener alejado de fuentes de fuerte olor.

Las condiciones de transporte del producto deben ajustarse a lo establecido en la legislación nacional.

# 8. Límites de exposición y equipamiento de protección personal

8.1. Valores límite de exposición

Sin aplicación

8.2. Equipos de protección individual

Llevar guantes adecuados (por ejemplo de tipo nitrilo).

#### 9. Propiedades físico-químicas

Estado físico: sólido

Color: rojo

Olor: característico

Densidad en envasado: 0.85 gr/cm3 a 20°C

Punto de fusión: N.A. Punto de ebullición: N.A. Presión de vapor: N.A.

Solubilidad en agua: Prácticamente insoluble

Solubilidad en disolventes orgánicos: poco soluble disolventes orgánicos.

pH: N.A

Inflamabilidad (sólido / gas): No Inflamable

# 10. Estabilidad y reactividad

10.1. Condiciones a evitar

Evitar el contacto con los ácidos y álcalis fuertes.

10.2. Productos de descomposición peligrosos

La descomposición térmica da lugar al desarrollo de óxido de carbono, nitrógeno y otros humos tóxicos, por tanto, en caso de incendio o combustión evitar la aspiración de los humos

### 11. Indicaciones toxicológicas

- 11.1. Producto: Peligroso. Riesgo de efectos graves para la salud en caso de exposición prolongada por contacto e ingestión.
- 11.2. Irritación de los ojos y la piel: No irritante.
- 11.3. Sensibilización de la piel: No sensibilizante.
- 11.4. Utilizar con guantes de material plástico no poroso (nitrilo u otros)

### 12. Información ecotóxica

- 12.1. Evitar el contacto con aguas pluviales o freáticas.
- 12.2. Persistencia y degradabilidad

El producto es rápidamente biodegradable por la acción bioquímica de los suelos y sufre una rápida degradación foto-oxidativa cuando se expone a la luz solar.

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE Página 5 de 7







GESMAN ::

El tiempo de persistencia varía dependiendo de las características tanto físicas como bioquímicas del suelo.

#### 12.3. Bio-acumalción

E GESTIÓN, S.L.

Nada indica hasta el momento que el producto sea bio-acumulable

12.4. Toxicidad acuática

Tóxico para los peces.

#### 13. Indicaciones para su eliminación

La eliminación de grandes cantidades, debe ser realizada por empresas acreditadas. Eliminar los restos y sus envases de forma responsable para con el medio ambiente.

No verter en las proximidades de ríos, mares, lagos, pozos o alcantarillas.

El agua de los lavados debe ser recuperada y neutralizada.

Seguir en todo caso lo establecido en la legislación vigente para la eliminación de los residuos tóxicos y peligrosos.

Personal profesional especializado: "El envase una vez vacío después de utilizar su contenido, los roedores muertos, los residuos de los cebos y los portacebos, deben gestionarse de acuerdo con la normativa vigente a través de gestores de residuos autorizados."

Personal profesional y al público en general : "Los envases vacíos, los roedores muertos, los cebos y los portacebos deben depositarse en puntos limpios o en los puntos establecidos por la autoridad local de conformidad con sus respectivas ordenanzas."

#### 14. Indicaciones para el transporte

UN No. : N.A. RID/ADR : N.A. IMDG UN No. : N.A. IATA UN No. : N.A.

	Número ONU	Clase	Grupo de embalaje		Peligroso para el medio ambiente	Información adicional
ADR	550	1777	155	9276	100	<u>L</u>

#### 15. Reglamentaciones

Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, y del Reglamento 528/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de mayo de 2012 relativas al registro de biocidas. Producto <u>autorizado</u>. Número de autorización ES/RM-2014-14-00123 .

#### Restricciones de uso:

Personal no profesional (Público en general).

Personal profesional.

Personal profesional especializado.

#### 16. Otras informaciones

Esta información, está basada en el estado actual de nuestros conocimientos y se refiere al producto en la forma en que se suministra. Esta ficha de datos de seguridad, no sustituye a la ficha técnica, ni la legislación vigente sobre la materia y por tanto, el uso indebido o inadecuado es responsabilidad única del usuario.

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE Página 6 de 7







#### Indicaciones de peligro:

Acute Tox. 1 H310. Mortal en contacto con la piel. Acute Tox. 2 \* H300 Mortal en caso de ingestión.

Acute Tox. 1

H330 Mortal en caso de inhalacion.

STOT RE 1

H372\*\* Causes damage to organs through prolonged or repeated exposure. Aquatic Chronic 1 H410 Muy tóxico para los organismos acuáticos, con efectos nocivos duraderos.

#### Consejos de prudencia:

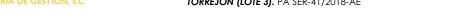
P102 Mantener fuera del alcance de los niños

P103 Leer la etiqueta antes del uso

P280 Llevar guantes y prendas protectoras P301+P310 EN CASO DE INGESTIÓN: Llamar inmediatamente a un CENTRO de información toxicológica o a un médico.

Hoja de seguridad: LEUCO BM BLOQUE Página 7 de 7





## CATALOGO\_PRODUCTO\_FICHAS\_108111\_RS



GESMAN ::

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD REGISTRO INTERNO S.G. DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL SALIDA N. de Registro: 3823 Fecha: 27/06/2016 13:16:21 SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL

Nº Registro / Autorización: ES/RM-2014-14-00123

#### LEUCO BM BLOQUE PREVALIEN PRO RATICIDA BLOQUES

#### RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN E INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE BIOCIDAS

Junio 2016 - Modificaciones:

1.2.4 Fecha de vencimiento de la autorización

5.5 Condiciones de almacenamiento y período de conservación del producto en condiciones normales de almacenamiento (Retirada de frase)

Haciendo uso de las atribuciones que me están conferidas y, en cumplimiento de la legislación vigente en materia de biocidas, se inscribe en el "Registro Oficial de Biocidas" de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, así como en el "Registro de Biocidas" establecido en el artículo 71 del Reglamento (UE) Nº 528/2012, el siguiente biocida, en las condiciones que a continuación se detallan:

- Sujeto a las acciones descritas en el apartado nº 2 y a los requisitos especiales enumerados en el apartado nº 3, el titular de la autorización podrá comercializar el producto biocida detallado en el Resumen de las Características del producto, recogido en el Anexo I, y para los usos descritos en éste.
- El titular de la autorización completará, las acciones establecidas y en las fechas determinadas que se indican en el cuadro siguiente. De no ser así, el producto biocida no podrá mantenerse en el mercado a partir de dicha fecha.

ACCIONES	FECHA
Esta autorización queda condicionada a la presentación de los resultados de los estudios de estabilidad a largo plazo.	31/08/2020

 El titular de la autorización cumplirá, los requisitos especiales establecidos en el cuadro siguiente. De no ser así, el producto biocida no podrá mantenerse en el mercado.

	REQUISITOS ESPECIALES
1.	Las etiquetas del producto serán distintas para cada categoría de usuario

Junio 2016

Página 1 de 3







SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PUBLICA CALIDAD E INNOVACIÓN

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL

Nº Registro / Autorización: ES/RM-2014-14-00123

#### LEUCO BM BLOQUE PREVALIEN PRO RATICIDA BLOQUES

2.	Para la renovación de esta autorización se requerirán datos relativos a posibles envenenamientos primarios y secundarios derivados del uso del producto en la fauna salvaje, animales domésticos o ganado.
3.	Siendo obligatorio el uso de portacebos en la aplicación del producto, se recomienda su comercialización conjunta.
4.	Cuando los bloques se suministren en bolsitas, éstas deben estar correctamente etiquetadas.
5.	Los envases de los productos para uso por personal profesional y no profesional (público en general) tendrán una capacidad inferior o igual a 1 kg.

- En el etiquetado del producto deberá figurar, independientemente de otros datos identificativos, lo siguiente
  - a. El contenido de los apartados 1.1, 1.2.1., 1.2.2., 2. 3, 4, y 5, del Resumen de las Características del Producto – Anexo I - El nombre comercial del producto deberá figurar de manera clara e inequívoca en la parte principal de la etiqueta.
  - b. Junto a las indicaciones de peligro y consejos de prudencia, la palabra de advertencia y pictograma/s que figuran a continuación:

Palabra de advertencia	Pictograma/s
	•

- Es responsabilidad del titular de la autorización el cumplimiento estricto del correcto etiquetado de acuerdo con la legislación vigente y en función de los usos autorizados.
- 6. El titular de la presente resolución, debe comunicar inmediatamente a la autoridad competente del Registro toda información o datos nuevos que reflejen que el biocida y/o su sustancia activa provocan o pueden provocar resistencias y/o efectos adversos sobre la salud humana o animal, el agua subterránea o el medio ambiente. Esta resolución puede revocarse en vista de la información recibida.
- Sujeto a los apartados nº 2 y nº 3 de esta resolución, esta autorización tiene una validez establecida en el punto 1.2.4 del Resumen de las Características del Producto – Anexo I -, salvo su anulación o suspensión temporal antes de finalizar dicho período.

Junio 2016

Página 2 de 3







SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL

Nº Registro / Autorización: ES/RM-2014-14-00123

#### LEUCO BM BLOQUE PREVALIEN PRO RATICIDA BLOQUES

- Esta autorización anula las concedidas al mencionado producto con anterioridad, en su caso.
- Esta resolución podrá ser cancelada según las circunstancias descritas en los Artículos 48 y 49 del Reglamento (UE) Nº 528/2012.
- 10. El contenido de esta autorización no podrá ser modificado sin previa comunicación a la autoridad competente del Registro, la cual determinará si procede o no nueva autorización, excepto si se trata de un cambio administrativo contemplado en la sección 2, Título 1 del Anexo: Clasificación de los cambios de biocidas del Reglamento de Ejecución (UE) No 354/2013 de la Comisión de 18 de abril de 2013.
- Sin perjuicio de lo dispuesto en el Articulo 48 del Reglamento (UE) Nº 528/2012, ésta autorización puede ser modificada como consecuencia de los acuerdos alcanzados con otros Estados Miembros.
- Esta decisión remplaza las Resoluciones de Autorización e Inscripción en el Registro de biocidas emitidas con anterioridad.

En cumplimiento del artículo 58 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común, se notifica que contra este acto , que no agota la vía administrativa, cabe la interposición del correspondiente RECURSO DE ALZADA, en el plazo de un mes, ante la Secretaría General de Sanidad y Consumo (Paseo del Prado Nº18-20, 28014 Madrid) según el Art. 107 y siguientes de la citada ley, sin perjuicio de que pueda ejercitar cualquier otro que estime pertinente.

Madrid, 2 7 JUN 2016

LA DIRECTORA GENERAL

La Subdirectora General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral (Por Delegación de la Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación de 16 de noviembre de 2015)

Fdo Micaela García Tejedor.

Junio 2016

Página 3 de 3



## CERTIFICADO DE SERVICIO Nº 3528215



ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### DATOS DEL CLIENTE Y SU SEDE

Sede: HOSPITAL INFANTA ELENA (VALDEMORO) Dirección: AVDA. REYES CATOLICOS, № 21 Localidad: 28340 VALDEMORO Provincia: Madrid Telefono: 0918 948 410

CIE/DNI: B-50871284

Ciri/Din. B-90x-1264 Cödigo Cliente: 1262 Actividad: Hospital Persona contacto: SUSANA GARRIDO (GOBERNANTA) Telefono: 918948410 EXT 3045

#### 2 TIPOS DE SERVICIOS

✓ Vigilancia / Monitorización

Tipo de servicio: PREVISTA

Control de plagas DDD

tratamiento ddd en hosteleria

FECHA Y HORARIO		Į.	C	ONTRATO			
08/02/19 11:12 - 16:34			C	ontrato Nº: 135	8-2018.		
PRODUCTOS UTILIZADOS							
Nombre comercial	Materia activa	Tipo Biocida*	Nº registro	Plazo seguridad	Método aplicación	Dosificación %	Zonas
Monitorización/Revisiones							
Cepo pequeño					Trampa captura		zona industrial
Portacebos Sigma <mark>N</mark> o contiene odenticida							zona industrial
Serpa Block placebo					Cebaderos		zona industrial
Control de plagas DDD							
Bardival 96 0h	cloruro de didecilmetilamonio	Biocida TP2	12-20/40- 01988	0	Pulverización	10%	vestuarios,wc
CEBO ATRAYENTE SIN I.A. (placebo)					Cebaderos		almacenes,zona industrial,sotano y garaje,almacen general
Cepo pequeño					Trampa captura		perimetro exterior
Master Trap 4					Trampa adhesiva		almacenes,zona industrial,Archivos almacén general
Portacebos Sigma No contiene odenticida					Cebaderos		zona industrial
Frapper Max					Trampa adhesiva		zona industrial
tratamiento ddd en hosteleria							
3ardival 96 0h	cloruro de didecilmetilamonio	Biocida TP2	12-20/40- 01988	0	Pulverización	10%	wc
Master Trap 4					Trampa adhesiva		Cafeteria,cocina

<sup>\*</sup> Tipo de Biocida: DESINFECTANTES (GRUPO 2); DESINFECTANTES SUPERF. CONTACTO ALIMENTOS (GRUPO 4); RODENTICIDAS (GRUPO14); INSECTICIDAS (GRUPO 18); ATRAYENTES (GRUPO 19); PROTECTORES DE MADERA (GRUPO 8)

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas con una finalidad distinita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acoso, rectificación, canolesiación y oposición ante el Reportencable del Fichero, a tavés de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com.es o la dirección postal O/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio № 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

3871855N

Nombre y firma del Responsable Técnico Nombre y DNI: sra. Susana García SERV.LIMPIEZA José María Herranz Fernandez DNI: 50974549V

Nombre y firma del Técnico Aplicador Javier Salguero Martin de la Sierra DNI: 49016444V

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal Tacilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceiras empresas con una finalidad distinta a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com.es o la dirección postal Q/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

# Informe de seguimiento

#### DEFICIENCIAS DETECTADAS Y MEDIDAS A ADOPTAR:

CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS Y AMBIENTALES ACTUALES

MEDIDAS SOBRE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y CONSTRUCTIVOS

Grietas y hueco en pared detrás de lavaplatos de cafetería y tubería al aire ,también tubería de desagüe de máquina de hielo suelta .



Jose Luis Diaz Felipe 06/11/2018









Medida correctora: Sellar bien

## EDUCAR Y DESARROLLAR COMPORTAMIENTOS Y HÁBITOS SALUDABLES DEL CLIENTE

No se proponen medidas correctoras.

#### REVISIÓN DE DISPOSITIVOS DE CONTROL

Sede: HOSPITAL INFANTA ELENA (VALDEMORO)

Plano: CAFETERIA 1ª PLANTA

Tipo de Punto de control: 1. Cebo roedores

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
Cafeteria	CeDR-43		링
Cafeteria	CeDR-44		- 49
Cafeteria	CeDR-45		2

#### Tipo de Punto de control: 4. Trampa insectos arrastrantes

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
Cafeteria	Ta-35		髮
Cafeteria	Ta-36		(6)
Cafeteria	Ta-37		學
Cafeteria	Ta-38		8
Cafeteria	Ta-39		붣
Cafeteria	Ta-40		ž.
Cafeteria	Ta-41		g g
Cafeteria	Ta-42		9
Cafeteria	Ta-43		
Cafeteria	Ta-44		4

## Plano: CENTRALES Y RESIDUOS

#### Tipo de Punto de control: 1. Cebo roedores

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
zona industrial	CeDR-31		8
zona industrial	CeDR-32		
zona industrial	CeDR-33		¥
zona industrial	CeDR-34		-
zona industrial	CeDR-35		<u>a</u>
zona industrial	CeDR-36		is .
zona industrial	CeDR-37	Serpa Block placebo 1uds	

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICHMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas com una finalidad distinita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Reporponsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com,es o la dirección postal C/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio № 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

zona industrial	CeDR-38	Cepo pequeño 1uds	20
zona industrial	CeDR-39		
zona industrial	CeDR-40		2
zona industrial	CeDR-41		8

#### Tipo de Punto de control: 4. Trampa insectos arrastrantes

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
zona industrial	Ta-1		2
zona industrial	Ta-2		8
zona industrial	Ta-3		
zona industrial	Ta-4		24
zona industrial	Ta-5		
zona industrial	Ta-6		25
zona industrial	Ta-7		s
zona industrial	Ta-8		8
zona industrial	Ta-9		88
zona industrial	Ta-16		\$
zona industrial	Ta-21		24
zona industrial	Ta-22		2
zona industrial	Ta-23		25
zona industrial	Ta-24		8
zona industrial	Ta-25		율
zona industrial	Ta-26		8
zona industrial	Ta-27		\$
zona industrial	Ta-28		24
zona industrial	Ta-29		<u> </u>

## Plano: COCINA

## Tipo de Punto de control: 1. Cebo roedores

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
cocina	CeDR-46		UPS.
cocina	CeDR-47		i e
cocina	CeDR-48		.33
cocina	CeDR-49		1.27
cocina	CeDR-50		1 43
cocina	CeDR-51		15
cocina	CeDR-52		120
cocina	CeDR-53		III:

# Tipo de Punto de control: 4. Trampa insectos arrastrantes

Zona	Codigo	Producto y reposición	Consumo
cocina	Ta-45		8
cocina	Ta-46		5
cocina cocina	Ta-47		章
cocina	Ta-48		a
cocina	Ta-49		*
cocina	Ta-50		9
cocina	Ta-52		3
cocina	Ta-53		8
cocina	Ta-54		

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgânica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas com una finalidad distinita a la indicidad anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com.es o la dirección postal G/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio № 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

cocina	Ta-55	<u>s</u>
cocina	Ta-56	\$P
cocina	Ta-57	9
cocina	Ta-58	2
cocina	Ta-59	
cocina	Ta-60	*
cocina	Ta-61	2
cocina	Ta-62	85
cocina	Ta-63	8
cocina	Ta-64	<u> </u>
cocina	Ta-65	•

Plano: PLANTA BAJA

Tipo de Punto de control: 1. Cebo roedores

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
perimetro exterior	CeDR-6		
perimetro exterior	CeDR-7		28
perimetro exterior	CeDR-8		- 12
perimetro exterior	CeDR-9		
perimetro exterior	CeDR-10		te .
perimetro exterior	CeDR-11		22
perimetro exterior	CeDR-12		<del>10</del>
perimetro exterior	CeDR-13		82
perimetro exterior	CeDR-14		趋
perimetro exterior	CeDR-15		13
perimetro exterior	CeDR-16		34
perimetro exterior	CeDR-17		35
perimetro exterior	CeDR-18		12
perimetro exterior	CeDR-19		39
perimetro exterior	CeDR-20		<b>14</b>
perimetro exterior	CeDR-21		29
perimetro exterior	CeDR-25		8
perimetro exterior	CeDR-26		
perimetro exterior	CeDR-27		SI
perimetro exterior	CeDR-28		24
perimetro exterior	CeDR-29		æ
perimetro exterior	CeDR-30		8

Plano: SOTANO

Tipo de Punto de control: 1. Cebo roedores

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
sotano y garaje	CeDR-1		\$
sotano y garaje	CeDR-2		8
sotano y garaje	CeDR-3		ē
sotano y garaje	CeDR-4		×
sotano y garaje	CeDR-5		
almacèn general	CeDR-54		-
	CeDR-55		isi .

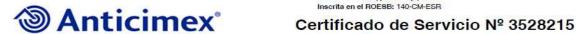
Tipo de Punto de control: 4. Trampa insectos arrastrantes

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgânica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datoc de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal tacilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas com una finalidad dictirita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid d'anticimex.com.es o la dirección postal O/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Ougat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

Zona	Código	Producto y reposición	Consumo
Archivos	Ta-67		8
Archivos	Ta-68		*
Archivos	Ta-69		- 5
Archivos	Ta-70		E .
Archivos	Ta-71		la la
Consulta otorrino C 13- C-14 -C14B	Ta-73		2
Consulta otorrino C 13- C-14 -C14B	Ta-74		æ
Habitación 035 falso techo por focos	Ta-75		8
almacén general	Ta-76		-

<sup>!</sup> Puntos de control con incidencias

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas con una finalidad dictinita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Response del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid d'anticimex.com.es o la dirección postal C/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio № 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### INFORME DE DIAGNOSIS DE SITUACIÓN

6.7		Fecha: 08/02/2019 16:34
DATOS DEL CLI	ENTE Y SU SEDE	
	HOSPITAL INFANTA ELENA (VALDEI	MORO) - AVDA. REYES CATOLICOS, № 21 28340 VALDEMORO (Madrid)
Actividad: Hospital		
CIF/NIF: B-50871284 Teléfonos: 0918 948		
RIESGO DE INFEST	NAMES AND ADDRESS OF TAXABLE	
ESPECIES DETE	CTADAS EN ESTA VISITA	
DENTIFICACIÓN	DE LAS ESPECIES CAPTURA	ADAS
Ubicación	Punto de control	Cantidad y especies detectadas
No se capturaron es	pecies	
Identificación de las	especies detectadas: Sin evidencia de	plaga.
		Programme and the second secon
DAÑOS		
EL PROBLEMA EXC	EDE EL ÁMBITO DE LOS LOCALES CI	ERRADOS: Si
DISTRIBUCIÓN:		
FACTORES QUE FA	VORECEN EL ACCESO Y LA PROLIFE	RACIÓN DE ORGANISMOS NOCIVOS: red saneamiento calle / campo
REQUIERE ACTUAC	IÓN URGENTE: No	
SOLICITUD DE ASIS	TENCIA EXTERIOR: No	
MEDIDAS CORRE	CTORAS RECOMENDADAS A AD	OPTAR
CONDICIONES	HIGIÉNICO-SANITARIAS Y AM	MBIENTALES ACTUALES
No se proponen medi	das correctoras.	
MEDIDAS SOBI	RE LOS ELEMENTOS ESTRUC	CTURALES Y CONSTRUCTIVOS
Sellar bien		
EDUCAR Y DES	ARROLLAR COMPORTAMIEN	NTOS Y HÁBITOS SALUDABLES DEL CLIENTE
No se proponen medi	das correctoras.	
MEDIDAS DE C	ONTROL DIRECTO SOBRE LA	ESPECIE NOCIVA
✓ si ☐ No	ONTROL DIRECTO SOBRE LA	A ESPECIE NOCIVA
A SI III		
OBSERVACIONE	8	
OTRA INFORMACIÓ	N DE INTERÉS TÉCNICO:	
	AND THE CONTRACT OF THE CONTRA	

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de AHTICIMEX ciendo utilizados para la prestación del cervicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas con una finalidad distinta a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, canoelación y opociónico ante el Response del Eficiency a través de la dirección de correo electónico madrid d'anticimex.com.es o la dirección postal O/ Jesus Cerra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.





AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)



ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

## Certificado de Servicio Nº 3528215

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### OBSERVACIONES:

- 1. Con su firma el Cliente confirma haber sido informado, antes del servicio, de las medidas preventivas de antes, durante y después del tratamiento.
- Será responsabilidad del cliente avisar a todo el personal de la instalación sobre estas medidas.

Instituto de Toxicología: 915620420

#### MEDIDAS GENERALES QUE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL CLIENTE

- 1. 1\*- Se evitará mover y/o retirar los dispositivos instalados para el monitoreo de insectos y portacebos de seguridad para el control de roedores.
   2. 2\*- Hay que tener presente que existe la posibilidad de que aparezcan ejemplares muertos o monbundos como consecuencia de los tratamientos n

MEDIDAS DE PRECAUCIÓN QUE DEBERÁ CUMPLIR EL CLIENTE EN CASO DE EFECTUARSE UN TRATAMIENTO CON BIOCIDAS CON PLAZO DE SEGURIDAD:

#### ANTES DE LOS TRATAMIENTOS:

- 1. 15.- Previamente a la realización del tratamiento deberá contarse el sistema de ventilación forzada en las zonas donde se vaya a realizar el tratamiento, siendo también recomendable proceder a sellar las entradas y salidas de dichos sistemas de ventilación. Cerrar llaves de paso, pilotos y tuentes de llamas (gas). Desconectar alarma de humos.

  2. 25.- Asegurarse que las ventanas, puertas y salidas de las zonas a tratar estén cerradas.

  3. 37.- Superficies y pavimentos limpios (barridos o aspirados y fregados).

  4. 47.- Retirar todos los alimentos que puedan entrar en contacto con los productos. (en caso de existir y los utensilios que entren en contacto con los mismos.

  5. 57.- En caso de realizarse tratamientos de nebulización o termonebulización, cubrir equipos eléctricos como ordenadores , al igual que plantas y acuarios.

  0. 63.- Avisar al personal con acceso a la instalación (limpieza, seguridad y/o mantenimiento, etc).

#### **DURANTE LOS TRATAMIENTOS:**

- 1. 15.- No permanecer en la zona en la que se ecté realizando el tratamiento.
   2. 25.- Evitar la entrada de animales domésticos.
   3. 35.- Respetar las recomendaciones de los técnicos sobre las zonas en las que es conveniente aplicar los productos, sobre medidas de protección, seguridad...
   4. 45.- Ausencia de alimentos perecederos que deberán permanecer en las cámaras o convenientemente guardados y protegidos.

- 1. 15.- CUMPLIR EL PLAZO DE SEGURIDAD RECOMENDADO, que viene definido por el período de tiempo que debe transcurrir entre la aplicación del producto y el próximo uso de las instalaciones o del acceso de personas y animales domécticos a las mismas, respetando la SEÑALIZACIÓN de las áreas tratadas.

  2. 25.- Antes de utilizar/acceder delchas instalaciones se deberá ventiflar adecuadamente cada zona tratada. Respetando siempre el plazo de seguridad.

  3. 35.- No fregar después de los tratamientos los perimetros de los cuelos, adicatados, paredes, ples de mesca, hasta transcurridas un minimo de 3 días.

  4. 45.- Barrer y/o aspirar rincones, suelos y bajo muebles, cámaras, etc. de insectos muertos a partir de las 24 horas del tratamiento.

EL CLIENTE ENTIENDE LAS MEDIDAS A ADOPTAR DESCRITAS Y ASUME LA NECESIDAD DE LLEVARLAS A CABO

AMBISAN NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS EFECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS RECOMENDACIONES

ecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados cerán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX ciendo utilizados para la prectación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a ferceras empresas con una finalidad distinta a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acosso, rectificación, cancelación y opocición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid @ anticimex.com.es o la dirección postal of Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### COCINA



4. Trampa insectos arrastrantes 🧆 1. Cebo roedores

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgânica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas con una finalidad dicinitra a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com.ec o la dirección postal C/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### SÓTANO



1. Cebo roedores

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgânica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX ciendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas com una finalidad distinita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acosso, rectificación, cancelación y oposición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com.es o la dirección postal C/ Jesus Serra Cantamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







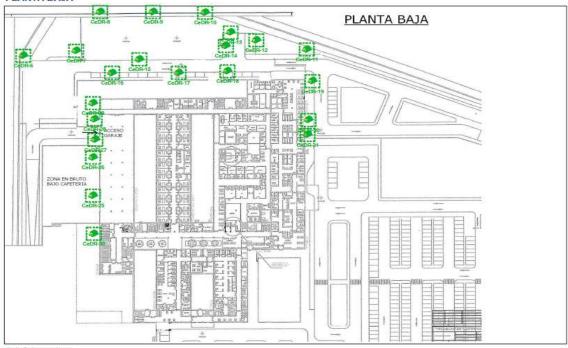
ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### PLANTA BAJA



De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de profección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter pérsonal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del servicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas con una finalidad distinita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Reporponable del Fíchero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com,es o la dirección postal G/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







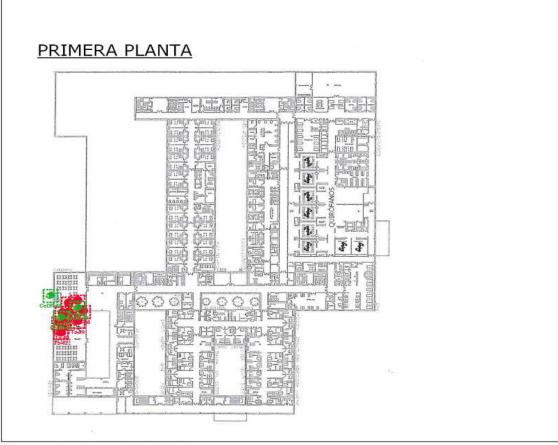
ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### CAFETERIA 18 PLANTA



4. Trampa insectos arrastrantes . 1. Cebo roedores

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgânica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de ANTICIMEX siendo utilizados para la prestación del cervicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas com una finalidad distinita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Reportenable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid@anticimex.com.es o la dirección postal C/ Jesus Serra Santamans, 5 - 3 Planta, 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona.







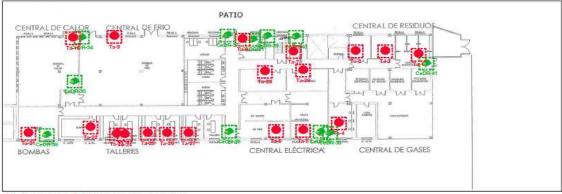
ANTICIMEX 3D Sanidad Ambiental, S.A.U. DELEGACIÓN: Anticimex Madrid Sur C/ Marie Curie 19, planta baja, oficina 6 Inscrita en el ROESB: 140-CM-ESR

# Certificado de Servicio Nº 3528215

Control de plagas

Fecha de ejecución: 08 / 02 / 2019

#### CENTRALES Y RESIDUOS



1. Cebo roedores
 4. Trampa insectos arrastrantes

De conformidad con lo establecido den el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/00, de 13 diciembre, de protección de datac de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal, se informa al interesado que los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fishero propiedad de ANTICIMEX ciendo utilizados para la prestación del cenvicio, gestión contable, fiscal y administrativa. Los datos no serán comunicados a terceras empresas con una finalidad distribita a la indicada anteriormente.

El interesado puede ejercitar los derechos de acosso, rectificación, cancelación y opocición ante el Responsable del Fichero, a través de la dirección de correo electónico madrid d'anticimex.com.es o l dirección de correo electónico madrid d'anticimex.com.es o l





## 6.-SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

# 6.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de Seguridad y Vigilancia se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

# 6.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

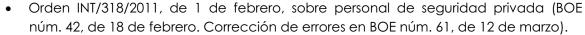
GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Planes de catástrofes internas o emergencias (Plan de Autoprotección)
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2.018.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche y carnets de los mismos.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana (BOE núm. 77, de 31 de marzo).
- Ley 5/2014, de 4 de abril, de Seguridad Privada (BOE núm. 83, de 5 de abril).
- Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social -artículo 44- (BOE núm. 315, de 31 de diciembre).
- Real Decreto 2487/1998, de 20 de noviembre, por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada (BOE núm. 289, de 3 de diciembre).
- Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Seguridad Privada (BOE núm. 8, de 10 de enero de 1995. Corrección de erratas en BOE núm. 20, de 24 de enero de 1995).
- Orden INT/2850/2011, de 11 de octubre, por la que se regula el reconocimiento de las cualificaciones profesionales para el ejercicio de las profesiones y actividades relativas al sector de seguridad privada a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea (BOE núm. 255, de 22 de octubre. Corrección de errores en BOE núm. 273, de 12 de noviembre).





- Orden INT/315/2011, de 1 de febrero, por la que se regulan las Comisiones Mixtas de Coordinación de la Seguridad Privada (BOE núm. 42, de 18 de febrero. Corrección de errores en BOE núm. 61, de 12 de marzo).
- Orden PRE/2914/2009, de 30 de octubre, que desarrolla lo dispuesto en el Real Decreto 1628/2009, de 30 de octubre, por el que se modifican determinados preceptos del Reglamento de Seguridad Privada, aprobado por Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, y del Reglamento de Armas, aprobado por Real Decreto 137/1993, de 29 de enero (BOE núm. 264, de 2 de noviembre).
- Orden de 14 de enero de 1999 por la que se aprueban los modelos de informes de aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada (BOE núm. 20, de 23 de enero).
- Resolución de 12 de noviembre de 2012, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se determinan los programas de formación del personal de seguridad privada (BOE núm. 296, de 10 de diciembre).
- Resolución de 16 de noviembre de 1998, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se aprueban los modelos oficiales de los Libros-Registro que se establecen en el Reglamento de Seguridad Privada (BOE núm. 295, de 10 de diciembre).

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio en todas las zonas del Hospital, desde los exteriores y el perímetro del Centro, hacia el interior del mismo, revisándose los controles de accesos y todas las zonas del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, así como el personal del servicio de seguridad y vigilancia presente en el momento de la auditoría.

#### 6.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

GESMAN:

El servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital Infanta Elena pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada:









• Existe un Plan de Autoprotección de octubre de 2015, y un plan de emergencia/catástrofes internas/externas de enero de 2018:









PLAN DE CATÁSTROFES código: HUIE/9.1/P20 versión: 0



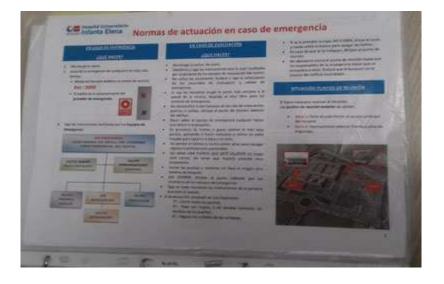
#### PLAN DE CATÁSTROFES

Redactado por: Jefatura de Servicio y Supervisión de Urgencias	Aprobado por: NPC	
Nombre:	Nombre:	
Corgo:	Cargo	
Fecha: Agosto 2017	Fecha: Enero 2018	

	CONT	TROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN	BIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN	
Version	Fecha	Modificación		
 0	Enero 2018	Nuevo documento.		

Página I de 22

 El Plan de Autoprotección se encuentra accesible en el Centro de Control de Seguridad y Vigilancia, así como las normas de actuación en caso de emergencia por todo el Hospital:





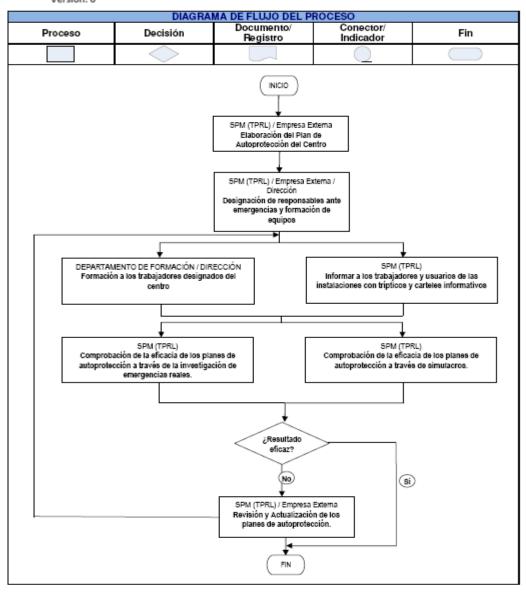




• El procedimiento de detección y alerta del Plan de Autoprotección está definido de forma concreta y concisa, hecho que facilita la implantación del mismo:

MEDIDAS DE EMERGENCIA Código: HUIE/2.5/P13 Versión: 0





#### 5. REGISTROS Y ANEXOS

-HUIE/2.5/P13/F1 Informe de emergencias

Página 5 de 5



# Hospital Universitario

# Normas de actuación en caso de emergencia

# EN CASO DE EMERGENCIA

#### ¿QUÉ HACER?

- 1. Mantenga la calma
- Avise de la emergencia de cualquiera de estas dos formas:
  - · Mediante llamada teléfono al centro de control: Ext.: 2000

· O mediante el accionamiento del pulsador de emergencia.



Siga las instrucciones facilitadas por los Equipos de Emergencia:



#### EN CASO DE EVACUACIÓN

#### ¿QUÉ HACER?

- Mantenga la calma. No corra.
- por el personal de los equipos de evacuación del centro.
- emergencia.
- Si usa las escaleras ocupe la parte más cercana a la pared de la misma, dejando el otro libre para los servicios de emergencia.
- No obstaculice ni permanezca en las vías de evacuación, puertas o salidas, dirijase al punto de reunión exterior del edificio.
- Hacer saber al equipo de emergencia cualquier factor que altere la evacuación.
- En presencia de humos o gases camine lo más bajo posible, gateando si fuera necesario y utilice un paño mojado para taparse la boca y la nariz.
- No perder el tiempo y nunca volver atrás para recoger
- objetos o pertenencias personales. NO ABRA UNA PUERTA QUE ESTÉ CALIENTE (el fuego está cerca). De tener que hacerlo proceda muy
- Cerrar las puertas y ventanas sin llave ni ningún otro sistema de bloqueo.
- SIN CORRER, dirijase al punto indicado por los miembros de los equipos de emergencia.
- Siga en todo momento las instrucciones de la persona que esté al mando.
- Si se encuentra atrapado en una habitación:
  - 19.- Cierre todas las puertas.
  - 2º.- Tape con trapos, a ser posible húmedos, las rendijas de las puertas.
  - 3º.- Hágase ver a través de las ventanas.

- · Si se le prenden la ropa, NO CORRA, tirese al suelo
- En caso de que se lo indiquen, dirijase al punto de reunión.
- No abandone nunca el punto de reunión hasta que los responsables de la emergencia sepan que se encuentra a salvo. Evitará que le busquen en el interior del edificio incendiado

#### SITUACIÓN PUNTOS DE REUNIÓN

Si fuera necesario evacuar el Hospital: Los puntos de reunión exterior se ubican:

- Zona 1: Zona situada frente al acceso principal del Hospital
- Zona 2: Aparcamiento exterior frente a zona de Urgencias.



# Hospital Universitario

# Normas de actuación en caso de emergencia

# SEÑALIZACIÓN DE EMERGENCIAS

El hospital dispone de señalización:









- De los medios de protección y

- Extintores de polvo polivalente y de CO2 para fuegos de origen eléctrico
- Pulsadores de alarma. Pregunte en caso de duda.

deficiencia de los misr nuniquelo a su responsi



## **EN CASO DE INCENDIO**

- Si el fuego es pequeño y está capacitado para ello, intente apagarlo utilizando el extintor más próximo y recordando siempre:
- Descolgar el extintor sin invertirlo
- Comprobar que el manómetro está en "zona verde" de presión.
- Quitar el pasador o anilla de seguridad.
- Realizar un disparo de cor
- Realizar un disparo de comprobación antes de acercarse al fuego. Dirigir la boquilla a la base de las llamas. Apretar la maneta de forma intermitente, proyectando el contenido del extintor sobre la base de las llamas y en movimiento de zig-zag. No malgastar el contenido del extintor ya que se agota en unos 10 -15 segundos.



Nos colocaremos dejando a nuestra espalda a una via de escape o salida segura y atacaremos el fuego agachados para evitar el humo y calor de las llamas.



- Comunicar el hecho producido al Jefe de Emergencia para que tome las medidas oportunas.
- Nunca intente apagar un fuego con el agente extintor inadecuado. Utilice siempre los extintores de polvo polivalente o CO2 que tiene a su alcance.
- Nunca utilice agua para extinguir fuegos de origen eléctrico en máquinas, cuadros eléctricos o sobre líquidos inflamados (incluido el aceite).

normas que TOD@S LOS TRABAJADORES/AS DEBEN CONOCER Y CUMPLIR en caso de producirse una situación de emergencia.

Esta información es por su seguridad y la de todas las personas que trabajan y/o se encuentran en este centro.

2

90





 Los equipos de emergencia del Centro están definidos y sus números de teléfono anotados:

PUESTO	COMPOSICIÓN	RESPONSABLES	TELÉFONO
	Titular Turno Mañana	Marta Sánchez Menan (Directora Médica)	Teléfono móvil: 630 344 686 Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 3013
Jefe de Emergencia	Suplente 1 Turno Mañana	Pilar de Gustín	Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 3012
	Suplente 2 Turno Mañana	Mercedes Adriá	Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 3030
	Titular Turno Tarde y Noche	Jefe de Hospital	Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 2380
	Titular Turno Mañana	Jorge Álvarez (Jefe de mantenimiento)	Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 3091
Jefe de Intervención	Suplente Turno Mañana	Personal de mantenimiento de turno	Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 3091
	Titular Turno Tarde y Noche	Personal de mantenimiento de turno	Teléfono fijo: 91 894 84 10 Extensión interna Tlf. Fijo: 3091
Centro de Control	Turno de Mañana y tarde	Información /Centralita Seguridad	Teléfono fijo: 91 894 84 10
	Turno de Noche	Información /Centralita Seguridad	Teléfono fijo: 91 894 84 10

- Se evidencia plan de formación para el año 2019, siendo alguna de las acciones formativas previstas las siguientes, por parte de la nueva empresa de seguridad y vigilancia GRUPO CONTROL SEGURIDAD:
  - Emergencias y autoprotección en Centros Hospitalarios
  - Control de impulsos y gestión de la ira
  - Primeros auxilios
  - Control de accesos y CCTV
  - Plan de Autoprotección
  - Servicio de vigilancia con perros
  - Servicio de vigilancia con aparatos de rayos X
  - Servicio de respuesta ante alarmas





2019

# Plan de Formación Grupo Control Madrid



Elaborado por:

Departamento de Talento y Desarrollo



#### EMERGENCIAS Y AUTOPROTECCIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

Número de participantes: máximo 30 por grupo.

Cronograma: Las acciones formativas se llevarán a cabo entre los meses de Marzo a Mayo y de Octubre a Noviembre

Duración: La duración mínima de estos cursos será de 10 horas en modalidad presencial.

Jornada: Se harán varios turnos sobre las acciones formativas con distintos horarios para lograr cubrir el mayor número de Vigilantes en cada formación.

#### Modalidad: Presencial

Lugar de impartición: CEP Cervantes Madrid, nº 1692 Registro Nacional Centros de Seguridad Privada. Sito en c/ Sebastián Herrera nº 12-14, Madrid.

#### Destinatarios:

Vigilantes de Seguridad que por el servicio que prestan necesitan conocer las normativas aplicables en emergencias y evacuación de un centro hospitalario, así como a resolver los conflictos diarios a los que debe hacer frente. Centrando la formación en los supuestos prácticos del día a día, realizando una formación específica al puesto aboral que desempeña.

#### Contenidos formativos:

#### TEMA 1 - QUE ES UNA EMERGENCIA

- ✓ Tipos
- ✓ Clasificacion
- ✓ El plan de autoproteccion
- ✓ Estructura y contenidos
- ✓ Deficiencias
- ✓ Que es una infraestructura crítica (centros hospitalarios y derivados)
- ✓ Planes estrategicos
- ✓ El director de seguridad

#### TEMA 2 - LA SEGURIDAD EN CENTROS HOSPITALARIOS Y DERIVADOS

- ✓ Caracteristicas del servicio
- ✓ Caractaeristicas de las instalaciones
- ✓ Objetivos:



- Seguridad integral
- o Zonas y areas de seguridad
- o Farmacia
- o Urgencias
- o Habitaciones enfermos
- o UCI y URP
- o Consultas
- o Despachos y administracion
  - Almacenes, cafeterias, capilla y resto de zonas comunes

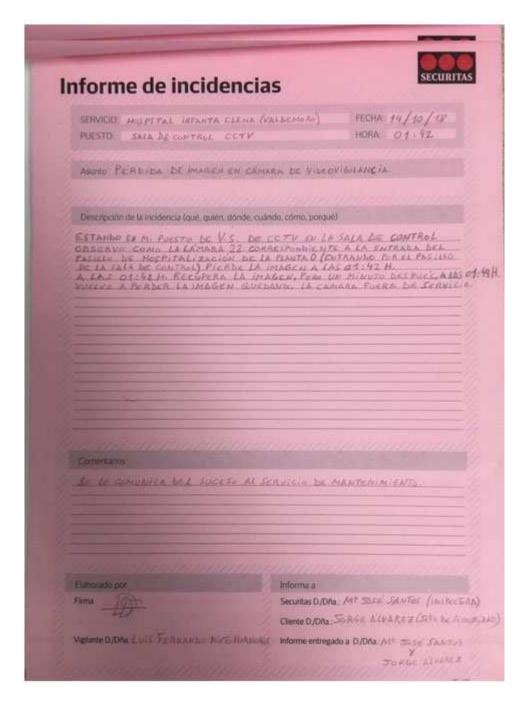
Plan de formación Vigilantes de Seguridad, año 2019, Madrid. GRUPO CONTROL EMPRESA DE SEGURIDAD SA.

Página 2 de 12





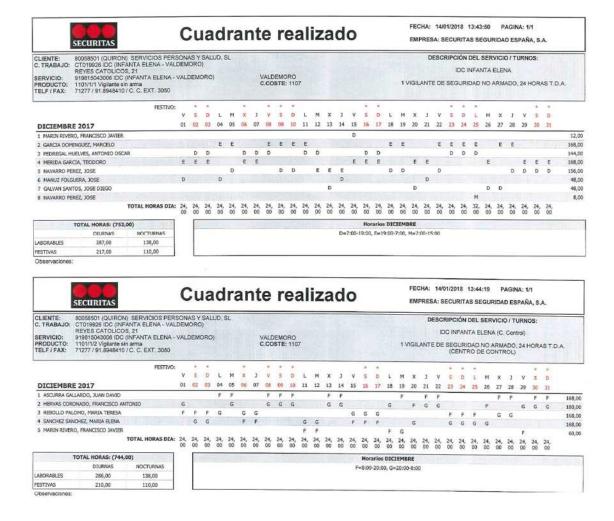
 La Empresa de Seguridad y Vigilancia dispone de un libro de registro de incidencias diarias:



• Se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría que el personal del servicio de seguridad y vigilancia colabora para prevenir situaciones conflictivas.



- Se cumple con la obligación de permanencia física las 24h/d, 365 días en el centro de control.
- Se cumple con la obligación de permanencia física las 24h/d, 365 días en Urgencias.
- Se cumple con la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en patrulla móvil:



- No se evidencia desatención del servicio por ausencias.
- Se realizan los planes de catástrofes y emergencias.
- Se cumplen las actuaciones previstas en los planes de catástrofes y emergencias.
- El personal está cualificado y capacitado.



GESMAN ::



- El personal va debidamente uniformado e identificado:





















• Se ha comprobado que hay 11 vigilantes, ya que en las planillas figuraba su nombre y se han aportado los siguientes carnets de vigilantes:

# Hospital Infanta Elena (Valdemoro)

VIGILANTES	TIP
JOSE DIEGO GALVAN SANTOS	44812
JOSE MANUZ FOLGUERA	215335
FRANCISCO JAVIER MARIN RIVERO	080875
MARCELO GARCIA DOMINGUEZ	28766
ANTONIO O. PEDREGAL HUELVES	217267
TEODORO MERIDA GARCIA	55373
FRANCISCO A. HERVAS CORONADO	047741
JUAN DAVID ASCURRA GALLARDO	137658
SINESIO CALVO DIEGUEZ	052502
MARIA TERESA REBOLLO PALOMO	118156
MARIA ELENA SANCHEZ SANCHEZ	099002

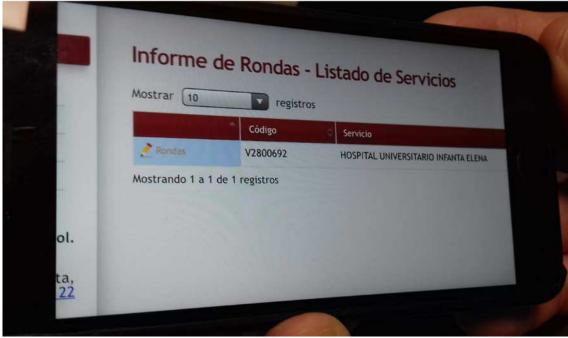
GESMAN:



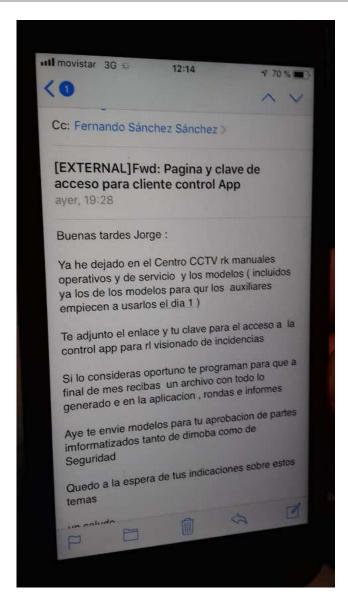
Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas por el Hospital para ser leídas cuando pasa el Vigilante de Seguridad por dicho punto, aunque no estaba operativo en el momento de la auditoría:









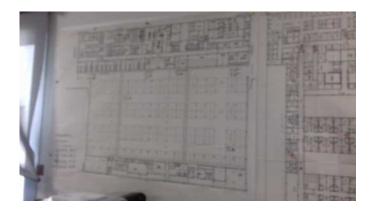


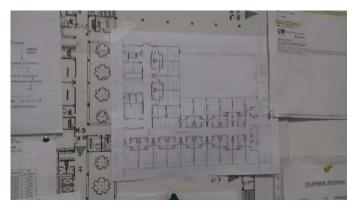
• Se ha comprobado la formación en el plan de emergencias y autoprotección del personal de seguridad y vigilancia.

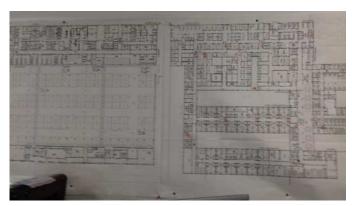
GESMAN:



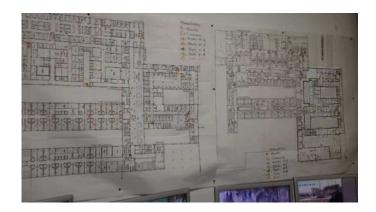
• Se comprueba la disponibilidad de un plano en el que se encuentran todas las cámaras de seguridad:











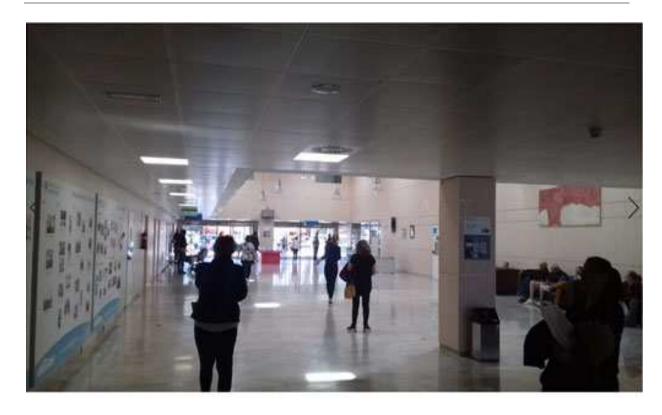


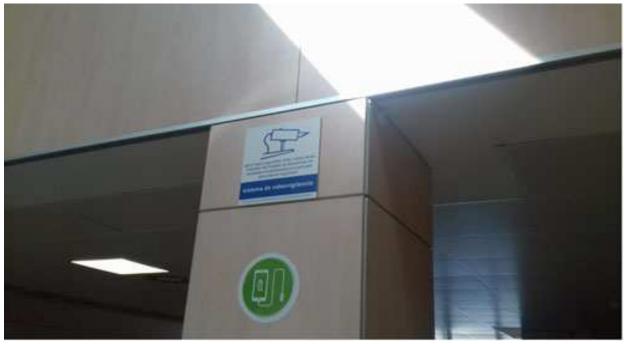
 Se evidencia el correcto funcionamiento de los elementos del CCTV y del Control de Accesos:













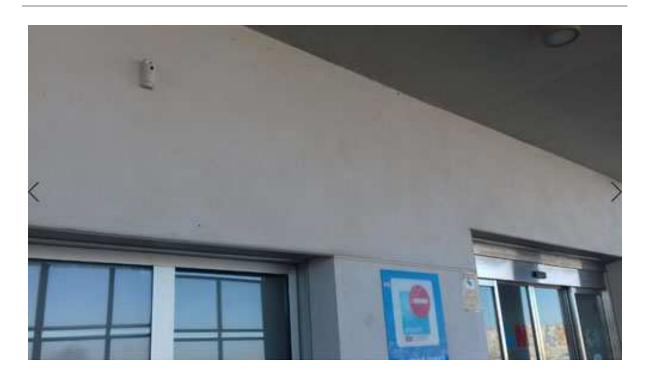






























































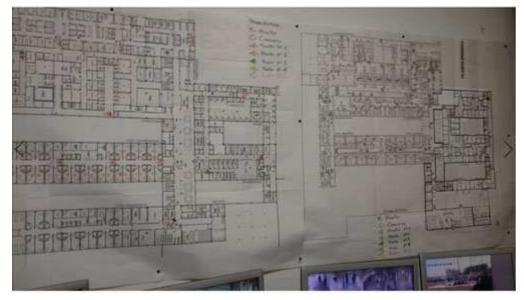








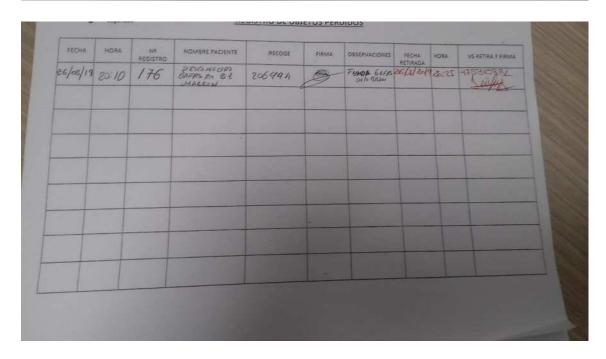






1. Se ha podido evidenciar la correcta implantación del procedimiento de objetos perdidos y objetos de valor, si bien, no se ha podido evidenciar la existencia de una caja fuerte dentro del Centro de Control para su custodia:

FECHA	HORA	REGISTRO	NOMBRE PACIENTE	RECOGE	FIRMA	OBSERVACIONES	FECHA RETIRADA	HORA	VS RETIRA Y FIRMA
20/3/19	21'38	172	FUULA BOU GNEAS.	99002	SI	BUCCO AC			
21/03/19	12:40	173	Arric	37130	De	1 PLA HOS			443, 24
24/63/14	04:45	124	PAOLA PRILARES	200 PP	20/	PRINCE LO	24/3/19	7:20	7. 0.
25/0/19	03:10	145	DESCONDOIDO	155124	Fred	RELOJ ZONA BO X UNG			
21/21/9 2	0110	176	DESCENDERON	206994	惠	GAFAS EN GAFASTE B!			
						F10- 9000			
-	-					-		-	-
-	-	-					-	-	
-		-						1	



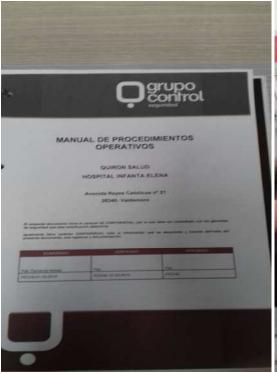


	HORA	NB REGISTRO	NOMBRE PACIENTE	RECOGE	FIRMA	OBSERVACIONES	FECHA RETIRADIA	HORA	VS RETIRA Y FIRM
26/08/19	20:10		DESCHOOLS GAFFS IN 8:1 MALLON	206494	9	THOS GAFAS	20/2/249	25:35	HISSIGNAY.
	+							1	+
							1		













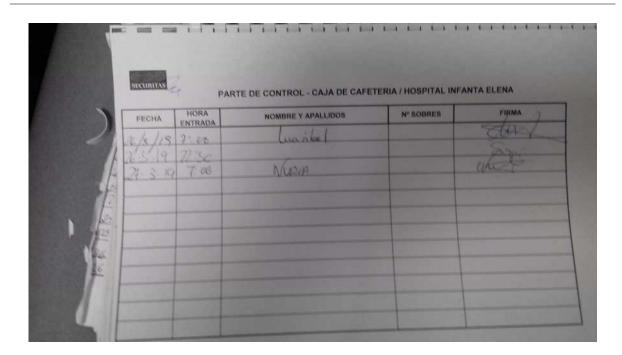


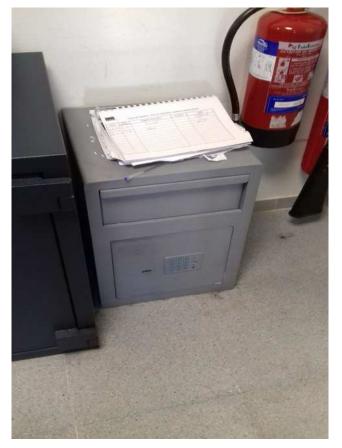












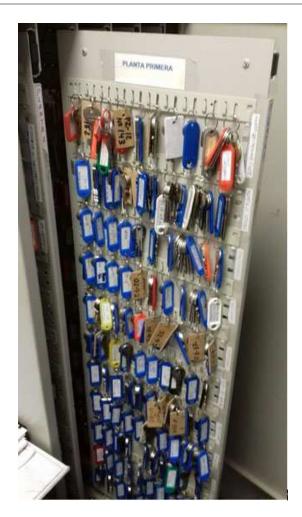


2. Se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría, el correcto registro de entrega de llaves en el Hospital Infanta Elena por parte de los Auxiliares de Vigilancia:





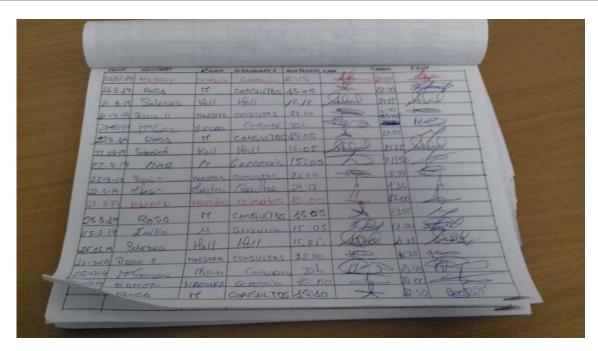












AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN	A 100 - 100		TAXABLE PARTY OF THE PARTY OF T	HOTA BECAGINA, TIEM	0 "	week t	5.42	
	R030		CONTRACTOR OF THE PERSON NAMED IN	15:30	1			
	elena		4000	15 33	1	21:45 -	15	1
18:3.19 0	ilch	pr)	Ital de die	6.21:50	94	(C). 28 6	ar	-
18-5-19 #	(Ves	+(-	Cousitos	137.16	1	23.55		$\rightarrow$
19-6 19-40	MEEN	40	Gererala	45-15	2	12.50	ACTURA A	-
	elena	ol	Hall	15:10	-90	2130	-30	-
	Rosa	re	CONSULTE	15.40		21:30	1	=
19.8.19	Adela	H.	Kort de de	-21:55	There	- 601	you,	
17-3-11	(Conc.)		Tohula	24:30	A-	100	b:	
P-3-8	He ose	7.	Courter	/	4	73:50	in	0
20-319	MBR	17	COPIE STATE	as 15 105	The		St	#
	Ana	M	Hall	15:05	F	0 la:	600	5
20-3-19			Gerencia	15:05	1 2/	7	1 =	=3
20-3-19	Emilia				1 -/5	16	30 4	7
20-3-19 700		NOCHE.	HAESTRA	22/25	- UKI	D V	Say E	00
100	1	Occup	MAG5 110		1011	de	06120	1
20-0314	17500	-	Puch	OG 1	31-11		7	5
21-03/4	Hon	MOCH			1		ryd CT	
10-1				_			mad=	1
				1			\$2:50	Beatur

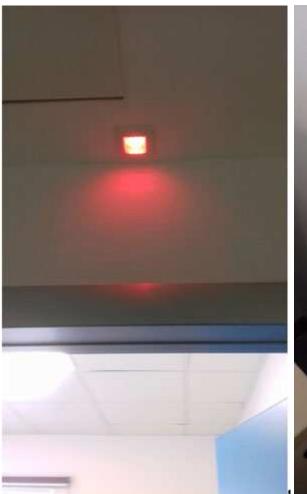


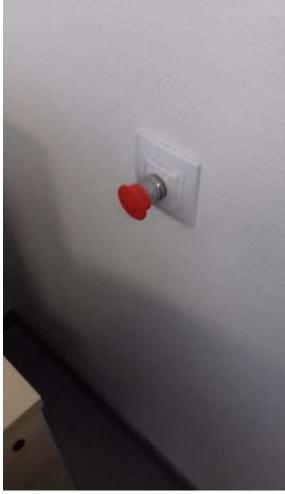
3. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar el correcto funcionamiento del botón antipánico de las consultas de psiquiatría:







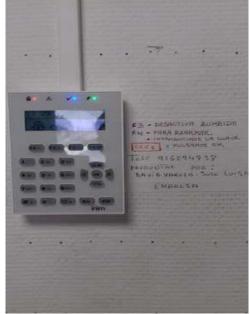
















# 6.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

## PARÁMETRO 1: Cualificación profesional de los RRHH

<u>Definición:</u> Grado de cumplimiento de los RRHH adscritos al Contrato, en cuanto a Vigilantes de Seguridad y Auxiliares se refiere

Nivel de cumplimiento exigible:10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: mensual

<u>Método de cálculo</u>: Conteo de medios adscritos en cada categoría y puntuación proporcional

Resultado: 10





## PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Seguridad y Vigilancia

IN = 0.4\*PC+0.3\*CCTV+0.3\*RRHH

Donde:

PC: Grado de cumplimiento del Plan de Catástrofes

CCTV: Grado de funcionamiento y operatividad del Circuito Cerrado de Televisión

RRHH: Grado de cumplimiento de la capacitación del personal adscrito al Contrato de

Seguridad y Vigilancia

Resultado: 10

## 6.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

## 6.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

Durante la auditoría anterior, se detectaron las siguientes incidencias y áreas de mejora, estando del siguiente modo en el momento de la auditoría de marzo de 2019:

1. INCIDENCIA LEVE 1: Un Vigilante en el turno de día y otro en el turno de noche, realizan rondas de vigilancia por turno en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, recorriendo un itinerario aleatorio, garantizando, según lo indicado por el personal de vigilancia, que se revisan todas las áreas del Hospital, si bien, no queda registro alguno de ello, sólo pudiendo garantizarse su realización mediante la observación a través de las cámaras de seguridad, por lo que se considera una incidencia leve. Según el procedimiento facilitado, los vigilantes ejercen la vigilancia y efectúan las rondas interiores y exteriores en los Centros, incluyendo jardines, viales e instalaciones anexas, si bien, en el momento de la auditoría in situ, no se han podido evidenciar visualmente que sean diarias las rondas de exteriores en parkina subterráneo, de superficie y en el helipuerto, lo que podría afectar a la seguridad de las personas. Se propone un software para el registro de las rondas que evidencie la correcta realización de las mismas. Además, en el parking de superficie no se han podido evidenciar cámaras de seguridad, si bien, en caso de necesidad, las domos exteriores perimetrales del Hospital Infanta Elena pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada:





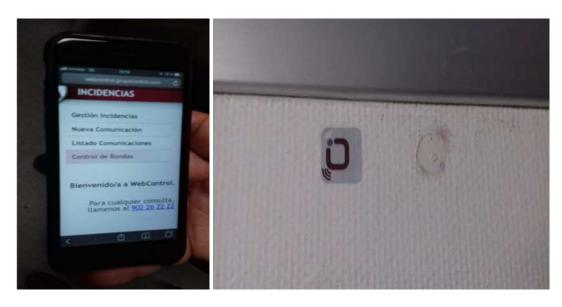


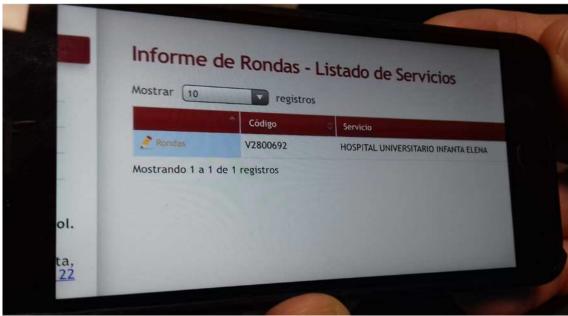




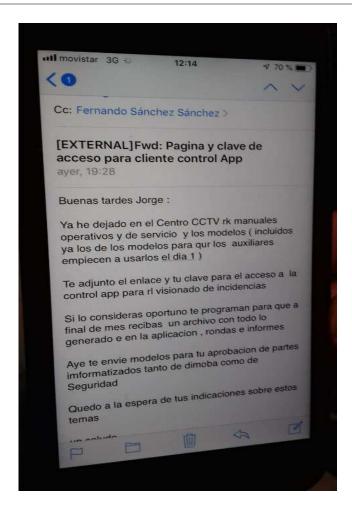


• Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas por el Hospital para ser leídas cuando pasa el Vigilante de Seguridad por dicho punto, aunque no estaba operativo en el momento de la auditoría:









Además, el servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital Infanta Elena pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada. La incidencia se considera abierta











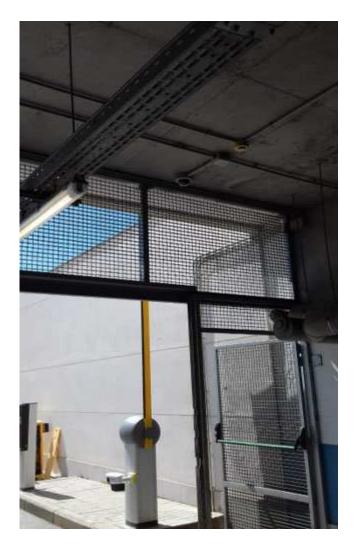
- 2. INCIDENCIA LEVE: No se ha podido evidenciar en los planos de ubicación de las cámaras de seguridad, colgados en papel en el Centro de Control de Seguridad del Hospital Infanta Elena, que se hayan actualizado con las nuevas cámaras de seguridad colocadas en la nueva planta E-2,. Además, en el inventario facilitado de cámaras de seguridad del CCTV, no se han incluido estas cámaras, por lo que deberían tenerse en cuenta para llevar a cabo sobre las mismas las pertinentes actuaciones de mantenimiento preventivo requeridas → SUBSANADA.
- 3. INCIDENCIA LEVE: En el momento de la auditoría se han podido evidenciar puntos ciegos en varias zonas del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, no quedando completamente vigiladas con las cámaras existentes del CCTV, debido a un posible déficit de cámaras de seguridad, tal como es el caso de las entradas de consultas externas y de urgencias, en el parking de superficie, en el pasillo de diálisis y rehabilitación, así como en determinadas salas de espera, si bien, en la documentación remitida ya se nos ha facilitado un presupuesto para la colocación de nuevas cámaras de seguridad en el Hospital:



Se ha subsanado prácticamente en su totalidad, a excepción de en el parking de superficie, donde no se ha podido evidenciar la colocación de cámaras de seguridad, tal como se ha indicado anteriormente. Se considera una incidencia abierta.



- ÁREA DE MEJORA 1: En el momento de la auditoría se ha podido evidenciar una domo de exteriores, M4-C2 motorizada, averiada, dejando una zona de acceso al Centro sin videovigilancia. No obstante, el lunes 12/02/2018 el Responsable de Mantenimiento del Hospital Infanta Elena de Valdemoro ha remitido un e-mail al equipo auditor evidenciado la sustitución de dicha cámara, estando ya operativa → SUBSANADA.
- 2. ÁREA DE MEJORA 2: En el momento de la auditoría, no se ha podido evidenciar la existencia de lectores de matrículas para el control de accesos al parking subterráneo (entradas y salidas), lo que mejoraría el control de los vehículos que acceden al parking subterráneo del Hospital Infanta Elena → En el momento de la auditoría de marzo de 2019, se estaba instalando el lector de matrículas, por lo que se va mantener como una incidencia leve ya que en un breve plazo de tiempo se nos ha indicado que estará operativo:





GESMAN ::



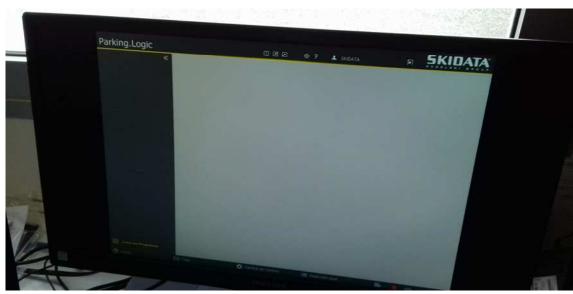




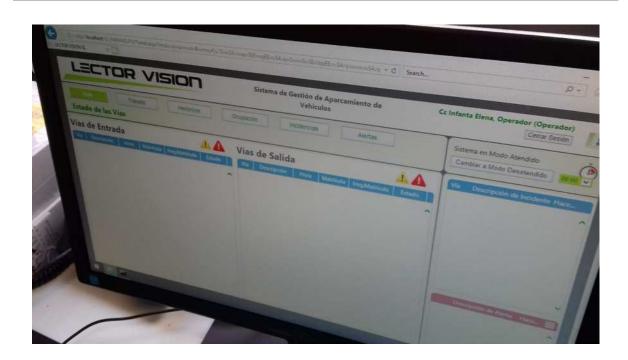


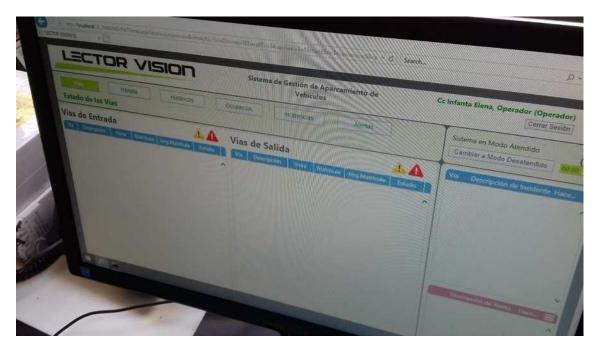




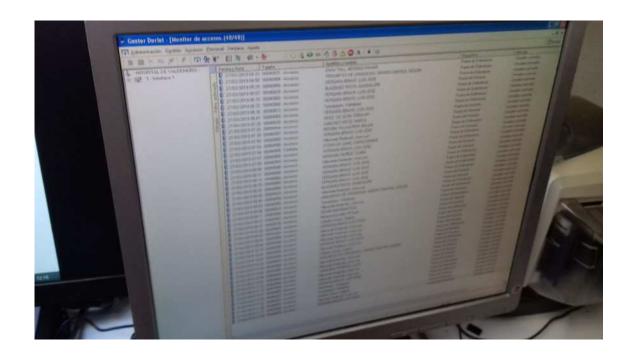


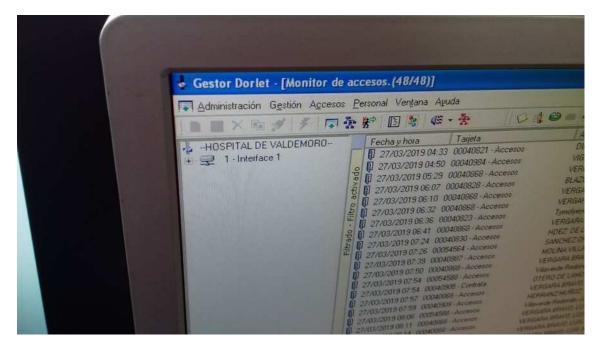








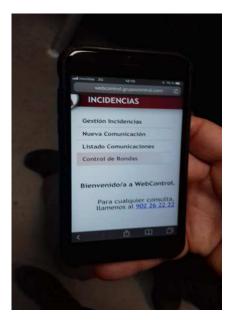






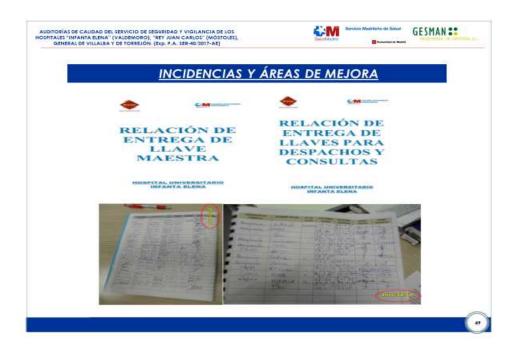


- 3. ÁREA DE MEJORA 3: Se propone como área de mejora, cuando se considere conveniente por parte de la Sociedad Concesionaria, reemplazar las cámaras de seguridad existentes de transmisión RTB o GSM Coaxial por tecnología de comunicación IP, para mejorar la calidad del CCTV existente en el Hospital Infanta Elena y facilitar técnicamente la posibilidad de aumentar el número de cámaras de seguridad y el posterior mantenimiento de las mismas → SUBSANADA.
- 4. ÁREA DE MEJORA 4: Se propone que los Vigilantes y Auxiliares de Seguridad realicen los Informes Diarios y de Incidencias del SSYV en soporte informático, con objeto de evitar confusiones y facilitar el manejo y la búsqueda de la información del servicio de seguridad y vigilancia prestada por SECURITAS en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro → Se mantiene esta Área de Mejora para la nueva empresa de Seguridad y Vigilancia, ya que en el momento de la auditoría se seguían registrando en papel ya que la app no estaba operativa aún:





- ÁREA DE MEJORA 5: Se propone la colocación de Control de Acceso DORLET en los vestuarios de personal para evitar posibles robos y/o agresiones → PENDIENTE DE MEJORAR.
- 6. ÁREA DE MEJORA 6: Se propone llevar a cabo un recordatorio, a través de una charla formativa o cualquier otro medio, al Personal Facultativo del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, de la importancia de cerrar con llave las Consultas cuando salgan de las mismas, con objeto de evitar posibles robos, especialmente de recetas médicas → SUBSANADA.
- 7. ÁREA DE MEJORA 7: Se propone revisar, para su mejora, el registro del control de entrega de llaves, con objeto de evitar confusiones, estableciendo un formato y en soporte informático. El personal autorizado del Hospital dispone de llaves para el acceso a zonas restringidas no públicas, autorizadas por el Jefe de Mantenimiento y SS.GG., y con objeto de controlar los accesos a las distintas áreas del Hospital, queda registrado en los siguientes documentos:



Se mantiene, ya que en el momento de la auditoría de marzo de 2019 el registro de control de llaves seguía siendo manual.

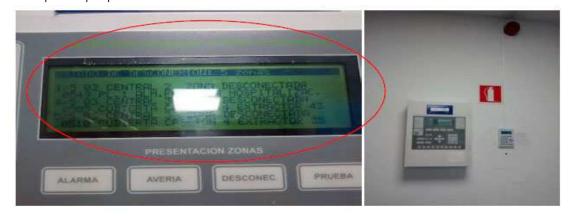
GESMAN ::

8. ÁREA DE MEJORA 8: No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría, ni en la documentación remitida, que se utilicen estos registros para la gestión de la custodia de objetos personales en el Hospital Infanta Elena, tal como se especifica en el procedimiento correspondiente → PENDIENTE DE MEJORAR.

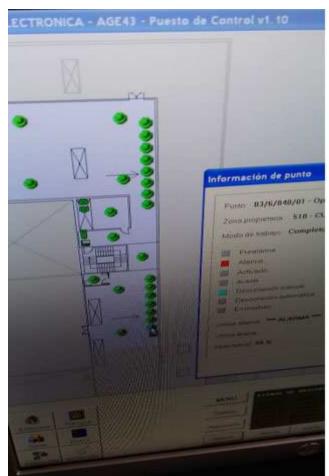


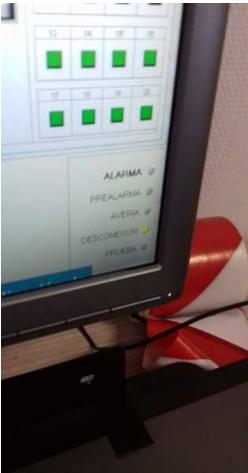
Se propone, además, mejorar la identificación de los objetos para evitar posibles confusiones en la custodia de objetos por parte del servicio de seguridad y vigilancia del Hospital Infanta Elena, utilizando etiquetas identificativas o bridas de seguridad → SUBSANADA.

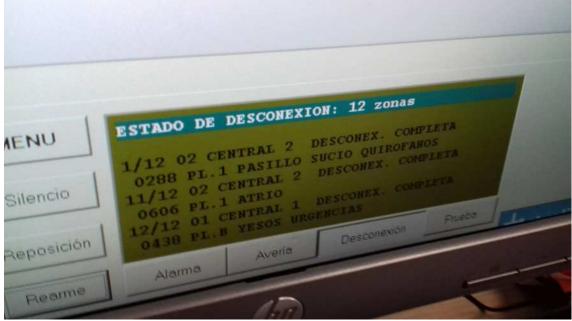
9. ÁREA DE MEJORA 9: Se propone revisar por parte del Dpto. de Mantenimiento el estado de la Central de Incendios, en la que se indica la desconexión (averías) de 5 zonas del Hospital Infanta Elena de Valdemoro para su subsanación en el menor plazo posible, si bien, se evidenció in situ el correcto funcionamiento de la central de incendios y el conocimiento del manejo de la misma por parte de los vigilantes de seguridad → PENDIENTE DE MEJORAR, siguen existiendo zonas desconectadas, por lo que se propone en esta auditoría como incidencia leve:







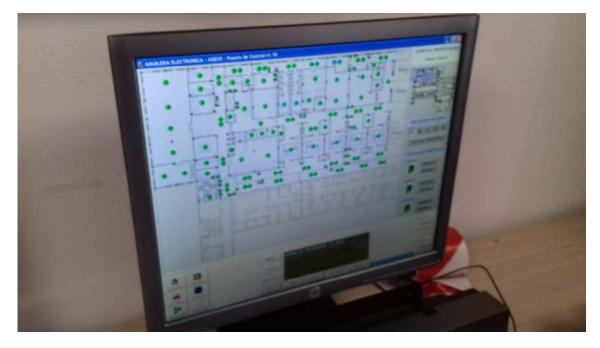




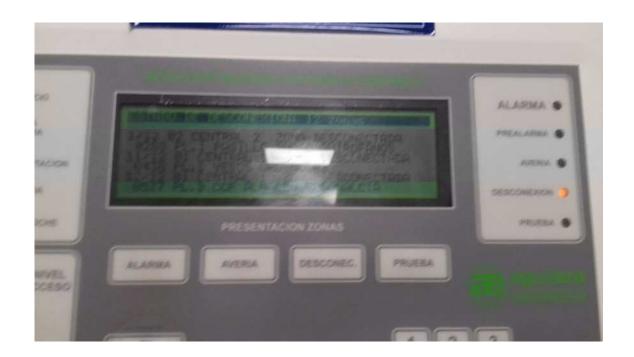






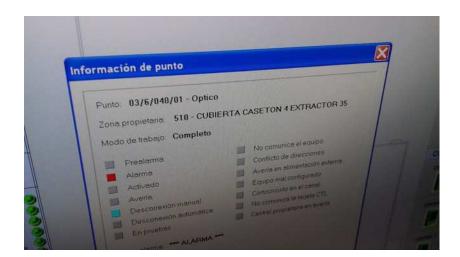












## 6.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

## 6.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

- 1. INCIDENCIA LEVE (REINCIDENTE): Un Vigilante en el turno de día y otro en el turno de noche, realizan rondas de vigilancia por turno en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, recorriendo un itinerario aleatorio, garantizando, según lo indicado por el personal de vigilancia, que se revisan todas las áreas del Hospital, si bien, no queda registro alguno de ello, sólo pudiendo garantizarse su realización mediante la observación a través de las cámaras de seguridad, por lo que se considera una incidencia leve.
- 2. INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE: En el momento de la auditoría se han podido evidenciar puntos ciegos en el parking de superficie, donde no se evidencian cámaras de seguridad.
- 3. INCIDENCIA LEVE NUEVA (Se corresponde con área de mejora 9 de la auditoría anterior): Se propone revisar por parte del Dpto. de Mantenimiento el estado de la Central de Incendios, en la que se indica la desconexión (averías) de 5 zonas del Hospital Infanta Elena de Valdemoro
- 4. **INCIDENCIA LEVE NUEVA**: El Plan de Autoprotección es de octubre de 2015, y el procedimiento de medidas de emergencia con código HUIE/2.5/P13 Versión 0, indica que se debe revisar al menos cada tres años:

El Plan de Autoprotección tendrá vigencia indeterminada; se mantendrá adecuadamente actualizado, y se revisará, al menos, con una periodicidad no superior a tres años.





## 7.-SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.

## 7.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de Esterilización se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

## 7.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Licencia de la Central de Esterilización.
- Procedimiento de control y trazabilidad de productos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de control de calidad.
- Stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- UNE-EN 556-1:2002/AC: 2007 Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados "estéril". Parte 1: requisitos de los productos sanitarios esterilizados en su estado terminal.
- UNE-EN 556-2:2016 Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados "estéril". Parte 2: requisitos de los productos sanitarios procesados asépticamente.
- UNE-EN 868-2-10: Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar.
- UNE-EN 1422:2014. Esterilizadores para uso médico. Esterilizadores por óxido de etileno. Requisitos y métodos de ensayo
- UNE-EN ISO 11135: 2015. Esterilización de productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 11137-1:2015, 2:2015 y 3:2007. Esterilización de productos sanitarios para asistencia sanitaria. Radiación
- UNE-EN ISO 11138-1-5:2017 Esterilización de productos sanitarios. Indicadores biológicos
- UNE EN ISO 11140-1,3,4 Sistemas no biológicos para uso en esterilizadores. Indicadores químicos.
- UNE-EN ISO11607-1,2:2017 Envasado para productos sanitarios esterilizados terminalmente.
- UNE-EN ISO 11737-1,2;-3:2007/AC 2009 Esterilización de productos sanitarios. Métodos microbiológicos.
- UNE-EN ISO 13060:2015 Esterilizadores de vapor de agua pequeños.





- UNE- EN ISO 13408 -1-5. Procesado aséptico de productos para la salud.
- UNE-EN ISO 14160:2012 Esterilización de productos para la salud. Agentes esterilizantes químicos líquidos para productos sanitarios para un solo uso que incorporen tejidos animales y sus derivados. Requisitos para la caracterización, desarrollo, validación y control sistemático de un proceso de esterilización para productos sanitarios. (ISO 14160:2011)
- UNE-EN 14180:2014. Esterilizadores para uso médico. Esterilizadores de vapor a baja temperatura y formaldehído. Requisitos y ensayos.
- UNE-EN ISO 14937:2010 Esterilización de productos para la salud. Requisitos generales para la caracterización de un agente esterilizante y para el desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización de productos sanitarios.
- UNE-EN 15424:2007 Esterilización de productos sanitarios. Vapor a baja temperatura y formaldehído. Requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de los procesos de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 15882:2009 Esterilización de productos sanitarios. Indicadores químicos.
   Guía para la selección, uso e interpretación de los resultados
- UNE-EN ISO 17664:2018 Esterilización de productos sanitarios. Información a proporcionar por el fabricante para el procesado de productos sanitarios.
- UNE-CEN ISO/TS 17665-2:2009 EX. Esterilización de productos sanitarios. Calor húmedo.
- UNE EN ISO 17665-1:2007. Esterilización de productos sanitarios. Calor húmedo. Parte
   1: requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 18472:2007 Esterilización de productos sanitarios. Indicadores biológicos y químicos. Equipo de ensayo
- UNE-EN ISO 20857:2013 Esterilización de productos para asistencia sanitaria. Calor seco. Requisitos para el desarrollo, la validación y el control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 25424:2011Esterilización de productos sanitarios. Vapor a baja temperatura y formaldehído. Requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de los procesos de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 158831-4:2009 Lavadoras desinfectadoras.
- UNE-CEN ISO/TS 15883-5:2008 EXLavadoras desinfectadoras

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio de la Central de Esterilización del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.

GFSMAN ::



## 7.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

 La empresa dispone de licencia de la central de esterilización y validación de los equipos y procedimientos:



PS/MS/CM

#### LICENCIA SANITARIA PREVIA DE FUNCIONAMIENTO DE INSTALACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

Haciendo uso de las atribuciones que me están conferidas, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto y en el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, a propuesta del Departamento de Productos Sanitarios y visto el informe del Departamento de productos sanitarios de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Calle Campezo 1, 28022 Madrid,

Emito nueva licençia por: CAMBIO DE DOMICILIO SOCIAL Y CAMBIOS RELATIVOS AL RESPONSABLE TÉCNICO

Fecha de licencia inicial: 29 de junio de 2018

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA	CIF / NIF	NÚMERO DE LICENCIA
IDCSALUD VALDEMORO, S.A.	A84552777	7035-PS
DOMICILIO SOCIAL E INSTALACIÓN		
CALLE ZURBARAN, 28, 28010 MADRID		
INSTALACIONES (Ver Anexo 1)		
ACTIVIDADES PROPIAS		
ESTERILIZACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS DE FABRICANTE	ACUERDO CON LAS IN	DICACIONES DEL
TIPO DE PRODUCTO		
ESTERILIZACIÓN A TERCEROS: PRODUCTOS SANITARIOS REUTILIZABLES QUE	DEBEN SER ESTERILIZ	ADOS ANTES DEL USO
TÉCNICO RESPONSABLE ( DNI )	TITULAC	IÓN
Ver Anexo 2		
ACTIVIDADES CONCERTADAS		

Esta licencia tendrá validez durante cinco años a partir de la fecha 29 de junio de 2018, siempre que no varien las condiciones en las que se concede. Podrá ser revalidada a solicitud del interesado, formulada con anterioridad al último trimestre de su vigencia.

DIRECTORA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS



Fdo. Mª Jesús Lamas Díaz

Firmado digitalmente por Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios Localizador: 8/938/WG217
Fecha de la firma: 16/10/2018

Puede comprobar la autenticidad del documento en la aplicación Localizador de la Web de la AEMP8

CORREO ÉLECTRÓNICO Página 1 de 3

C/ CAMPEZO, 1 - EDIFICIO 8 28022 MADRID Tel.: 91 822 54 99 Fax: 91 822 52 89



• El personal va correctamente uniformado:



- Se realizan controles mensuales de calidad por laboratorios externos.
- Se ha comprobado la disponibilidad aleatoria del siguiente material

## LISTADO·DE·CAJAS·QUIRÓFANO¶ HOSPITAL·UNIVERSITARIO·INFANTA·ELENA¶

ESPECIALIDAD¤	CANTIDAD¤	CAJAS¤
CARDIO¤	2월	MARCAPASOS¤
	3¤	PINZAS-LPS¤
	1¤	CGD-VASCULAR#
	4¤	CMA¤
CIRUGIA-GENERAL-Y-	1#	HEPATOBILIO¤
DIGESTIVOU	3¤	HERNIA-QUISTE-SACRON
DIGESTIVOR	1¤	IDRIVE
	2¤	LAPAROTOMÍA¤
	2⊭	PROCTOLOGÍA¤
	2⊭	TIROIDES¤
	1¤	EXTRACCIÓN-CARDIO-TORÁCICA#
EXPLANTES	1¤	EXTRACCIÓN-CIRUGÍA-GENERAL#
EXPLANTESA	1¤	EXTRACCIÓN-OCULAR#
	1¤	EXTRACCIÓN-TEJIDO-OSTEOTENDINOSO:
	1¤	COLUMNA-CERVICAL#
	2¤	COLUMNA-LUMBAR#
	111	COLUMNA-RESCATE#
	1¤	PEQUEÑAS-ARTICULACIONES#
	4¤	MANO-PIE-PARTES-BLANDAS¤
TRAUMATOLOGÍA·Y·	4¤	MANO-PIE-PARTES-ÓSEAS#
CIRUGÍA-ORTOPÉDICAN	2⊭	CADERAN
CIRUGIA-ORTOPEDICAR	2⊭	CADERA-COMPLEMENTARIAN
	2¤	RODILLA¤
	1¤	CERCLAJEN
	2¤	LCAN
	4¤	PINZAS-ARTROSCOPIA¤
	1#	TÚNEL-CARPIANO¤
	3¤	CESÁREA¤
	1¤	HISTERECTOMÍA-ABDOMINAL#
	1¤	HISTERECTOMÍA-ABDONCOLÓGICA¤
GINECOLOGÍA#	1¤	HISTERECTOMÍA-VAGINAL#
GINECULUGIAR	1¤	EQUIPO-HISTEROSCOPIAS#
	2¤	LEGRADO#
	2¤	MAMA¤
	1¤	PINZAS-LPS-GINE#
	214	CORDALES#
	1#	CUELLO-MAXILO#
MAXILOX	1#	MICRO-MAXILO#
	1¤	ORTOGNÁTICA¶
		н



	18	CATARATA-EXTRACAPSULAR#
	2¤	RETINA¤
	2¤	BLEFAROPLASTIAN
	2⊭	CHALACION
OFTALMOLOGÍAN	2¤	DACRION
OFIALMOLOGIAR	1¤	ENUCLEACIÓN/EVISCERACIÓN¤
	1¤	PÁRPADOS¤
	1¤	ESTRABISMO¤
	1#	PTERIGION¤
	1#	GLAUCOMAR
	1¤	DACRIOCISTORRINOSTOMÍAN
	1¤	SIALOENDOSCOPIO-INSTRUMENTAL
	1¤	SIALOENDOSCOPIO-SONDAS#
	2⊭	ADENOAMIGDALAS¤
	1#	CUELLON
	1¤	ENDOSCOPIA-NASOSINUSAL#
	1¤	KIT-ADENOIDES#
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2¤	MICROLARINGER
	2⊭	MIRINGOTOMÍA¤
	3¤	OIDO¤
	2¤	RINOSEPTOPLASTIAN
	1¤	SEPTOPLASTIAN
	1¤	KIT-VEGETACIONES#
	1¤	MICROCIRUGÍA-LARINGEA#
	1¤	APÉNDICE-PEDIÁTRICA#
	3¤	HERNIAN
CIRUGÍA-PEDIÁTRICA#	1¤	FIMOSIS-PEDIÁTRICA#
	1¤	CIRUGÍA-NEONATAL#
	1¤	UROLOGÍA-PEDIÁTRICA#
	2범	PLÁSTICA-GRANDE#
	1#	PLÁSTICA-AMBULANTE¤
CIRUGÍA-PLÁSTICA#	1#	PLÁSTICA-PEQUEÑA#
	1¤	CÁNULAS-CITORY#
	1¤	VALVA-DE-LUZ#
	1¤	ESTERNÓN¤
CIRUGÍA-TORÁCICA#	1¤	HUESO¤
	1¤	TÓRAX¤
	1¤	LPS-UROLOGÍA#
	2¤	VARICOLE
	1¤	MICROCIRUGÍA-UROLÓGICA#
	211	VASECTOMÍA¤
UROLOGÍA¤	211	FIMOSIS¤
	1#	NEFRECTOMÍA#
	1#	PRÓSTATA#
	111	SUELO-PÉLVICO¤
	1¤	INCONTINENCIAR

- La empresa comunica los resultados de los controles a la unidad administrativa.
- Se dispone de stock de seguridad de instrumental.
- Existe alternativa a sus centrales de esterilización.
- Se dispone de material estéril de un solo uso sustituyendo al textil.
- Todo el material del almacén está identificado

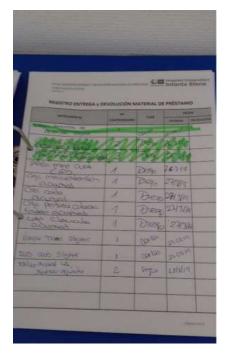




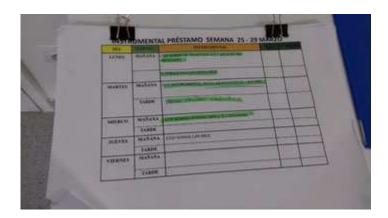
• El material de préstamo se encuentra correctamente identificado como tal



• Se dispone de registros del material de préstamo







- Se dispone del procedimiento HUIE/28.1/P2 en versión 0 para gestionar la trazabilidad, de mayo de 2.018, cuya implantación ha sido comprobada durante la auditoría:
  - Todos los contenedores van acompañados, en su parte exterior superior del listado del instrumental que compone esa caja y de un sello en el que consta la fecha, ciclo, nombre del autoclave y auxiliar de enfermería.
  - Se lleva un registro en "libro de carga de cada equipo esterilizador" de fecha, número de ciclo, indicador físico y químico, el operador y el material esterilizado en el equipo.
  - Las cajas que se llevan tienen adherida en la hoja de trazabilidad del paciente, en la que se reflejan los datos del paciente, las etiquetas del instrumental utilizado identificando éste de forma manual, e implantes que han podido implantar en el paciente.
  - Toda la documentación se anexa a la historia clínica del Paciente de forma automatizada.
- Se ha comprobado para un Paciente, la siguiente información:
  - o Material implantado.
  - o Instrumental utilizado en la intervención.



o Características del proceso de esterilización que se le dio al instrumental correspondiente:



- Se comprueba la separación entre la zona de lavado y la zona de preparación previa a la esterilización.
- Se evidencia la existencia de una zona específica para almacenamiento de material de limpieza.
- Se comprueba la comunicación directa entre la Central de Esterilización y los quirófanos a través de un montacargas específico.
- Se observa que, para el caso de lavado manual, se emplean equipos de protección personal.
- Se constata que la zona de preparación y empaquetado tienen una iluminación más acusada.
- Se observa un lavabo en la zona de preparación del personal en la zona de empaquetado.
- En el Almacén General las estanterías están elevadas, lo que garantiza una buena limpieza del suelo.





- No se han observado envoltorios con roturas o humedad.
- Se valora positivamente la disponibilidad de barrera sanitaria.
- Se evidencia una correcta gestión del instrumental de préstamo, solicitándose el certificado de lavado y desinfección correspondiente al proveedor, así como su precinto plástico:







• Se ha podido evidenciar un efectivo control de caducidades, así como su registro:

Anexo: FORMATO REVISIÓN CADUCIDADES Cidigo HUIE/2E.1/P1/P9

GESMAN:

E GESTIÓN, S.L.



## CONTROL DE CADUCIDAD FUNGIBLE

# ALMACÉN GENERAL DE ESTERILIZACIÓN MES DE CARROLE

- ★ SE RETIRA EL MATERIAL QUE CADUQUE EN BARCO

	STERRAD
ESTANTERIA 19	
PRODUCTOS	№ CADUCADOS
1º BALDA	
ROLLO PAPEL DE STERRAD 150X70	
ROLLO PAPEL DE STERRAD 250X70	
2º BALDA	
CINTA CONTRASTE STERRAD	
TIRA DE CONTROL DE STERRAD	
ESPORAS DE STERRAD	
CASSETTE DE STERRAD	
3º BALDA	
BOLSA REF 12541 STERRAD	
4º BALDA	
BÖLSA REF 12559 STERRAD	
5º,6º Y 7º BALDA	
PAPEL AZUL STERRAD REF 10748	
	AUTOCLAVE
ESTANTERIA 1º	
PRODUCTOS	№ CADUCADOS
1º BALDA	E.
BOLSA SS1	
BOLSA SS2	
2º BALDA	
PAPEL CREPADO VERDE DE 60X60	





Amexic: FORMATO REVISIÓN CADUICIDADES Código HUIE/28.1/b1/F9 versión: S



ROLLOS DE PAPEL DE LAVADORA REF 129359-008	
ROLLOS DE PAPEL MINI-CLAVE	
4º BALDA	
	LAVADORA
ESTANTERIA 1º	
PRODUCTOS	Nº CADUCADOS
1º BALDA	
2º BALDA	
NEUTRADRY(AGENTE DE ENJUAGE - LAVADORA MATACHANA)	
28-ALKA -ONE-X (DETERGENTE - LAVADORA MATACHANA)	
3º BALDA	
ENCYCARE(LAVADORA STERIS)	
RENO-KLENZ(LAVADORA STERIS)	
HINGE-FREE(LAVADORA STERIS)	

REALIZADO POR: SPECIO RODIGUA SAVOUT

FECHA 10/12/18

FIRMA SUPERVISIÓN



2000 to 20 de 26.

Anexo: FORMATO REVISIÓN CADUCIDADES Código HUIE/28.1/P3/P9 vorsión: 5



## CONTROL DE CADUCIDAD MATERIAL ESTÉRIL

UNIDAD	ZONA ESTÉRIL	
MES	Diagnishe	

SÓLO RETIRAREMOS Y <u>NO APUNTAREMOS</u> EL MATERIAL QUE CADUQUE EN EL SIGUIENTE MES DEL QUE ESTEMOS REALIZÁNDOLO.

EN LA COLUMNA DE Nº DE CADUCADOS SÓLO SE APUNTARA EL MATERIAL QUE HAYA CADUCADO (INCLUIDO EL DEL MISMO MES )

PRODUCTOS	№ CADUCADOS
-70-	

FECHA 10/12/18 Segio Procliques Sanctees.







• Se han podido evidenciar los controles microbiológicos realizados en la central de esterilización, siendo los resultados adecuados:



Servicio de Medicina Preventiva

## CONTROLES MICROBIOLÓGICOS DEL AIRE AMBIENTAL UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN - OCTUBRE 2018

De acuerdo con la norma UNE 171340 "Validación y evaluación de salas de ambiente controlado en hospitales", los resultados de los controles microbiológicos del aire ambiental realizados el día 05/10/2018 se encuentran dentro de los rangos de bioseguridad ambiental correspondientes a Ambiente muy limpio ISO 5-ISO 6: recomendado en áreas de muy alto riesgo, Ambiente limpio ISO 7: recomendado en zonas de alto riesgo, y Admisible. Por lo tanto, se considera que la situación de aire ambiental es adecuada para ambas zonas.

En la siguiente tabla se presentan los valores obtenidos en cada lugar:

LUGAR	BACTERIAS MESÓFILAS	HONGOS AMBIENTALES	AMBIENTE	
ZONA LIMPIA	19 UFC/m³	0 UFC/m <sup>3</sup>	Limpio - Admisible	
ALMACÉN ESTÉRIL	5 UFC/m <sup>3</sup>	0 UFC/m <sup>3</sup>	Muy limpio - Admisible	

OBSERVACIÓN: Para conservar el ambiente seguro es muy importante mantener cerradas las puertas.

María Isabel Adillo Montero Carolina del Valle Giráldez García

Enfermera del Servicio Médico Adjunto del Servicio

Hospital Linterrationa Intenta Elena - Avita, Rayes Cathlons, 21

Tel. +24 til ±04 8€ 10 = Fox +34 91 884 85 44 www.madrid.org. www.idcaaluid.es

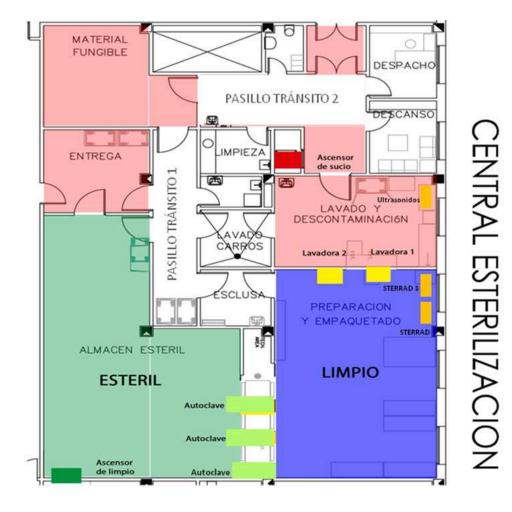








Se comprueba que se dispone de un procedimiento para la cadena del proceso de esterilización, que recoge las actuaciones a realizar en todos los procesos: limpieza, descontaminación, inspección, preparación/empaquetado, esterilización, almacenamiento y entrega, siendo el plano del proceso el siguiente:



Se observa que la zona de entrega/recogida de material tiene 3 puertas: una puerta de acceso a la central, una que da acceso a la zona estéril y otra que da acceso al pasillo de tránsito 1.



• La puerta de acceso a la zona estéril permanece en todo momento cerrada.



• Se dispone de un ascensor de uso exclusivo para el material contaminado que comunica el pasillo sucio del área quirúrgica con la zona de descontaminación o lavado de la Central, impidiéndose contaminación cruzada.





- La puerta de sucio tiene dos puertas, una que se accede a la sala de limpieza de carros y otra a la zona del pasillo de tránsito 2. Se comprueba que la puerta no se puede abrir desde la puerta de tránsito 2.
- La zona de almacén de material estéril está comunicada directamente con el almacén de limpio del bloque quirúrgico mediante ascensor, que se ha comprobado es para material limpio.



• Se constata que se dispone de un Plan de Medidas Preventivas.



• Se consideran positivos los resultados del Informe Mensual del Servicio de Esterilización del Hospital Infanta Elena de Valdemoro:



Informe mensual-Esterilización

Informe mensual Hospital Universitario Infanta Elena Fecha: Octubre 2018

## Informe Mensual del Servicio Integral de Esterilización

Controles de Calidad

- Controles de calidad internos
  - Funcionamiento del Esterilizador. Controles Físicos

Esterilizador	Frecuencia de realización	Nº Pruebas Realizadas	Nº de Pruebas con control físico incorrecto	Fecha	Acciones Correctoras
Autoclave de vapor 1	Por ciclo	190	0		
Autoclave de vapor 2	Por ciclo	160	1	31	Se <u>reempaqueta</u> y esteriliza material
Autoclave de vapor 3	Por ciclo	98	2	29,30	Se <u>reempaqueta</u> y esteriliza material
Sterad 1	Por ciclo	86	9	3,10,15,21,22,31	Se <u>reempaqueta</u> y esteriliza material
Sterad 2	Por ciclo	113	10	1,4,15,22,24,25,31	Se <u>reempaqueta</u> y esteriliza material
Sterad 3	Por ciclo	123	1	1	Se <u>reempaqueta</u> y esteriliza material

· Efectividad del Proceso de Esterilización





Informe mensual-Esterilización Informe mensual Hospital Universitario Infanta Elena

Fecha: Octubre 2018

#### - Prueba de Bowie-Dick

Esterilizador	Frecuencia de realización	Nº Pruebas Realizadas	Nº de Pruebas de Bowie-Dick con resultado incorrecto	Fecha y № de Lote	Acciones Correctoras
Autoclave de vapor 1	Primer ciclo	29	0		
Autoclave de vapor 2	Primer ciclo	26	0	51	
Autoclave de vapor 3	Primer Ciclo	21	0		

#### - Control Químico Externo

Esterilizador	Frecuencia de realización	Nº Pruebas Realizadas	Nº de Cargas con control químico externo incorrecto	Fecha y № de Lote	Acciones Correctoras
Autoclave de vapor 1	Por ciclo	189	0		
Autoclave de vapor 2	Por ciclo	160	1	30	Se reempaqueta y reesteriliza material
Autoclave de vapor 3	Por ciclo	95	2	29,30	Se reempagueta y reesteriliza material
Sterad 1	Por ciclo	86	9	3,10,15,21,22,31	Se reempaqueta y reesteriliza material
Sterad 2	Por ciclo	113	10	1,4,15,22,23,24,25,31	Se reempaqueta y esteriliza material
Sterad 3	Por ciclo	123	1	1	Se reempaqueta y esteriliza material



## Control Químico Interno

Esterilizador	Frecuencia de realización	Nº Pruebas Realizadas	Nº de Cargas con control químico interno incorrecto	Fecha y Nº de Lote	Acciones Correctoras
Autoclave de vapor 1			0		
Autoclave de vapor 2			0		
Autoclave de vapor 3			0		
Sterad 1			0		
Sterad 2			0		
Sterad 3			0		

Nota: Este dato solo se introducirá si existiera alguna incidencia en la tira de control interna



Informe mensual-Esterilización

Informe mensual Hospital Universitario Infanta Elena Fecha: Octubre 2018

## - Control Biológico

Esterilizador	Frecuencia de realización	Nº Pruebas Realizadas	Nº de Cargas con control biológico incorrecto	Fecha y № de Lote	Acciones Correctoras
Autoclave de vapor 1	1 vez al día	29	0		
Autoclave de vapor 2	1 vez al día	26	0		
Autoclave de vapor 3	1 vez al día	19	0		
Sterad 1	1 vez al día	20	0		
Sterad 2	1 vez al día	20	0		
Sterad 3	1 vez al día	22	0		

#### - Controles de calidad externos

Resultados de los controles de calidad <u>realizados por laboratorios externos acreditados.</u>

Controles de agua.

## Información adicional





## 7.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

## PARÁMETRO 1: Trazabilidad

Definición: Grado de cumplimiento de la trazabilidad de dos equipos

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: mensual

Método de cálculo: En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la

puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

## 7.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

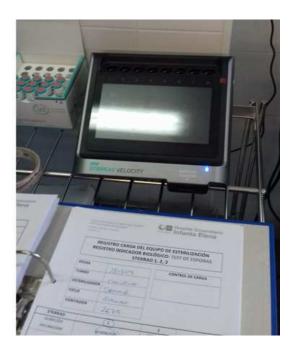
Sin incidencias

## 7.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

Sin incidencias

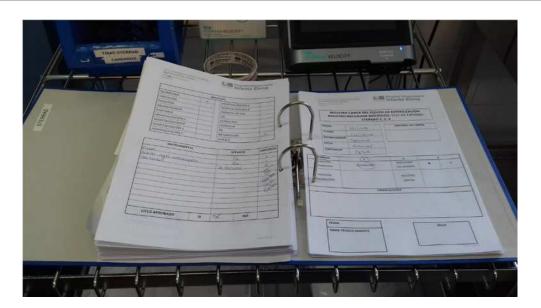
## 7.7.-ÁREAS DE MEJORA.

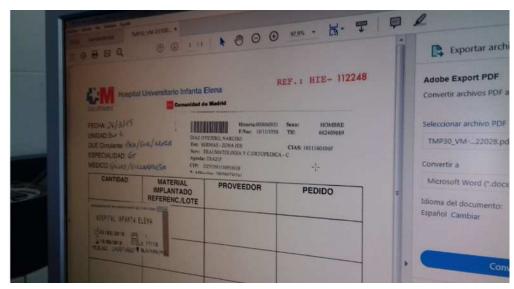
1. **No se evidencia** la informatización y automatización de la trazabilidad total del material esterilizado, si bien, se evidencia trazabilidad en soporte papel hasta la Historia Clínica del Paciente, escaneándose la documentación pertinente:











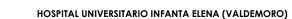


## 7.8.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

# 7.8.1.-FICHAS TÉCNICAS Y DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS EMPLEADOS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

DECONEX 41 STS ALKA FDS





## Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

Nombre comercial : deconex 41 STS ALKA
Ultima revisión : 30.12.2016

Fecha de edición : 19.01.2017

rsión: 10.2

#### Indicaciones de peligro

H290 Puede ser corrosivo para los metales. H318 Provoca lesiones oculares graves, H315 Provoca irritación cutánea.

#### Consejos de prudencia

P234 Conservar únicamente en el recipiente original.
P264 Lavarse manos concienzudamente tras la manipulación.
P280 Llevar guantes/prendas/gafas/máscara de protección.

P310 Llamar inmediatamente a un CENTRO DE INFORMACION TOXICOLOGICA.

P406 Almacenar en un recipiente resistente a la corrosión con revestimiento interior resistente.

#### 2.3 Otros peligros

Ninguno

## SECCIÓN 3. Composición/información sobre los componentes

#### 3.2 Mezclas

GESMAN:

E GESTIÓN, S.L.

#### Componentes peligrosos

ÁCIDO ETIDRÓNICO; Número de registro REACH: 01-2119510391-53; N.º CE: 220-552-8; N.º CAS: 2809-21-4

Partes por peso: ≥ 1 - < 5 %

Clasificación 1272/2008 [CLP]: Met. Corr. 1; H290 Eye Dam. 1; H318 Acute Tox. 4; H302

HIDRÓXIDO DE POTASIO ; Número de registro REACH : 01-2119487136-33 ; N.º CE : 215-181-3; N.º CAS : 1310-58-3

Partes por peso : ≥ 1 - < 5 %

Clasificación 1272/2008 [CLP]: Met. Corr. 1; H290 Skin Corr. 1A; H314 Acute Tox. 4; H302

## Componentes adicionales

METIL GLICINA DIACETATO DE SODIO ; Número de registro REACH : 01-0000016977-53 ; N.º CE : 423-270-5

#### Advertencias complementarias

Texto de las frases H- y EUH: véase sección 16.

#### Etiquetado del contendo (Reglamento (CE) no 648/2004)

fosfonatos < 5 %

#### SECCIÓN 4. Primeros auxilios

#### 4.1 Descripción de los primeros auxilios

#### En caso de inhalación

Proporcionar aire fresco. En caso de afección de las vías respiratorias consultar al médico.

## En caso de contacto con la piel

Quitar inmediatamente ropa contaminada y mojada. Agua y jabón

## En caso de contacto con los ojos

Inmediatamente y con cuidado aciarar bien con la ducha para los ojos o con agua. En caso de irritación ocular consultar al oculista,

## En caso de ingestión

NO provocar el vómito. Enjuagar inmediatamente la boca con agua y beber agua en abundancia. En caso de accidente o malestar, acudase inmediatamente al médico (si es posible, mostrar la etiqueta).

## 4.2 Principales sintomas y efectos, agudos y retardados

No existen informaciones.

## 4.3 Indicación de toda atención médica y de los tratamientos especiales que deban dispensarse inmediatamente

Ninguno

## SECCIÓN 5. Medidas de lucha contra incendios

Página: 2/7





## Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

Nombre comercial: decorex 41 STS ALKA Ultima revisión: 30.12.2016

 Ultima revisión :
 30.12.2016
 Versión :
 10.2.0

 Fecha de edición :
 19.01.2017
 Versión :
 10.2.0

#### 5.1 Medios de extinción

E GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

El producto en sí no es combustible.

## Material extintor adecuado

Coordinar las medidas de extinción con los alrededores. Espuma

#### Material extintor inadecuado

No se conocen.

## 5.2 Peligros específicos derivados de la sustancia o la mezcla

Productos de combustión peligrosos

La combustión genera gases tóxicos.

### 5.3 Recomendaciones para el personal de lucha contra incendios

#### Equipo especial de protección en caso de incendio

En caso de incendio: Utilizar un aparato de respiración autónomo.

#### 5.4 Advertencias complementarias

Ninguno

#### SECCIÓN 6. Medidas en caso de vertido accidental

## 6.1 Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia

Seguir las medidas de precaución usuales al manipular sustancias químicas.

#### 6.2 Precauciones relativas al medio ambiente

No dejar verter ni en la canalización ni en desagües.

#### 6.3 Métodos y material de contención y de limpieza

Absorber con una substancia aglutinante de líquidos (arena, harina fósil, aglutinante de ácidos, aglutinante universal). Tratar el material recogido según se describe en la sección de eliminación de residuos.

## 6.4 Referencia a otras secciones

Consulte el Capítulo 7, 8 y 13

#### SECCIÓN 7. Manipulación y almacenamiento

#### 7.1 Precauciones para una manipulación segura

Evitar contacto con la piel y los ojos.

## Medidas de protección

Medidas de protección contra incendios

No es precisa protección contra explosión.

## 7.2 Condiciones de almacenamiento seguro, incluidas posibles incompatibilidades

## Más datos sobre condiciones de almacenamiento

Consérvese únicamente en el recipiente de origen, en lugar fresco y bien ventilado.

Temperatura de almacenamiento : Temperatura de conservación óptima 20 °C . Para más detalles, consulte la etiqueta del producto.

## 7.3 Usos específicos finales

Ninguno

## SECCIÓN 8. Controles de exposición/protección individual

## 8.1 Parámetros de control

Ninguno

## 8.2 Controles de la exposición

Protección individual

Página : 3 / 7





GESMAN:

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

deconex 41 STS ALKA Nombre comercial: Ultima revisión :

Fecha de edición : 19.01.2017

Protección de ojos y cara

Gafas con protección lateral

Protección de piel

Protección de la mano

Para contacto pieno: Guantes: caucho nitrilo Espesor: 0.4 mm Tiempo de ruptura: > 480 min. En caso de salpicaduras: Guantes: caucho nitrilo Espesor: 0.4 mm Tiempo de ruptura: > 480 min. Los guantes de protección indicados deben cumplir con las espificaciones de la Directiva 89/686/EEC y con su norma resultante EN374.

Protección corporal

No son necesarias medidas especiales.

Medidas generales de protección e higiene

Manténgase lejos de alimentos, bebidas y piensos

#### SECCIÓN 9. Propiedades físicas y químicas

#### 9.1 Información sobre propiedades físicas y químicas básicas

(25°C)

(20°C)

Aspecto: líquido

Color: claro, de incoloro a amarillo

Olor: característico

#### Datos básicos relevantes de seguridad

Temperatura de fusión/zona de fusión :

Punto inicial de ebullición e intervalo de ebullición : Temperatura de descomposición : (1013 hPa) Punto de inflamabilidad :

Temperatura de Ignicio: Limite Inferior de explosividad : Limite superior de explosividad : Presión de vapor :

Densidad : (20°C) Test de separación de disolventes : (20 °C) Solubilidad en agua : (20°C)

pH (disolvente = agua potable): (20 °C / 10 g/l) log P O/W : Tiempo de vaciado : Viscosidad :

Indice de evaporación : Velocidad de evaporación : Materias sólidas inflamables :

Gases inflamables : Liquidos comburentes : Propiedades explosivas :

Corrosivos para los metales : 9.2 Otros datos

no determinado no determinado insignificante insignificante

арток.

арток.

аргок.

insignificante

no aplicable no aplicable

no determinado

100 °C 230 °C no aplicable no aplicable

32 hPa

1.1 g/cm<sup>3</sup>

100 g/l

probeta DIN 4 mm

No aplicable. No aplicable. No aplicable.

No explosivo conforme a EU A.14. Puede corroer metales (H290).

## SECCIÓN 10. Estabilidad y reactividad

10.1 Reactividad

Ninguno

Se desconocen reacciones peligrosas.

10.2 Estabilidad química

Página: 4/7



## Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

deconex 41 STS ALKA Nombre comercial: 30.12.2016

Ultima revisión : Versión : 10.2.0 19.01.2017 Fecha de edición :

El producto es químicamente estable dentro de las condiciones recomendadas de almacenamiento, utilización y

## 10.3 Posibilidad de reacciones peligrosas

Ninguna al usar según las indicaciones

#### 10.4 Condiciones que deben evitarse

Descomposición térmica al sobrepasar 230 °C.

#### 10.5 Materiales incompatibles

Metal ligero

E GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

## 10.6 Productos de descomposición peligrosos

No existen informaciones.

#### SECCIÓN 11. Información toxicológica

#### 11.1 Información sobre los efectos toxicológicos

#### Efectos agudos

#### Toxicidad oral aguda

Parámetro: ATEmix calculado Via de exposición : Oral Especie: Rata Dosis efectiva: 5681.8

## Efecto de irritación y cauterización

No existen informaciones.

#### Sensibilización

No existen informaciones.

#### Efectos-CMR (cancerígeno, cambio de la masa hereditaria y damnificar la capacidad reproductoria)

No existen informaciones.

#### Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) – exposición única No existen informaciones.

## Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) - exposición repetida

No existen informaciones

## Peligro de aspiración

No existen informaciones.

#### SECCIÓN 12. Información ecológica

#### 12.1 Toxicidad

## Toxicidad acuática

## Toxicidad de peces crónica (a largo plazo)

NOEC (ÁCIDO ETIDRÓNICO ; N.º CAS : 2809-21-4 ) Parámetro:

Especie : Toxicidad de peces aguda (a corto plazo)

Dosis efectiva : 60 mg/l Tiempo de exposición : 336 h

Parámetro : NOEC (ÁCIDO ETIDRÓNICO ; N.º CAS : 2809-21-4 )

Especie : Daphnia pulex (pulga acuática)

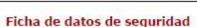
Dosis efectiva: 6.75 mg/l 672 h Tiempo de exposición :

Aguda (corto plazo) toxicidad para las algas ECS0 (ÁCIDO ETIDRÓNICO; N.º CAS: 2809-21-4)

Especie: Daohnia Dosis efectiva: 878 mg/l

Página: 5/7





borer

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

deconex 41 STS ALKA Ultima revisión : 30.12.2016 Versión : 10.2.0

Fecha de edición : 19.01.2017

Tiempo de exposición :

Efectos en las estaciones de depuración

Parámetro: Demanda química de oxígeno (DQO)

Dosis efective : 124 g/kg 12.2 Persistencia y degradabilidad

Biodegradable

GESMAN:

Parámetro: Degradación biológica (OECD)

Dosis efectiva:

12.3 Potencial de bioacumulación

No existen informaciones.

12.4 Movilidad en el suelo

No existen informaciones

12.5 Resultados de la valoración PBT y mPmB

No existen informaciones.

12.6 Otros efectos adversos

No existen informaciones.

12.7 Informaciones ecotoxicológica adicionales

## SECCIÓN 13. Consideraciones relativas a la eliminación

#### 13.1 Métodos para el tratamiento de residuos

Evacuación del producto/del embalaje

Seguir las instrucciones de las regulaciones municipales.

## SECCIÓN 14. Información relativa al transporte

#### 14.1 Número ONU

ONU 1760

14.2 Designación oficial de transporte de las Naciones Unidas

Transporte por via terrestre (ADR/RID)

LÍQUIDO CORROSIVO, N.E.P. (METIL GLICINA DIACIETATO DE SODIO - HIDRÓXIDO DE POTASIO )

Transporte marítimo (IMDG)

CORROSIVE LIQUID, N.O.S. (SODRUM METHYLGLYCINE DIACETATE - POTASSIUM HYDROXIDE)

Transporte aéreo (ICAO-TI / IATA-DGR)

CORROSIVE LIQUID, N.O.S. ( SODIUM METHYLGLYCINE DIACETATE - POTASSIUM HYDROXIDE )

## 14.3 Clase(s) de peligro para el transporte

Transporte por via terrestre (ADR/RID)

Clase(s) : Código de clasificación : C5 Clase de peligro : Clave de limitación de túnel : Disposiciones especiales : LQ 51 - E1 Hoja de peligro :

Transporte marítimo (IMDG)

Clase(s): Número EmS: F-A / S-B

LQ 5 I · E 1 · Segregation Group 18 - Alkalis Disposiciones especiales :

Hoja de peligro :

Transporte aéreo (ICAO-TI / IATA-DGR) Clase(s):

Página: 6 / 7



## Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

Nombre comercial : Ultima revisión : deconex 41 STS ALKA 30.12.2016

Versión : 10.2.0 Fecha de edición : 19.01.2017

Disposiciones especiales : E.1 Hoja de peligro :

14.4 Grupo de embalaje

Ш

14.5 Peligros para el medio ambiente

Transporte por via terrestre (ADR/RID): No Transporte marítimo (IMDG): No

Transporte aéreo (ICAO-TI / IATA-DGR): No 14.6 Precauciones particulares para los usuarios

Ninguno

14.8 Informaciones adicionales

Corrosivos para los metales.

#### SECCIÓN 15. Información reglamentaria

15.1 Reglamentación y legislación en materia de seguridad, salud y medio ambiente específicas para la sustancia o la mezcla

Ninguno

15.2 Evaluación de la seguridad química

No existen informaciones.

## SECCIÓN 16. Otra información

El usuario es el responsable de satisfacer los requisitos legales correspondientes.

16.1 Indicación de modificaciones

02. Etiquetado según el Reglamento (CE) nº 1272/2008 [CLP]

16.2 Abreviaciones y acrónimos

Ninguno

16.3 Bibliografías y fuente de datos importantes

Ninguno

16.4 Clasificación de mezclas y del método de evaluación aplicado según el Reglamento (CE) Nº 1272/2008 [CLP]

No existen informaciones.

16.5 Texto de las frases H- y EUH (Número y texto)

Puede ser corrosivo para los metales. H302 Nocivo en caso de ingestión.

H314 Provoca quemaduras graves en la piel y lesiones oculares graves.

H318 Provoca lesiones oculares graves.

16.6 Indicaciones de enseñanza

Ninguno

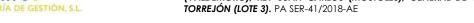
16.7 Informaciones adicionales

Ninguno

La información en ésta hoja de datos de seguridad corresponden al leal saber de nuestros conocimiento el día de impresión. Las informaciones deben de ser puntos de apoyo para un manejo seguro de productos mencionados en esta hoja de seguridad para el almacenamiento, elaboración, transporte y eliminación. Las indicaciones no se pueden traspasar a otros productos. Mientras el producto sea mezclado o elaborado con otros materiales, las indicaciones de esta hoja de seguridad no se pueden traspasar así al agente nuevo.

Página:7/7





## DECONEX\_64\_NEUTRADRY\_FDS

GESMAN:

## Ficha de datos de seguridad conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

deconex 64 NEUTRADRY 27.12.2016

10.0.0 12-0000254292 Fecha de edición : 17,02,2017 Vouch-No. :

## SECCIÓN 1. Identificación de la sustancia o la mezcla y de la sociedad o la empresa

1.1 Identificador del producto

deconex 64 NEUTRADRY

1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

Usos relevantes identificados Agente de enjuague

1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

Antonio Matachana, S.A.

Calle: Almogávares, 174-176

Código postal/Ciudad: 08018 Barcelona

Pais: Spain

Teléfono: +34 933 008 012 Telefax: +34 933 005 924

Persona de contacto para informaciones: product.safety@borer.ch

Productor Borer Chemie AG

Calle: Gewerbestrasse 13

Código postal/Ciudad: 4528 Zuchwil

País: Schweiz

Teléfono: +41 32 686 56 00 Telefax: +41 32 686 56 90

Persona de contacto para informaciones: product.safety@borer.ch

1.4 Teléfono de emergencia

Servicio Nacional de Información Tosicológica, +34 (91) 562 84 69

## SECCIÓN 2. Identificación de los peligros

2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla

Clasificación según el Reglamento (CE) Nº 1272/2008 [CLP]

Eye Init. 2; H319 - Lesiones o irritación ocular graves: Categoría 2A; Provoca irritación ocular grave.

2.2 Elementos de la etiqueta

Etiquetado según el Reglamento (CE) nº 1272/2008 [CLP]

Pictograma de peligro



Signo de exclamación (GHS07)

Palabra de advertencia

Atención

Indicaciones de peligro

H319 Provoca irritación ocular grave.

Consejos de prudencia

P264 Lavarse manos concienzudamente tras la manipulación. P280 Llevar guantes/prendas/gafas/máscara de protección. P337+P313 Si persiste la irritación ocular: Consultar a un médico.

Página: 1/7



## Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

Nombre comercial : deconex 64 NEUTRADRY Ultima revisión : 27.12.2016

 Ultima revisión :
 27.12.2016
 Versión :
 10.0.0

 Fecha de edición :
 17.02.2017
 Vouch-No. :
 12-0000254292

P305+P351+P338 EN CASO DE CONTACTO CON LOS 0305: Adarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aclarando.

2.3 Otros peligros

E GESTIÓN, S.L.

Ninguno

GESMAN:

#### SECCIÓN 3. Composición/información sobre los componentes

## 3.2 Mezclas

### Componentes peligrosos

N-ÓXIDO DE N,N-DIMETILDECILAMINA; Número de registro REACH: 01-2119959297-22; N.º CE: 220-020-5; N.º CAS:

2605-79-0 Parties por peso :

≥1-<5%

Clasificación 1272/2008 [CLP]: Eye Dam. 1; H318 Aquatic Acute 1; H400 Aquatic Chronic 2; H411

#### Advertencias complementarias

Texto de las frases H- y EUH: véase sección 16.

#### Etiquetado del contendo (Reglamento (CE) no 648/2004)

tensioactivos no iónicos 5 - < 15 % 1,6-dihidroxi-2,5-dioxahesano < 5 %

## SECCIÓN 4. Primeros auxilios

#### 4.1 Descripción de los primeros auxilios

#### En caso de inhalación

Proporcionar aire fresco. En caso de afección de las vías respiratorias consultar al médico.

## En caso de contacto con la piel

Quitar inmediatamente ropa contaminada y mojada. Lavar con agua y aclarar bien.

## En caso de contacto con los ojos

Inmediatamente y con cuidado aciarar bien con la ducha para los ojos o con agua. En caso de imitación ocular consultar al oculista,

## En caso de ingestión

NO provocar el vómito. Enjuagar inmediatamente la boca con agua y beber agua en abundanda. En caso de accidente o malestar, acudase inmediatamente al médico (si es posible, mostrar la etiqueta).

## 4.2 Principales síntomas y efectos, agudos y retardados

No existen informaciones

# 4.3 Indicación de toda atención médica y de los tratamientos especiales que deban dispensarse inmediatamente

Ninguno

## SECCIÓN 5. Medidas de lucha contra incendios

#### 5.1 Medios de extinción

El producto en sí no es combustible.

## Material extintor adecuado

Coordinar las medidas de extinción con los alrededores. Chorro de agua pulverizador, espuma, polvos extintores.

## Material extintor inadecuado

No se conocen

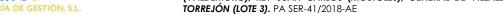
## 5.2 Peligros específicos derivados de la sustancia o la mezcla

## Productos de combustión peligrosos

La combustión genera gases tóxicos

## 5.3 Recomendaciones para el personal de lucha contra incendios

Página: 2/7



## Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

Nombre comercial : Ultima revisión : Fecha de edición :

GESMAN:

deconex 64 NEUTRADRY 27.12.2016 17.02.2017

Versión : Vouch-No. : 10.0.0 12-0000254292

Equipo especial de protección en caso de incendio

En caso de incendio: Utilizar un aparato de respiración autónomo.

5.4 Advertencias complementarias

Ninguno

## SECCIÓN 6. Medidas en caso de vertido accidental

6.1 Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia Seguir las medidas de precaución usuales al manipular sustancias químicas.

6.2 Precauciones relativas al medio ambiente

No dejar verter ni en la canalización ni en desagües.

6.3 Métodos y material de contención y de limpieza

Absorber con una substancia aglutinante de líquidos (arena, harina fósil, aglutinante de ácidos, aglutinante universal). Tratar el material recogido según se describe en la sección de eliminación de residuos.

6.4 Referencia a otras secciones

Consulte el Capítulo 7, 8 y 13

## SECCIÓN 7. Manipulación y almacenamiento

7.1 Precauciones para una manipulación segura

Evitar contacto con la piel y los ojos.

Medidas de protección

Medidas de protección contra incendios

No es precisa protección contra explosión.

7.2 Condiciones de almacenamiento seguro, incluidas posibles incompatibilidades

Más datos sobre condiciones de almacenamiento

Consérvese únicamente en el recipiente de origen, en lugar fresco y bien ventilado.

Temperatura de almacenamiento: Temperatura de conservación óptima 20 °C. Para más detalles, consulte la etiqueta del producto.

7.3 Usos específicos finales

Ninguno

## SECCIÓN 8. Controles de exposición/protección individual

8.1 Parámetros de control

Ninguno

8.2 Controles de la exposición

Protección individual

Protección de ojos y cara

Gafas con protección lateral

Protección de piel

Protección de la mano

Para contacto pieno: Guantes: caucho nitrilio Espesor: 0.4 mm Tiempo de ruptura: > 480 min. En caso de salpicaduras: Guantes: caucho nitrilio Espesor: 0.4 mm Tiempo de ruptura: > 480 min. Los guantes de protección indicados deben cumplir con las esplificaciones de la Directiva 89/686/EEC y con su norma resultante EN374.

Protección corporal

No son necesarias medidas especiales.

Medidas generales de protección e higiene

Manténgase lejos de alimentos, bebidas y piensos

Página: 3/7



100 °C

230 ℃



## Ficha de datos de seguridad

GESMAN:

DE GESTIÓN, S.L.

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

probeta DIN 4 mm

deconex 64 NEUTRADRY

Versión : 10.0.0 27.12.2016 Vouch-No. : Fecha de edición : 17,02,2017 12-0000254292

#### SECCIÓN 9. Propiedades físicas y químicas

#### 9.1 Información sobre propiedades físicas y químicas básicas

Aspecto: líquido Color: claro, incoloro Olor: característico

## Datos básicos relevantes de seguridad

Temperatura de fusión/zona de fusión : insignificante Punto inicial de ebullición e intervalo de ebullición : арток. (1013 hPa) Temperatura de descomposición : Punto de inflamabilidad : no aplicable Temperatura de ignicio : Limite Inferior de explosividad : no aplicable Limite superior de explosividad : no aplicable Presión de vapor : (25°C)

32 hPa (20°C) 1.0 g/cm<sup>3</sup> Densidad: Test de separación de disolventes : (20 °C) Solubilidad en agua : (20°C) 100 g/i (20 °C / 10 g/l) aprox. 10 аргок. pH (disolvente = agua potable): (20 °C / 10 g/l) 7

Tiempo de vaciado : Viscosidad : (20 °C) no determinado (20°C) no determinado Indice de evaporación : Insignificante

Velocidad de evaporación : insignificante Materias sólidas inflamables : No aplicable.

Gases inflamables : No aplicable. Líquidos comburentes : No aplicable. No explosivo conforme a EU A.14.

## 9.2 Otros datos

Ninguno

## SECCIÓN 10. Estabilidad y reactividad

#### 10.1 Reactividad

Se desconocen reacciones peligrosas.

## 10.2 Estabilidad química

El producto es químicamente estable dentro de las condiciones recomendadas de almacenamiento, utilización y

## 10.3 Posibilidad de reacciones peligrosas

Ninguna al usar según las indicaciones

## 10.4 Condiciones que deben evitarse

Descomposición térmica al sobrepasar 230 °C.

## 10.5 Materiales incompatibles

No se conocen.

## 10.6 Productos de descomposición peligrosos

No existen informaciones.

## SECCIÓN 11. Información toxicológica

Página: 4/7





10.0.0

### Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

deconex 64 NEUTRADRY Ultima revisión : 27.12.2016 Versión : Fecha de edición : 17,02,2017 12-0000254292 Vouch-No. :

### 11.1 Información sobre los efectos toxicológicos

### Efectos agudos

GESMAN:

E GESTIÓN, S.L.

Toxicidad oral aguda

LD50 Parámetro: Via de exposición : Oral Dosis efectiva: > 12 g/kg

Efecto de irritación y cauterización

Provoca irritación ocular grave.

Sensibilización

No existen informaciones.

Efectos-CMR (cancerígeno, cambio de la masa hereditaria y damnificar la capacidad reproductoria)

No existen informaciones.

Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) - exposición única

No existen informaciones

Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) – exposición repetida

No existen informaciones

Peligro de aspiración

No existen informaciones

### SECCIÓN 12. Información ecológica

### 12.1 Toxicidad

### Efectos en las estaciones de depuración

Parámetro: Demanda química de cxígeno (DQO)

Dosis efective : 252 g/kg

12.2 Persistencia y degradabilidad

Biodegradable

Parámetro: Degradación biológica (OECD)

Dosis efective : > 90 %

Reglamento sobre detergentes (CE) nº 648/2004

El tensioactivo(s) contenido(s) en esta preparación cumple(n) con el criterio de biodegradabilidad estipulado en el Reglamento (CE) nº 648/2004 sobre detergentes. Los datos para justificar esta afirmación están a disposición de las autoridades competentes de los Estados Miembros y les serán mostrados bajo su requerimiento directo.

12.3 Potencial de bioacumulación

No existen informaciones

12.4 Movilidad en el suelo

No existen informaciones.

12.5 Resultados de la valoración PBT y mPmB

12.6 Otros efectos adversos

No existen informaciones

12.7 Informaciones ecotoxicológica adicionales

### SECCIÓN 13. Consideraciones relativas a la eliminación

13.1 Métodos para el tratamiento de residuos

Página: 5/7

(ES/E)



### Ficha de datos de seguridad

conforme al Reglamento (CE) n.º 1907/2006 (REACH)

borer

Nombre comercial : decorex 64 NEUTRADRY Ultima revisión : 27.12.2016

 Ultima revisión :
 27.12.2016
 Versión :
 10.0.0

 Fecha de edición :
 17.02.2017
 Vouch-No. :
 12-0000254292

### Evacuación del producto/del embalaje

Seguir las instrucciones de las regulaciones municipales.

### SECCIÓN 14. Información relativa al transporte

### 14.1 Número ONU

E GESTIÓN, S.L.

GESMAN ::

No es un producto peligroso según las normas de transporte aplicables.

14.2 Designación oficial de transporte de las Naciones Unidas

No es un producto peligroso según las normas de transporte aplicables.

14.3 Clase(s) de peligro para el transporte

No es un producto peligroso según las normas de transporte aplicables.

14.4 Grupo de embalaje

No es un producto peligroso según las normas de transporte aplicables.

14.5 Peligros para el medio ambiente

No es un producto peligroso según las normas de transporte aplicables.

14.6 Precauciones particulares para los usuarios

Ninguno

### SECCIÓN 15. Información reglamentaria

15.1 Reglamentación y legislación en materia de seguridad, salud y medio ambiente específicas para la sustancia o la mezcla

Ninguno

15.2 Evaluación de la seguridad química

No existen informaciones.

### SECCIÓN 16. Otra información

El usuario es el responsable de satisfacer los requisitos legales correspondientes.

16.1 Indicación de modificaciones

02. Elementos de la etiqueta · 02. Etiquetado según el Reglamento (CE) nº 1272/2008 [CLP] · 03. Componentes peligrosos

16.2 Abreviaciones y acrónimos

Ninguno

16.3 Bibliografías y fuente de datos importantes

Ninguno

16.4 Clasificación de mezclas y del método de evaluación aplicado según el Reglamento (CE) Nº 1272/2008 [CLP]

No existen informaciones.

16.5 Texto de las frases H- y EUH (Número y texto)

H318 Provoca lesiones oculares graves. H400 Muy tóxico para los organismos acuáti

H400 Muy tóxico para los organismos acuáticos.
 H411 Tóxico para los organismos acuáticos, con efectos nocivos duraderos.

16.6 Indicaciones de enseñanza

Ninguno

16.7 Informaciones adicionales

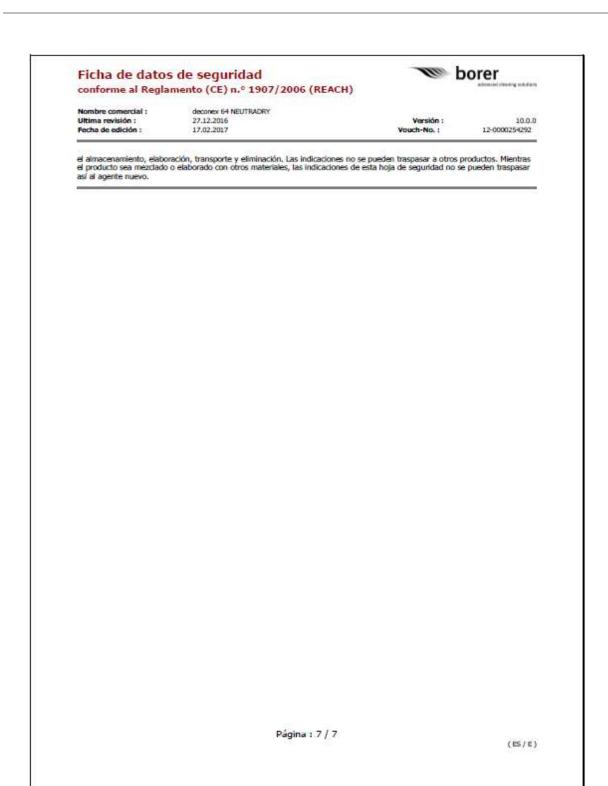
Ninguno

La información en ésta hoja de datos de seguridad corresponden al leal saber de nuestros conocimiento el día de impresión. Las informaciones deben de ser puntos de apoyo para un manejo seguro de productos mencionados en esta hoja de seguridad para

Página: 6/7

(ES/E)









### AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

### HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

### PROLYSTICA DETERGENTE ALCALINO CONCENTRADO\_FDS

STERIS 

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE NFPA 704:

### FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD (MSDS)

### 1. Identificación de la sustancia y de la compañía

Prolystica® 2X Concentrate Alkaline Detergent

MSDS nº 1C34

Preparado por: M. Ebers SEACTIVIO asksteris, mads@steris.com Fecha de creación: 9 de marzo de 2009 Fecha de revisión: 02 de julio de 2009 Fecha de revisión: 02 de julio de 2009

STERIS Corporation, P. O. Box 147, St. Louis, MO 63166, EE.UU.
Teléfono de emergencia: 1-314-535-1385 (STERIS); 1-800-424-9300 (CHEMTREC)
Teléfono para información: 1-800-444-9009 (Atención al cliente - Productos científico

STERIS Limited, STERIS House, Jays Close, Viables, Basingstoke, Hampshire, RG22 4AX, Reino Unido Teléfono de emergencia: +44 (I) 1895 62:2639 Teléfono para información del producto / técnica: +44 (I) 12:56 840400

2. Identificación de peligros: Corrosivo ocular y dérmico.

Componente(a) peligroso(a)	% en peso	Nº CAS	N° UE	Simbolo	France R	LD <sub>to</sub> oral	LC <sub>50</sub> de Inhalación
Hidroxido de sodio	1-5	1310-73-2	215-185-6	C	R34	LD baja (conejo) 500 mg/kg	ND
Oxido de octil dimeti amina	0.5 - 1.5	2605-78-9	ND	X.	R38, R41	>2000 mg/kg	ND
Solución acuosa acida 2-fosfono- 1,2,4- butanotricarboxillo 0	0.5 -	37971-36-1	253-733-6	X,	ND	>6500 mg/kg (rata)	>3000 mg/kg (rata)
Octi suifato de sodio; solución acuosa	0.5 - 1.5	142-31-4	205-535-6	X,	ND	>2000 mg/kg	NO

Medidas de primeros auxilios
 En caso de contacto con los ojos: Lavar los ojos inmediatamente con agua durante al menos 15 minutos

En caso de contacto con la piel: Lavar la piel inmediatamente con abundante agua durante al menos 15

minutos. Recibir atención médica. En caso de inhalación: Colocar al paciente al aire libre. Si no respira, efectuar respiración artificial. Recibir atención médica.

asencion medica. En caso de ingestión: No inducir el vómito. Recibir atención médica. No administrar nada por vía oral a una persona inconsciente. Si está consciente, dar de beber gran cantidad de leche o agua.

5. Medidas contra incendios

Condiciones de inflamabilidad / Punto de inflamación / Temperatura de autoignición: No inflamable

Limite superior de inflamabilidad: N/A.

Peligros especiales: Puede reaccionar con metales blandos, desprendiendo hidrógeno gaseoso inflamable.

Datos de explosionabilidad: N/D.

Medios de extinción: Usar medios apropiados para la fuente
principal del incendio.

edidas en caso de escape accidental: Asegurar la proteoción personal apropiada durante la retirada de errames. Los deramies se deben contener y neutralizar cuidadosamente con una solución sioda débil, o rher con un material apropiado y colocar en un contreedro para desendo. Lavar las áreas contaminados

oon abundante agua y arrastrar al alcantarillado de aguas sanitarias. Se debe evitar que el agua de enjuague se mezcle con las aguas superficiales y los colectores de aguas pluviales. Se debe cumplir la normativa local.

7. Manipulación y almacenamiento 7.1 Manipulación: Sólo para uso industrial. Leer la eliqueta antes de usar. Evitar el contacto con la piel, los ojos y la boca. Usar ropa protectora apropiada (yer la Sección 8.2) Lavarse minuciosamente las manos y la piel expuesta después de usar. Lavar la ropa contaminada antes de volver a usarta. 7.2 Almacenamiento: Mantener el producto en el ervase original. Mantener fuera del alcance de los niños.

8. Control de la exposición/Protección personal
8.1 Limites de exposición laboral: Hidróxido de sodio VUI. de ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Higheinistas industrial Higheinistas industrial Higheinistas industrial Higheinistas industrial Higheinistas industrial Higheinistas industriales gubernamentales ly PEI. (Permissible Exposure Limit - Limite permitido de exposición) de OSHA (U.S. Occupational Safety and Haasth Administration Agencia estadounidense para la seguridad y la salud en el trabajo) = 2 mg/m² (limite superior): CECD E40 de HSE (Health and Safety Executive - Autoridades de sandad y seguridad) (Reino Unido) = 2 mg/m² (Poli coi-1.2-etanodilo)-affa, fenil, omiega, Indrioul: - TWA (Time Weighted Average - Media ponderada en el tempo) de ACGIH 1.8 mg/m3 en 8 horas: PEL de COHA: TWA 1 pm en 8 horas:

Red COHA: TWA 1 pm en 8 horas: PEL de COHA: TWA 1

8.2 Protección personal: Protección respiratoria: Cuando los controles de ingeniería no resulten prácticos, usar equipo respiratorio aprobado por NIOSH (U.S. National Institute for Occupational Safety and Health - Instituto nacional para la seguindad y la saudu laboral de EE. UU.) apropiado. Protección ocular: Cafas contra saplicaduras quimicas y máscara facial. Guantes protectores: De goma. Otra ropa y equipo de protección: Delantal de goma y botas de goma. Controles de ingenieria / Verditación: Se recomienda la vertilisción de escape local para mantener las concentraciones atmosféricas por debajo de los limites establecidos.

 Propiedades físicas y químicas
 Solubilidad en agua: Completa. Peso específico: 1.117.
 Estado físico / Aspecto / Olor: Líquido amanilo claro a melocotón: leve olor a producto químico.
pH: (concentrado) -12.7.
pH: (solución ww al 1%; ~11.2.
Umbral de dote, presión de vapor, densidad de vapor, velocidad de evaporación, punto de el congelación: 101.
Coeficiente de discribución en agua / aceite: N/A. oración, punto de ebullición y punto de

10. Estabilidad y reactividad
Estabilidad: Estabile.

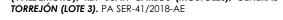
Polimerización peligrosa: No ocumirá.
Materiales incompatibles: Ácidos, metales biandos, agentes oxidantes, compuestos orgánicos halogenados.
Condiciones a evitar / Condiciones de reactividad: Ninguna comocida. Productos peligrosos de la descomposición o productos secundarios: CO, CO<sub>2</sub>

11. Información toxicológica
11.1 Aguda (vias primarias de exposición)
Ojos (irritación): Corrosivo. Provoca quemaduras.
Pel girritación o sensibilización): Corrosivo. Provoca quemaduras.
Pel girritación o sensibilización): Corrosivo. Provoca quemaduras.
Inhalación: Los vahos son altamente irritantes para las mucosas y el tracto respiratorio superior.
Inhalación: Los vahos son altamente la ejestióniza o. LD80 oral > 2000 mg/lag (rata).
11.2 Exposición a largo plazo: Ninguina conocida.
Carcinogenicidad: Las istas de agentes carcinógenos de IARC (CIIC - Centro internacional de investigaciones sobre el cáncer). NTP (U.S. National Toxicology Program - Programa nacional de toxicología de EE. UU.) y OSHA no incluyen este productón si us impredientes.
Toxicidad reproductiva / Teratogenicidad / Mutagenicidad / Productos con sinergía toxicológica: ND.

12. Información ecológica: Toxicidad acuática: Los surfactantes contenidos en esta preparación cumplen los criterios de biodegradabilidad establecidos en la norm (CE) pró 498/204 sobre detergentes. Los datos que respaldan esta aseveración se encuentran a disposición de las autoridades competentes de los estados miembros y se les entregarán si lo solicitan directamente o si lo solicita un fabricante de detergentes.

13. Consideraciones para la eliminación de desechos: No contaminar lagunas, vias fluviales ni zanjas con el agente químico o los envases usados. Los envases vacios se deben enjuagar minuciosamente y desechar en un contenedor de residuos apropiado. Dos envases vacios no se deben usar para otros fines. El material sin usar puede constituir un residuo peligioso debido a su elevado pHy consecuente convexidad. El producto no deseados de edebe desechar de acuerto con la legislación local, estatal y nacional. El producto se puede desechar en el alicintarillado de aguas saminarias con gran carridad de agua si lo organismo encargado de la gestión del agua o con la oficina regional de la EPA (U.S. Envirormental Protection Agency - Agencia de protección del medio ambiente de EE. UU.).







Prolystica® 2X Concentrate Alkaline Detergent

Produit no 1C34 Fiche signalétique nº 1C34

E GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

### 14. Información de transporte:

Terrestre: Solución de hidróxido de sodio, 8, corrosiva, UN 1824, Grupo de embalaje II. Marítimo: Clase IMDG Solución de hidróxido de sodio, 8, comosiva, UN 1824, Grupo de embalaie II.

Aéreo: Clase ICAO/ IATA Solución de hidróxido de sodio, 8, corrosiva, UN 1824, Grupo de embalaje II: (Sólo se permiten cubos de 5 galones y 20 litros para el transporte aéreo).

### 15. Información reglamentaria

Regulaciones estatales de Estados Unidos: Todos los componentes del producto se incluyen en el inventario de TSCA (Toxic Substances Control Act - Ley estadounidense de control de sustancias tóxicas) o están exentos de los requisitos del inventario de TSCA.

Puede contener trazas de ácido nitrilotriacético, óxido de etileno, óxido propileno, 1,4-dioxano, formaldehído y acetaldehido.

Reglamentaciones de la UE: Esta preparación se clasifica como peligrosa según la definición de The Chemicals (Hazard Information and Packaging for Supply) Regulations [Reglamentaciones químicas del Reino Unido (información de peligro y embalaje para el suministro)]. Estas reglamentaciones implementan varias directivas de la CE, entre las que se incluyen la directiva sobre sustancias peligrosas (67/548/EEC y enmiendas), la directiva sobre preparaciones peligrosas (1999/45/EEC y enmiendas) y la directiva de fichas de datos de seguridad (91/155/EEC y enmiendas).

Clasificación CEE: CORROSIVO. Símbolo de peligro: C.

Frases de riesgo: R34: Provoca quemaduras.

Frases de seguridad: S24/25: Evitar el contacto con los ojos y la piel. S26: En caso de contacto con los ojos, lavar inmediata y abundantemente con agua y acudir a un médico, S36/37/39: Usar indumentaria y guantes adecuados y protección para los ojos/la cara, S45: En caso de accidente o malestar, acudir inmediatamente al médico (si es posible, mostrar la etiqueta).

Clasificación WHMIS (Workplace Hazardous Materials Information System - Sistema de información de materiales peligrosos en el lugar de trabajo): E - Material corrosivo.

Este producto ha sido clasificado según los critérios de peligrosidad de la normativa de productos controlados, y la ficha de datos de seguridad contiene toda la información requerida por dicha normativa.

16. Información adicional: La información contenida en esta ficha no es una especificación ni garantiza propiedades específicas. La documentación tiene por objeto proporcionar información general relativa a la salud y a la seguridad, basada en nuestros conocimientos sobre manipulación, almacenamiento y uso del producto. No se aplica a los casos en los que no se haga un uso habitual o estándar del producto, ni cuando no se sigan las instrucciones o recomendaciones indicadas.

N/A = No aplicableND = No hay datos





### PROLYSTICA ENZIMATIC PRESOAK AND CLEANER FDS

# Prolystica® 2X Concentrate Enzymatic Presoak

STERIS" and Cleaner
Fichas de datos de seguridad

Fecha de emisión: 08/25/2014

Version: 1.0

SECCIÓN 1: Identificación de la sustancia o la mezcla y de la sociedad o la empresa

1.1. Identificador del producto

: Mezcla Forma del producto

Nombre comercial Prolystica® 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Código de producto 1033

1.2. Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcia y usos desaconsejados

1.2.1. Usos pertinentes identificados

Especificaciones de utilización industrial/profesional Producto para el hospital y sólo para uso profesional. No es para uso en el hogar.

: Prelavado enzimático y más limpio Uso de la sustancia/mezda

Usos desaconsejados

No hay información adicional disponible.

1.3. Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

Fabricante:

GESMAN:

P. O. Cala 147, St. Louis, MO 63166. EE.UU.

Teléfono para información: 1-800-548-4873 (Servicio al cliente - Productos de Cuidado de la Salud) EE.UU. Teléfono de emergencia N \* 1-314-535-1395 (STERIS); 1-800-424-9300 (CHEMTREC)

Proveedor:

STERIS Limited

Chancery House, 190 Waterside Road, Parque Industrial Hamilton, Leicester, LE5 1QZ, Reino Unido Producto / Información Técnica nº de teléfono: +44 (0) 115 276 8636

Email: asksteris\_msds@steris.com

1.4. Teléfono de emergencia

Número de emergencia : +44 (0) 1895 622 639

### SECCIÓN 2: Identificación de los peligros

2.1. Clasificación de la sustancia o de la mezcla

Clasificación según regismento (UE) No. 1272/2008 [CLP]

Skin Corr. 2 H315 Eye Dam. 2B H320 Resp. Sens. 1 H334 STOT SE 3 H335

Texto completo de las frases H; ver Sección 16.

Clasificación según las directivas 67/548/CEE o 1999/45/CE

R42 XI; R41 XI: R36/37/38

Texto completo de las frases R: ver Sección 16.

Efectos adversos físicoquímicos, para la salud humana y el medio ambiente

No hay información adicional disponible.

Elementos de la etiqueta

Etiquetado según el Reglamento (CE) Nº 1272/2008 [CLP]

Pictogramas de peligro (CLP)





08/25/2014 FDS Ref.: 1033ES



### Prolystica<sup>®</sup> 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Fichas de datos de seguridad conforme al regiamento (CE) N° 453/2010

DE GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

CLP Palabra de advertencia Peligro

Indicaciones de peligro (CLP)

H315 - Provoca irritación cutánea. H320 - Provoca irritación ocular. H333 - Puede provocar sintomas de alergia o asma o dificultades respiratorias en caso de inhalación.

Consejos de prudencia (CLP)

Inhalación.

Ha335 - Puede Irritar las vías respiratorias.

P260 - No respirar la niebía, el aerosol, los vapores.

P261 - Evitar respirar el humo, el gas, la niebía, los vapores, el aerosol.

P264 - Lavarse... concienzudamente tras la manipulación.

P280 - Llevar guantes/prendas/gafas/máscara de protección.

P280 - Llevar guantes/prendas/gafas/máscara de protección respiratoria.

P301+P330+P331 - EN CASO DE INGESTIÓN: Enjuagarse la boca. NO provocar el vómito.

P302+P352 - EN CASO DE CONTACTO CON LA PIEL: Lavar con abundante agua/...

P303+P361+P363 - EN CASO DE CONTACTO CON LA PIEL: Lavar con abundante agua/...

P303+P361-P363 - EN CASO DE CONTACTO CON LA PIEL: Lavar con abundante agua/...

P304+P340 - EN CASO DE INHALACIÓN: Llevar a la persona al exterior y mantenería confortable para respirar.

confortable para respirar.
P305+P351+P338 - EN CASO DE CONTACTO CON LOS OJOS: Aciarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar ias lentes de contacto, si lieva y resulta fàcil. Seguir

aciarando. P312 - Llamar a un CENTRO DE TOXICOLOGÍA/médico/.../si la persona se encuentra mai.

P332+P313 - En caso de irritación cutánea: Consultar a un médico.

### 2.3. Otros peligros

No hay información adicional disponible.

### SECCIÓN 3: Composición/información sobre los componentes

No aplicable.

Nombre	Identificador del producto	56	Clasificación según la directiva 67/548/CEE
Etanolámina	(N° CAS) 141-43-5 (N° CE) 205-483-3 (N° Indos) 603-030-00-8	1-5	XI; R36/37/38 C; R34
Alcoholes, C9-11, etoxilados	(N° CAS) 68439-46-3 (N° CE) 614-482-0	1,+5	Xn; R22, R41
Gilcerina sustancia con uno o varios limites nacionales de exposición en el lugar de tratajo (ES)	(N° CAS) 56-81-5 (N° CE) 200-289-5	1-5	No clasficado
Cliric acid	(N° CAS) 77-92-9 (N° CE) 201-069-1	1-5	XI; R36
N,N-Dimethyloctadecylamine oxide	(N° CAS) 2571-88-2 (N° CE) 219-919-5	1+2	XI; R38 XI; R41
Subtilisinas, (enzimas proteoliticas como enzima pura cristalina al 100 %)	(N° CAS) 9014-01-1 (N° CE) 232-752-2 (N° Indias) 647-012-00-8	0.1 - 1	X; R41 X; R37/38 R42
Nombre	identificador del producto	%	Clasificación según reglamento (UE) No. 1272/2008 [CLP]
Etanciámina	(N° CAS) 141-43-5 (N° CE) 205-483-3 (N° Índos) 503-030-00-8	1-5	Acute Tox. 4 (Oral), H302 Acute Tox. 4 (Dermal), H312 Acute Tox. 4 (Inhalation; dust, mist H332 Skin Corr. 18, H314 STOT SE 3, H335
Alcoholes, C9-11, etoxilados	(N° CAS) 68439-46-3 (N° CE) 614-482-0	1-5	Eye Dam. 1, H318
Gilcerina sustanda con uno o verlos limites nacionales de exposición en el lugar de trabajo (ES)	(N° CAS) 56-61-5 (N° CE) 200-289-5	1-5	No clasficado
Citic acid	(N° CAS) 77-92-9 (N° CE) 201-069-1	1-5	Eye Imit. 2, H319
N,N-Dimethyloctadecylamine oxide	(N° CAB) 2571-88-2 (N° CE) 219-919-5	1:2	Skin imit. 2, H315 Eye Dam. 1, H318
Subtilisinas, (enzimas proteolíticas como enzima pura cristalina al 100 %)	(N° CAS) 9014-01-1 (N° CE) 232-752-2 (N° Indias) 647-012-00-8	0.1-1	Skin Intt. 2, H315 Eye Dam. 1, H318 Resp. Sens. 1, H334 STOT SE 3, H335

Texto completo de las frases R y H : ver Sección 16.

ES (español) FDS Ref.: 1C33ES



# Prolystica® 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner Fichas de datos de seguridad conforme al reglamento (CE) N° 453/2010

A DE GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

SECCIÓN 4: Primeros auxilios				
4.1. Descripción de los primeros auxili	00			
Medidas de primeros auxilios general	No administrar nada por via oral a las personas en estado de inconsciencia. En caso de malestar, consultar a un médico (mostrarie la etiqueta siempre que sea posible).			
Medidas de primeros auxílios en caso de Inhalación	<ul> <li>Transportar a la victima al exterior y mantenería en reposo en una posición confortable para respirar. En caso de corte de la respiración, practicar respiración artificial. Consultar a un médico.</li> </ul>			
Medidas de primeros auxilios en caso de contacto con la ple!	<ul> <li>Lavado inmediato y proiongado con agua abundante (durante al menos 15 minutos). Quitarse inmediatamente las prendas contaminadas. Aciararse la plei con agua/ducharse. Consultar a médico.</li> </ul>			
Medidas de primeros auxilios en caso de contacto con los ojos	En caso de contacto con los ojos aciarar inmediatamente los ojos abiertos bajo agua corriente durante 10 o 15 minutos y consultar al oftamólogo. Quitar las lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aciarando. Consultar inmediatamente a un médico.			
Medidas de primeros auxilios en caso de Ingestión	Enjuagarse la boca. NO provocar el vomito. Liamar inmediatamente a un CENTRO DE INFORMACION TOXICOLOGICA o a un médico. Si la persona está pienamente consciente, darfe de beber agua. No dar nunca de beber a una persona inconsciente.			
4.2. Principales sintomas y efectos, ag	udos y retardados			
Sintomas y lesiones	<ul> <li>Corrosivo para los ojos y la plei. Provoca quemaduras graves en la plei y lesiones oculares graves.</li> </ul>			
Sintomas y lesiones posibles en caso de Inhalación	: Inhalación de vapores o nieblas/aerosoles. Puede provocar sintomas de alergia o asma o dificultades respiratorias en caso de inhalación. Puede imitar las vias respiratorias.			
Sintomas y lesiones posibles en caso de contacto con la piel	: Provoca Intración cutánea			
Sintomas y lesiones posibles en caso de contacto con los ojos	: Provoca imitación cutánea.			
Sintomas y lesiones posibles en caso de ingestión	: Dolores gastrointestinales.			
4.3. Indicación de toda atención médic	a y de los tratamientos especiales que deban dispensarse inmediatamente			
No hay información adicional disponible.				
SECCIÓN 5: Medidas de lucha cont	tra incendios			
5.1. Medios de extinción				
Medios de extinción apropiados	: Uso medios aproplados de extinción de la fuente primaria de fuego.			
5.2. Peligros específicos derivados de	la sustancia o la mezcia			
Productos de descomposición peligrosos en caso de incendio	En caso de calentamiento protongado, pueden liberarse productos de descomposición peligrosos, como humo y monóxido o dióxido de carbono. Oxído de nitrógeno.			
5.3. Recomendaciones para el persona	el de lucha contra incendios			
Instrucciones para extinción de incendio	<ul> <li>Sea prudente a la hora de extinguir cualquier incendio de productos químicos.</li> </ul>			
Equipos de protección que debe lievar el personal de lucha contra incendios	<ul> <li>Utilizar un aparato respiratorio autónomo. No entrar en la zona de fuego sin el equipo de protección adecuado, incluida la protección respiratoria. Lievar un aparato respiratorio autónomo.</li> </ul>			
Información adicional	<ul> <li>En caso de calentamiento prolongado, pueden liberarse productos de descomposición peligrosos, como humo y monóxido o dióxido de carbono. Oxidos nitricos (NOx).</li> </ul>			
SECCIÓN 6: Medidas en caso de ve	ertido accidental			
6.1. Precauciones personales, equipo	de protección y procedimientos de emergencia			
Medidas generales	: No respirar el humo, los vapores. Evitar el contacto con la plei, los ojos y la ropa.			
6.1.1. Para el personal que no forma pari	te de los servicios de emergencia			
Equipo de protección	<ul> <li>Usar guantes/gafas/máscara de protección. Para más información, ver Sección 8: "Control de exposición-protección individual".</li> </ul>			
Procedimientos de emergencia	: Detener la fuga, si no hay peligro en hacerto. Alejar al personal no necesario.			
6.1.2. Para el personal de emergencia				
Equipo de protección	Proporcionar una protección adecuada a los equipos de limpleza.			
Procedimientos de emergencia	: Ventilar la zona.			

08/25/2014 ES (español) FDS Ref.: 1033ES 3/9

Evitar la penetración en alcantarillas y aguas potables. Advertir a las autoridades si el liquido penetra en sumideros o en aguas públicas.



6.2. Precauciones relativas al medio ambiente



## Prolystica<sup>®</sup> 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Fichas de datos de seguridad conforme al regiamento (CE) Nº 453/2010

E GESTIÓN, S.L.

### 6.3. Métodos y material de contención y de limpleza

Procedimientos de limpieza

GESMAN:

 Cumpilr con la regulación local, nacional e internacional. Absorber inmediatamente el producto derramado mediante sólidos inertes como arcilia o tierra de diatomeas. Recoger el vertido. Almacenar alejado de otros materiales. Los residuos pueden rociarse con agua. Neutralizar el producto derramado con cualquier ácido débil y aciarar con aqua abundante.

### 6.4. Referencia a otras secciones

Véase la Sección 8. Control de exposición/protección individual.

### SECCIÓN 7: Manipulación y almacenamiento

### 7.1. Precauciones para una manipulación segura

Precauciones para una manipulación segura

: Leer la etiqueta antes del uso. Garantizar una buena ventilación de la zona de trabajo para evitar la formación de vapores. Evitar todo contacto con los ojos y la piel y no respirar vapores ni neblinas. Lavarse las manos y otras zonas expuestas con un jabón suave y con agua antes de comer, beber y fumar o de abandonar el trabajo.

Medidas de higiene

Tener cuidado de buena limpleza y órden. Lavarse manos concienzudamente tras la manipulación. No comer, beber ni fumar durante su utilización.

### 7.2. Condiciones de almacenamiento seguro, incluidas posibles incompatibilidades

Medidas técnicas

: Asegurar una ventilación adecuada. Debe haber facilidades para lavarse/ agua para lavar los ojos y la piel.

Condiciones de almacenamiento

Mantener los envases cerrados cuando no se estén utilizando. Conservese únicamente en el recipiente de origen, en lugar fresco y bien ventilado.

: Oxidantes potentes.

Materiales incompatibles Temperatura de almacenamiento

: < 32 °C ( < 90 °F) : Manténgase en un lugar seco, fresco y bien ventilado.

Lugar de almacenamiento

: Correctamente rotulado.

Normativa particular en cuanto al envase Usos especificos finales

No hay información adicional disponible.

### SECCIÓN 8: Controles de exposición/protección individual

Etanolámina (141-43-	5)	399
UE	IOELV TWA (mg/m²)	2.5 mg/m²
UE	FOELV TWA (ppm)	1 ppm
UE	(OELV STEL (mg/m²)	7.6 mg/m³.
UE	IOELV STEL (ppm)	3 ppm
España	VLA-ED (mg/m²)	2.5 mg/m² (vaior limite indicativo)
España	VLA-ED (ppm)	1 ppm (valor limite indicativo)
España	VLA-EC (mg/m²)	7.5 mg/m³.
España	VLA-EC (ppm)	3 ppm
Reino Unido	WEL TWA (mg/m²)	2.5 mg/m³
Reino Unido	WEL TWA (ppm)	1 ppm
Reino Unido	WEL STEL (mg/m²)	7.6 mg/m³
Reino Unido	WEL STEL (ppm)	3 ppm
USA - ACGIH	ACGIH TWA (ppm)	3 ppm
USA - ACGIH	ACGIH STEL (ppm)	6 ppm
USA - IDLH	US IDLH (ppm)	.30 ppm
USA - NIOSH	NIOSH REL (TWA) (mg/m²)	8 mg/m²
USA - NIOSH	NIOSH REL (TWA) (ppm)	3 ppm
USA - NIOSH	NIOSH REL (STEL) (mg/m²)	15 mg/m²
USA - NIOSH	NIOSH REL (STEL) (ppm)	6 ppm
USA - OSHA	OSHA PEL (TWA) (mg/m²)	6 mg/m²
USA - OSHA	OSHA PEL (TWA) (ppm)	3 ppm
Gilcerina (56-81-5)	27	90
España	VLA-ED (mg/m²)	10 mg/m²
Reino Unido	WEL TWA (mg/m²)	10 mg/m²
Reino Unido	WEL STEL (mg/m²)	30 mg/m² (calculado)
USA - OSHA	OSHA PEL (TWA) (mg/m²)	5 mg/m²

08/25/2014 FDS Ref.: 1033ES ES (españo)





### Prolystica<sup>®</sup> 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Fichas de datos de seguridad

conforme al reglamento (CE) Nº 453/2010

GESMAN:

España	VLA-EC (mg/m²)	0.00006 mg/m³	
Reino Unido	WEL TWA (mg/m²)	0.00004 mg/m²	
Reino Unido	WEL STEL (mg/m²)	0.00012 mg/m³ (calculado)	
USA - ACGIH	ACGIH Techo (mg/m²)	0.00006 mg/m²	
USA - NIOSH	NIOSH REL (STEL) (mg/m²)	0,00006 mg/m³	

### 8.2. Controles de la exposición

Controles técnicos apropiados

: Garantizar una ventilación adecuada. Prever fuentes de emergencia para el lavado de ojos y

duchas de seguridad en las áreas con riesgo de exposición.

Equipo de protección individual : Evitar toda exposición inútil. Equipo de protección personal debe seleccionarse con base a las condiciones en las que se manipulen o se usa este producto. Ropa de protección. Guantes. Gafas de protección.



Protección de las manos : Lievar guantes de goma. No utilizar: Guantes de látex.

Protección ocular : Use gafas contra salpicaduras quimicas.

Protección de la piel y del cuerpo : Usese indumentaria protectora adecuada.

Protección de las vias respiratorias : Trabajar en zonas blen ventiladas o con una máscara de respiración.

Información adicional : No comer, beber ni fumar durante la utilización.

### SECCIÓN 9: Propiedades físicas y químicas

5.1. Información sobre propiedades físicas y químicas básicas

Formalestado : Líquido

Aparlencia : Transparente a ligeramente turbio

Color : Incoloro a la paja
Olor : Olor floral

Umbrai olfativo : No hay datos disponibles

рН Solución pH : 8 (1% solución) Grado de evaporación (acetato de butilo=1) : No hay datos disponibles Punto de fusión : No hay datos disponibles Punto de solidificación : No hay datos disponibles Punto de ebuilicion : No hay datos disponibles Punto de inflamación : No hay datos disponibles Temperatura de autolgnición : No hay datos disponibles Temperatura de descomposición : No hay datos disponibles Inflamabilidad (sólido, gas) : No hay datos disponibles Presión de vapor : No hay datos disponibles Densidad relativa de vapor a 20 °C : No hay dates disponibles Densidad relativa : No hay datos disponibles

Log Pow : No hay datos disponibles
Viscosidad, cinemática : No hay datos disponibles
Viscosidad, dinámica : No hay datos disponibles
Propledades explosivas : No hay datos disponibles
Propledad de provocar incendios : No hay datos disponibles
Limites de explosión : No hay datos disponibles.

Información adicional
 No hay información adicional disponible.

### SECCIÓN 10: Estabilidad y reactividad

10.1. Reactividad

Densidad

Solubilidad

No hay información adicional disponible.

D8/25/2014 ES (español) FDS Ref.: 1033ES 55

: 1.035 g/ml Peso Especifico

: Agua: Completamente soluble



### Prolystica<sup>®</sup> 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Fichas de datos de seguridad

conforme al regiamento (CE) Nº 453/2010

10.2	Estabilidad	quimica:

Estable en las condiciones normales de utilización.

### 10.3. Posibilidad de reacciones peligrosas

Polimerización peligrosa no ocurrira.

### 10.4. Condiciones que deben syltarse

Calor, Lúz.

### 10.5. Materiales incompatibles

Oxidantes fuertes.

### 10.6. Productos de descomposición peligrosos

En caso de calentamiento prolongado, pueden liberarse productos de descomposición peligrosos, como humo y monóxido o dióxido de carbono.

### SECCIÓN 11: Información toxicológica

11.1. Información sobre los efectos toxicológico

: Provoca intración de la piel y los ojos. Puede causar alergia o asma o difficutiles respiratorias si Toxicidad aguda

se Inhala. Puede causar irritación respiratoria.

Prolystica" 2X Concentrate Enzyma	tic Presoak and Cleaner	
DL50 oral rata	> 2000 mg/kg	
Etanolámina (141-43-5)		
DL50 oral rata	1720 mg/kg	
DL50 cutáneo conejo	1 milkg	
ATE (oral)	500,000 mg/kg de peso corporal	
ATE (cutánea)	1100,000 mg/kg de peso corporal	
ATE CLP (polvo, niebla)	1,500 mg/l/4h	
NOAEL (oral rata,90 days)	>= mg/kg de peso corporal/días	

Alcohols, C9-11, ethoxylated (684	39-46-3)	
LD50 oral rata	1400 mg/kg	
LD50 cutáneo conejo	> 2 g/kg	
ATE CLP (oral)	1400.000 mg/kg de peso corporal	
Glicerina (56-81-5)		
DL50 outáneo conejo	> 10 g/kg	

CL50 inhalación rata (mg/l)	> 570 mg/m³ (Tiempo de exposición: 1 h)
Subtilisins (proteolytic enzymes) (9014-01-1)	

### LD50 oral rata 3700 mg/kg

Corrosión o imitación cutáneas : Provoca Intración cutanea pH: 7.5 - 8.1 Lesiones o irritación ocular graves : Provoca initación ocular

pH: 7.5 - 8.1

Sensiblización respiratoria o cutánea : Puede provocar sintomas de alergia o asma o dificultades respiratorias en caso de inhalación. Mutagenicidad en células germinales : No clasificado

A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación

Carcinogenicidad : No clasificado

A la vista de los datos disponibles, no se cumpien los criterios de clasificación

Toxicidad para la reproducción : No clasificado

A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación

Toxicidad especifica en determinados órganos : Puede irritar las vias respiratorias.

(STOT) - exposición única

Peligro por aspiración

Toxicidad especifica en determinados organos (STOT) — exposición repetida (STOT) — exposición repetida (STOT) — exposición repetida (dificultades respiratorias en caso de inhalación. Puede irritar las vias respiratorias.

: No clasificado

A la vista de los datos disponibles, no se cumpien los criterios de clasificación.

08/25/2014 FDS Ref.: 1C33ES



# Prolystica® 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner Fichas de datos de seguridad

conforme al regiamento	(CE) N	453/2010	
RESIDENCE OF THE PROPERTY.	100	AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN	1000

SECCION 12: Información ecológica	
12.1. Toxicidad	
Etanolámina (141-43-5)	
CL50 peces 1	227 mg/l (Tiempo de exposición: 96 h - Especies: Pimephales promeias [flujo continuo])
CE50 Daphnia 1	65 mg/i (Tiempo de exposición: 48 h - Especies: Daphnia magna)
CL50 peces 2	3684 mg/l (Tiempo de exposición: 96 h - Especies: Brachydanio rerio [estática])
CE50 otros organismos acuáticos 1	15 mg/i (Tiempo de exposición: 72 h - Especies: Desmodesmus subspicatus)
Glicerina (56-81-5)	
CL50 peces 1	51 - 57 mi/l (Tiempo de exposición: 96 h - Especies: Oncorhynchus mykiss [estática])
CE50 Daphnia 1	> 500 mg/l (Tiempo de exposición: 24 h - Especies: Daphnia magna)
Citric acid (77-92-9)	
CL50 peces 1	1516 mg/l (Tiempo de exposición: 96 h - Especie: Lepomis macrochirus [estática])
CE50 Daphnia 1	120 mg/l (Tlempo de exposición: 72 h - Especies: Daphnia magna)
12.2. Persistencia y degradabilidad	
Prolystica" 2X Concentrate Enzymatic Pres	oak and Cleaner
Persistencia y degradabilidad	Elifos agente(s) de superficie contenido(s) en este preparado respeta(n) los criterios de biodegradabilidad tai y como se definen en el Reglamento (CE) n.º 548/2004 sobre detergentes. Los datos que justifican esta afirmación están a disposición de las autoridades competentes de los Estados Miembros y les serán mostrados por petición expresa de estas o por petición de un fabricante de detergentes.
12.3. Potencial de bloacumulación	
Prolystica" 2X Concentrate Enzymatic Pres	oak and Cleaner
Potencial de bloacumulación	No establecido.
Etanolámina (141-43-5)	- Indicate and a control of
Log Pow	-1.91 (a 25 °C)
	1.51 (4.25 0)
Citric acid (77-92-9)	112
Log Pow	-1.72 (a 20 °C)
Gilcerina (56-81-5)	
FBC peces 1	(sin bloacumulación)
Log Pow	-1.76
12.4. Movilidad en el suelo	
No hay información adicional disponible.	
12.5. Resultados de la valoración PBT y	mpmR
No hay información adicional disponible.	And Annual Control of the Control of
12.5. Otros efectos adversos	
Evitar su liberación al medio ambiente.	
SECCIÓN 13: Consideraciones relat	ivas a la eliminación
13.1. Metodos para el tratamiento de ree	iduos
Recomendaciones para la eliminación de los	: Destruir cumpliendo las condiciones de seguridad exigidas por la legislación local/nacional. N
esiduos	reutilizar los recipientes vacios.
ndicaciones adicionales	<ul> <li>Los envases vacios deben enjuagarse cuidadosamente con grandes cantidades de agua ilm;</li> <li>Los recipientes vacios serán reciciados, reutilizados o eliminados respetando la normativa los</li> </ul>
Ecologia - residuos	: Evitar su liberación al medio ambiente.
SECCIÓN 14: Información relativa a	I transporte
Según los requisitos de ADR / RID / IMDG / IAT	A / ADN
14.1. Número ONU	
El producto no es peligroso de conformidad con	la normativa aplicable al transporte.
14.2. Designación oficial de transporte d	e las Naciones Unidas
No aniinahie	

14.3. Clase(s) de peligro para el transporte

No aplicable.

14.4. Grupo de embalaje

No aplicable.

08/25/2014 FDS Ref.: 1033ES





### Prolystica<sup>®</sup> 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Fichas de datos de seguridad conforme al reglamento (CE) Nº 453/2010

14.5. Peligros para el medio ambiente

Peligroso para el medio ambiente I No. Contaminador marino : No.

Información adicional : No se dispone de Información adicional.

14.6. Precauciones particulares para los usuarlos

14.6.1. Transporte por via terrestre

Categoria de transporte (ADR) : No hay información adicional disponible.

14.6.2. Transports maritimo

No hay información adicional disponible.

14.6.3. Transporte aéreo

No hay información adicional disponible.

14.6.4. Transports por via fluvial

No hay información adicional disponible.

14.7. Transporte a granel con arregio anexo II del Convenio MARPOL 73/78 y del Código IBC

No aplicable.

### SECCIÓN 15: Información reglamentaria

15.1. Regismentación y legislación en materia de seguridad, salud y medio ambiente específicas para la sustancia o la mezcla

15.1.1. UE-Reglamentos

No hay restricciones del anexo XVII

No contiene ninguna sustancia candidata REACH.

15.1.2. Reglamentos nacionales

No hay información adicional disponible.

15.2. Evaluación de la seguridad química

No hay evaluación de la seguridad química se ha llevado a cabo.

08/25/2014 ES (español) FDS Ref.: 1033ES



# Prolystica<sup>®</sup> 2X Concentrate Enzymatic Presoak and Cleaner

Fichas de datos de seguridad conforme al reglamento (CE) Nº 453/2010

### SECCIÓN 16: Información adicional

Otra Informació

La información de este documento no es una especificación y no garantiza propiedades concretas. La información está destinada a proporcionar un conocimiento general en cuanto a la saluid y la seguridad en base a nuestro conocimiento de la manipulación, almacenamiento y uso del producto. No es aplicable a los usos inusuales o no estándar del producto o donde la instrucción o las recomendaciones no se siguen.

Texto completo de las frases R. H v EUH:

Acute Tox. 4 (Dermal)	Toxicidad extrema (dérmica) Categoria 4
Acute Tox. 4 (Inhalation: mist)	Toxicidad extrema (inhalación: niebla), Categoría 4
Acute Tox. 4 (Oral)	Toxicidad aguda (oral) Categoria 4
Eye Dam. 1	Irritación/Daño ocular grave Categoria 1
Eye Dam. 2B	Irritación/Daño ocular grave Categoria 2B
Eye Irnt. 2	Imtación/Daño ocular grave Categoría 2
Resp. Sens. 1	Sensibilización respiratoria, Categoría 1
Skin Corr. 1B	Cauterización/Imfación de la piel Categoria 1B
Skin int. 2	Cauterización/irritación de la plei Categoria 2
STOT SE 3	Toxidad específica de organos (exposición única) Categoria 3
H302	Nodivo en caso de ingestión
H312	Nocivo en contacto con la piel
H314	Provoca quemaduras graves en la plei y lesiones oculares graves
H315	Provoca irritación cutáriea
H318	Provoca lesiones oculares graves
H319	Provoça Intración ocular grave
H320	Provoca irritación ocular
H332	Nocivo en caso de inhalación
H334	Puede provocar sintomás de alergia o asma o dificultades respiratorias en caso de inhalación
H335	Puede Inftar las vias respiratorias
R22	Nocivo por ingestión
R34	Provoca quemaduras
R36	Intta los ojos
R36/37/38	Irrita los ojos, la piel y las vias respiratorias
R37/38	Irrita las vias respiratorias y la piel
R38	Irrita la piei
R41	Riesgo de lesiones oculares graves
R42	Posibilidad de sensibilización por inhalación
C	Corrosivo
XI	Intante
Xn	Nocivo

### FDS EU (Anexo II REACH)

La aformación de selle documento no se uma especificación y no garantiza propiedades concretes. La información está destinada a proporcionar un conocimiento general en cuanto a la selució y las seguridad en base si nesetro conocimiento de la mempulación, étrecenamiento y uso del producto. No es aplicable a los usos inusuales o no estánder del producto o donde la instrucción o las recomiendaciones pro se siguente.

08/25/2014 ES (español) FDS Ref.: 1033ES 9/9





### AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

### HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

### HINGE FREE\_FDS

### HOJA DE DATOS DE SEGURIDAD

STERIS\* 

### 1. Identificación de la sustancia/preparación y compañía

Hinge-Free (r) (Marca registrada en EE.UU. y Canada) NFPA 704 CLASIFICACIÓN DE PELIGRO: Producto Nº 1031

SALUD:

Preparado por: M. Ebers Fecha de preparación: 30 de mayo, 2001 Fecha de revisión: 21 de junio, 2001

STERIS Corporation, P. O. Box 147, St. Louis, MO 83166, EE.UU.
Teléfono de emergencia Nº 1-314-535-1396 (STERIS): 1-800-424-4300 (CHEMTREC)
Nimero de teléfono para información: 1-800-548-4373 (Servicio a Clientes-Productos de Cuidado de la Salud)

STERIS Limited, STERIS House, Jays Close, Viables, Basingstoke, Hampshire, RG22 4AX, Gran Bretaña Telédrion de emergencia № -44 (II) 1805 622539 Nimero de selédrion para información del productotécnica: +44 (II) 1258 840400

Composición/Información so	bre los ingred	lientes			
Componente(s) peligroso(s)	Nº CEE	Nº CAS	% en peso	Simbolo	France R
Alcohol oleffico etoxitado	NA.	9004-98-2	1+5	ixi	[36/38]

4. Medidas de primeros auxilios

Contacto con los ojos: Lavar los ojos inmediatamente con agua al menos por 15 minutos. Obtener atención médica ai ocurre intación.

Contacto con la piet Lavar la piel immediatamente con agua al menos por 15 minutos. Obtener atención médica si ocurre imitación.

Obtener atención médica si ocurre imitación.

in NO inducir el vémito. Beber inmediatamente grandes cantidades de agua. Nunca dar nada por boca insonsciente. Obtener atención médica inmediatamente.

S. Medidas para combatir innendiamento intendadamento.

S. Medidas para combatir innendiamento.

Método: TCC
Temperatura de autolignición: ND
Limites de inflamación: CEL: ND UEL: ND
Clasificación de inflamación: LEL: ND
Clasificación de inflamación: LEL: ND
Clasificación de inflamación: LEL: ND
Clasificación de inflamación: Didició de carbono, polvo químico, espuma o rocio de agua.

Procedimientos especiales para combatir incendios: Ninguno conocido.

S. Medidas en caso de liberación accidental.

Los derrames pueden recogerse con un lampazo seguido de enjuaque con agua.

Los derrames pueden recogerse con un lampazo seguido de enjuaque con agua.

Los derrames pueden recogerse on un lampazo seguido de enjuaque con agua.

Los derrames pueden acua con la liberación accidental.

7. Manipulación y almacenamiento
7.1 Manipulación
Leer y cumplir con todas las instrucciones de uso indicadas en la etiqueta.
7.2 Almacenamiento

Almacenamiento stener fuera del alcance de los niños. Almacenar a temperatura ambiente. Evitar la congelación.

Control de la exposición/Protección personal
 Límites de exposición laboral
 No están presentes agentes químicos que necesiten control reglamentario.

8.2 Protección personal
Protección respiratoria: Equipo respiratorio aprobado por MSHA/NIOSH.
Protección ocular: Gafas de seguridad o antiparras químicas.

Guantes protectores: De caucho Otras ropas y equipos protectores: No se requieren. Ventilación : Ventilación ambiente normal.

9. Propiedades físicas y químicas Solubilidad en agua: Se dispersa Peso específico: 0,989 pH(1:8): aprox. 7.8 Aspecto/otor: Emulsión blanca lechosa / leve olor cielos.

Stabilidad y reactividad
 Polimerización peligrosa: No ocurre.
 Materiales incompatibles: Oxidantes potentes.
 Condiciones que se deben evitar: Ninguna conocida.
 Productos peligrosos de la descomposición o productos secundarios: Ninguno conocido.

11. Información toxicológica
11.1 Aguda (vías primarias de exposición)
Ojos: No se considera un irritante coular.
Peir: Puede causar irritación leve. PDII = 1,6
Inhalación: No se espera que cause irritación.
INGESTIÓN: Toxicidad muy baja. No se esperan efectos adversos. DL50 (rata) > 5,000 mg/kg
11.2 Exposición prolongada
Niliguras accessos.

Ninguna conocida.

Carcinogénesis: IARC, NTP y OSHA no incluyen este producto ni sus ingredientes en sus listas de agentes carcinópenos.

13. Consideraciones para la disposición El producto puede arrastrarse a sistemas de alcantarillado usando cantidades oppiosas de agua si tal método está de acuerdo con las reglamentaciones estatales, municipales y federales. Para obtener directivas addicionales, ponerse en contacto con la Junta Estatal de Aguas Comientes o con la oficia regional de la EPA.

15. Información reglamentaria
Clasificación CEE: IRRITANTE
Símbolo de peligro; XI
Frases de riesgo: R38: irritante para la piel
Frases de seguridad: 52: Mantener Ivera del alcance de los niños. S37: Usar guantes apropiados.

Reglamentaciones estatales de EE.UU.: Puede contener trazas de formaldehido, óxido de etileno y 1,4-

16. Otra información. La información contenida en esta hoja no es una especificación y no garantiza propiedades especificas. La información tempe por objeto ofrecer conocimiento general sobre la salud y seguridad, a base de nuestros conocimientos de la manpulación, almacenamiento y uso del producto. No se aplica a usos insusales o no estindarse del producto o donde no se sigan las instrucciones o recomendaciones offeredas.

NA = No se aplica ND = No hay datos





# 7.8.2.-EVIDENCIAS DEL INFORME DE ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO AMBIENTAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HIE DE VALDEMORO

Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l. Santa Leonor, 63 - 28037 Madrid Tel 9204 24 42 - hu: \$1304 19 03 administracion@3igama.es









DIAGNÓSTICO DE CALIDAD

DEL AIRE

EN

ÁREA DE ESTERILIZACIÓN



# INFORME DE ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO AMBIENTAL

Intervención: 10-18 Octubre 2018

## Hospital Universitario Infanta Elena

(Valdemoro) 04.10.18

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 1

Inscrita an el Registro Marcantil de Madrid, Tomo 12.113, Libro 0, Folio 85, Secolón 8, Hoja M-191161, Inscripción 1, C.1.F. B B1715047





Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.

GESTION, S.L.

GESMAN ::





# ESTUDIO SOBRE LAS CONDICIONES AMBIENTALES DE CALIDAD DE AIRE INTERIOR

### 1. Antecedentes

El presente informe se redacta a petición de TDM para el **Hospital Univesitario Infanta Elena de Valdemoro (Madrid)**, para la evaluación de las condiciones de contaminación ambiental resultante de la impulsión de aire de 2 Áreas de la <u>Central de Esterilización</u>, realizada como diagnóstico de evaluación ambiental.

### 2. Datos Auxiliares

### 2.1 Fechas de las visitas

Día: 4 de octubre de 2018

### 2.2 Equipos de medida y material utilizados

- SAS "Microflow" de bajo caudal.
- Placas Rodac con Agar ENVIROCOUNT TSA- Neutralizing.
- Placas Rodac con Agar Rosa Bengala.

### 3. Objetivos

El objetivo principal del presente informe es determinar, de forma periódica, las condiciones de calidad higiénica del aire de inmisión del área de Esterilización durante las operaciones normales de funcionamiento y como medida preventiva.

### 4. Proceso del Trabajo Estudiado

En 2 salas (empaquetado y almacén de productos estériles) se han muestreado parámetros microbiológicos relativos a la flora aerobia mesófila total y flora fúngica, con la climatización en funcionamiento, de forma que sirvieran para un diagnóstico de la situación de calidad de aire interior derivada de la utilización, tipo de actividad y condiciones actuales del sistema de climatización.

### 5. Parámetros Medidos

- Flora aerobia total mesófila
- Flora total de Mohos/Levaduras

### 5.1 Técnica analítica

Incubación en agares selectivos y recuento.

### 6. Protocolos de Muestreo y Análisis

### 6.1 Protocolo de toma de muestras

Se siguen las indicaciones descritas en el protocolo interno PET.M.006 / PET.M.005 (actividades amparadas por la Acreditación de ENAC: ISO/IEC 17025:200) y según la norma UNE 171 340:2012 Evaluación/Validación de Salas de Ambiente Controlado.

### 6.2 Protocolo del ensayo

Se siguen los procedimientos descritos en los protocolos internos **PEE.M.001.56** y **PEE.M.010.56** / **PEE.M.001.55** y **PEE.M.010.55** (actividades amparadas por la Acreditación de ENAC: ISO/IEC 17025:200) y según la norma **UNE 171 340:2012**.

### 6.3 Protocolo de resultados:

 Muestras ambientales: Los datos obtenidos se comparan con el estándar microbiológico propuesto en la Guía del INSALUD-1996 y Guía de Recomendaciones para la verificación de Bioseguridad Ambiental (BSA) respecto de Hongos Oportunistas de la S.E.M.P.S.P.H. y el INSALUD, DE 1999.

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 2

Inscrite en el Registro Mercantil de Machid, Tomo 12.113, Libro 0, Folio 85, Secolón 8, Hoja M-191551, Inscripción 1, C.I.F. B 81715047





Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.





### 7. Estándares de Contaminación Microbiana Ambiental

### VALORES DE REFERENCIA - Aire de Inmisión

► Norma UNE 171340:2012 :Evaluación/Validación de Salas de Ambiente Controlado

CLASIFICACIÓN	VALOR	PARÁMETROS	
Ambiente muy limpio	<10 ufc/m <sup>3</sup>	Aerobios mesófilos totales	
Ambiente limpio	10-100 ufc/m <sup>3</sup>	Aerobios mesófilos totales	
Ambiente aceptable	100-200 ufc/m <sup>3</sup>	Aerobios mesófilos totales	

### ► Estándar: Recomendado Técnico Higienista

Admisible <10 ufc/m³ Hongos - Identificación de género	Admisible	<10 ufc/m <sup>3</sup>	Hongos - Identificación de género	
--	-----------	------------------------	-----------------------------------	--

41	5	ALAS D	ARÁMETRO E AMBIENTI 2 (Ampliación	CONTR			
ZONA	T*(%c)	HR (%)	Ventilación (m²/(h.m²)) excepto RPH			Blocontaminuntes (utc/m²)	Ruido (dBA)
ÁREAS CRÍTICAS							
Almacén Productos estériles	24-26	45-55	30 RPH	ISO 7	S>10 Pa	10- 100	40
ÁREAS ADMINISTRATIV	AS			110			
Áreas Administrativas	Según RITE y RD 486			n.a.	n.a.	Según UNE 171330	Según RITE
ÁREAS DE APOYO MÉDI	co				011		
Esterilización	24-26	45-55	30 RPH	150 8	D>2,5 Pa	100-200	40

NOTA: La incertidumbre de medida del ensayo de análisis microbiológico del aire está calculada y a disposición del cliente.

Hospital Univ. Infanta Elena

Pagina 3

Inscrita en el Registro Marcantil de Madrid, Tomo 12.118, Libro 0, Folio 85, Secolón 8, Hoja M-191151, Inscripción 1, C.LF. 8817 (5047)





Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.

E GESTIÓN, S.L.

GESMAN:





### 8. Resultados

Los datos técnicos de las mediciones efectuadas quedan recogidos en las tablas y en los gráficos

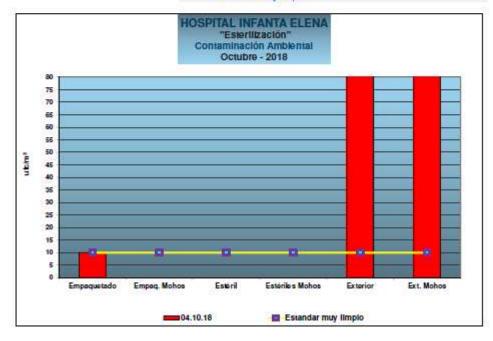
### 8.1 Contaminación del Aire (INMISIÓN)

### HOSPITAL INFANTA ELENA Av . Reyes Católicos, 21 - 28342 Valdemoro CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Resultados muestreo contaminación ambiental Fecha: 04.10.18 Valor Identificación Flora Fúngica UBICACIÓN Muestra: ufc/m3 (Critica / No critica) Aire inmisión centro salas Aerobios totales 1 10 Area de Empaquetado 2 Mohos/Levaduras Ausencia <1 Aerobios totales <1 Área Almacén Productos Estériles Mohos/Levaduras Ausencia 4 <1 Aerobios totales 370 Aire Exterior Mohos/Levaduras 8 290

Estandar "muy limplo" - < 10 ufc/m3

### Nota: Clasificación Salas

- . Empaquetado: Ambiente limpio
- Estéril: Ambiente muy limpio



Hospital Univ. Infanta Elena

Página 4

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 12.118, Libro 0, Folio 85, Sección 8, Hoja M-191153, Interipción 1, C.I.F. B 817 15947



Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.





### 8.2 Significación fúngica

Las enfermedades por hongos las podemos clasificar en dos grandes grupos:

- a) las ocasionadas por patógenos verdaderos, en donde el hongo es capaz de producir enfermedad en el huésped normal cuando el inóculo es suficientemente grande y
- b) un segundo grupo en el que el desarrollo de la afección se relaciona más con la respuesta inmunitaria deprimida del individuo, denominándose "infección oportunista".

En la norma UNE 171340:2012 figura como estándar fúngico, para salas de ambiente controlado, la "ausencia" de ufc/m³ de 4 géneros de hongos: Aspergillus, Rhizopus, Mucor y Scedosporium (flora fúngica crítica). Se han considerado sólo éstos géneros debido tanto a su relación directa con la contaminación vehiculada por el aire como por los graves problemas que pueden crear de infección nosocomial.

De las 200.000 especies de hongos identificadas menos de 200 están implicadas en infecciones humanas, siendo el 90% de las micosis atribuidas sólo a una docena de especies, y de ésta docena, el 80% de los casos son debidos al género **Aspergillus**.

Existen pues muchas otras especies de hongos (Cladosporium spp, Alternaria spp, etc) que producen patologías pero no con la trascendencia de los citados en la norma y para los cuales no se aplica el estándar de "ausencia". Estos tienen, en el muestreo microbiano del aire" la importancia de su carácter "indicador" (flora fúngica no crítica) de calidad de aire y de fallo de algunas de las variables que debemos controlar en la prevención de infecciones por bioaerosoles.

Estas variables son: Sistema de filtración, Sistema de Ventilación (caudales y presiones diferenciales) y Control del Área (Higienización y Circulación de personas y objetos). Cuando aparecen estos géneros "Indicadores" en los cultivos de muestreos de aire se deben revisar las variables enunciadas pero esta circunstancia no impide, normalmente, la actividad.

Otros indicadores como el género Penicillium no son, habitualmente, patógenos (existe un dimorfo emergente).

- Aspergillus spp: Patógeno oportunista que frecuentemente provoca en humanos la Aspergilosis (infección nosocomial), especialmente en pacientes inmunodeprimidos.
- Mucor spp (Patógeno): puede producir Mucormicosis (infecciones micóticas) a distintos niveles (dérmico, pulmonar...), especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Es un hongo cuyo hábitat natural es la materia orgánica en descomposición.
- Rhizopus spp: hongo filamentoso oportunista causante de serias, y con frecuencia mortales, infecciones en humanos (zigomicosis) en pacientes inmunodeprimidos.
- Scedosporium spp: es un hongo patógeno que coloniza la vía aérea de los pacientes con fibrosis quística y puede causar diferentes tipos de infección, cuya gravedad y pronóstico están en función del estado inmunitario del paciente. Presenta una gran resistencia a los antifúngicos.
- Penicillium spp: indicador de calidad de aire en salas de ambiente controlado. La detección de Penicillum
  puede utilizarse para la estimación de Aspergillus. Productor de micotoxinas y COVs de efectos nocivos
  para la salud y causante de infección fúngica invasiva.
- Paecilomyces spp (Indicador): es un hongo patógeno infrecuente, descrito en pacientes adultos, tanto inmunocompetentes como inmunocomprometidos. Se ha descrito como agente de infecciones cutáneas, del globo ocular, sinusitis, y neuropatía fungemia.
- Cladosporium spp (Indicador): Excepcionalmente patógeno, es un hongo saprofito del suelo y vegetales, forma parte de aguas superficiales y es productor de asma y esporosis, e incluso algunas de sus especies actúan como oportunistas y son capaces de intervenir en ciertos procesos micóticos pulmonares, atacar la piel, producir cromoblastomicosis y lesiones neurotrópicas. Gran capacidad alergógena de sus conidios.
- Acremonium spp: es un hongo cosmopolita frecuente en suelo y restos vegetales en descomposición, descrito en micosis oportunistas y pacientes inmunodeprimidos.
- Alternaria spp: hongo oportunista cuya incidencia en humanos no es muy elevada pero se le considera, junto con el Ciadosporium, uno de los principales géneros fúngicos causantes de alergias.

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 5

inscrita en al Registra Morcantil de Madrid, Tomo 12.113, Libro II, Folio BS, Sacción E, Hoja M-191151, Inscripción 1, C.I.F. B B1715047





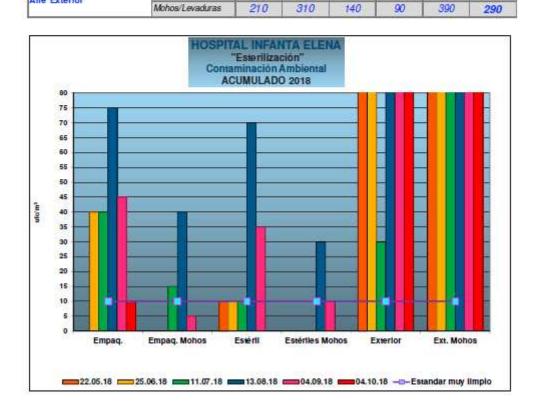
Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.





### 8.2 Resultados acumulados

### HOSPITAL INFANTA ELENA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN 2018 2018 2018 2018 2018 2018 Resultados Acumulados Aire Inmisión Centro Salas 22.05.18 25.06.18 11.07.18 13.08,18 04.09.18 04.10.18 Valor Valor Valor Valor Valor Valor UBICACIÓN Muestra: ufc/m<sup>3</sup> ufc/m3 ufc/m3 ufc/m<sup>3</sup> ufc/m<sup>3</sup> ufc/m<sup>3</sup> Aire inmisión centro salas Aerobios totales 40 40 75 45 10 <1 Área de Empaquetado Mohos/Levaduras 40 15 5 <1 <1 <1 Aerobios totales 10 10 10 70 35 Área Almacén Productos <1 Esté rile s Mohos/Levaduras <1 <1 30 10 <1 <1 530 30 Aerobios totales 280 120 120 370 Aire Exterior



Hospital Univ. Infanta Elena

Pagina 6

Inscrita en el Regismo Manzentil de Marchd, Tomo 12.113, Libro II, Folio BS, Seloción B, Hoja M-1911S1, Inscripción 1, C.L.F. B 81715047







GESMAN ::





### 9. Conclusiones

E GESTIÓN, S.L.

A la vista de los resultados obtenidos y, basándonos en las condiciones de trabajo existentes durante las mediciones efectuadas, se puede afirmar que la situación del Aire de Inmisión es la siquiente:

HOSPITAL INFANTA ELENA Av. Reyes Católicos, 21 - 28342 Valdemoro	
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
Resumen Resultados	
UBICACIÓN	04.10.18
Área de Empaquetado	Se encuentra dentro del estándar de calidad de "Aire limpio" (10-100 ufc/m³) con ausencia de flora fúngica.
Área Almacén Productos Estériles	Se encuentra dentro del estándar de calidad de "Aire muy limpio" (<10 ufc/m³) con ausencia de flora fúngica.

### 10. Recomendaciones Generales

Los datos obtenidos se corresponden con una situación "instantánea" de la realidad de contaminación, siendo recomendable una valoración periódica, para obtener una mejor valoración de la situación de riesgo real.

Con el fin de evitar posibles contaminaciones, recomendamos:

- No apagar el sistema de ventilación que es el que permite que haya "sobrepresión" y evita contaminación aérea desde el exterior del área de esterilización.
- Limpiar y desinfectar difusores de impulsión.
- Restringir el uso de desinfecciones aéreas de descarga. Sólo, y puntualmente, cuando exista una desviación en los resultados analíticos que así lo recomiende.
- Respetar los circuitos limpios de circulación, evitando entrar y salir frecuentemente de vestuarios.
- Las puertas debe permanecer siempre cerradas.

Madrid, 15 de octubre de 2018

Fdo.: Julio Vida Director Técnico Técnico Superior P.R.L.

Especialista en Seguridad, Higiene Industrial y Ergonomia. Técnico Superior Calidad Ambiental Interiores Microbiólogo Col Nº 2111-M

Luz Ramos Responsable Técnico

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 7

Inscrito en el Registro Marcantil de Madrid, Tomo 12.113, Libro 0, Folio BS, Sección 8, Hoja M-101151, Inscripción 1, C.LF. 8 81715047



Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.

E GESTIÓN, S.L.

GESMAN:





HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

### 11. Valoración Final

# HOSPITAL UNIV. INFANTA ELENA VALORACIÓN TÉCNICA DE LA HIGIENE **DEL AIRE DE INMISIÓN** 10ª INTERVENCIÓN 2018 FECHA: 04.10.18 "VALIDACIÓN AMBIENTAL AIRE INMISIÓN" CONFORME ÁREA EMPAQUETADO CONFORME ÁREA ALMACÉN PRODUCTOS ESTÉRILES Técnico Superior P.R.L. Especialista en Seguridad, Higiene Industrial Ergonomía, Técnico Superior Calidad Ambiental Interiores Colegio de Biólogos: Col Nº 2111-M Fdo: D. Julio Vidal Lucena GAMA, S.L.

- Los resultados contenidos en este informe sólo se refieren a las muestras sometidas a los ensayos descritos.
- Queda prohibida la reproducción total o parcial de este informe, sin la conformidad tacita, y por escrito, tanto de Gestión y
- Auditoria Medicambiental, S.L. como del cliente.

   Es norma de Gestión y Auditoria Medicambiental, S.L. mantener una estricta confidencialidad en todos los trabajos realizados, así como asegurarse del cumplimiento sobre protección de datos de acuerdo con la L.O.P.D. de 15/1999 y el R.G.P.D. de 25/5/2018.
- Este informe consta de 11 páginas numeradas y selladas.

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 8

Insortizian el Registro Morcantil de Madrid, Terrio 12.113, Libro 0, Folio 85, Sacción 6, Hola M-151151, Insortición 1, C.1.F. 881715047







Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.





### 12. GALERÍA DE IMÁGENES





Placas de exterior

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 9

inscrita an el Registro Marcantil de Madrid, Tomo 12.118, Libro 8, Folio 85, Sección 8, Hoja M-191151, Inscripción 1, C.LF. 8 81715047





AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

### HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.





### 13. CALIBRACIONES DE APARATOS





### CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN Nº: 2503-18

CLIENTE : BIOACCALLEA. DIRECCIÓN : Santa Leonor, 63 4º H POBLACIÓN: 28037 Madrid MARGA : AQUARIA MODELO : MF-I

Nº BERIE: L/1421 (AM.073) TECNICO: Raul Orbit

### INSTRUMENTOS EMPLEADOS

Equipo de estibración MICROCONTROL IL INº de serie: 07905

### Compuesto por

- Monomotro de presión discencial merce SETRA. Modelo: 26710KSWD2FC3HD Númem de sono: 09073176728 Certificado de Calibración ENAC: 17/LOM/39268
- Cabezal roscado con sondo do reginación.
- Cahezal tipo bayoneta con sonda de aspiración.
- Placa de contecto de 60 mm de diámetro

### PROCEDIMIENTO DE CALIBRACIÓN

El procedimiento do calibración su las realizado siguiendo la instrucción IO 75002.01 conforme can la UNE EN ISO 9001.2008 do BC Aplicaciones Analíticas,s.l.

In les signicates tables se reflejan las presiones diferendales ( $\Delta P$ ) expresadas en pulgados de columna de squis ( in H2O ) correspondientes a cada uno de los caudales persolas significadas equipos:

- Microflow I ( Fabricación hasta Abril del 2002 )
- Microflow II
   Microflow—affa

junto con los valores ( AP Cal.) obtenidos durante la calibración y la incertidumbre:

RE (075022,01A

SN: (31421 (AM.073) / 2503-18

Pégine 1 de 2

Josep Artein Clark, 14.74 in A 9 (1950 COPULIDADE DE LUCIRAGIA (De calmin).
Tel. 34.45 d'fri 65 55 - Fax 34/35 5/1 66 18 Was bashinatura van Friadi ad@bashinateno (em

Hospital Univ. Infanta Elena

Página 10

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 12.113, Libro II, Folio 85, Sección 8, Hoja M-191151, Inscripción 1, G.LF. B 81715047





Gestión y Auditoría MedioAmbiental, s.l.









dicrotiow i Caudal litros/seg	ΔP n. H2O	Valores antes de deracion1 ( in H2O)	ΔP Cal. Iteración 1 (in HI/O)	AP Cal. Itemotion 2 (*) (in H2O)	incertidumbre expendida (**) (k=2) (Vess)	
0,5	0,016	0,016	0,018	0,018	0.028 5 0.1	16.2
1.0	0,059	0,017	0,130	0,130	0,013 < 0.3	7
1.5	0,129	0,128	9,167	0,157	0.012	O.
2.0	0,357	0,223	0,225	0,225	0,010 € 1	

Microflow Caudel Invalmin.	AP in H2O	Valores antes de teroción1 (in H20)	ΔP Cal. iteración 1 (in H2Ω)	ΔP Cal. Iteración 2 (*) (in HZCI)	Incertifiumbro expendido (**) (h-2) (hnin)
30	0.016				
60	0.066				
90	0,152			1	
100	0,180				
120	0,279				1

Meroflow- Cendal Mosfmin.	AP n HPO	Veloms arties de liereción1 ( in H20)	APICAL Iteración 1 (in H20)	ΔP Cal. beración 2 (*) (in H2G)	Incertidum lare corporalide (***) (ti-2) (timin)
301	0.024				
60	0.102				
60	0,251				
100	0,282				
120	0.466				-

para comprabar que los avidades de dracación 2 se residos de unificación del ajusto revisuado un la revisado y C) raxa minatos después, mediante de presidos diferences, ao mantignes destino de los regulantes toberencias:

± 0% de la Acrasión f. para capdales de 30 y 60 librarium. (0,5 y 1,0 librarium.) ± 2% de la Aconsión f. para capdales de 90, 100 y 120 gyrazinth. (1,5-f,6 y 2,0 librariosa.)

4.P CH<sup>2</sup> detaction 2 = valor promesão de 10 membres ropitados: e intervelha de 15 segundos.

(\*\*) Pera celebrer la inconstituutiva en timo o sineg, a partir del velor de la inconfidurativa de la medicia de presido, se ha deleminado la función que comelectore la presido diferencial y el central a partir de los datos que, para coda modera, esta hera el fabricado.
La incondidado en el fabricado.
La incondidado en el fabricado en esta el partir de la medicial de medicial en el fabricado el fabrica el fabricado el fabric

Observaciones: PASA.

So recomienda en prindres revice de distriuir of ventilesfor de muestron.

JOSED ACCOUNTS TO THE LAND BY OCCUPANT OF THE COLUMN OF THE COLUMN OF THE PROPERTY BY THE COLUMN OF THE COLUMN OF

Fecha . 12/08/2018

Firma y Selfo

Se recomienda efectuar una calibración anual del equipo

SN: D1421 (AM (73) / 2503-18 RE 1075002.01A

Pagina 2 do 2

Produce: 12/06/2020

Jiwan Arbeits Clove, 32-34 kind 2 mileo ESPLUCIUS DE LLORIFORAT (Barotina)
Tel. 34-39 dil lon (5 – Pas. 34-93 97) 93-10 Web; boggleacioner com F-mail, set@bookecomme.com

Inscrite un al Registro Marcantil de Madrid, Tomo 12:113, Libro 0, Folio 65, Secolon 8, Hoja M-191151, Inscripción 1, C.1.F. 8:81715047





# 7.8.3.-EVIDENCIAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL AÑO 2018 DE LOS DIVERSOS EQUIPOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HIE DE VALDEMORO

2708 LAVADORA INSTRUMENTAL STERIS

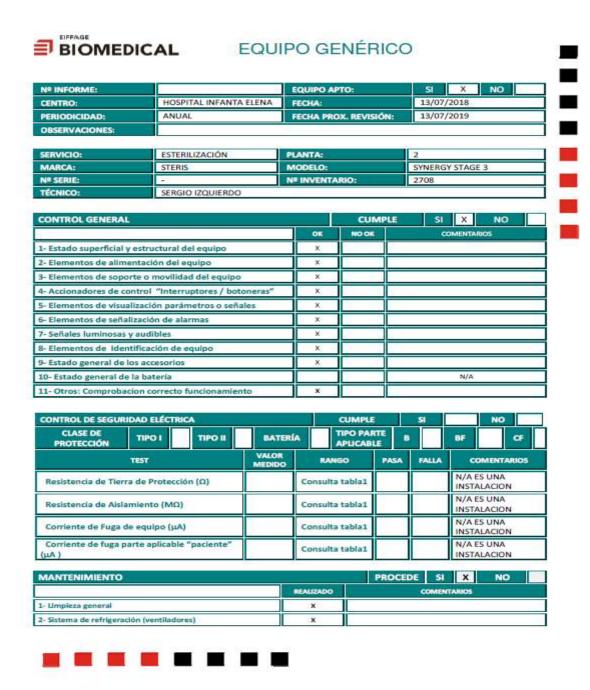






Tabla 1. Valores máximos permitidos según clase y tipo de equipo. IEC60601-1

Parámetro	Rango permitido								
Parametro	18	LBF	ICF	11.8	WBF	II CF			
Resistencia de tierra protección	≤ 0.2Ω	≤ 0.2Ω	≤0.2Ω	- 2		20			
Resistencia de alslamiento	≥ 2ΜΩ	≥ 70MΩ	≥ 70MΩ	≥7MΩ	≥70MΩ	≥ 70MΩ			
Corriente de fuga a carcasa (fallo simple )	≤ 500µA	≤ 500µA	≤ 500µA	s 500µA	≤ 500µA	≤ 500µA			
Corriente de fuga a paciente (norm / rev)	≤ 100µA	≤ 100µA	≤ 10µA	s 100µA	≤ 100µA	s 10µA			



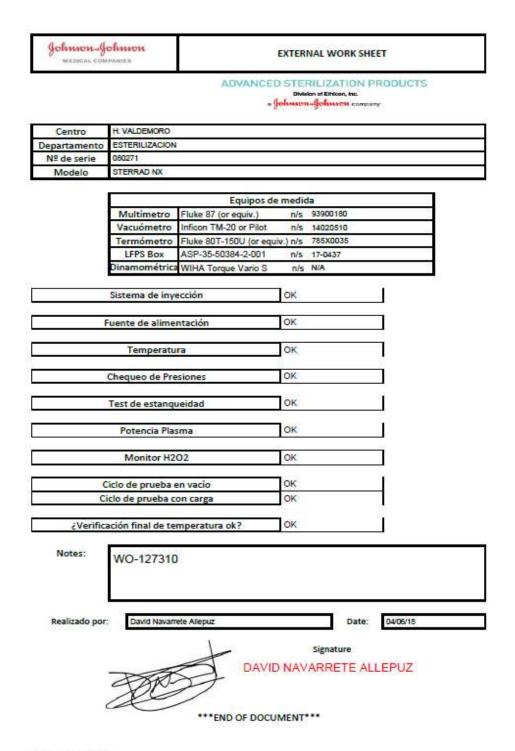




### 2788 ESTERILIZADOR DE PLASMA

DE GESTIÓN, S.L.

GESMAN:



TV-FRM-00563 - V2.0





### 3801 ESTERILIZADOR DE PLASMA

MEDICAL COM	ofmon DARCES		EXIER	NAL WORK SHEET
			Divis	RILIZATION PRODUCTS ston of Efficer, Inc.  1-4 Charles Company
Centro	H. INFANTA ELEN	A DE VALDEMORO		
partamento	QUIROFANO	- ATTENDED		
Nº de serie	090168			
Modelo	NX			
£2	****			
		Equipos de		
	Multimetro	Fluke 87 (or equiv.)		93900180
	Vacuómetro	Inficon TM-20 or Pilot	n/s	14020510
	Termómetro		iv.) n/s	785X0035
	LFPS Box	ASP-35-50384-2-001		17-0437
	Dinamométrica	WIHA Torque Vario S	n/s	N/A
	Sistema de inye	ección	ОК	
F	Fuente de alime	ntación	OK	
	Temperatu	ra	ок	
8	Chequeo de Pre	esiones	ОК	
3	Test de estanqu	ueidad	ок	j
	Potencia Pla	sma	ок	Ŷi
	Monitor H2	02	OK	19 19
-	ear ar	20-000e0	Ток	9
	iclo de prueba e iclo de prueba o		OK	i i
	and the process of	201,201		31 <b>1</b>
¿Verifica	ación final de te	mperatura ok?	OK	34
Notes:				
Realizado por	David Navarr	1	) NAV	Date: 23/05/18 Signature /ARRETE ALLEPUZ
	X/I	//		

TV-FRM-00663 - V2.0





### 3835 ESTERILIZADOR A VAPOR MATACHANA

000	matachana
	Antonio Matachana, S.A.

### Servicio asistencia técnica

CLIENTE:	78129 HOSPITA	LUNIV	ERSITARIO INFANTA ELENA	CONTR	ATO N.°:	13251-TO		
POBLACIÓN:	28342 VALDEMO	ORO	0.555(0.50555) (0.5555(0.5055))	N. DE	PARTE:	53902		
MÁQUINA:	(27) 78068.2 E5	TERIL	ZADOR A VAPOR SC501E- R DE VAPOR, 2 PUERTAS	N.º DE	SERIE:	E-027046		
N.* FABRICACIÓN:	3000679			FECHA	25/06/2018			
No aplica/No nece	esario E	i Ins	spección V Verificación		-	and and to see and	1010400	
VERIFICAR GRÁFICAS	erever II	21 00	Accordance   Description				-	
			SURIDAD DEL USUARIO				i i	
	-		ÓN DE LAS DIFERENTES PARTES	DEL EOL	IIPO			
2.0.222		-						
FLUIDOS Aire comprimido, Agu químicos, Vacío, Desa Ventilación, Gases			MECÁNICA Soldadura, Corte, Mecanizado, Po Dimensiones, Material, Pintado, Posición, Forma, Dureza, Elasticio	2020		a, Presión, Humed ad, Tiempo, Flujo, nidad		
Válvulas manuales, re	estrictores	1	Cámara, recámara	1		s, transductores		
Electroválvulas		1	Puerta, cierre, bisagra, maneta	1	Reguladores			
Válvulas neumáticas		1	Generador, boiler, vaporizador	1	Indicadores			
Válvulas retención		1	Estructura, chasis, paneles	1	Sondas, sen	sores		
Válvulas seguridad		1	Aislamiento térmico, acústico	1.	ELECTRICIT	DAD		
Válvulas reductoras		1	Tope, amortiguador, pata	1.	Datos, Poter	ncia, Maniobra		
Purgardores		1	Guías, cadenas	1	Cable, many	guera		
Canducto, canexión		.1.	Ruedas, rodamientos, ejes	1	Interruptor,	pulsador, conmut	ador	
Serpentín, Radiador,	Intercambiador	1	Tornillería, pasador, bulón	. 1	Señalizador			
Filtros, ásmosis		1	Engranajes, acoplamientos	1.	Protección			
Bombas 1		Resorte, fleje	1.1	Contactor, r	elé, electroimán			
Eyectores	Eyectores		ELECTRÓNICA		Conexiones,	conectores		
Tanques, depósitos		1	Hardware, Software		Resistencias	calefactoras		
Pistones		1	Autómata, PLC	1.	Motores, tra	nsformadores		
Ventiladores, extracto	ores	1	Pantalia, display	1.				
Burlete		1	Impresora, registrador	1.				
Junta plana, tórica, ci	amp	[1]	Pilas, baterias	- 1				
			Fuentes de alimentación	1				
			Expansiones, interfaces	1			- 60	
REALIZAR CICLOS DE	PRUEBA							
RESETEAR AVISO MAN	NTENIMIENTO							
OBSERVACIONES:								
Elema CLIENTE			EL	man edan	ico MATACUA	8/4		
Firma CLIENTE,	. Nombre:		50	ma tecn	ico MATACHA	Nombre:		
1 /	Sergio			/		Vicente Tejero	100	
10 //	DNI:		31.	1 1/1	110	Fecha:		
. KAN	000000		1	MA		25/06/2018		
1 ~~	Fecha:		1	4				
f)	25/06/201	В		V	103			
							6	
LIF. A 08 238578	Ibon 1 150 Carolin 18 E	ofio 143	Hoja 15.728, Inscripción 1.8		Cartifica	to ISO 9001 NF SGI 3945	. 19	



### 3836 LAVADORA INSTRUMENTAL

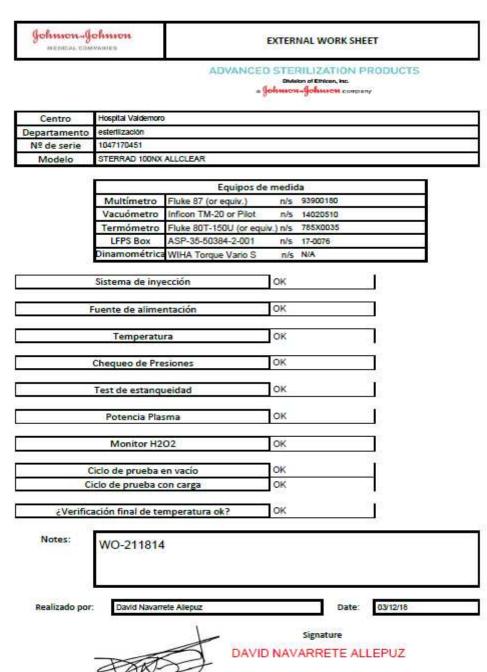
 matachana
Antonio Matachana, S.A. www.matachana.com

### Servicio asistencia técnica

			R	EVISIÓN P	REVI	ENTIVA	N.°	1			
CLIENTE: POBLACIÓN:	78129 HOSPI 28342 VALDE	IVERSITARIO	INFANTA ELENA		PARTE:	13251-TO 53941					
MÁQUINA:	(28) 94323.1	LAVAD	ORA DESINEE	CTADORA DS610/2	N.* DE	SERIE:	L-003528				
N.* FABRICACIÓN: 1163142						EJECUCIÓN:	25/06/2018				
- No aplica/No nece	esario	1. 1	nspección	V Verificación							
VERIFICAR GRÁFICAS	Y REPORTES DE	PROC	ESO					- 1			
VERIFICAR FUNCTIONA	MIENTO ELEMEN	TOS SE	GURIDAD DE	L USUARIO				-			
		REVIS	IÓN DE LAS	DIFERENTES PARTES	DEL EQU	JIPO					
FLUIDOS			MECÁNI	CA		CONTROL					
Aire comprimido, Agu químicos, Vacío, Desa Ventilación, Gases			Soldadur Dimensi	ra, Corte, Mecanizado, Pones, Material, Pintado, Forma, Dureza, Elastic	.7000.000	Temperatur	a, Presión, Humed ad, Tiempo, Flujo, nidad				
Válvulas manuales, n	estrictores	T.	Cámara,	recámara	I.I.	Transmisore	s, transductores	Ti-			
Electroválvulas		10	Puerta, o	ierre, bisagra, maneta	1	Reguladores		1			
/álvulas neumáticas		. 1	Generad	or, boiler, vaporizador	1	Indicadores		1			
/álvulas retención		1	Estructu	ra, chasis, paneles	1	Sondas, sen	sores	1			
/álvulas seguridad		1	Aislamie	nto térmico, acústico	1.1	ELECTRICIT	DAD	363			
/álvulas reductoras		. 1	Tope, an	nortiguador, pata	1.1	Datos, Poter	ncia, Maniobra	-			
urgardores		1	Gulas, ca	adenas	1	Cable, mang	риега	1			
Conducto, conexión		1	territorio por la construir	rodamientos, ejes	1	and the state of t	pulsador, conmut	P 4 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -			
erpentín, Radiador,	Intercambiador	1	1914	ía, pasador, bulón	- 1	Señalizador					
iltros, ásmosis		1	# SERVICE SPACE CONTRACTOR	jes, acoplamientos	1	Protección					
Bombas		1	Resorte,	fleje	1		elé, electroimán	1			
Eyectores		-	ELECTR	The state of the s		Conexiones,		1			
l'anques, depósitos		1	100000000000000000000000000000000000000	Hardware, Software			Resistencias calefactoras				
Pistones		1	Autómat		-	Motores, tra	nsformadores				
Ventiladores, extracti	ores	11	Pantalla,		j.J						
Burlete		1	CATAL PATRICE	ra, registrador	1						
unta plana, tórica, ci	amp	1	Pilas, ba		1						
			110000000000000000000000000000000000000	de alimentación	1						
			Expansio	ones, Interfaces	1						
REALIZAR CICLOS DE											
RESETEAR AVISO MAN	NTENIMIENTO							- 1			
OBSERVACIONES:											
irma CLIENTE,				F	irma técr	nico MATACHA	100070				
1	Nombre				. /	1	Nombre:	25			
/	Sergio DMI:			/	11	119	Vicente Tejero				
1	DMI: 0000000	8		1	11	149/	Fecha: 25/06/2018				
/	Fecha:	0		V	19	11	23/00/2016				
	25/06/20	118		-	-/						
	200.000	1072						artife.			
								P			
J.F. A 08 238578 M. Barcelona, Tomo 1,729, I	Uhm 1 150. Secrito 2	. Folio 14	3 Hoja 15 728 In	scripción 1.0		CuttBox	W ISO 9001 NE SGI 3945				



### 4485 ESTERILIZADOR PLASMA



\*\*\*END OF DOCUMENT\*\*\*

TV-FRM-00663 - V2.0





Century V120 ns030140813

DE GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

# CENTURY - ESTERILIZADORES - PREVAÇÃO Y GRAVIT.

STERIS

### MANTENIMIENTO PREVENTIVO - PROTOCOLO

	de Serie	Revision Nº	1	2	3	4	T	-		T	6	
	0140813	Fecha	20/4/20	17/9/218	27/11/2019		1			+		_
Nº c	de Contrato	Técnico	VLL	VLL	VLL		1			+	_	_
		Nº de Ciclos					$^{\dagger}$		_	+		_
Tip	o de Contrato :	Preventivo + kit	P	reventivo y	Corrective	(MO)	+	T	Inte	egra	1	Γ
Fre	cuencia Revisiones	: Mensual	Bi-Mens		Trimestral		tra			0		_
	Nota: Para equipos	con Generador Integ	grado, use	PMCL 7643	327-014 adv	mas de	000	to C	2000	1		=
				Frec. Min.	Cornent		1	2	-	4	5	
1.0	PREPARACIÓN PARA	A EL MANTENIMIENTO	PREVENTIV	0			100	1 -	17	1	-	
1.1	Comentarios de usuari	os y comprober tiras imp	resas	x rev.			×	×	X			
1.2	Seguir proced, de segu	uridad. Preparar equipo p	ага М Р	x rev.			X	×	×			_
2.0	CONJUNTO DE PUER	TA (CADA PUERTA EN	CASO DE E	QUIPO CON	N DOBLE PU	ERTA)		1	1/3			
2.1	Ajuste el sensor (es) si	o de la puerta y del sens es necesario		x rev.			X	X	K			
2.2	Comprobar el estado di roturas). Cambiar si es	e la junta de puerta (des necesario	gastes,	x rev.			X	X	X		1	
2,3	Verificar la tension com	ecta en el cable de puen	ta	x rev.			V	V	V			-
3.0	VALVULAS											
3.1	Verificar que cada valvu	ula manual funciona facil	mente, comp	robar fugas,	reconstruir c	cambia	r al e	s n	eces	ario		_
	Válvula de suministro d			x rev.			X	×	x	Т	-	
	Válvula de suministro de	e Agua		x rev.			V	V	X	$\forall$	+	-
3,2	Cambiar las Retencione	es I		1 x año			X	2	X	1	+	
3.3	Reconstruir el bloque de	e suministro de vapor		1 x año			N.	W	×	$\forall$	+	
3.4	Reconstruir el bloque de	a suministro de agua		1 x año			X	N	X	+	+	-
3.5	Reconstruir et bloque de	extracción		1 x año			X	2	X	+	+	
3.8	Reconstruir valvula de s	uministro de Vapor de d	oble puerta	1 x año			V	N	X	$\dagger$	$\dagger$	-
3.7	Reconstruir et bloque de	escape de doble puerts		1 x año			X	N	X		+	-
3.8	Reconstruir Valvula de C	Control de Vapor (PRV)		1 x año			X	X	X	+	+	
3.9	Verificar correcto ajuste/ de flujo. Cambiar si es n	flujo de las válvulas de o ecesario	control	2 x año			W	X	V	+	1	_
3.10	Verificar que la Valvula d	de seguridad no pierde		x rev.			X	v I	7	+	+	-
111	Cambiar la valvula de se	nuridad		1 x año			V 1	1	7	+	+	_

### Codigos:

A = Ajustado

L = Limpiado

E = Engrasado

764327-071, Rev. 1

N = Nuevo (cambiado)

R = Reconstruido/Reparado

C = Calibrado

Mª ventredo peria, Mª Anciablicable
Xª comprobado.
C/ Calénduia, 95 - Miniparo atos numericos
1995 - STERIS, Al Apis reservados (Madrid)
28109 Alcobendas (Madrid)





# STERIS"

# CENTURY - ESTERILIZADORES - PREVACÍO Y GRAVIT.

# MANTENIMIENTO PREVENTIVO - PROTOCOLO

GESMAN:

DE GESTIÓN, S.L.

	de Serie 30 \ 40 8\3 de Contrato	Revisión Nº	1	2	3	4		5	8		6	
Me	de Contrato	Fecha	80/4/2018	17/8/1017	27/11/200		+					_
				Frec. Min.	Comen	tarios	1	2	3	4	5	Ī
4.0	COMPONENTES C	IRCUITO DE TUBERIAS				2000 1909	1112	1.7	1 -			
4.1	Inspeccionar restos	en Llave de Vapor. Limpi	ar	2 x año			X	X	X			
4.2	Inspeccionar restos	en Llave de Agua. Limpia	r	2 x año			X	×	L			
4,3	Inspeccionar restos	en Llave de Recámara. Ll	impiar	2 x año			V	×	1			-
4.4	Inspeccionar restos Limpiar si es necesa	en Llave de drenaje de Ca rio.	amara,	x rev.			X	X	X		1	
4.5	Cambiar conector de	Zinc en el Intercambiado	r (solo Vacio)	1 x año			1%	14	Y2		1	
4.6	Carriella or carraging			1 x año			×	N	100	$\forall$	+	
4.7	Verificar funcionamie Cámara y Recámera	ento correcto de los mano . Cambiar si es necesario	metros de	x rev.			×	X	100	T	1	
4.8	Reconstruir la Tramp	a de Cámara		1 x año			X	N	X	7	7	
4.9	Verificar que no hay	fugas		x rev.			×	×	×	7	1	
5.0	CONTROL						13	-	70		-1	
5.1	Verificar que la Impre correctamente. Comp	ssora y el recogedor de pa probar calidad de impresió	pel funcionan	X rev.			×	×	×	T	T	
5.2	Verificar que todas la	s teclas del panel funcion	an correct.	x rev.			X	V	K		1	
5.3		y hora son correctas. Si r		x rev.			X	X	K	$\top$	1	
5.4	Verificar el funcionam si es necesario.	ilento de la RAM con Bate	erla. Cambiar	x rev.			1/4	K	%	1	1	
5.5	Verificar que el zumbe	ador de alarma funciona.		x rev.			X	X	x	T	+	
5.6	Verificar que el senso	r de nivel de agua funcion	na correct.	x rev.			X	X	X	T	+	
5.7	Verificar que el ventilla	ador funciona correctamen	nte	x rev			X	V	X	1	$\dagger$	
5.8	Cambiar el filtro del ve	entilador		1 x año			X	X	X	$^{\dagger}$	Ť	
	y comparar con los re-	valores introducidos en M comendados de Fábrica. cada válvula en Modo Ser	Verificar	1 x año			X	1	X	1		
		en impresora y pantalla		x rev.			X :	X.	X			
5.11	Verificar los valores de con el Manual de Man	Temperatura y Presión o tenimiento	de acuerdo	1 x año			X	4	2		T	

Codigos:

A = Ajustado

L = Limpiado E = Engrasado

764327-071, Rev. 1

N = Nuevo (cambiado)

N = Nuevo (cambiado)
R = Reconstruido/Reparado
C = Calibrado
C = Calibrado
C/ Calendula, 95 - Minipar-Datos numericos
El Soto de la Moraleja
1995 - STERAS, Algoridado (Madrid)
Hoja 2 de 3





# CENTURY ESTERILIZADORES - PREVACÍO Y GRAVIT.



## MANTENIMIENTO PREVENTIVO - PROTOCOLO

	de Serie 30140813 de Contrato	Revisión Nº	1	2	3	4		5			6	7
No.	de Contrato	Fecha	294/2013	04/4/2	27/11/208							
				Frec. Min.	Coment	arios	1	2	3	4	5	6
6.0	COMPROBACIÓN FI	NAL Y PRUEBAS									0.30	152
6.1	mulaires sension à admin	dad en los componente ectores no esta dañado	s. Comprobar o suelto	x rev			×	X	X			
6.2	Verificar que estan tod	das las etiquetas de avis	o/atención	x rev			V	V	×			-
6.3	Hacer un ciclo de cada correcto. Comprobar t	a tipo y verificar su funci odas las pantalias y imp	ionamiento resiones	x rev			V	~	×			
6.3.	(mmHg/min)* 0 G-	Vacio. Anotar el valor de	fuga	x rev			X	X	X			
6.4	Verificar que los panel facilmente.	les (si hay) de la camara	se deslizan	x rev			14	A	٠/،	٦	1	
6.5	a average read the best	eles o cubiertas desmon ra asegurar que se retin os	itadas. an todos	x rev				17				
6.6	Informar al Cliente que	se ha terminado la revi	sión	x rev			V	~	V	+	+	
7.0	CARROS DE CARGA	Y DESCARGA					10	2		-	_	
7.1	y rodamiento del cesto	anclaje del carro al auti de carga. Limpieza y er	ngrase	x rev			1/4	12	2		T	
7,2	Comprobar libre giro de de carga del autoclave	e las ruedas de los cesti	08	1 x año			X	X	of of	1	1	

Codigos:

A = Ajustado

L = Limpiado

E = Engrasado

N = Nuevo (cambiado)

R = Reconstruido/Reparado

C = Calibrado

STERIS Iberia, S.A.U.

C/ Calendula, 95 - Minipard II
V = verificado to de la MWAIs/Ro aplicable
X = comprobado pondes - Datos numericos

764327-071, Rev. 1

1995 - STERIS, All rights reserved

Hoja 3 de 3



Century V120 ns031110705

DE GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

## STERIS"



## CENTURY - ESTERILIZADORES - PREVACÍO Y GRAVIT.

## MANTENIMIENTO PREVENTIVO - PROTOCOLO

	le Serie	Revisión Nº	1	2	3	4		5		6	_
03	140705	Fecha	25/4/204	20/2/200	30/11/200						
Nº d	e Contrato	Técnico	VLL	VLL	VLL				Ť		_
		Nº de Ciclos							T		_
Tip	o de Contrato :	Preventivo + kit	Pr	reventivo y	Corrective	(MO)		In	tegr	al	Γ
Fre	cuencia Revisiones	: Mensual	Bi-Mens	ual	Trimestral	C	)tra				
	Nota: Para equipo	s con Generador Inte	grado, use	PMCL 7643	27-014 ade	mas d	e est	e PM	CL		_
				Frec. Min.	Coment	arios	1	2	3 4	5	1
1.0	PREPARACIÓN PAR	RA EL MANTENIMIENTO	PREVENTIV	o			- 1				
1.1	Comentarios de usua	rios y comprobar tiras imp	oresas	x rev.			X	X >		Г	
1.2	Seguir proced, de seg	guridad. Preparar equipo (	para M P	x rev.			X	XY	-		Γ
2.0	CONJUNTO DE PUE	RTA (CADA PUERTA EN	CASO DE E	QUIPO CON	DOBLE PL	ERTA)					
2.1	Verificar funcionamier Ajuste el sensor (es)	nto de la puerta y del sen: si es necesario	sor,	x rev.			X	XX			
2.2	Comprobar el estado roturas). Cambiar si e	de la junta de puerta (des s necesario	sgastes,	x rev.			X	XX			
2.3	Verificar la tension correcta en el cable de puerta		x rev.			V	VV				
3.0	VALVULAS										
3.1	Verificar que cada val	Vula manual funciona faci	ilmente, comp	probar fugas	reconstruir	cambi	ar si e	в пес	esari	0	
	Válvula de suministro	de Vapor		x tev.			X	XX			Γ
	Válvula de suministro	de Agua		x rev.			X	X >	4		r
3.2	Cambiar las Retencio	nes		1 x año			N	XX		П	Ī
3,3	Reconstruir el bloque	de suministro de vapor		1 x año			V	NY	1		
3,4	Reconstruir el bloque	de suministro de agua		1 x año			X	NX		П	
3.5	Reconstruir el bloque	de extracción		1 x año			X	NX	1	П	-
3.6	Reconstruir valvula de	suministro de Vapor de «	doble puerta	1 x año			N	XX	4		
3.7	Reconstruir el bioque	de escape de doble puer	ta	1 x año			N	XX			
3.8	Reconstruir Valvula de	e Control de Vapor (PRV)		1 x año			X	XX			Ī
3.9	Verificar correcto ajuste/flujo de las válvulas de control de flujo. Cambiar si es necesario		2 x año			×	XX	1			
3.10		a de seguridad no pierde		x rev.			14	XI	4		
3.11	Cambiar la valvula de	seguridad		1 x año			N	OX X			Ī

## Codigos:

A = Ajustado N = Nuevo (cambiado) L = Limpiado R = Reconstruido/Reparado

C = Calibrado

V = verificado PETIA = no aplicable

E = Engrasado 764327-071, Rev. 1

1995 - STERIS, All polits reserved Mortaleja Hoja 1 de 3





## STERIS"



## CENTURY - ESTERILIZADORES - PREVACÍO Y GRAVIT.

## MANTENIMIENTO PREVENTIVO - PROTOCOLO

GESMAN:

DE GESTIÓN, S.L.

N° de S		Revisión Nº	1	2	3	4		5		4	6	_
Nº de Contrato		Fecha	25/4/2013	20/9/208	30/1/2017						_	_
				Frec. Min.	Comen	tarios	1	2	3	4	5	6
4.0 (	COMPONENTES CIP	RCUITO DE TUBERIAS					Essi	2013			_	_
4.1 1	Inspeccionar restos e	en Llave de Vapor, Limp	iar	2 x año			X	×	X			
4.2	Inspeccionar restos e	en Llave de Agua. Limpi	ar	2 x año			X	X	X			-
4.3	Inspeccionar restos e	en Llave de Recámara. I	Limpiar	2 x año			×	X	义			_
Inspeccionar restos en Llave de drenaje de Camara.     Limpiar si es necesario.			x rev.			×	×	×			L	
		Zinc en el Intercambiac	tor (solo Vacio)	1 x año			1/4	1/4	龙		_	L
4.6	Cambiar el cartucho	de filtro de aire		1 x año			10	X	X	L	_	L
4.7	Verificar funcionamie Cámara y Recámara	ento correcto de los mar L. Cambiar si es necesar	iometros de rio	x rev.			×	X	×			
4.8	Reconstruir la Tramp	pa de Cámara		1 x año			×	2	X	-	-	ŀ
4.9 Verificar que no hay fugas		x rev.			×	×	X	_	L	1		
	CONTROL						_	_		-		_
5.1	Verificar que la Improorrectamente. Com	resora y el recogedor de aprobar calidad de impre	papel funciona sión	n x rev.			X	×	×	-	L	-
5.2	Verificar que todas	as teclas del panel func	ionan correct.	x rev.			X	X	×	-	$\vdash$	+
5.3	Verificar que la fech	a y hora son correctas.	Si no corregir	x rev.			X	×	X	-	-	4
5.4	Verificar el funciona si es necesario.	miento de la RAM con B	Bateria, Cambia	r x rev.			X	X	×	1	F	1
5.5	Verificar que el zum	bador de alarma funcion	na.	x rev.			)	9×	X	1	╀	4
5.6	Verificar que el sen	sor de nivel de agua fun	ciona correct.	x rev.			X	1	(×	1	+	1
5.7	Verificar que el ven	tilador funciona correcta	mente	x rev			×	X	×		+	1
5.8	Cambiar el filtro del	ventilador		1 x año			D	1	X	1	-	
5.9	y comparar con los	os valores introducidos e racomendados de Fábr de cada válvula en Modo	ica. Verificar	1 x año	5		×		5 7	1		
5.10	Verificar Temperati	ura en impresora y panta	alla	x rev.			×	×	47	-	+	
5.11	Verificar los valores con el Manual de N	s de Temperatura y Pres	sión de acuerdo	1 x año	0		X	K	1	4		

Codigos:

A = Ajustado

L = Limpiado

E = Engrasado 754327-071, Rev. 1 N = Nuevo (cambiado)

R = Reconstruido/Reparado

C = Calibrado

V = verificado

N/A = no aplicable

X = comprobado = Datos numericos STERIS Iberia, S.A.U.

1995 - STERES, Ethinghat reselved Miniparc II Hoja 2 de 3 El Soto de la Moraleja 28109 Alcobendas (Madrid)



## STERIS

## CENTURY ESTERILIZADORES - PREVACÍO Y GRAVIT.

## | EKIS

## MANTENIMIENTO PREVENTIVO - PROTOCOLO

	Sèrie	Revisión Nº	1	2	3	4		5		_	5	
№ de	Contrato	Fecha	25/4/2019	20/3/2012	3/11/202							_
_				Frec. Min.	Coment	arios	1	2	3	4	5	6
8.0	COMPROBACIÓN F	FINAL Y PRUEBAS						_				
6.1	Limpiar restos y suciedad en los componentes, Comprobar que el cableado y conectores no esta dañado o suelto		x rev			X	×	*				
6.2	La La Aliquetos do migratorción		riso/atención	x rev			X	X.	X		_	_
6.3				x rev			×	×	V.		_	L
8.3	1 Hacer una prueba d	le Vacio, Anotar el valor	de fuga O'Zmall's	x rev			X	-	X	_	_	-
6.4	Verificar que los pa	neles (si hay) de la cama	ara se deslizan	x rev			1/6	1%	1/4			-
6.5	Colocar todos los p Comprobar la zona los materiales utiliz	aneles o cubiertas desir para asegurar que se re ados	nontadas. etiran todos	x rev			-	19/6	- "			
8.8		que se ha terminado la r	revisión	x tex			×	X	X			
7.0	CARROS DE CAR	GA Y DESCARGA						_		_	_	T
7.1	y mdamiento del o	a de anciaje del carro al esto de carga. Limpieza	y engrase	x rev			-	+	1/4	-	-	+
7.2				1 x año			7	13	47	1	L	

STERIS Iberia, S.A.U.

C/ Calendula, 95 - Minipare II

V El Soto de la Micraleja

V El Soto de la Micraleja

V = comprobado

N = Datos numericos

Codigos: A = Ajustado L = Limpiado E = Engrasado

N = Nuevo (cambiado) R = Reconstruido/Reparado

C = Calibrado

764327-071, Rev. 1

1995 - STERIS, All rights reserved

Hoja 3 de 3

## 7.8.4.-EVIDENCIAS DE LAS VALIDACIONES Y RECUALIFICACIONES DE LOS EQUIPOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HIE DE VALDEMORO

RECUALIFICACION SC501 E-2 E-27046

••• matachana	INFORME DE RECUALIFICACIÓN	Ref. E-27046
	HOSPITAL INFANTA ELENA	Modelo: SC501 E-2

# Certificado de recualificación (copia a reenviar firmada por el cliente)

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que sita en C/Almogávares nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Recualificación de los procesos de esterilización del autoclave modelo SC501 E-2 con número de serie E-27046, ubicado en QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan.

Se han verificado los siguientes procesos:

consigna [°C] este	Tiempo de esterilización [min]		
Estándar 134°C 134	5		
Estándar 121°C 121	30		

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura, presión y letalidad que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 14 de Julio de 2018

Por MATACHANA

Por el cliente

ARTONIO MATACHANA, S.A. Departamento de Validaciones





## RECUALIFICACION STERIS V120 0301408-13

GESMAN:

••• matachana	INFORME DE RECUALIFICACIÓN	Ref. Steris: 301408-13
	QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA	Modelo: V120

# Certificado de recualificación (copia a reenviar firmada por el cliente)

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que sita en C/Almogávares nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Recualificación de los procesos de esterilización del autoclave STERIS CENTURY V120 con número de serie 301408-13, ubicado en QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan.

Se han verificado los siguientes procesos:

Procesos	Temperatura de consigna [°C]	Tiempo de esterilización [min]			
Prog. 134°C	134	5			
Prog. 121°C	121	20			

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura, presión y letalidad que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 12 de Julio de 2018

Por MATACHANA

Por el cliente

AKTONIO MATACHANA, S.A. Departamento de Validaciones





## RECUALIFICACION STERRAD NX 33080271

••• matachana	INFORME DE RECUALIFICACION	Clave Ref: 033080271
ooo maaaamana	QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA	Modelo: STERRAD NX

## 7. CERTIFICADO DE RECUALIFICACIÓN

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que sita en C/Almogávares nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Recualificación del proceso de esterilización por peróxido de hidrógeno modelo STERRAD NX con número de fabricación 033080271, ubicado en QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan.

Se han verificado los siguientes procesos:

◆ ESTÁNDAR

AVANZADO

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura, presión y letalidad que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 17 de Julio de 2018

Por MATACHANA

Por el cliente

ANTOSIO MATACHANA, 8.A. Departamento de Validaciones





## RECUALIFICACION STERRAD NX 033090168

••• matachana	INFORME DE RECUALIFICACION	Clave Ref: 033090168
ooo mataonana	QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA	Modelo: STERRAD NX

## 7. CERTIFICADO DE RECUALIFICACIÓN

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que sita en C/Almogávares nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Recualificación del esterilizador por peróxido de hidrógeno STERRAD NX con número de fabricación 033090168, ubicado en QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan.

Se han verificado los siguientes procesos:

◆ ESTÁNDAR

◆ AVANZADO

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura y presión que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 18 de Julio de 2018

Por MATACHANA

Por el cliente

ANTONIO MATACHANA, 8.A. Departamento de Volicaciones



## RECUALIFICACION V120 0311107-05

••• matachana	INFORME DE RECUALIFICACION	Ref. Steris: 0311107-05
	QUIRON SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA	Modelo: V120

# Certificado de recualificación (copia a reenviar firmada por el cliente)

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que sita en C/Almogávares nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Recualificación de los procesos de esterilización del autoclave AMSCO CENTURY V120 con número de serie 0311107-05, ubicado en QUIRON SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA, con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan.

Se han verificado los siguientes procesos:

Proceso	Temperatura de consigna [°C]	Tiempo de esterilización [min]
Prog. 134°C	134	3.5
Prog. 121°C	121	20

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura, presión y letalidad que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 11 de Julio de 2018

Por MATACHANA

Por el cliente

ANTONIO MATACHANA, S.A. Departamento de Validaciones





## VALIDACION STERRAD 100 NX 1047170451 (2)

and metachene	INFORME DE VALIDACIÓN	Ref: 1047170451
••• matachana	QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA	Modelo: STERRAD NX

## 7. CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que sita en C/Almogávares nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Validación de los procesos de esterilización por peróxido de hidrógeno en el equipo STERRAD modelo 100NX, con número de fabricación 1047170451 y ubicado en el QUIRÓN SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA, con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan\*1.

Se han verificado los siguientes procesos:

- ◆ STANDARD
- ◆ FLEX
- EXPRESS

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura y presión que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 18 de Septiembre de 2018

Por MATACHANA

Por el cliente

ANTONIO MATACHANA, S.A. Departamento de Validaciones





## 8.-SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.

## 8.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

## 8.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Documento de aceptación del gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.
- Certificados de formación en PRL del personal adscrito al Servicio de Limpieza, responsable de la retirada de los residuos.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Decreto 83/1999, de 3 junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2003 de 20 de marzo de residuos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados.
- Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del estado.
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las substancias peligrosas.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio en al menos tres zonas de alto riesgo, dos de medio riesgo y una de bajo riesgo.

## ZONAS DE ALTO RIESGO:

- Paritorios (Paritorio 3)
- Quirófanos (Quirófano 8, 6, 1 y 7)
- C.M.A.
- Endoscopias
- Neonatología
- UCI (Box 2)



## ZONAS MEDIO RIESGO:

- Hospitalización (Habitación 118)
- Urgencias (Box Emergencias, Sala de Yesos, Box 11, 12 y 15, Laboratorio)
- Hospital de día

## ZONAS DE BAJO RIESGO:

- Pasillos
- Aseos Públicos de CE y Urgencias
- Vestuarios
- Sala de Espera Urgencia Pediátrica
- Cuarto de Limpieza

## 8.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

• Se ofrece un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de residuos.

Razón social: Denominación del centro: Dirección		de tratamiento: DA302800				
Denominación del centro: Dirección	HOSPITALI		02100120	012001	10152	
Denominación del centro: Dirección	HOSPITALI	Datos del	producto	or:		
del centro: Dirección		HOSPITAL INFANTA ELENA				
	HOSPITAL I			CIF:	A84552777	
	AVDA REYE	5 CATOLICOS 21	CP:		28340	
Teléfono:			FAX:			
Municipio:	VALDEMOR			incla:		
Persona responsable:	DOLORES N	IUÑIZ BATISTA	NIM	A:	2800031	139
Email:						
Nº registro de p	roductor	13P02A1700000769K				
		Datos de	el residuo			
LER:			16 06 04	8		
Características o	de peligrosio	fad:	0 0			
Descripción LER	18		Pilas alcalinas (excepto las del código 16 06 03).			
Descripción del	residuo:		Pilas alcalinas (excepto las del código 16 06 03)			
Tratamiento según Anexo I y II de la Ley 22/2011 a los			D15			
que se somete e						
Periodicidad est			Semanal			
Cantidad estimada de residuos que se van a trasladar: Información relevante para el traslado:			21 KG			
iniormacion rele	evante para					
		Datos del ge	stor/des	tino		
Razón social:		SRCL Consenur CEE	1	on process		
Nº de gestor:		13G04A1400015940Y	NIMA: 2800021001 brada CIF: A81098642			
Denominación o	del centro:	SRCL Consenur CEE-Fueniab		- cn		
Dirección		Calle Batalla de Brunete, 30 Industrial Codein 914989215	roligona	CP:		8946 14989216
Teléfono:		914989215 Fuenlabrada		FAX:		14989216 adrid
Municipio: Persona respon:	cable	Emilio Poveda Sainz		Prov	incia: M	auriu
Persona respon: Email:	sable:	Emilio Poveda Sainz				
	El productor requisitos leg El gestor pode tratamiento crechazo, el g 180/2015:  o 1.D la d o 2.E iden	relación con la posibilidad de reci- del residuo es responsable de la late. La recipio de la residuos que no se á rechazar los residuos que no se sen caso de que se dececte algi- estor podrá optar por cualquiem evolución del residuo. Invair los residuos a otra instala- milificación del residuo. Desenvier es esta de la recipio del presente la contra la contra la contra la contra la puestos los costes asociados corre- posetos los costes asociados corre- posetos los costes asociados corre-	dentificar, o ajusten a lo in incumplio i de las op en acompañ tión de trat	deposita o definio miento ciones i iado doc amiento	ir y segrega lo en el cont legal asocia detalladas e umento de i o, acompaña	r los residuos atendiendo a prato comercial, en el contratu do a los mismos. En el supue n el artículo 7 del Real Decr dentificación con la indicación sido de un nuevo documento
FECHA, I	SRCL Conseni	O DEL PRODUCTOR	FECHA, F	IRMA Y	SELLO DEL	GESTOR 22-01-2018
		W. W.	400 E	BCL F	onsenur c	1 5 V
5-1	Hosp trid	Ital Universitario	100	J.F. A-BI	man fridament	Stantification and S

CP: 28946



## HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

 El prestador del servicio dispone de autorización vigente como gestor de residuos sanitarios.



Dirección General de Medio Ambiente y Sostenibilidad | Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio Consulta del Número de Identificación Medio Ambiental

Constitta dei Municio de Identificación Medio Ambiental

Cerrar 🚱

## Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

#### Sede

NIF: A81098642 Razón Social: SRCL CONSENUR CEE, S.A. Dirección Sede: Calle RIO EBRO S/N Polígono FINANZAUTO, 28500 Arganda del Rey, Madrid

Municipio: Arganda del Rey Código INE Municipio: 280148 CP: 28500

Provincia: Madrid Código INE Provincia: 28

#### Centro

Denominación del Centro: SRCL CONSENUR CEE, S.A.

NIMA: 2800021001

Dirección Centro: Calle BATALLA DE BRUNETE 30 Polígono CODEIN, 28946 Fuenlabrada, Madrid

Municipio: Fuenlabrada Código INE Municipio: 280587

Provincia: Madrid Código INE Provincia: 28

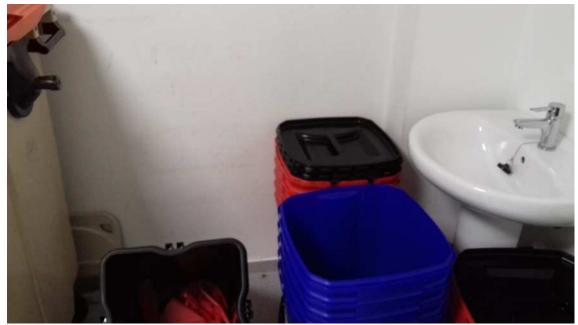
Tipo Autorización			Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha de Baja	
G01 - Centro Gestor de residuos peligrosos	13G01A1300015939A	Autorizado/Registrado		26/03/2007	08/06/2016		Consulta
G04 - Centro Gestor de residuos no peligrosos	13G04A1400015940Y	Autorizado/Registrado		26/03/2007	08/06/2016		Consulta

- El personal tiene la formación adecuada para el puesto que desarrolla.
- Se hace la recogida con la frecuencia establecida.
- Las zonas destinadas a almacenamiento de residuos esta señalizada.





















- Se cumple la normativa de residuos y se dispone de un sistema de gestión de prevención de riesgos laborales:
  - Se ha comprobado que se dispone de un Plan de Prevención de Riesgos Laborales, de octubre de 2.017, donde se indican los riesgos y medidas preventivas asociadas al servicio de gestión de residuos.



- Se evidencia un plan de formación para el año 2.019, aunque no se tiene previsto ningún curso de formación en cuanto a gestión de residuos se refiere.
- Se ha evidenciado la existencia de registros del personal en el que consta que se ha recibido un curso de PRL en gestión de residuos en las siguientes fechas:

Daniel Molero: 15/09/15

María Susana Garrido: 1/10/18-31/10/18

Sara Carriches: 1/03/18-31/03/18Asunción del Cerro: 1/07/18-31/07/18

Tania García: 1/08/18-31/08/18

María Teresa Gómez: 15/09/18-15/10/18
 José Luis Arguello: 1/10/18-31/10/18
 Pedro Silgado: 1/10/18-31/10/18
 Nieves Fernández: 1/11/18-30/11/18
 Josefa Moreno: 1/11/18-30/11/18
 Amparo Serrano: 1/11/18-30/11/18

- El 22/03/18 se impartió un curso de formación en relación con la segregación de residuos, al que asistieron 67 personas
- Se ha comprobado que en los quirófanos y en las habitaciones, las bolsas de basura se transportan cerradas y no se arrastran por el suelo.
- Se han visitado los almacenes intermedios y se ha comprobado que las bolsas de residuos no están en el suelo
- Se ha comprobado que en los horarios en los que se transportan los residuos en los ascensores son exclusivos para este menester
- Se evidencian los correspondientes registros de lavado y desinfección de ascensores después del horario de su utilización para transporte de residuos
- Los envases que contienen residuos tóxicos y peligrosos están correctamente identificados
- Se comprueba que los almacenes intermedios son limpiados con una frecuencia adecuada
- Los contenedores de residuos se limpian diariamente en la zona de residuos final
- o El personal va debidamente uniformado e identificado.





## 8.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

## PARÁMETRO 1: No Conformidades de la evaluación de riesgos laborales

<u>Definición:</u> Número de no conformidades que detecte Medicina Preventiva durante la evaluación y seguimiento de los riesgos laborales en el Hospital

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

<u>Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos:</u> anual <u>Método de cálculo</u>: En caso de que no se haya detectado ninguna la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

## PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios

IN = 0.3 \*RRHH+0.3\*AR+0.3\*MR+0.1\*GESTIÓN

Donde:

RRHH: Grado de formación y capacitación del personal para la correcta gestión de residuos

AR: Grado de cumplimiento de las obligaciones como productor de residuos y gestión intrahospitalaria en zonas de alto riesgo.

MR: Grado de cumplimiento de las obligaciones como productor de residuos y gestión intrahospitalaria en zonas de medio riesgo.

GESTIÓN: Grado de cumplimiento en cuanto a la gestión de residuos se refiere.

Resultado: 9

## 8.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

## 8.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

A continuación, se indican las incidencias detectadas en la auditoría en relación con el Servicio de Gestión de Residuos, que se observaron ya en la auditoría anterior:

1. Se han podido evidenciar puertas de los almacenes intermedios de residuos abiertas





## 8.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

## 8.6.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

I. INCIDENCIA CRÍTICA NUEVA: En el momento de la auditoría, no se ha podido evidenciar en todos los casos que las bolsas de RBAU utilizadas en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro cumplan con los requisitos de la Legislación Vigente, DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid. Capítulo II Producción de residuos biosanitarios y residuos citotóxicos. Artículo 11.-Características de los envases para residuos biosanitarios asimilables a urbanos.

Los envases para la acumulación de residuos biosanitarios asimilables a urbanos deberán cumplir las siguientes especificaciones:

- a) Opacos, impermeables y resistentes a la humedad.
- b) Si se utilizan bolsas de plástico, serán de galga mínima 200.
- c) No generarán emisiones tóxicas por combustión.
- d) Volumen no superior a 70 litros.
- e) Color verde.

Y en la documentación remitida no se ha podido evidenciar la Ficha Técnica de las bolsas de RBAU utilizadas en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro donde se indican las características técnicas de las mismas.





## FICHA TECNICA

## 85X105 G 170 R.10 UDS.VERDE

ARTICULO: BOLSA DE BASURA COMUNIDAD

MEDIDA	CM.	85X105 (+/-5%)
ESPESOR	MICRAS	42,5(+/-5%)
COLOR		VERDE
MATERIA PRIMA	Ĭ	PE BAJA DENSIDAD RECICLADO
TIPO DE SOLDADURA	j'	PLANA
PRESENTACION:	ĵ	UNIDADES ROLLO: 10 CON VITOLA
	20.	ROLLOS/CAJA: 25
		PALETS: 32 CAJAS



## Plasoeste

GESMAN ::

## Ficha Técnica de Producto

Sociedade Transformadora de Plásticos, Lda.

Rua da Cerâmica, 7 - 2665-495 VENDA DO PINHEIRO Tel: 210 737 350 E-mail: geral@plasoeste.pt Contribuinte: 501 768 319



Identificación de Producto

Código .....: SX.DM8501050-003

Descripción ......R/ 10 BOLSAS COMUNIDAD 850X1050 - AMARILLO ANONIMA (B01052)

Materia Prima Base: POLIETILENO

Cantidad x Caja: 40 UN

Caracteristicas

Ancho .....: 850 mm

Largo .....:1050 mm

Espesor .....: 0.020 mm (galga 80)

Dimensiones; >200mm ±5%; <200mm ±10mm - Espesor; > 0,020mm ±15%; < 0,020mm ±0,003mm

## Contacto con los Alimentos

Los materiales utilizados en la fabricación de este producto, no son aptos para uso alimentarios.



ARTROFT vil 40. Lin: 200051. Planoede - Sociedade Transformation de Pilititios. Lide

Ana Bonacho, 04:04:3019, 10:05:57 - Mod:SNFch00-FichaTécnica\_ES-LEV - FR-84:00

2. INCIDENCIA CRÍTICA REINCIDENTE: Se han podido evidenciar puertas de los almacenes intermedios de residuos abiertas en varias ocasiones durante el desarrollo de la auditoría. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid "Todos los locales destinados al depósito intermedio de residuos deberán estar cerrados o bajo constante supervisión por parte del personal del centro productor".

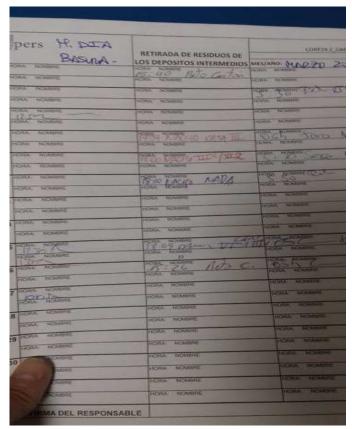




## 8.6.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. INCIDENCIA LEVE NUEVA: En el momento de la auditoría, no se ha podido evidenciar en todos los casos la correcta documentación de retirada de los residuos y ropa sucia, estando incompletos varios de los registros revisados:







2. INCIDENCIA LEVE NUEVA: En el momento de la auditoría, se han observado en los cuartos intermedios de almacenamiento de residuos contenedores de basura muy sucios y con agua en su interior:



















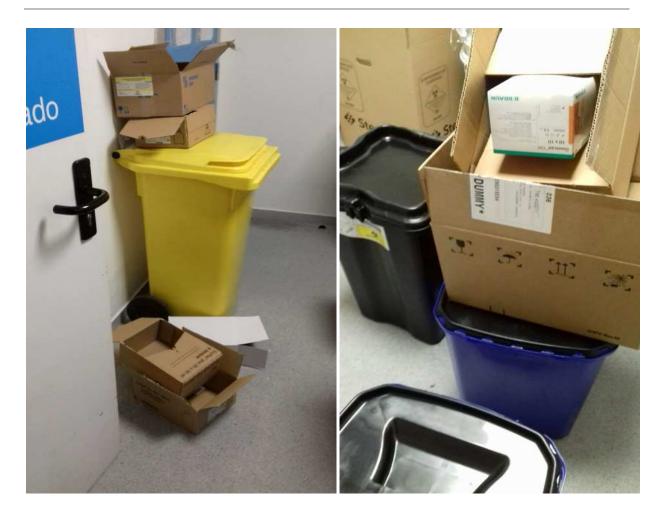
3. INCIDENCIA LEVE NUEVA: En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar varios depósitos intermedios de residuos colapsados, en un estado no adecuado, observándose un pallet de madera:





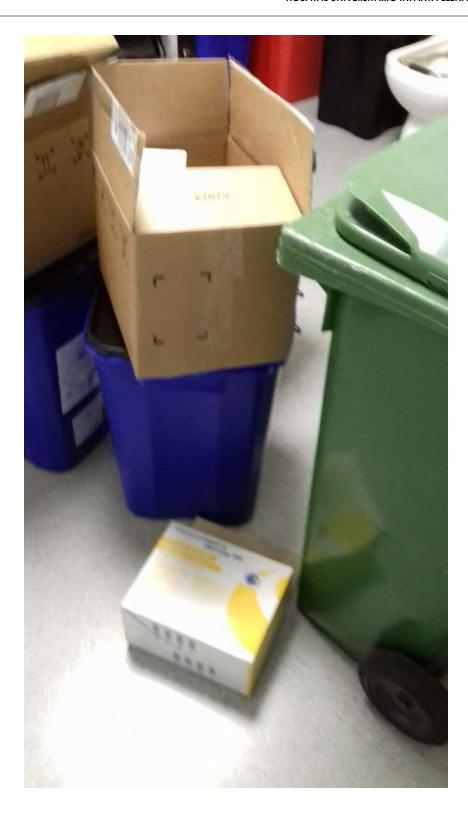
GESMAN:













4. INCIDENCIA LEVE NUEVA: En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar suciedad acumulada en el almacén final de residuos:











## 9.-SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES.

## 9.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de Viales y Jardines se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

## 9.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.018.
- Planos con indicación de las rutas de acceso
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehículos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.
- Ficha de seguridad de los productos empleados
- Fichas de las especies vegetales existentes en el Hospital

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Ley 8/1993, de 22 de junio de Promociones de la Accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas.
- Ley 15/1995, de 30 de mayo sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
- Ley 1/1998, de 5 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.
- Decreto 13/2007 de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el "Reglamento Técnico de Desarrollo en Materia de promoción de la Accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas"
- Orden VIV/561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados.
- Código Técnico de la Edificación.
- DB-SUA de Seguridad de Utilización y Accesibilidad
- Real Decreto 1311/2012, de 14 de septiembre, por el que se establece el marco de actuación para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios.

- REGLAMENTO (CE) No 1272/2008 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 16 de diciembre de 2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, y por el que se modifican y derogan las Directivas 67/548/CEE y 1999/45/CE y se modifica el Reglamento (CE) no 1907/2006.
- Real Decreto 1702/2011, de 18 de noviembre, de inspecciones periódicas de los equipos de aplicación de productos fitosanitarios.
- Ley 43/2002, de 20 de noviembre, de sanidad vegetal.
- Real Decreto 971/2014, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de evaluación de productos fitosanitarios.

GESMAN ha revisado la totalidad de los exteriores, viales y jardines del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, así como, todos los accesos al mismo, a fin de determinar el grado de accesibilidad de los mismos.

## 9.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

 Se evidencia que se dispone de un programa de actividades de mantenimiento de accesos y viales:



- Programa de Actividades Mantenimiento de accesos y viales

Zonas	Detalle Trabajo Planificado	Frecuencia Realización	Fechas de realización	Observaciones
Acceso Principal	Comprobación de pavimento, bordillos, aceras, señalización horizontal y vertical y mobiliario urbano.	ém	1 al 31 Julio 18	
Acceso Urgencias	idem	6m	1 al 31 Julio 18	
Otros Accesos	idem	6m	1 al 31 Julio 18	
Viales Principales	idem	6m	1 al 31 Julio 18	
Viales Accesorios	idem	6m	1 al 31 Julio 18	
Otros Viales	idem	6m	1 al 31 Julio 18	

 Programa de Actividades de Mantenimiento de Jardines
 Detallar y desarrollar los planes y tratamientos realizados (los partes de trabajo se encuentran disponibles en las instalaciones)

Detalle Trabajo	Frecuencia	Fechas de
Planificado	Realización	realización
Revisión general	Mensual	03 al 15 Diciembre 18







## Informe mensual-Viales y Jardines

Informe mensual Hospital Universitario Infanta Elena Fecha: 12/2018

Detalle Trabajo Planificado	Frecuencia Realización	Fechas de realización	
Limpieza residuos	Mensual	03 al 15 Diciembre18	
Tratamiento Fitosanitario	A demanda	NA	
Replantaciones	A demanda	NA	
Podas	A demanda	NA	
Riegos	Mersual	17 al 21 Diciembre 18	
Otros			

## Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

- La zona ajardinada se mantiene en condiciones seguras y señalizadas.
- Las rutas de acceso están señalizadas y no tienen obstáculos.
- Las rutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.
- Los vehículos de emergencia tienen un acceso a las instalaciones.



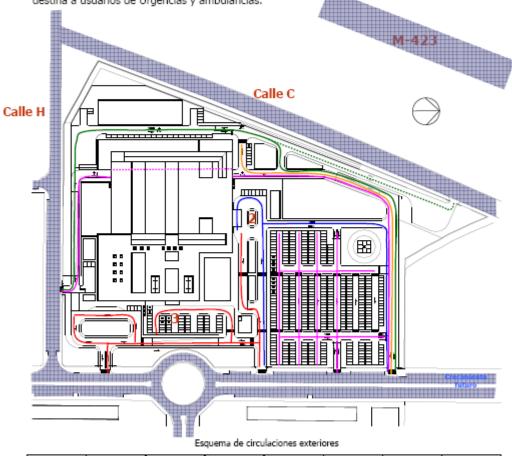




## LIBRO DEL EDIFICIO DEL HOSPITAL DE VALDEMORO

### ACCESO A URGENCIAS

Se sitúa en planta baja, en la fachada norte, contando con accesos diferenciados para pacientes que llegan en ambulancia o por sus propios medios. El aparcamiento frente a la entrada se destina a usuarios de Urgencias y ambulancias.



1	2	3	<b>→</b>	<u> </u>	<b>—</b>	<b>→</b>	<b>→</b>
Entrada Principal	Entrada Urgencias	Entrada Rehab. y Diálisis	Circuito Público	Circuito Urgencias	Circuito Aparca- miento	Circuito Servicios y Suministros	Circuito Mortuorio

Capio			
Capici	C.3.	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	Pág. C.3-4
	C.	MEMORIA JUSTIFICATIVA	MEMORIA Julio 2007





- Hay vías de evacuación alternativas, acordadas con el servicio de bomberos y protección civil.
- Los suelos y jardines se mantienen limpios. En el Hospital existen las siguientes especies vegetales:
  - Acacia dealbata-Mimosa plateada, mimosa fina, aroma francés, mimosa común:

4/3/2019

Acadia dealbata - Mimosa plateada, mimosa, mimosa fina, aromo francés, mimosa común.





## Acacia dealbata

Nombre común: Mimosa plateada, mimosa, mimosa fina, aromo francés, mimosa común.



Acacia decurrens var. dealbata

Árbol ornamental (/guia-de-plantas/buscar/arbol-ornamental-1)

Viveros productores y comercializadores de Acacia dealbata:

Arribas Center - Viveros Cabrera (/empresas/arribas-center---viveros-cabrera-1995), Plantanova (/empresas/plantanova-207), Viveros Ángel (/empresas/viveros-angel-108), Viveros Berres (/empresas/viveros-berres-746), Viveros Forestales La Dehesa, S.L. (/empresas/viveros-forestales-ladehesa-s-l-3153), Viveros Sánchez (/empresas/viveros-sanchez-1014)

Añadir a favoritos

### Descripción:

Este árbol perteneciente a la familia de las leguminosas tiene un porte redondeado e irregular lo que le hacen uno de los árboles más usados en jardinería, además de su coloración y su rápido crecimiento. Alcanza una altura de unos 5 metros, aunque en condiciones óptimas puede alcanzar los 12 metros de altura de corteza grisácea bastante ramificada. Sus hojas son perennes, opuestas, compuestas, bipinnadas (hoja doblemente dividida en foliolos) y de color verde-glauco.

La floración es en glomérulos amarillos compuestas de pequeñas flores muy reducidas que se agrupan en pequeñas bolas amarillas que aparecen de enero a marzo en los extremos de las ramas. Son muy perfumadas.

### Cultivo y cuidados

La mimosa plateada requiere una buena exposición al sol y estar protegido del frio, pues no resiste temperaturas por debajo de 0°C ya que le perjudican bastante. El riego ha de ser moderado, siendo más abundante durante la floración.

La forma más forma de reproducir este árbol es mediante semilla tratándola con calor y remojarias para que germinen en primavera.

Árbot muy usado en alineaciones de calles de ciudades, en parques y jardines. Proporciona sombra agradable y son los primeros árbotes en florecer del año.

A pesar de ser un árbol de crecimiento rápido es de vida corta de unos 10-15 años. Florece mejor en climas de veranos targos y caturosos.







## Características



Forma redondeada



Hoja perenne



Tolerancia máxima al frío: 0°C



Mes de floración: HI



Altura: 5-12 m



 Lavandula officinalis-Espliego, Lavanda común (var. Cultivada), Espliego hembra:

4/3/2019

Lavandula officinalis - Espliego, Lavanda común (var. cultivada), Espliego hembra



## Lavandula officinalis

Nombre común: Espliego, Lavanda común (var. cultivada), Espliego hembra



### Sinónimos:

Lavandula angustifolia, Lavandula vera



#### Tipo:

Aromática, medicinal o culinaria (/guia-de-plantas/buscar/aromatica-medicinal-o-culinaria-7)

## Viveros productores y comercializadores de Lavandula officinalis:

(8)

Arribas Center - Viveros Cabrera (/empresas/arribas-center---viveros-cabrera-1995), Evensat Plants (/empresas/evensat-plants-1183), Viveroid (/empresas/viveroid-817), Viveros Fuenteamarga (/empresas/viveros-fuenteamarga-1729)

#### Añadir a favoritos

#### Detalle:

Planta aromática de espigas moradas, perteneciente a la familia de las labiadas. Posee tallos leñosos y erguidos de sección cuadrangular, las hojas se insertan de forma opuesta al tallo en pisos, con un cierto color glauco. La floración se produce a principios de verano, produciendo inflorescencias moradas que poseen un dulce aroma, reunidas en verticilastros muy apretados, que semejan una espiga.

### Cuidados y cultivo:

Es una planta mediterrânea aclimatada a la sequedad, las altas temperaturas y resiste las heladas puntuales. Necesita una exposición directa al sol, prefiriendo los suelos fértiles y bien drenados, ya que es muy sensible a los encharcamientos, produciéndoles la muerte.

### Usos

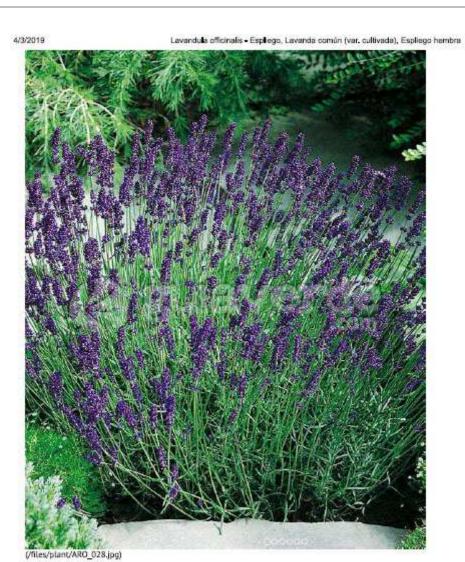
Se emplea mucho en parques y jardines, creando zonas de plantas aromáticas, en rocallas y en terrazas. Tiene numerosas propiedades medicinales entre las que destaca como somnifero.

### Multiplicación:

Se multiplica por semilla, esqueje, enraizando con cierta facilidad.

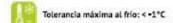






# Características





Exposición a pleno Sol

Uso medicinal y para infusiones





• Olea europaea-Olivo, oliva, aceituna, aceitunero:

4/3/2019

Olea europaea - Olivo, oliva, aceituna, aceitunero



La revista de la Asociación Española de Centros de Jardinería



(http://www.verdeesvida.es/)

#### Olea europaea

Nombre común: Olivo, oliva, aceituna, aceitunero



#### Tipo:

Árbol ornamental (/guia-de-plantas/buscar/arbol-ornamental-1), Frutal o arbusto frutal (/guia-deplantas/buscar/frutal-o-arbusto-frutal-4)

#### Viveros productores y comercializadores de Olea europaea:

Arribas Center - Viveros Cabrera (/empresas/arribas-center---viveros-cabrera-1995), Evensat Plants (/empresas/evensat-plants-1183), Orvifrusa (/empresas/orvifrusa-2600), Semillas Cantueso

(/empresas/semillas-cantueso-4972), Vivercid (/empresas/vivercid-817), Viveros Ferriol (/empresas/viveros-ferriol-4205), Viveros Forestales La Dehesa, S.L. (/empresas/viveros-forestales-la-dehesa—s-t—3153), Viveros La Fuencisla (/empresas/viveros-la-fuencisla-33), Viveros Mañente (/empresas/viveros-manente-1707), Viveros Sánchez (/empresas/viveros-sanchez-1014), Viveros Zuaime (/empresas/viveros-zuaime-1461), Vivers Galano (/empresas/vivers-galano-4349)

#### Ahadir a favoritos

#### Descripción:

árbol mediterráneo muy ligado tradicionalmente a las costumbres mediterráneas, tanto por su cultivo y su aprovechamiento, como por su cultura y significado.

Este árbol puede alcanzar una gran altura, sin embargo es más usual verlo con alturas cercanas a los 3 a 4 metros debido a que su cultivo a sido desde muchos siglos para sacar cosecha y una mayor altura supondría un problema.

Es un árbol que puede llegar a ser muy longevo, de tronco grueso, pero corto y retorcido de un color grisáceo. Sus ramas son largas y densamente ramificadas que contienen numerosas hojas de unos 2 a 5 cm de longitud lanceoladas de color verde oscuro britlante por el haz y blanco por el envés, ya que está cubierto de un fino veilo que le protege del calor.

Fiorece a finales del invierno dándote al árbol un color blanco-amarillento, que posteriormente pasan a dar unos frutos drupáceos, conocidos como cilvas o aceitunas, que contienen multitud de sustancias oleaginosas. Por lo que se cultiva también por el aceite.

#### Cultivo y cuidados:

Esta planta necesita lugares expuestos al sol. Resiste la sequia y el intenso calor del verano, y puede soporta r hasta -10°C de temperatura. No necesita mucho riego, aunque si se riega lo agradece. No es exigente a suelos desarrollándose en suelos muy calcáreos e incluso en suelos medianamente salinos.

#### Multiplicación:

Se reproduce fàcilmente por esquejes durante todo el año o por semillas en primavera, la cual una vez la planta alcance una cierta altura deberá ser injertada, para que pueda sacar un aprovechamiento agrario. Si no, el ejemplar será un olivo silvestre (Olea europaea var. Sylvestris)

#### Uses

Planta empleada tradicionalmente como árbol frutal para cosechar sus frutos para hacerlos en encurtidos o como acelte. En jardinería, supone un elemente muy importante y de gran majestuosidad, plantándose aistado y como centro de atención. También se emplea como árbol de atineación y en parques.

#### Curiosidades:





4/3/2019

Olea europaea - Olivo, oliva, aceituna, aceitunero

El olivo desde los griegos hace mas de 2000 años hasta nuestros días ha estado cargado de simbología. Actualmente es el símbolo de la paz. Antiguamente eraconsiderado también como símbolo de la paz, pero lo era también de la victoria y de la castidad. Por eso los dioses, los héroes, los reyes y los gladiadores llevaban una corona de olivo.



(/files/plant/07072011181226\_olea-europaea-violet14184901.jpg)

#### Características



Hoja perenne



Exposición a pleno Sol



Tolerancia máxima al frío: < -1°C



Precisa poco riego



Mes de maduración: HI





#### Rosmarinus officinalis-Romero:

4/3/2019

Rosmarinus officinalis - Romero



La revista de la Asociación Española de Centros de Jardineria



(http://www.verdeesvida.es/)

#### Rosmarinus officinalis

Nombre común: Romero



#### Tipo:

Aromática, medicinal o culinaria (/guia-de-plantas/buscar/aromatica-medicinal-o-culinaria-7)

#### Viveros productores y comercializadores de Rosmarinus officinalis:

Arribas Center - Viveros Cabrera (/empresas/arribas-center---viveros-cabrera-1995), Braña //empresas/brana-1717), Cultidelta (/empresas/cultidelta-2706), Evensat Plants (/empresas/evensatplants-1183), Fitoclima (/empresas/fitoclima-4074), Orvifrusa (/empresas/orvifrusa-2600), Semillas Cantueso (/empresas/semillas-cantueso-4972), Vivercid (/empresas/vivercid-817), Viveros Divina



Pastora (/empresas/semilias-cantueso-49/2), Viveros (/empresas/viveros-ferca-520), Viveros Forca (/empresas/viveros-ferca-520), Viveros Forestales La Dehesa, S.L. (/empresas/viveros-forestales-la-dehesa-s-l-3153), Viveros Fuenteamarga (/empresas/viveros-fuenteamarga-1729), Viveros Mañente (/empresas/viveros-manente-1707), Viveros Sánchez (/empresas/viveros-sanchez-1014), Viveros Verón (/empresas/viveros-veron-116), Viveros Zuaime (/empresas/viveros-zuaime-1461)

#### Añadir a favoritos

#### Descripción:

Planta aromática perenne de porte arbustivo de unos 80-100 cm de altura. Es una planta erguida (crece en vertical) con muchas ramas leñosas cubiertas densamente de pequeñas hojas estrechas de color verde oscuro por el haz (arriba) y blancas por el envés (abajo). Los tatlos en sección son cuadrados, característica de la familia de las labiadas.

La floración se produce en primavera con las primeras lluvias cubriéndose de pequeñas flores azules de un 1.5 cm.

#### Cultivo y cuidados:

El romero hay que colocarto en un lugar soleado con un suelo que drene bien, ya que es propenso a enfermedades producidas por hongos si el cuelto de la planta se encuentra húmedo. No exigente en cuanto a suelos ni a temperaturas, además tolera suelos satinos. Se debe podar con relativa frecuencia para mantenerlo joven y de forma compacta, ya que así crea nuevos brotes, evitando así que se forme Leña.

#### Multiplicación:

Se puede reproducir por semillas en primavera-verano, aunque lo más usual es hacer esquejes en primavera buscando ramas sin flor.

#### Usos

Cutinario: Las hojas (frescas o secas) para sazonar, en maceraciones para aceite o vinagre, fresco en ensalada o como condimento en carnes.

Medicinal: Favorece la circulación y disminuye el endurecimiento arterial como uso tópico y es eficaz para depresiones leves, jaquecas y cefaleas en infusión.

Cosmético: Como perfume o como actarador del cabello,

Ornamental: En jardineria, ramos, huertos...

Domestico: Las ramas frescas ambientan las habitaciones y ahuyentan los insectos.

#### Curiosidades:

No se recomienda su uso cuando se padece de ataques epilépticos, además también se desaconseja durante periodos de embarazo y lactancia por su fuerte composición química.

Simbolo de la amistad y de la fidelidad.





4/3/2019

Rosmarinus officinalis - Romero

Muchas flores aparecen de color blanco dependiendo del tipo del suelo, disponibilidad de agua ó nutrientes.



(/files/plant/17062011135823\_rosmarinus-officinalis117068.jpg)

# Características



Se utiliza la hoja



Uso culinario y medicinal



Tolerancia máxima al frío: < -1°C



Exposición a pleno Sol





 Los productos fitosanitarios empleados se consideran adecuados, disponiéndose de la ficha de seguridad de los mismos:

> Página: 1/10 Versión: 1.0 Entrada en vigor: 07.04.2016

**KENOGARD** 

Hoja de Datos de Seguridad Producto Comercial

# 1. IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA Y DE LA EMPRESA

1.1. Identificador del producto

#### ROTUNDO GREEN

1.1.1. Nombre químico

No aplicable para una mezcla

1.1.2. Sinónimos HERBITÓN

1.1.3. Índice nº del Anexo VI CLP

ndice n° dei A Noaplicable.

1.1.4. C&L ID nº

No disponible.

1.1.5. No. EC

Rotundo Green

No aplicable para una mezcla

1.1.6. Registro REACH no

No aplicable para una mezcla

1.1.7. No. CAS

No aplicable para una mezcla

1.2. Utilización del producto

Herbicida

1.3. Empresa

KENOGARD, S.A.

C/ Diputació, 279. 08007 Barcelona

Teléfono: 934881270 Fax: 934876112

1.4. Números de teléfono de emergencia

En caso de urgencia, llame al Instituto Nacional de Toxicología (Tel. 915 620 420).

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

2.1. Clasificación

2.1.1. Clasificación de acuerdo con el Reglamento (CE) nº 1272/2008 [CLP] (Clasificación propia del fabricante)

Irritación de los ojos - Categoría 2

H319 Provoca irritación ocular grave.

2.1.2. Clasificación nacional - España

Irritación dérmica - Categoría 2 Acuática crónica – Categoría 2

H319 Provoca irritación ocular grave.

H411 Tóxico para los organismos acuáticos, con efectos duraderos.

2.2. Elementos de la etiqueta

Etiquetado de acuerdo con el Reglamento (CE) nº 1272/2008 (CLP): etiquetado propio del fabricante y etiquetado según la homologación del formulado en España

2.2.1. Pictograma(s) de peligro





Version 003 Fecha 09/08/2017

# Nombre del producto ROTUNDO® TOP

#### Características del producto

Herbicida sistémico, no residual, de postemergencia.

ROTUNDO TOP es un producto para tratamientos herbicidas para control de malas hierbas anuales y perennes en pre-siembra de cultivos herbáceos (trigo, avena y cebada), cultivos leñosos de porte no rastrero de más de 3-4 años, en aplicación dirigida, barbechos y parcelas agrícolas no cultivadas, renovación de praderas, márgenes de parcelas, muros de contención de arrozales y acequias.

#### Composición

Glifosato (N-fosfonometil glicina) en forma de sal potásica 36% p/v (360 g/l)

Nº de registro

Inscrito en el R.O.P. y M.F con el nº 25.778

Formulación

Concentrado Soluble (SL)

#### Presentación

Categoría	Formato	L/caja	L./pallet
	200 L	200	800
Herbicidas	20 L	20	640
Helbicidas	5 L	20	800
	1 L	12	600

La información contenida en este documento no dispensa de la lectura de la etiqueta y la ficha de datos de seguridad correspondientes

Kenogard Diputación 279, 5º planta, 08007 Barcelona (Spain) Tel.: 934 981 270, Fax.: 934 975 112 www.kenogard.es

1/5

El personal de servicio va uniformado e identificado.





# 9.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

# PARÁMETRO 1: Cumplimiento de los requisitos DALCO

<u>Definición:</u> Grado de cumplimiento de los requisitos normativos en cuanto a las especificaciones de accesibilidad se refiere. (deambulación, aprehensión, localización y comunicación).

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

<u>Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos:</u> anual

Método de cálculo: En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la

puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 8.5

# PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Gestión de Viales y Jardines

IN = 0.6\*MT + 0.4\*ACC

Donde:

MT: Grado de cumplimiento del Plan de mantenimiento trimestral ACC: Grado de cumplimiento de los requisitos de accesibilidad Resultado: 8.8

# 9.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

# 9.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

 Señalización vertical correcta, aunque se han observado varias señales rotas y/o en mal estado, así como el firme agrietado puntualmente → CERRADA EN LA PRESENTE AUDITORÍA OPERATIVA.

# 9.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

Sin incidencias





# 10.-SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.

# 10.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto al Servicio de Gestión de almacenes y distribución - logística se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

# 10.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Procedimiento de trazabilidad en el almacenamiento y distribución, en caso de disponer de él.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Decreto Legislativo 1/2006, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley por la que se regulan los Servicios de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamentos de la Comunidad de Madrid.
- Norma UNE 23580-1:2005: Seguridad contra incendios. Actas de la revisión de instalaciones y equipos de protección contra incendios. Inspección técnica para mantenimiento.
- Norma UNE-EN 15635:2010 de almacenaje en estanterías metálicas. Uso y mantenimiento del equipo de almacenamiento.
- Norma UNE-EN 58013:2016 de almacenaje en estanterías metálicas. Requisitos para el tratamiento de elementos dañados.

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio de almacén, evidenciándose el cumplimiento del procedimiento correspondiente:



COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL HUIE/23.1/P1 v.0



#### COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL

Redactado por: Servicio de Almacén	Aprobado por: NPC	
Nombre:	Nombre:	
Cargo:	Cargo:	
Fecha: Junio 2018	Fecha: Junio 2018	

	CONTROL DE CA	MBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN			
Versión	Fecha	Modificación			
2.2	Febrero 2017	Se actualiza el protocolo con la nueva Central de Compras del Corporativo, adaptando los formatos al nuevo proceso.			
G	Junio 18	Se incluyen los horarios de entrega de pedidos. Se actualiza el seguimiento de los pedidos y el proceso de reclamación a los proveedores. Se actualiza el formato			

Página 1 de 6

#### COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL

HUIE/23.1/PI v.0



#### INDICE

1	OBJETO Y ALCANCE3
2	DOCUMENTACIÓN RELACIONADA3
3	DEFINICIONES
4	DESARROLLO3
5	REGISTROS Y ANEXOS











COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL HUIE/23.1/P1 v.0

#### 1. OBJETO Y ALCANCE

Establecer el procedimiento por el cual tendrán lugar las Compras, Almacenaje y Distribución del material necesario para el desempeño diario de las tareas del Centro:

La finalidad es poseer el control suficiente sobre cualquier artículo desde que aparece la necesidad por carencia del mismo, hasta su entrega final al Servicio Peticionario del mismo.

#### 2. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

- Normas UNE-EN-ISO 9001, 14001, 50001, 18001 vigentes.
- Manual Corporativo del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente, así como toda aquella documentación corporativa.

#### 3. DEFINICIONES

No aplica.

#### 4. DESARROLLO

- ALMACÉN GENERAL (Pedidos a Proveedor). Cuando se identifique la necesidad de un artículo en el Almacén General:
- El Departamento de Compras del Hospital habrá de cumplimentar el formulario "Pedido de Material a Proveedor" (IFMS: PDPR1), el cual se halla en el sistema de gestión del Centro IFMS o IMDH y quedará debidamente registrado en él para su consulta y/o modificación.

Dicha propuesta de pedido será enviada a Central de Compras (CECO) y este a su vez, enviará a vía EDI o correo electrónico al proveedor y se confirmará la recepción del mismo.

El proveedor para cada artículo, será el marcado previamente en las negociaciones que gestiona directamente la Central de Compras del Grupo para todos los Centros del mismo.

Una vez el proveedor realice la distribución de la mercancia y llegue al Almacén General, ésta se recepcionará y sellamos el albarán, quedando pendiente la verificación de la misma, comprobando que su formato, cantidad y precio es igual a la del pedido. Si no fuera así, se dejará constancia de ello mediante notificación por correo electrónico o teléfono al proveedor, indicando discrepancias en cantidad y/o formato.

La mercancía se recepcionará y se ubicará en el Almacén General, pasando a formar parte del stock del mismo.

(1) En el Almacén General están creados, para cada articulo, unos stocks "Máximo", "Mínimo" y un "Segundo Punto de Pedido", lo cual genera un stock de segundad, evitando así las posibles roturas de stock que se deriven de un aumento de los consumos por incrementos en la actividad.

Página 3 de 6





# COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL HUIE/23,1/P1



- a) Para la gestión del stock de un artículo, se tiene en cuenta el consuma media mensual durante el último año natural, así en función del tipo de artículo, del espacio físico para almacenarlo y de su caducidad, se establece un Stock Máximo por encima del cual no se almacena en condiciones de normalidad.
- b) De esta misma manera, no es conveniente llegar a estar par debajo del Stock Mínimo sin apoyarse esta situación en roturas de stock por parte de los proveedores, incrementos de actividad o situaciones anómalas o puntuales no previsibles por los gestores del Almacén y/o las Compras del Centro. Cuando un artículo llega al Stock Mínimo o está por debajo de éste, el sistema de Gestián del Centro genera una <u>Propuesta de Pedido a Proveedor</u> que una vez revisada y aceptada por la Jefatura de Compras, genera un <u>Pedido de Material a Proveedor</u>, el cual en cantidad, es igual a la diferencia entre el stock Máximo del artículo y el Stock actual, de tol forma que el pedido, una vez recepcionado, devuelve al artículo a su stock Máximo o la más próximo a él siempre y cuando se acepten las cantidades que genera la propuesta de pedido.
- c) El Segundo Punto de Pedido es el que marca un punto intermedio de seguridad el que se puede realizar el pedido de material a proveedor y sitúa a cada artículo en un punto de stock entre los puntos a) y b). Cuando un artículo llega al Segundo Punto de Pedido, el sistema de Gestión del Centro genera una <u>Propuesta de Pedido a Proveedor</u> que una vez revisado y aceptado por la Jefatura de Compras, genera un <u>Pedido de Material a Proveedor</u>, el cual en cantidad, es igual a la diferencia entre el stock Máximo del artículo y el Stock actual, de tal forma que el pedido, una vez recepcionado, devuelve al artículo a su stock Máximo o la más próximo a él siempre y cuando se acepten las cantidades que genera la propuesta de pedido.
- ALMACENES DE PLANTA (Pedidos al Almacén General). Cuando se identifique la necesidad de un artículo en cualquier Almacén Periférico (Almacenes de Planta, creados para los diferentes Centros de Caste o Servicios del Centro):
- Los Supervisores de cada Servicio del Hospital habrán de cumplimentar el "Pedido interno de artículos" (IFMS: PDPLA) de acuerdo a las Plantillas de Pedido creadas para cada Servicio.
   Todo ello se encuentra en el Sistema de Gestión del Centro IFMS o IMDH y quedará debidamente registrado.
- El Hospital tiene pactado con cada uno de los servicios y con la dirección de enfermería del centro unos días de reparto por unidad, de tal forma que cada almacén de planta conozca los días que debe realizar el pedido y cuando lo recibirá en su unidad. El horario de entrega de los pedidos en planta será en función de las necesidades del centro y en horario de 8:00 a 15:00 horas.
- El cuadrante de reparto está sujeto a cambios por aumentos de actividad o necesidades de los servicios y ante cualquier cambio será informada a la dirección de enfermería del centro y cambiado en este procedimiento para que todos el personal del Hospital esté informado:

Pagina 4 de 6







#### COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL

HUIE/23.1/P1

v.0

GESMAN ::

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ADMINISTRACIÓN	HOSP, 2	URGENCIAS	HOSP, 2	URGENCIAS
ADMISIÓN GENERAL	HOSP. 0	QUIRÓFANO	HOSP, CORTA ESTANCIA	QUIRÓFANO
ADMISIÓN URGENCIAS	HOSP.CORTA ESTANCIA	EXTRACCIONES	HOSP. MATERNO	HOSP. 0
ATENCIÓN AL PACIENTE	BLOQUE OBSTETRICO	CARIOLOGÍA CEX	NEONATOS	BLOQUE OBSTETRICO
CARD.INVASIVA	HOSP.MATERNO INFANTIL	REHABILITACIÓN	HOSPITAL DE DÍA	RAYOS/CARDIOLO GÍA INVASIVA
EXTRACCIONES	NEONATOS	RAYOS	LABORATORIO	FARMACIA
URGENCIAS	COCINA	CEX 14:15H	DONANTES	UCI
QUIRÓFANO	UCI	UROLOGIA	CEX PLANTA 2 8:00H	CEX 8:00H
ENDOSCOPIAS	3	DIALISIS	QUIROFANO	
ESTERILIZACIÓN		ENDOSCOPIAS		
	ĺ	ESTERILIZACIÓN		

Dicho pedido será recibido en el Almacén General y se procederá a la preparación de la mercancía de acuerdo a las cantidades solicitadas.

 Antes de la entrega de la mercancia, esta será dada de baja en los stocks del Almacén General por medio de la "Dispensación a Almacén" (IFMS: PDPLZ) que generará un registro en IFMS valorado económicamente con el PMP de los artículos dispensados.

# SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.

La Jefatura de Compras del Centro, debe comprobar periódicamente (durante la realización de auditorías internas, revisión del sistema, etc.) el cumplimiento del procedimiento establecido.

En el caso de existir algún incumplimiento se procederá a la apertura de la correspondiente No Conformidad y Acción Correctiva.

Desde Almacén General se lleva a cabo un seguimiento de los pedidos y sus fechas de recepción, para ello se sacan del sistema IFMS los pedidos pendientes de recibir todos los martes y jueves de los pedidos realizados 48 horas antes, todos los que se salgan de este tiempo, se exportan a Excel y se empiezan a reclamar a los distintos proveedores por vía telefónica y correos electrónico y se apuntan en dicho ficheros las observaciones que estos nos indican.

 Si el proveedor informa de una rotura de stock, si el producto en cuestión tiene alternativa de otro proveedor realizamos un pedido mínimo para cubrir necesidades hasta recibir el pedido original.

Piigina 5 de 6



#### COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL

HUIE/23.1/P1

v.0



- Si en el centro no tiene alternativa con otro proveedor, se busca una alternativo en el catalogo de productos de proveedor inicial de pedido para poder dar una alternativa al servicio peticionario y el proveedor envia dicha alternativa.
- Por último si no existe alternativa, se informa al servicio que este material se encuentra en rotura de stock y de la fecha estimada de entrada en almacén general.

#### 5. REGISTROS Y ANEXOS

- HUIE/23.1/P1 /F1: Propuesta de Pedido de Material a CECO (IFMS: PDPRB: 021285)
- HUIE/23.1/P1 /F2: Pedido de Material a Proveedor (IFMS: PDPR1)
- HUIE/23.1/P1 /F3: Pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)
- HUIE/23.1/P1 /F4: Dispensación a Almacén (IFMS: PDPLZ).

# 10.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- Se garantiza la trazabilidad de los productos tanto en almacenamiento como en distribución.
  - o Se comprueba el siguiente producto:







- Se detecta el nombre del proveedor
- Se comprueba fecha de recepción en el Hospital
- Se verifica el control de calidad a la entrada que se realizó en su momento
- Se comprueba a qué Servicio se entregó el producto y en qué fecha
- Se comprueba el siguiente producto:



- Se detecta el nombre del proveedor
- Se comprueba fecha de recepción en el Hospital
- Se verifica el control de calidad a la entrada que se realizó en su momento
- Se comprueba a qué Servicio se entregó el producto y en qué fecha



• Los productos nunca entran en contacto con el suelo:



- La empresa proporciona un servicio eficaz y eficiente de calidad:
  - Se comprueba el registro de "pedido de material a proveedor" (IFMS: PDR1), cuando se detecta una necesidad de un artículo en el almacén general
  - Se verifica el archivo de los albaranes sellados en los que se ha comprobado que su formato, cantidad y precio es igual a la del pedido
  - Se verifica que, en caso de error en lo anteriormente expuesto, se ha notificado al proveedor por correo electrónico o teléfono
  - Se dispone de inventario en soporte papel e informático y ambos coinciden:
    - Se verifica el producto MS03010066, en soporte papel e informático (24 UNIDADES)
    - Se verifica el producto MS03030097, en soporte papel e informático (360 UNIDADES)
    - Se verifica el producto MS03020369, en soporte papel e informático (500 UNIDADES)
    - Se verifica el producto MS05060611, en soporte papel e informático (6 UNIDADES)
    - Se verifica el producto MS01990209, en soporte papel e informático (200 UNIDADES)





- Se verifica el producto MS05060117, en soporte papel e informático (30 UNIDADES)
- Se verifica el producto IN01022796, en soporte papel e informático (12 UNIDADES)
- Se verifica el producto IN01030232, en soporte papel e informático (19 UNIDADES)
- o No se ha detectado la existencia de material sanitario caducado:





















 Se comprueba el registro de los pedidos de los almacenes de planta al almacén general, según "pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)



o Se dispone de un calendario de entregas del almacén general a los almacenes de planta



COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL HUIE/23.1/P1 v.0

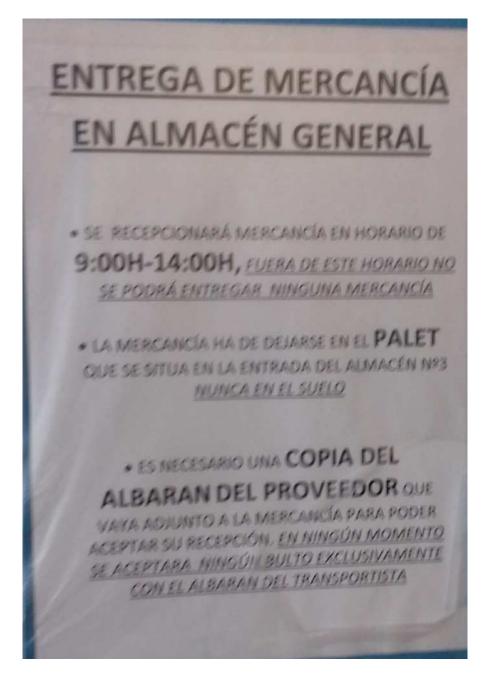
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ADMINISTRACIÓN	HOSP. 2	URGENCIAS	HOSP. 2	URGENCIAS
ADMISIÓN GENERAL	HOSP. 0	QUIRÓFANO	HOSP. CORTA ESTANCIA	QUIRÓFANO
ADMISIÓN URGENCIAS	HOSP.CORTA ESTANCIA	EXTRACCIONES	HOSP. MATERNO INFANTIL	HOSP. 0
ATENCIÓN AL PACIENTE	BLOQUE OBSTETRICO	CARIOLOGÍA CEX	NEONATOS	BLOQUE OBSTETRICO
CARD.INVASIVA	HOSP.MATERNO INFANTIL	REHABILITACIÓN	HOSPITAL DE DÍA	RAYOS/CARDIOLO GÍA INVASIVA
EXTRACCIONES	NEONATOS	RAYOS	LABORATORIO	FARMACIA
URGENCIAS	COCINA	CEX 14:15H	DONANTES	UCI
QUIRÓFANO	UCI	UROLOGIA	CEX PLANTA 2 8:00H	CEX 8:00H
ENDOSCOPIAS		DIALISIS	QUIROFANO	
ESTERILIZACIÓN		ENDOSCOPIAS		
		ESTERILIZACIÓN		

Dicho pedido será recibido en el Almacén General y se procederá a la preparación de la





o El pedido es recibido en el Almacén General



- Se verifica un registro de los productos distribuidos para darse de baja del sistema informático, según "Dispensación a almacén (IFMS: PDPLZ)
- Se comprueba que el sistema informático no indica que en ningún producto se ha detectado una rotura de stock.



o Todos los artículos están identificados:

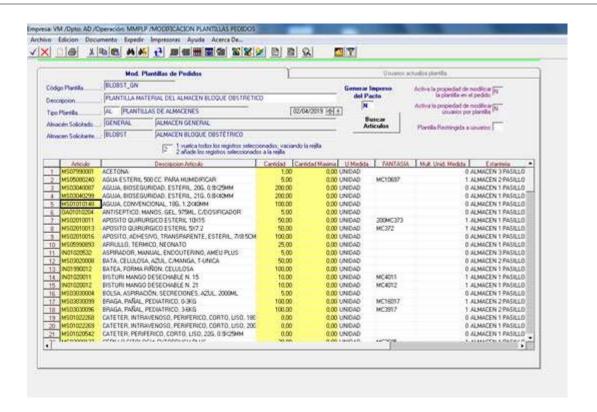


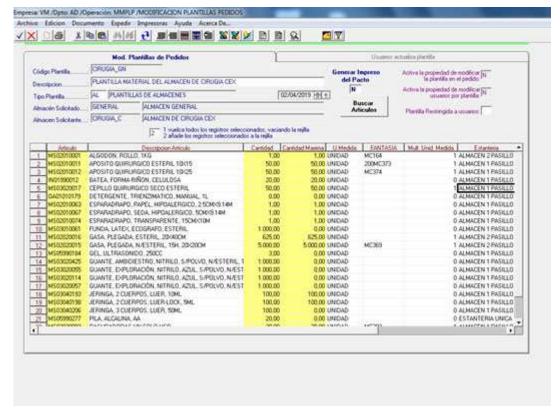


o Queda registro homogéneo de la detección de necesidades que se comunican al almacén general:













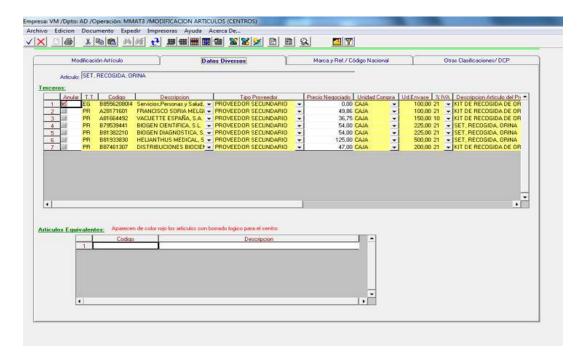
 La puerta del almacén general permanece cerrada y no puede acceder cualquier persona ajena al servicio:



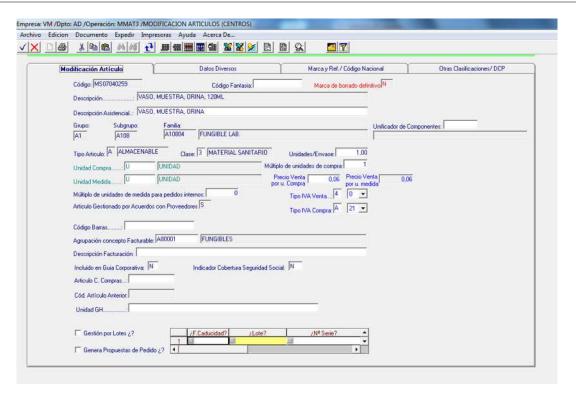


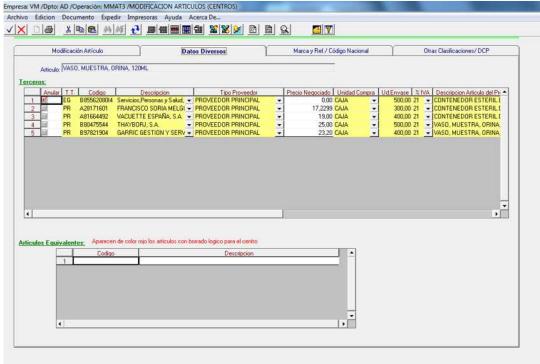
Se ha podido evidenciar que, ante una rotura de stock de una referencia por parte del proveedor, existen otros proveedores como alternativa para evitar quedarse sin stock de dicha referencia, gestionándose de forma efectiva por parte del personal de Almacén y el personal sanitario involucrado:

Modificación Attícula Delos Diversos Marca y Ref. / Código Nacional Otras Clasificaciones / DCP
Código: MS07040395 Código Fantasia Marca de borrado definitivo N
Descripción
Descripción Asistencial SET, RECOGIDA, ORINA
Grupo: Subgrupo: Familia: Unificador de Componentes: AT A108 A10804 FUNGIBLE LAB.
Tipo Articulo: A ALMACENABLE Clase: 3 MATERIAL SANITARIO Unidades/Envase: 100,00
Unidad Compra CAJA CAJA Múltiplo de unidades de compra:
Unidad Medida U UNIDAD Precio Venta 0.00 Precio Venta por u. Compra
Múltiplo de unidades de medida para pedidos internos: 0 Tipo IVA Venta
Articulo Gestionado por Acuerdos con Proveedores S Tipo IVA Comprex A 21 ▼
Código Baires:
Agrupación concepto Facturable: A80001 FUNGIBLES
Descripción Facturación:
Incluido en Guia Corporativa: N Indicador Cobertura Seguidad Social: N
Articulo C. Compres
Cód. Anticulo Anterior:
Unided GH
☐ Gestión por Lotes ¿? /F. Caducidad? /Lote? /Nº Sene? ▲
Genera Propuestas de Pedido /?













#### AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

#### HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

AA

ma. 26/03/2019 13:40

Asensio alonso, Rafael <rafael.asensio.alonso@medtronic.com>

[EXTERNAL]Alternativo Trocar Hasson OMS-T10BTNL

Para Amanda Rodriguez Ramos CC Yolanda Morales Delgado

Respondió a este mensaje el 26/03/2019 14:48.

Hola Amanda, Yolanda, Buenos días

En relación a vuestro pedido

HOSPITAL INFANTA ELENA	19VMG01341	OMS-	Trocar Hasson 10MM BLUNT TIP TROCAR W/O	4	7
CALIBORIES STORY AND A CALIFORNIA CONTRACTOR OF THE PROOF	The State of the S	T10BTNL	LATEX X5		

No podremos entregaros el producto hasta mediados del mes de abril.

He estado hablando con el Dr. Santos y le he ofrecido 2 alternativos con Ref. OMS-T10BTS (Hasson igual pero con la cánula más corta) y la Ref. OMS-T12BTNL (igual pero de diámetro de 12mm en lugar de

Me ha comentado que de las 4 cajas que tiene el pedido, envíe una caja de cada alternativo y deje otras 2 cajas pendientes.

Los alternativos ya están tramitados y seguramente os lleguen mañana miércoles.

Una vez hayan probado ambos alternativos, decidirán cual les gusta más para enviar las otras dos cajas pendientes.

Disculpar las molestias ocasionadas.

#### Medtronic

C/ María de Portugal, 11 | Madrid, 28050. Spain Mobile: +34 608 255 792 | Office: +34 91 625 04 00

Rafael Asensio Alonso@medtronic.com medtronic.com | Facebook | LinkedIn | Twitter | YouTube

LET'S TAKE HEALTHCARE FURTHER, TOGETHER

BA

ma, 26/03/2019 9:40

# Bados, Ana < Ana. Bados@convatec.com>

Re: [EXTERNAL]Re: ALTERNATIVA MUY URGENTE

Para Amanda Rodriguez Ramos

(i) Respondió a este mensaje el 26/03/2019 9:42.

Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

Buenos días Amanda, me comentan en la oficina que habéis rechazado el pedido de Varihesive 15x15.

La pasada semana hablamos de enviarte una alternativa por el mismo precio que el 10x10 y me comentaste OK.

La falta de stock de la medida 10x10 no durará mucho por eso te comenté lo de la alternativa

Dime si os puede servir esta medida o esperamos

Gracias

Ana Bados Delegada de ventas Convatec, S.L. ana.bados@convatec.com 669 146 451





AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE

Archivo .pdf	O - FICHA TÉCNICA.pdf		
	, contraripor		
Mercedes, CONVATEC tiene ROTUR	A de este artículo, y nos ofrecen la alternativa	que adjunto. Me puedes confirmar si os sirve?	
	CONVATEC, S.L.		
500096	CONVAIEC, S.L.	MS03030063	BOLSA, ORINA, 2L, C/URINO
	_		
De: Bados, Ana [mailto:Ana,Bados@ Enviado el: jueves, 21 de marzo d			
Para: Amanda Rodriguez Ramos			
Asunto: Re: [EXTERNAL]Re: ALTER			
		el paso de la orina y que no quede estanca	da y 2 válvulas anti retorno para evitar la infección. No obstante, os lo
enviamos al mismo precio que te	neis ei Unometer 500		
ina Bados			
elegada de ventas			
Delegada de ventas Convatec, S.L una bados@convatec.com			
Delegada de ventas Convatec, S.L ana.bados@convatec.com			
Delegada de ventas Convatec, S.L ina.bados@convatec.com			
Delegada de ventas Convatec, S.L una bados@convatec.com 69 146 451 ma. 02/04/2019 8:29			
Delegada de ventas Convatec, S.L ana bados@convatec.com 669 146 451 ma. 02/04/2019 8:29	iguez Ramos <amanda.rodriç< td=""><td>guez@quironsalud.es&gt;</td><td></td></amanda.rodriç<>	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L ana.bados@convatec.com 669 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodr	iguez Ramos <amanda.rodriç : urgente alternativa</amanda.rodriç 	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L ana.bados@convatec.com 669 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodi RV: [EXTERNAL]RE a @ Supervisores Enfermeria HIE	: urgente alternativa	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L ana.bados@convatec.com 669 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodr RV: [EXTERNAL]RE	: urgente alternativa	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L  ana. bados@convatec.com  369 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodr  RV: [EXTERNAL]RE  a	: urgente alternativa	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L ana. bados:@convatec.com 369 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodr RV: [EXTERNAL]RE a	: urgente alternativa	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L  ana. bados@convatec.com  369 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodr  RV: [EXTERNAL]RE  a	: urgente alternativa	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S.L ana. bados@convatec.com 369 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  AMAR AMANDA RODI RV: [EXTERNAL]RE a	: urgente alternativa	guez@quironsalud.es>	
Delegada de ventas Convatec, S. L ana. bados@convatec.com 669 146 451  ma. 02/04/2019 8:29  Amanda Rodi RV: [EXTERNAL]RE a El Supervisores Enfermeria HIE Yolanda Morales Delgado; Ana Horte 664176.pdf Archivo.pdf  uenos días	: urgente alternativa Iano Sanchez; Francisco Merino Torres	guez@quironsalud.es> Itimos meses lo habéis utilizado en QX y HOSP	0.

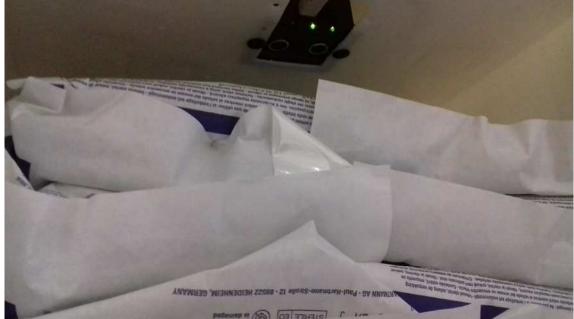
- Se ha valorado como positivo la integración de armarios volumétricos del proveedor Hartmann, para el suministro del material de quirófano:
  - A primera hora de la mañana Hartmann recibe una solicitud automática de necesidad de pedido QS
  - 2. Si QS necesita stock, Hartman a través de la guía envía el pedido a QS.
  - 3. Este pedido se registra automáticamente en el ERP de QS





4. También automáticamente, el pedido se envía a Hartman a través de la Central de Compras.



























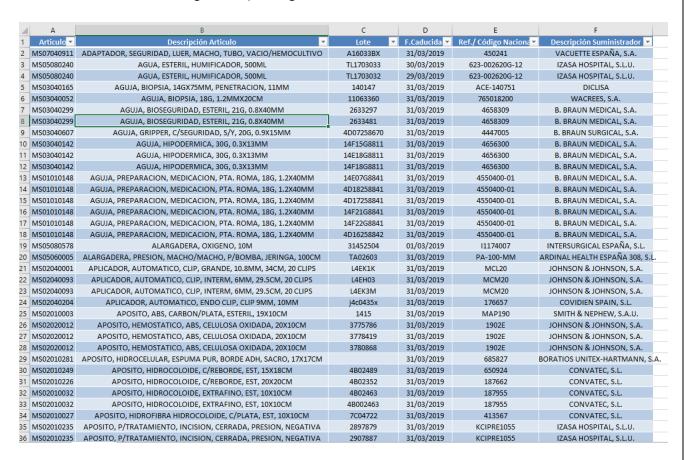
 Se ha podido evidenciar que se lleva un control de los pedidos pendientes de ser suministrados por los proveedores, con objeto de llevar a cabo las reclamaciones pertinentes y el seguimiento de los mismos:

4	Α	В	С	D	E	F	G	Н
1	Num.Pedido	OBSERVACIONES	Ref./ Código Nacional	Descripción Suministrador	Fecha Pedido	Articulo	Descripcion Articulo Proveedor	Env.Ped.
2	19VMG01183 19VMG01183	27-mar	BB515	B. BRAUN SURGICAL, S.A.	12/03/2019	IN01020126	HOJA DE BISTURI N.15	10
3	19VMG01183	22-mar	PO840SU	B. BRAUN SURGICAL, S.A.	12/03/2019	IN01022384	TIJERA, DISECCION, METZENBAUM, RECTA, 310MM	5
		NO HAY STOCK NI FECHA COMERCIAL						
4	19VMG01206	CARLOS TEJEDOR	C0760145	B. BRAUN SURGICAL, S.A.	13/03/2019	MSOSOSOSOS	SUT. NO REABS. SEDA N.3/0 C/AGUJA HR17	1
	19VMG01168	22-mar	002022790T	BECTON DICKINSON, S.A.	12/03/2019		JERINGA 20ML NUTRISAFE 2	7
-	134111001100		0020227301	BECTON DICKINGON, 3.A.	12/03/2013	111303040232	JERRINGA ZOME NOTRIDALE Z	-
		FINALES DE MARZO CAJA CADUCA 31-		BECTON DICKINSON, S.A.				
6	19VMG01231	03	383532		14/03/2019		CATETER, INTRAVENOSO, PERIF, CORTO, CERRADO, 22G, 25X0.90MM	2
7	19VMG01231	27-mar	VH-94	BECTON DICKINSON, S.A.	14/03/2019		EQUIPO DE TRANSFUSION	1
8	19VMG01253	20-mar	63260NY	BECTON DICKINSON, S.A.	15/03/2019		SISTEMA, PRIMARIO, BAJA ABSORCION, P/BOMBA VOLUME,15MI,295CM	4
	19VMG01253	20-mar	60895	BECTON DICKINSON, S.A.	15/03/2019		SISTEMA, SANGRE, P/BOMBA VOLUMETRICA, C/FILTRO, 200MI, 270CM	2
	19VMG01258	20-mar	367957	BECTON DICKINSON, S.A.	15/03/2019		TUBO DE SUERO Y GEL DE 3,5 ML.	1
11	19VMG01258	20-mar	367953	BECTON DICKINSON, S.A.	15/03/2019	MS07040907	TUBO, EXTRACCION, SUERO, C/GEL, T/AMARILLO, 8.5ML	2
		NO HAY STOCK FECHA APROX.		COLOPLAST PRODUCTOS MEDICOS,				
12	19VMG01178	PRIMEROS DE ABRIL	2650	S.A.	12/03/2019	MS05990262	PASTA COLOPLAST 2650	8
		NO HAY STOCK NI FECHA: ANA						
		BADOS: 669.146.451>		CONVATEC, S.L.				
		ana.bados@convatec.com		CONTAINED, SILI				
	19VMG01185	_	500096		12/03/2019		BOLSA, ORINA, 2L, C/URINOMETRO, 500ML	2
	19VMG01189	25-mar	RPP9001	DURVIZ, S.L.U.	12/03/2019		TUBO, RECOGIDA, SISTEMA MINI	5
	19VMG01243	22-mar	05031-101	HELIANTHUS MEDICAL, S.L.	14/03/2019		FUNDA, TERMOMETRO, DIGITAL, ORAL	10
	19VMG01182	22-mar	0101040	IHT MEDICAL, S.A.	12/03/2019		FUNDA, MANGO, LAMPARA QUIRURGICA, ESTERIL	3
	19VMG01135	21-mar	BT0100103	JUVAZQUEZ, S.L.	07/03/2019	IN01990012	BATEA F/RIÑON UN SOLO USO	16
	19VMG00679	NO HAY STOCK NI FECHA 2 SEMANAS	SIG45CTAVM	MEDTRONIC IBERICA, S.A.		MS02040132	CARGA, GRAPADORA, ARTICULADA, CURVA, TEJIDO VASCULAR, 45MM	2
19	19VMG00686	NO HAY STOCK NI FECHA 2 SEMANAS	SIG60CTAMT	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	11/02/2019	MS02040173	CARGA, GRAPADORA, ARTICULADA, CURVA, TEJIDO GRUESO, 60MM	2
		NO HAY STOCK NI FECHA 2 SEMANAS		MEDTRONIC IBERICA, S.A.				
20	19VMG01170	OSCAR TIENE STOCK	EGIA45AMT	WED THOMIC IDENICA, S.A.	12/03/2019	MS02040129	CARGA, GRAPADORA, ARTICULADA, TEJIDO GRUESO, 45MM	1
		NO HAY STOCK NI FECHA 2 SEMANAS						
	40104004470	OSCAR TIENE STOCK	COLACOMAT	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	42/02/2040		CARCA CRARADORA ARTICULARA TEURO CRUECO COMA	
	19VMG01170		EGIA60AMT		12/03/2019		CARGA, GRAPADORA, ARTICULADA, TEJIDO GRUESO, 60MM CARGA, GRAPADORA, ARTICULADA, CURVA, TEJIDO VASCULAR, 45MM	1
	19VMG01170 19VMG01226	NO HAY STOCK NI FECHA 2 SEMANAS	SIG45CTAVM 174317	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	12/03/2019		PINZA, AGARRE, ARTICULADA, ATRAUMATICA, 5X310CM, DES	5
25	19VIVIGU1226	21-mar	1/451/	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	14/05/2019	INI202040198	PINZA, AGARRE, ARTICULADA, ATRAUMATICA, DASTUCIN, DES	3
		NO HAY STOCK NI FECHA 2 SEMANAS		MEDTRONIC IBERICA, S.A.				
24	VM19G01139	LIGASURE, ULTRACISION J&J	LF1737	med monte iberaely sale	08/03/2019	IN01023044	PINZA, SELLADOR, VASOS, MARYLAND, 37CM, 5MM	1
		MEDIADOS DE MARZO HE PEDIDO		SANDOZ FARMACEUTICA, S.A.				
25	19VMG00876	ALTERNATIVA	49021634	SANDOZ FARMACEUTICA, S.A.	########	MS05080259	CAMARA INHALACION VOLUMATIC	65
		NO HAY STOCK FECHA aprx. 15-03 he		~				
26	19VMG00791	pedido prov. Secundario	4590PG	SMITHS MEDICAL ESPAÑA, S.R.L.	********	***********	JERINGA GASOMETRIA 3ML C/PROTECTOR AGUJA	10
	19VMG00791		ROL-CENTRAL-XL VIAS	TACKLEN MEDICAL TECHNOLOGY	15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, ADMINISTRACION, VIAS, IV. CENTRAL, ADULTO	10
	19VMG01260	SEMANA DEL 25-03 SEMANA DEL 25-03	ROL-CENTRAL-XL VIAS	TACKLEN MEDICAL TECHNOLOGY TACKLEN MEDICAL TECHNOLOGY	15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, ADMINISTRACION, VIAS, IV, CENTRAL, ADULTO ETIQUETA, IDENTIF, VIAS, ADMINISTRACION, INTRAART, ADULT, XL	10
	19VMG01260	SEMANA DEL 25-03 SEMANA DEL 25-03	ROL-EPI-XL VIAS		15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, VIAS, ADMINISTRACION, INTRAART, ADOLT, XL  ETIQUETA, IDENTIF, VIAS, ADMINISTRACION, EPIDURAL, ADULT, XL	10
	19VMG01260	SEMANA DEL 25-03 SEMANA DEL 25-03	ROL-INTRAMUSC		15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, VIAS, ADMINISTRACION, EPIDORAL, ADDLI, AL ETIQUETA, IDENTIF, VIAS, ADMINIST, JERINGAS, INTRAMUSC, ADUL	10
	19VMG01260	SEMANA DEL 25-03 SEMANA DEL 25-03	ROL-INTRAMOSC ROL-INTRA-XL VIAS		15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, VIAS, ADMINIST, JERINGAS, INTRAMIOSC, ADULT.	10
	19VMG01260	SEMANA DEL 25-03	ROL-PERI-XL VIAS		15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, VIAS ADMINIST, INTRATECAL/INTRAD, ADULT	10
	19VMG01260	SEMANA DEL 25-03 SEMANA DEL 25-03	ROL-PERI-XS		15/03/2019		ETIQUETA, IDENTIF, VIAS ADMINIST, INTRAVENOSA, PERIFE, ADULI ETIQUETA, IDENTIF, VIAS ADMINIST, INTRAVENOSA, PERIFE, PEDIA	10
	19VMG00373	NO HAY STOCK NI FECHA	664275-000180	TELEFLEX MEDICAL TECHNOLOGY	23/01/2019		SONDA, VESICAL, FOLEY, 3 VIAS, MERCIER, PVC, 18CH	10
34	T24IAIC1002\2	NO HAT STUCK INFECHA	004273-000100	TELEPLEX WIEDICAL, S.A.	23/01/2019	141201040397	SONDA, VESICAE, POLET, S VIAS, MENCIEN, PVC, 18CR	1





 Se ha podido evidenciar que se lleva a cabo un control de caducidades en el almacén general y se registra:



# 10.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### PARÁMETRO 1: Cumplimiento de la normativa de almacenamiento

<u>Definición:</u> Grado de cumplimiento de los requisitos legales en cuanto a las especificaciones de almacenamiento se refiere.

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

<u>Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos:</u> anual <u>Método de cálculo</u>: En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 9





# <u>PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Gestión de Almacenes y Distribución – Logística</u>

IN = 0.4\*Gestión de necesidades+0.4\*Almacén+0.2\* Distribución

#### Donde:

Gestión de necesidades: Grado de satisfacción del procedimiento empleado para la detección de necesidades

Almacén: Grado de cumplimiento de la normativa en materia de almacenamiento, incluyendo especificaciones de trazabilidad, en caso de que aplique.

Distribución: Grado de garantía y seguridad en el procedimiento de distribución incluyendo especificaciones de trazabilidad

Resultado: 8.4

# 10.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

# 10.5.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

 Se ha podido evidenciar que al tener que distribuir la mercancía y debido a la falta de espacio en uno de los almacenillos, los extintores quedaban bloqueados, incumpliendo así la normativa de PCI → SUBSANADA, ya que los pedidos se dejan en pallets de plástico, no obstaculizando ningún elemento de PCI, ni dejando ninguna caja por el suelo:









#### 10.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

#### 10.6.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

 INCIDENCIA MEDIA NUEVA: En los almacenes de plantas no se ha podido evidenciar en todos los casos que las referencias se identifiquen con el mismo código que en el almacén general, e incluso hay referencias sin codificar, lo que puede llevar a error y/o confusión a la hora de realizar los pedidos al almacén general:



































### 10.6.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. INCIDENCIA LEVE NUEVA: No se ha podido evidenciar documentalmente la limpieza de los pallets de plástico y visualmente se ha podido evidenciar de algunos de ellos con suciedad:





#### 11.-SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO.

## 11.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto a Apoyo Administrativo se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 11.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Listado telefónico.
- Informe de llamadas atendidas, perdidas y no atendidas.
- Encuesta de satisfacción a los clientes o del instrumento de medición que se haya habilitado.

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se cuentan con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, y se ha verificado que tienen conocimiento de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se ha evidenciado que el personal del servicio acompaña a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan.
- Se ha comprobado que se realizan tareas de comunicación: Centralita Telefónica, así como otros sistemas de comunicación que utiliza el Hospital (buscapersonas, localización personal de guardia, llamadas internas, etc...). También se ha comprobado que se ejecuta la función de Coordinar todos los sistemas de comunicación de emergencia (incendio, bombas, alarmas de instalaciones, robo, etc.) así como disponer de un listado telefónico actualizado trimestralmente.

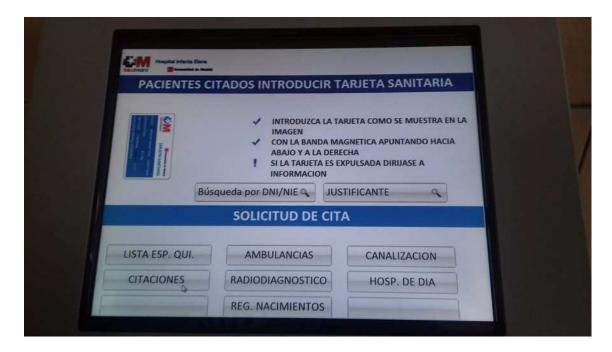


En el Servicio de Admisión y Atención al Paciente (Apoyo Administrativo) se llevan a cabo las siguientes tareas, verificándose que se cumple en todo momento con la operatividad y/o uso de las áreas funcionales del Hospital Infanta Elena y de los Centros de Especialidades, relacionadas con este servicio:

- Admisión: Central en el Hall, en Urgencias y en Rehabilitación/Diálisis
- Agendas Gestión de Citas (mostrador o diferidas)
- Lista de Espera Quirúrgica
- Derivaciones/Canalizaciones
- Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
- Urgencias
- Call Center → Atención telefónica de Pacientes
- Fidelización del Paciente (Publicidad y Marketing)
- Portal del Paciente (sms y llamadas telefónicas)

#### 11.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- Se cuenta con profesionales con conocimientos en habilidades de comunicación.
- Existen puntos de atención e información al paciente de urgencia 24h.



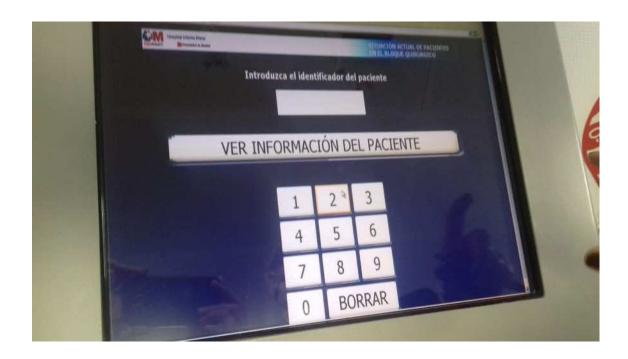














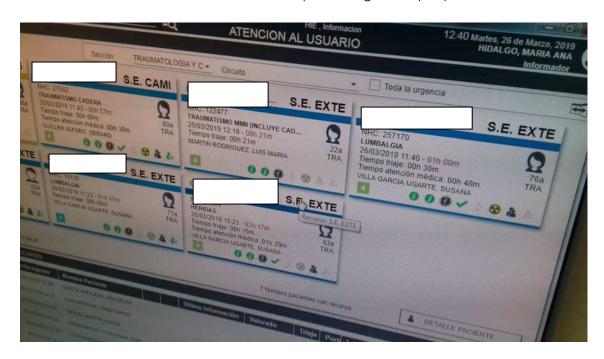








Se tiene control informático de los tiempos de urgencias por paciente



- El personal acompaña a enfermos o visitantes siempre que lo necesiten.
- El personal tiene conocimientos básicos en otras lenguas utilizadas habitualmente.
- El personal va uniformado e identificado.



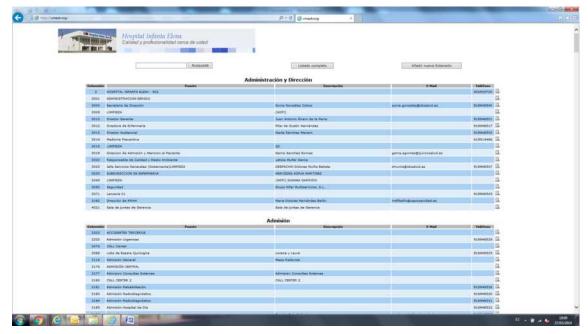






• Se dispone de un listado telefónico actualizado en la Intranet.

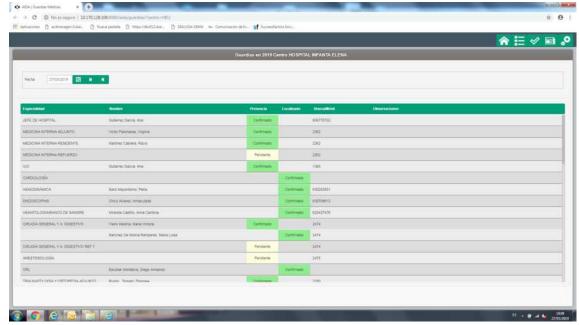




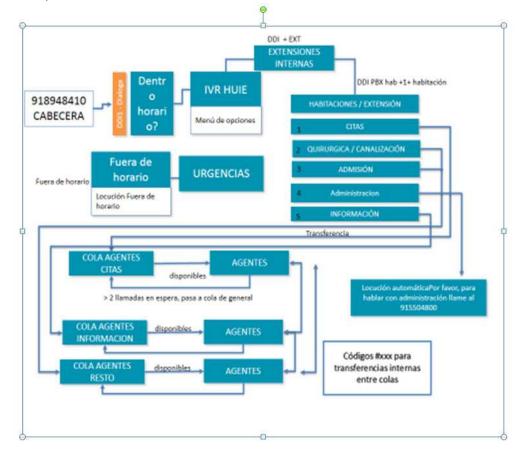


Acceso desde la intranet a las guardias médicas:





- Se comprueban aleatoriamente las siguientes extensiones, comprobándose que están correctas:
  - o RAX Admisión Rehabilitación: 3191
  - o Neonatos-Control: 1306
  - o Banco de Sangre-Depósito de sangre 1: 1351
  - o Hospitalización Planta 00 Habitación 15: 1015
- Se dispone de un circuito de comunicación de llamadas:

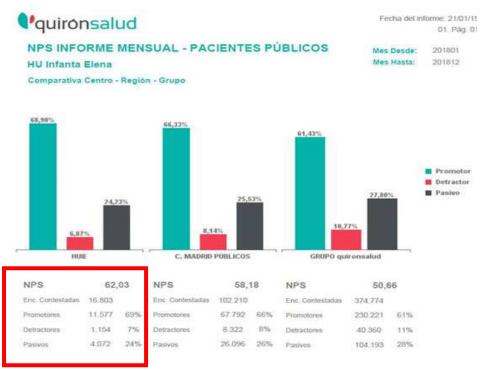


- Se cumple el deber de confidencialidad, ya que se dispone de un anexo al Contrato en el que el personal administrativo se compromete al cumplimiento de la legislación vigente en esta materia.
- El personal es educado y trata con respeto.
- La encuesta de satisfacción para el año 2.017 está por encima del 75%, ya que en las preguntas referentes a administrativo que se detallan a continuación, la satisfacción obtenida ha sido de un 97.5%:



- Facilidad para conseguir cita
- o Atención recibida por el personal administrativo

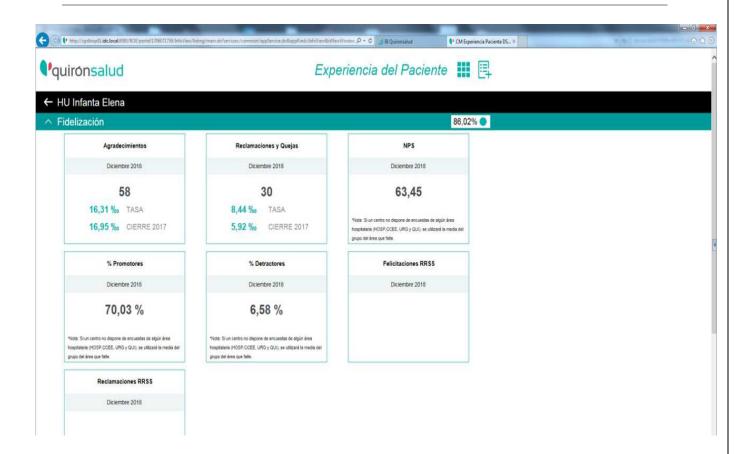








AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE







 Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en el Call Center, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso.



#### Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Infanta Elena Fecha: Noviembre/2018

Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

#### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

Número de llamadas atendidas (contestadas)	14.795
Número de llamadas entrantes	15.869
*Número de llamadas perdidas	791(total abandonadas) 445 (abandonadas + 60s )
**Porcentaje de llamadas perdidas (número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes)	4,08 %

<sup>\*</sup>Se considera llamada perdida a aquella llamada no atendida con más de 60 segundos de espera sin respuesta

#### Información adicional

Se remite ficha siguiendo los criterios habituales a la espera de nuevas definiciones de parámetros.

- Se ha evidenciado el cumplimiento de la LOPD y por tanto del deber de confidencialidad de todos los Profesionales del Servicio de Admisión y Atención al Paciente.
- No se ha evidenciado durante la Auditoría Operativa faltas de atención por parte del Personal del Servicio de Apoyo Administrativo que denotasen mala educación, falta de respeto, etc, hacia el paciente y sus familiares.





<sup>\*\*</sup> Porcentaje de llamadas perdidas: número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes



- Se ha evidenciado que se llevan a cabo de un modo eficaz las tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales del Hospital Infanta Elena a cuyo efecto, se ha evidenciado que se dispone de profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se ha evidenciado que se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Se ha verificado que se atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, teniendo el personal del Servicio de Admisión y Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se realizan Proyectos relacionados con ofrecer una mejor Atención de los Pacientes del Centro.



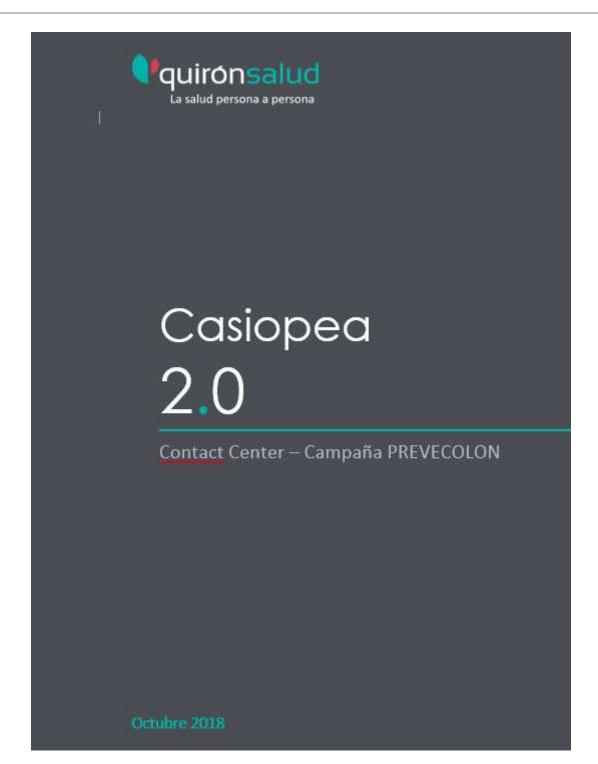
## Nuevo servicio de guiado por tu hospital a través del Portal del Paciente

Al entrar al hospital tu propio móvil puede ayudarte a llegar a tu destino













## COMITÉ CALIDAD PERCIBIDA Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Acta de Reunión nº 1. 9 de enero de 2019

**+** 

#### ASISTENTES

Secretario: Dª Gema Sánchez

Vocales:

Dr. Adrian Husillos

Dr. Aythamy Henriquez

Dra. Mª Del Carmen García Torrejón

D. Jorge Alvarez

Dª Susana Garrido

Dª Leticia Muller

Dr. Alfonso Miguelañez

D. Manuel Campoy

Dr. Cristobal Suarez

Invitados: Dª Beatriz Sopeña y Dr. Rodriguez Candia

Reunión de la Comisión de Calidad <u>Percibida</u> a las 8:30 horas en la Sala de juntas del Hospital Infanta Elena con asistencia de los

miembros expresados al margen.

Dª Rebeca Muñoz Dª Dolores Muñiz

D. Manuel Martínez Jiménez

Dª Sandra Arevalo

Presidente: Dª Marta Sánchez Menam

Dª Mercedes Adriá Dª Pilar de Gustín Dª Beatriz Botran

#### ORDEN DEL DÍA

- Aprobación del acta nº 6-2018 del Comité.
- Proyecto Humanización en paritorio
- 3. Resumen anual reclamaciones y agradecimientos 2018
- Ruegos y preguntas.

#### TEMAS TRATADOS:

1. Aprobación, si procede, del acta nº44 del Comité de Calidad Percibida.

Se aprueba el acta anterior.

#### 2. Proyecto Humanización en paritorio

El Jefe de Servicio de Obstetricia, Dr. Rodriguez Candia y la supervisora de paritorio acuden invitados a la Comisión para plantear el proyecto de humanización de paritorio. Según explican ha disminuido el número de partos en el Hospital aunque en menor medida que en otros hospitales de la CAM, la tasa de cesáreas está por debajo de la media y la cesárea humanizada así como el parto humanizado son la práctica habitual. No obstante plantean modificar los 4 paritorios y las 2 salas de dilatación en cuanto a la infraestructura, dotando los espacios de una mayor calidez. Plantean cambiar el color de las paredes, la iluminación, el tipo de suelo (PVC con canto redondeado), colocar paneles retroiluminados, música ambiental, renovar la silla de partos, las pelotas, colocar una liana, etc.

Se ha solicitado presupuesto que nos lo harán llegar para su valoración.











# Sumario











Revista del Hospital Universitorio Infanta Elena Awds. Reyes Católicos, 21 Valdemoro, 28340 Madrid Tel. Información 91 894 84 10 hospitalinfantaelena.es madrid.org

Comité editorial: Ängel Jiménez Rodríguez Gerna Sánchez Gómez Marta Sánchez Menán Öscar Görnez Martin Pliar de Gustín Hernández

> Disello y maquetación: Departamento corporativo de marketing









## 11.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

#### PARÁMETRO 1: Listado telefónico actualizado

<u>Definición:</u> Grado de cumplimiento de la actualización trimestral del listado telefónico

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

<u>Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos:</u> mensual <u>Método de cálculo</u>: Comprobación de 5 números de teléfono de forma aleatoria. En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

## 11.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR

Sin incidencias

#### 11.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

#### 11.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

- 1. INCIDENCIA LEVE NUEVA: No se evidencia que el porcentaje de llamadas perdidas en centralita sea inferior al 3% por meses en el año 2018:
  - Enero 2018: 3,2%
  - Febrero 2018: 3,35%
  - Marzo 2018: 3,62%
  - Abril 2018: 3,5%
  - Mayo 2018: 4,07%
  - Junio 2018: 3,5%
  - Julio 2018: 4,1%
  - Agosto 2018: 5,9%
  - Septiembre 2018: 3,7%
  - Octubre 2018: 3,38%
  - Noviembre 2018: 4,08%
  - Diciembre 2018: 6,4%
- 2. INCIDENCIA LEVE NUEVA: No se evidencia la realización de preguntas referentes al apoyo administrativo en las encuestas de satisfacción, correspondientes al año 2018.





## 11.7.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

DE GESTIÓN, S.L.

GESMAN:

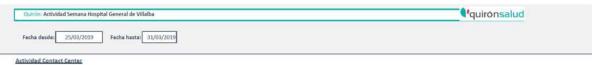
## 11.7.1.-EVIDENCIA DOCUMENTAL DE ATENCIÓN TELÉFONICA.











				-			TOTA	LSEMANA		6			
		Recibidas (sin aband, <≤ sg)	Atendidas	Nivel de atención	Nivel de atención (sin aband. <5 sa)	Salientes	TMO Atendidas	TME	Tiempo Logado	indice de rellamada	Nivel de servicio < 30sg	Recibidas (sin aband. <60 sg)	Nivel de atención (sin aband, <60sg)
	Total Mes	13.340	13.016	96,9%	97,6%	- 4	02:21	00:15	2394:07:47	1,24	87,5%	13.222	98,4%
	Total Semanal	1.573	1,549	97,9%	98,5%		02:07	00:12	255:02:08	1,21	90,8%	1.560	99,3%
Lunes	25/03/2019	865	852	97,9%	98,5%		02:07	00:13	123:42:11	1,22	89,4%	858	99,3%
Martes	26/03/2019	708	697	97,8%	98,4%		02:08	00:12	131:19:57	1,20	92,4%	702	99,3%
Miércoles	27/03/2019			1					1 1				
Jueves	28/03/2019			1	1				1 1				l .
Viernes	29/03/2019			1	1				1 1				
Sábado	30/03/2019												
Domingo	31/03/2019												
	HGV - CITAS	1.020	1.015	99,0%	99,5%		02:23	00:11	160:24:06	1,15	92,6%	1.017	99,8%
Lunes	25/03/2019	570	568	99,1%	99,6%		02:19	00:12	77:04:49	1,17	90,9%	569	99,8%
Martes	26/03/2019	450	447	98,9%	99,3%		02:27	00:11	83:19:17	1,14	@ 94,7%	448	99,8%
Miércoles	27/03/2019												
Jueves	28/03/2019			1	1				1 1		1		l .
Viernes	29/03/2019			1	1				1 1		1		l .
Sábado	30/03/2019			1	1				1 1		1		
Domingo	31/03/2019												
	HGV - INFO	503	487	95,9%	96,8%		01:37	00:13	67:47:26	1,33	88,6%	493	98,8%
Lunes	25/03/2019	271	262	96,0%	96,7%		01:40	00:14	33:40:02	1,33	86,8%	265	98,9%
Martes	26/03/2019	232	225	95,7%	97,0%		√ 01:34	00:11	34:07:24	1,33	90,6%	228	98,7%
Miércoles	27/03/2019	000000	9 3454				17. 6574-55		C7(14000217-0			7000	E PASA REMOS
Jueves	28/03/2019			1	1				1 1		1		
Viernes	29/03/2019			1	1				1 1		1		
Sábado	30/03/2019			1	1				1 1		1		l .
Domingo	31/03/2019												
	HGV - LEQ	50	47	94,0%	94,0%		01:48	00:27	26:50:36	1,32	76,0%	50	94,0%
Lunes	25/03/2019	24	22	91,7%	91,7%		02:02	00:15	12:57:20	1,41	83,3%	24	91,7%
Martes	26/03/2019	26	25	96,2%	96,2%		<b>√</b> 01:35	00:37	13:53:16	1,24	69,2%	26	96,2%
Miércoles	27/03/2019				100000000000000000000000000000000000000		1-317135-				2,0300	1-33	- C-00-005-05
Jueves	28/03/2019								1		1		l
Viernes	29/03/2015												
Sábado	30/03/2019												
Domingo	31/03/2019	1						Vi.					







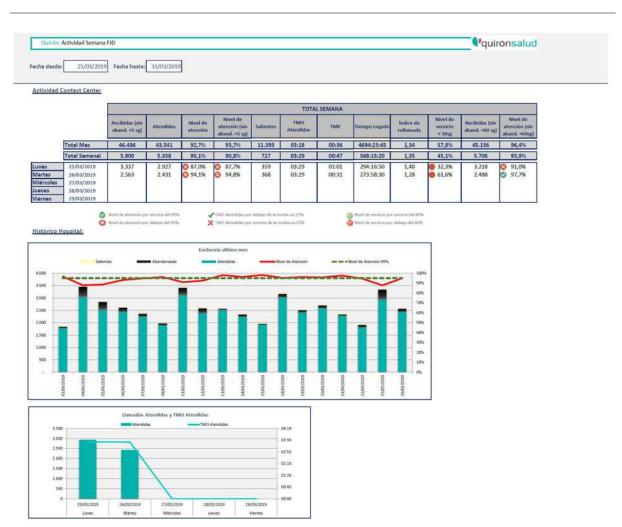
#### Histórico Hospital:















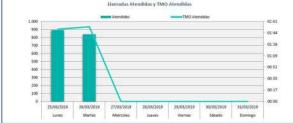
#### TMO TME Total Mes 1291:42:31 13.785 13.376 96,0% 97,0% 7.372 02:04 00:15 1,23 84,0% 13.597 98,4% 150:23:52 1,27 97,7% 99,3% Ø 94,8% Ø 97,9% 95,7% 98,5% 01:49 01:53 25/03/2019 26/03/2019 27/03/2019 28/03/2019 29/03/2019 78,1% 87,7% 932 852 892 839 219 337 70:39:17 79:44:35 1,28 1,26 913 845 00:19 00:14 30/03/2019 79:41:58 33:45:40 45:56:18 9 75,1% 87,4% 96,2% 98,7% 01:42 01:33 569 475 00:14 00:15 00:14 71:45:55 97,4% 99,7% 93,7% 96,8% 84,8% 87,6% 32:15:53 39:30:02 1,27 1,28 25/03/2019 26/03/2019 02:01 02:19 30/03/2019





#### Histórico Hospital









00:52 00:35 00:17





quironsalud

Quirón: GLOSARIO

Abandonadas

Llamadas recibidas - Llamadas atendidas

Admi

Tiempo dedicado a labores administrativas después de colgar una llamada y antes de atender otra

Atendidas

Número de llamadas Atendidas

Citas Automáticas

Número de llamadas derivadas al servicio de citación automático

Conertado

Tiempo logado

Cp Cp

Canal Prevalente es el tiempo dedicado a gestionar otros canales ajenos al canal telefónico

Derivadas a Centralita

Número de llamadas derivadas a centralitas

In

Tiempo hablado llamadas entrantes

Indice Rellamada

Número de llamadas / número de teléfonos diferentes

Nivel de atención

Llamadas Atendidas / Llamadas Recibidas

Nivel de atención (Sin aband. < 5sg)

Llamadas Atendidas / (Llamadas Recibidas - abandonadas antes de 5 segundos)

Nivel de atención (Sin aband.<60sg)

Llamadas Atendidas / (Llamadas Recibidas - abandonadas antes de 60 segundos)

Nivel de servicio < 30sg

Llamadas contestadas antes de 30 segundos / llamadas recibidas

Out

Tiempo hablado llamadas salientes

Productive

 $Tiempo\ hablado\ llamadas\ entrantes\ +\ Tiempo\ hablado\ llamadas\ salientes\ +\ Canal\ Prevalente\ +\ Tiempo\ Administrativo\ +\ Back\ Office$ 

A Recibidas

Número llamadas recibidas

Recibidas (Sin aband.<5sg)

Número llamadas recibidas, restando las abandonadas antes de 5 segundos

Recibidas (Sin aband.<60sg)

Número llamadas recibidas, restando las abandonadas antes de 5 segundos

Salientes

Número llamadas emitidas

Tiempo Administrativo

Tiempo Administrativo + Canal Prevalente + Back Office

Tiempo disponible o Disp in

Tiempo logado - horas hablando - otros tiempos productivos - tiempo técnico - tiempo no disponible

Tiempo Hablado

Tiempo hablado llamadas entrantes + Tiempo hablado llamadas salientes

Tiempo no disponible o ND

Tiempo comida + Tiempo descanso + Tiempo pausa

Tiempo Comunica + Tiempo Espera

TME

Tiempo medio que se tarda en atender una llamada (Tiempo medio de espera)

TMO Atendidas

Tiempo medio de conversación de una llamada atendida

TMO Salientes

Tiempo medio de conversación de una llamada emitida

Productividad

Productivo/Conectado





# 11.7.2.-EVIDENCIA DOCUMENTAL DE AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES.



			Enero	Febrero	Marzo	Abrii	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
		TOTAL	61	76	110	68	67	83	86	46	37	82	98	: 58	872
AGRADECIMIENTOS	HUIE	TASA	15,27	20,48	29,40	17,23	17,35	21,64	25,05	16,57	10,38	18,90	24,07	17,34	19,54
		REF	15,05	14,54	20,79	27,68	16,56	15,22	19,93	11,66	14,77	18,07	19,95	21,11	18,02
		TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QUEJAS	HUIE	TASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		REF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		TOTAL	21	32	25	30	38	23	25	22	21	28	30	30	325
RECLAMACIONES H	HUIE	TASA	5,26	8,62	6,68	7,60	9,84	6,00	7,28	7,92	5,89	6,45	7,37	8,97	7,28
		REF	8,45	7,00	5,38	3,46	5,17	4,13	3,27	7,29	6,08	7,64	8,44	7,99	6,22



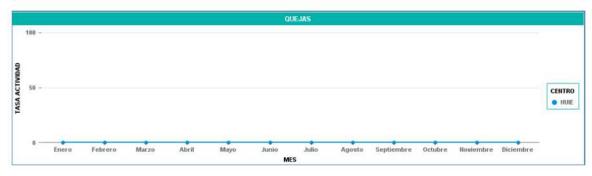
AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 02. Påg. 01

DATOS TOTALES

Consulta para otras fechas





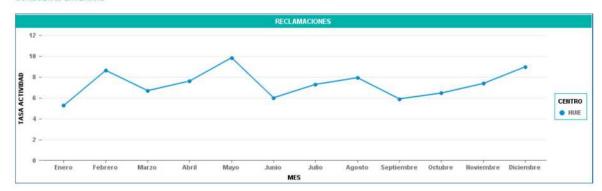




#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 02. Pág. 02

#### CONSULTAS EXTERNAS





#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 03, Pág. 01

Consulta para otras fechas

#### CONSULTAS EXTERNAS

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Мауо	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diclembre	TOTAL
HUIE	27.979	26.252	26.226	28.334	26.989	27.255	24.247	18.583	24.942	31.307	29.046	20.951	312.111

			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
		TOTAL	21:	30	40	34	26	37	38	14	17	32	30	13	332
AGRADECIMIENTOS	HUIE	TASA	7,51	11,43	15,25	12,00	9,63	13,58	15,67	7,53	6,82	10,22	10,33	6,20	10,64
		REF	11,73	8,58	10,83	14,12	7,79	10,75	13,11	7,96	9,45	9,02	14,96	14,81	11,06
		TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QUEJAS	HUIE	TASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		REF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		TOTAL	13	12	11	19	16	12	10	14	10	13	20	18	168
RECLAMACIONES	HUIE	TASA	4,65	4,57	4,19	6,71	5,93	4,40	4,12	7,53	4,01	4,15	6,89	8,59	5,38
		REF	4,54	2,98	2,03	1,66	2,97	2,51	3,74	3,72	7,40	5,05	4,74	6,28	3,92





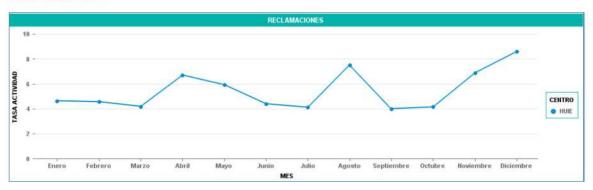


## **1**quironsalud

AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 04. Pág. 02

#### CONSULTAS EXTERNAS







#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 05, Påg, 01

URGENCIAS

Consulta para otras fechas

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
HUIE	10.102	8.996	9.281	9.249	9.852	9.314	8.630	7.874	9.149	10.162	9.690	10.719	113.018

			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
		TOTAL	6	6	5	2	6	8	4	3	1	6	2	5	54
GRADECIMIENTOS	HUIE	TASA	5,94	6,67	5,39	2,16	6,09	8,59	4,63	3,81	1,09	5,90	2,06	4,66	4,78
		REF	4,14	4,70	2,13	3,37	3,01	3,25	1,28	2,74	2,29	2,04	3,07	1,81	2,81
		TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.0
QUEJAS	HUIE	TASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		REF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		TOTAL	6	17	12	5	15	7	9	7	9	12	9	11	119
RECLAMACIONES	HUIE	TASA	5,94	18,90	12,93	5,41	15,23	7,52	10,43	8,89	9,84	11,81	9,29	10,26	10,53
		REF	15,51	15,27	9,57	6,73	8,03	7,57	1,28	13,72	2,29	14,29	13,31	9,07	9,81

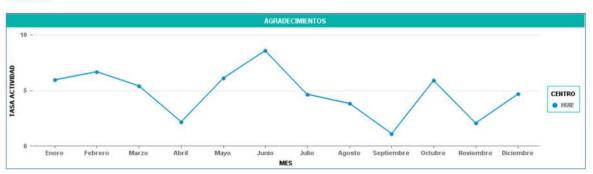


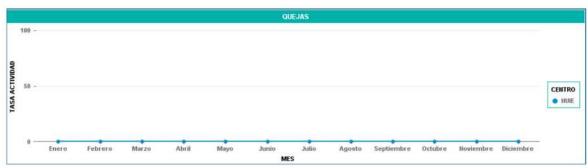
#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe; 08/01/19 06. Påg. 01

URGENCIAS

Consulta para otras fechas





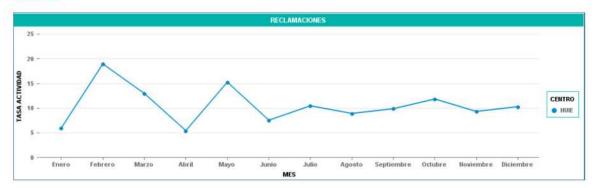




#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 06. Pág. 02

#### URGENCIAS





#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 07, Påg. 01

HOSPITALIZACIÓN

Consulta para otras fechas

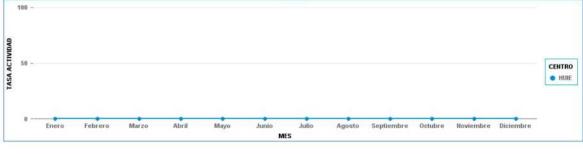
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
HUIE	941	885	949	875	907	843	732	724	742	878	936	895	10.307

			Enero	Februro	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
		TOTAL	31	30	52	24	30	34	31	24	13	34	39	23	368
AGRADECIMIENTOS	HUIE	TASA	329,44	338,98	547,95	274,29	330,76	403,32	423,50	331,49	175,20	387,24	416,67	256,98	354,13
		REF	243,36	275,23	551,00	536,99	458,38	243,28	371,90	214,59	273,60	399,06	309,05	347,73	354,12
		TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(
QUEJAS	HUIE	TASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		REF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		TOTAL	2	3	2	5	4	2	3	21	2	2	া	:1	28
RECLAMACIONES	HUIE	TASA	21,25	33,90	21,07	57,14	44,10	23,72	40,98	13,81	26,95	22,78	10,68	11,17	27,17
		REF	33,19	57,34	58,62	11,93	24,13	25,61	13,77	42,92	13,68	23,47	66,23	21,07	33,20







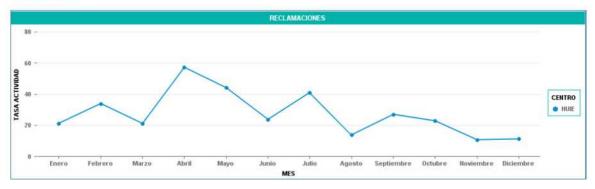




#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 08. Pág. 02

HOSPITALIZACIÓN







#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 09. Pág. 01

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Consulta para otras fechas

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
HUIE	922	974	958	998	871	939	722	587	817	1.044	1.043	889	10.764

			Enero	Febrero	Marzo	Abeil	Mayo	Junio	Julio	Agesto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
		TOTAL	3	3	7	6	4.	4	4	5	0	5	(1)	3	45
AGRADECIMIENTOS	HUIE	TASA	32,54	30,80	73,07	60,12	45,92	42,60	55,40	85,18	0,00	47,89	9,59	33,75	41,81
		REF	0,00	21,19	27,96	94,56	10,92	83,43	43,10	0,00	26,95	99,45	49,85	75,57	44,87
		TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	D	0
QUEJAS	HUIE	TASA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		REF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		TOTAL	0	0	0	1	3	2	3	0	0	1	0	0	10
RECLAMACIONES	HUIE	TASA	0,00	0,00	0,00	10,02	34,44	21,30	41,55	0,00	0,00	9,58	0,00	0,00	9,29
		REF	22,83	0,00	18,64	11,82	21,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,97	25,19	9,75

# **!**quironsalud

#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

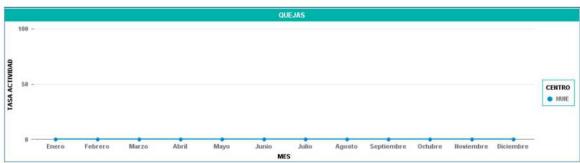
Fecha del informe: 08/01/19

10. Pág. 01

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Consulta para otras fechas







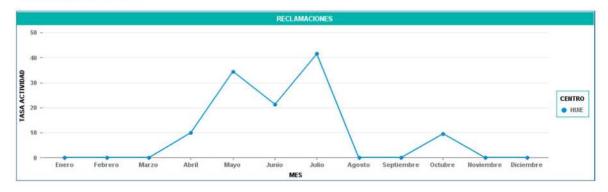




#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 10, Pág. 02

#### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS





#### AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19 11. Pág. 01

RESTO DE ACTIVIDAD

Consulta para otras fechas

		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
AGRADECIMIENTOS	HUIE	0	7	6	2	- 1	0	9	0	6	5	26	14	76
QUEJAS	HUIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RECLAMACIONES	HUIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	



## quironsalud AGRADECIMIENTOS, QUEJAS Y RECLAMACIONES - 2018

Fecha del informe: 08/01/19

12. Pág. 01

#### INFORMACIÓN

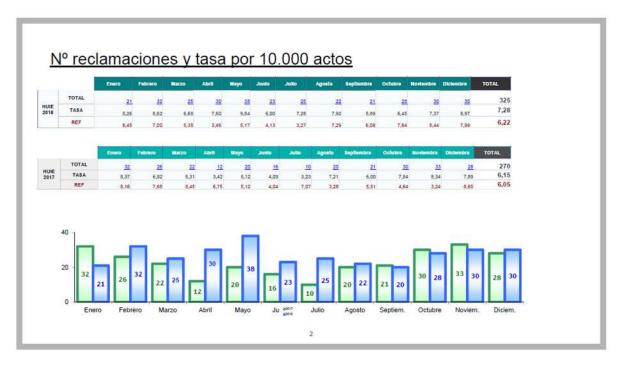
lúmero de agradecimientos, qu	uejas y reclamaciones interpuestas por centro y área hospitalaría en el periodo de referencia. Los datos se obtienen de la aplicación IGR.
ÁREA HOSPITALARIA	
CONSULTAS EXTERNAS	Se contabilizan aquellos episodios de consultas externas en los que el paciente se ha presentado y se trata de consultas Primeras, Sucesivas o de Alta Resolución.
URGENCIAS	Se contabilizan los episodios de urgencias en un periodo (año, mes) determinado por la fecha de ingreso en urgencias y no por la fecha de alta. (*)
HOSPITALIZACIÓN	Se contabilizan los episodios de hospitalización en un período (año, mes) determinado por la fecha de alta. Se excluyen los episodios cuya unidad de enfermería no computa para la actividad. (*)
INT. QUIRÚRGICAS	Se contabilizan las intervenciones asociadas a servicios quirúrgicos y se excluyen los episodios asociados a quirófanos que no computan para la actividad. (*)
(*)	Se excluyen también los episodios con diagnóstico principal (V68.9 - CONTACTO CON FIN ADMINISTRATIVO NO ESPECIFICADO) o con diagnóstico secundario (V64.1 - PROCEDIMIENTO GUIRURGIOTRO TIPO NO REALIZADO CONTRAINDICACION, V64.2 - PROCEDIMIENTO GUIRURGIOTRO TIPO NO REALIZADO DO TROS MOTIVOS DE CONTRAINDICACION, V64.2 - PROCEDIMIENTO GUIRURGIOTRO TIPO NO REALIZADO DO TROS MOTIVOS MOTI



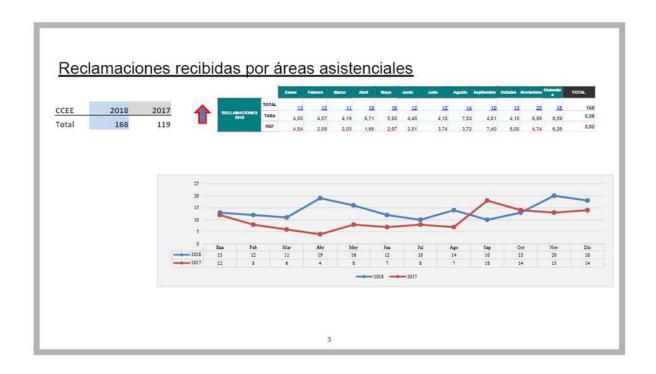


# 11.7.3.-EVIDENCIA DOCUMENTAL DE INFORME ANUAL DE RECLAMACIONES 2018 Y PORTAL DEL PACIENTE.



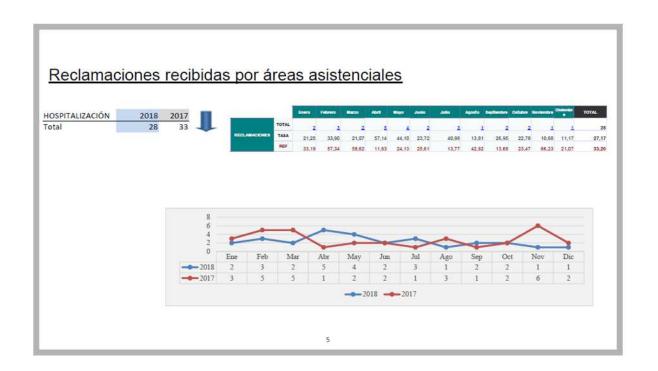












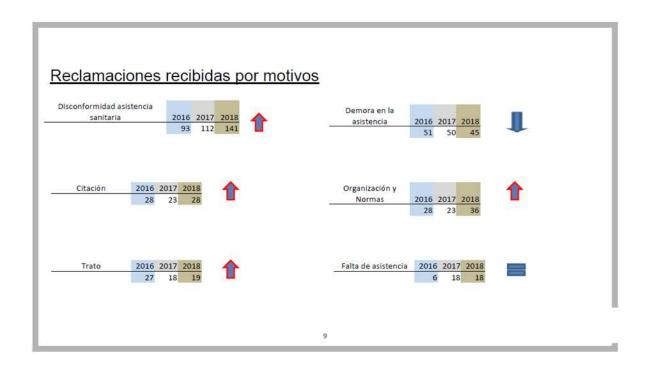


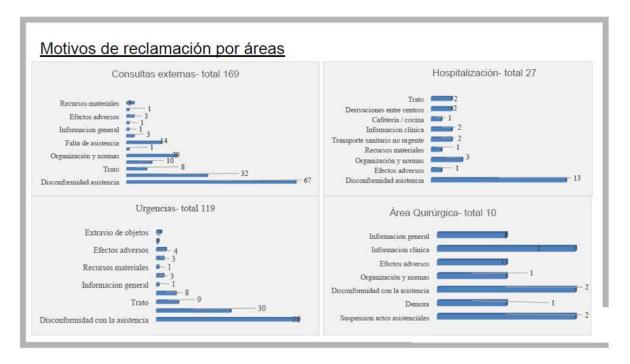




# 



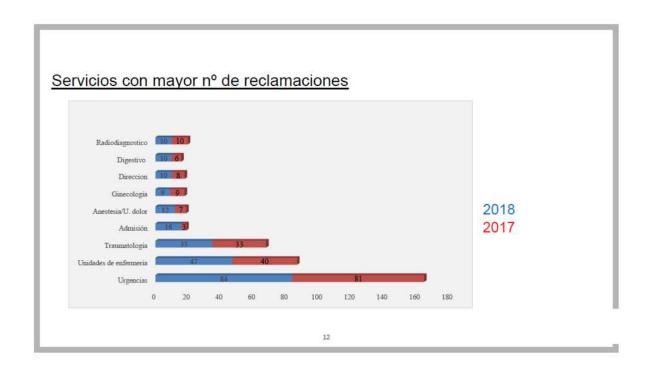


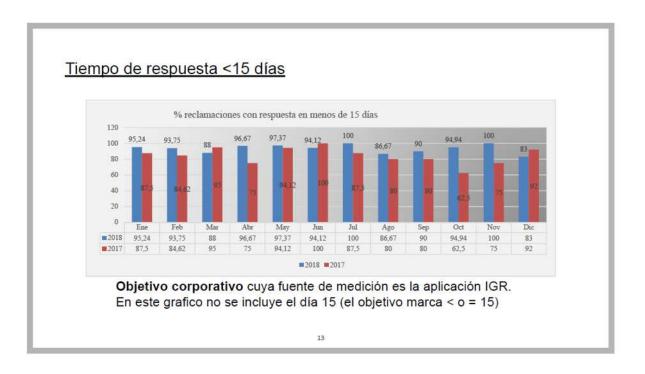






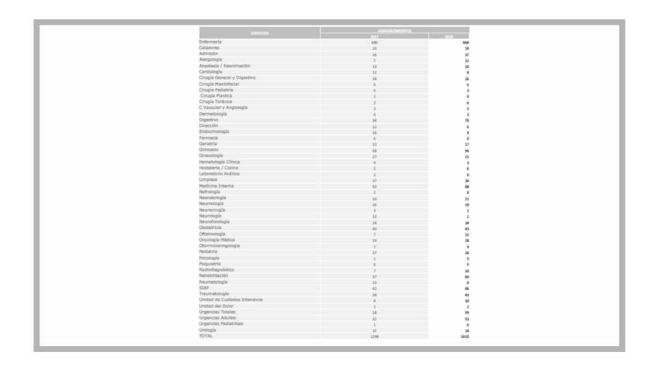
crawcios.		Nº	recl.
SERVICIOS	2018	2017	2016
ENFERMERÍA	47	40	31
URGENCIAS ADULTOS	74	67	52
TRAUMATOLOGIA	35	33	24
URGENCIAS PEDIATRICAS	10	14	7
RADIODIAGNÓSTICO	10	10	7
GINECOLOGÍA	9	9	9
DIRECCION	10	8	7
PSIQUIATRIA	5	8	6
PSICOLOGIA	1	6	6
DIGESTIVO	10	6	8
U. DOLOR/ANESTESIA	12	7	8
M.INTERNA	4	4	7
DERMATOLOGIA	2	4	5
C. MAXILOFACIAL	2	4	1
UROLOGIA	5	4	4
ADMISION	16	3	14
CARDIOLOGIA	4	3	2
C.G.D	6	3	5
COCINA	4	3	4
REHABILITACION	7	1	5
LABORATORIO	0	3	1
NEUROLOGIA	5	3	4
RESTO	46	28	51

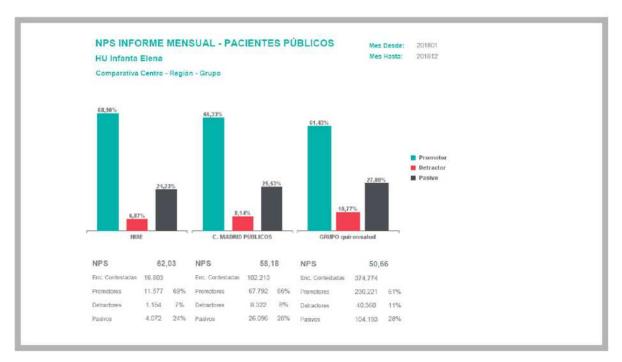






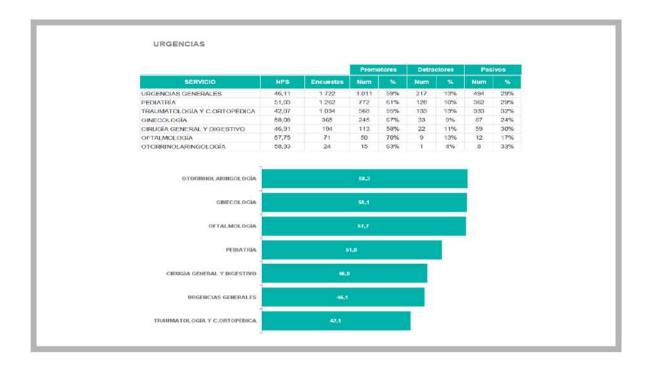






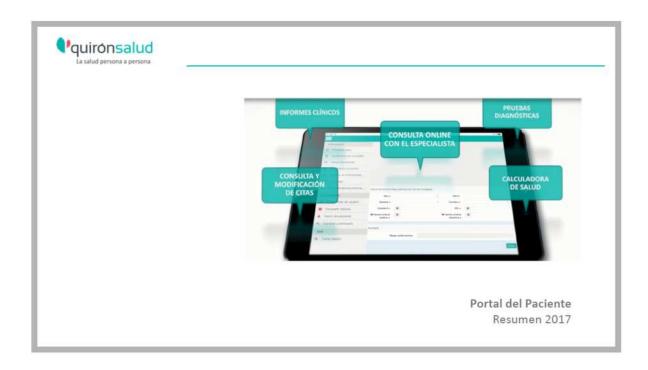


Distribución por Campa	ñas					Mes	Hasta:	201812
			Promotores		Detractores		Pas	sivos
Área hospitalaria NPS	NPS	Encuestas	Num		Num	%	Num	%
Consultas Externas	63,22	7.387	5.098	69,01%	428	5,79%	1.861	25,19%
Urgencias	47,75	4.672	2.774	59,38%	543	11,62%	1.355	29,00%
CMA	74,07	1.693	1.312	77,50%	58	3,43%	323	19,08%
Ingresos Urgentes	67,99	931	676	72,61%	43	4,62%	212	22,77%
Rehabilitación	93,93	890	842	94,61%	6	0,67%	42	4,72%
Hospital de Día	68,34	518	380	73,36%	26	5,02%	112	21,62%
Ingresos Programados	70,78	438	330	75,34%	20	4,57%	88	20.09%
Extracciones	43,46	214	121	56,54%	28	13,08%	65	30,37%
Dialisis	65,00	40	28	70,00%	2	5,00%	10	25,00%
Hospitalización	84,62	13	11	84,62%	0	0,00%	2	15,38%
Paritorios	66,67	6	4	66,67%	0	0,00%	2	33,33%
Hepatitis C	100,00	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%





O DE ÁREAS HOSPITA	LARIAS		From	otores	Detro	ctores	Fas	ELWOIS .
SERVICIO :	MPS	Encuestas	Num		Num		Num	
TRAUMATOLOGÍA Y C ORTOPÉDICA	62,95	1.622	1.121	69%	100	8%	401	20%
EMPERMENIA	74,09	893	694	70%	27	3%	172	19%
DERMATOLOGÍA	59,40	840	547	65%	48	5%	245	29%
OFTALMOLOGÍA	65,18	822	584	71%	40	5%	198	24%
CIRLOGIA GENERAL Y DIGESTIVO	65,65	757	540	71%	43	5%	174	23%
GNECOLOGÍA	65,55	596	428	72%	36	6%	134	225
LIROLOGÍA	71,48	526	395	75%	15	4%	112	21%
OTOFIRINOLARINGOLOGÍA	64,50	507	352	09%	26	5%	130	26%
ANESTESIA / REANIMACIÓN	70,32	430	324	74%	16	4%	98	22%
OBSTETRICIA	75,07	357	281	79%	13	4%	63	18%
DIGESTIVO	60,37	328	229	70%	31	956	68	21%
PEDIATRIA	61,62	297	198	67%	15	5%	84	20%
MEDICINA INTERNA	63.24	272	190	70%	18	7%	64	24%
NEUROLOGÍA	70,00	250	183	73%	8	3%	59	24%
REHABILITACIÓN	59,05	210	142	68%	18	9%	50	24%
ALERGOLOGIA	67,53	194	141	73%	10	5%	43	22%
ENDOCRINOLOGÍA	54.92	190	128	66%	22	11%	43	22%
CIRLIGIA PEDIATRICA	70,31	192	143	74%		4%	41	21%
CARDIOLOGÍA	71,75	177	126	72%	1	1%	48	27%
NEUMOLOGÍA	72.50	160	122	76%	6	4%	32	20%
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	55.97	159	98	62%	9	5%	52	33%
CIRUGÍA VASCELAR Y ANGEOLOGÍA	70.31	128	96	75%	6	5%	26	20%
HEMATOLOGÍA CLÍNICA	71.03	107	79	74%	3	3%	26	23%
REUMATOLOGÍA	65.38	104	12	69%	4	4%	28	27%
UNIDAD DE DOLOR	41,67	72	37	51%	7	10%	26	39%
GERIATRIA	64,91	54	37	69%	2	4%	16	28%
NEFROLOGÍA	65,23	52	36	69%		-0%	16	31%
CIRLISIA PLÁSTICA	56.82	44	27	68%	2	5%	15	34%
DIALISIS	65.00	AD.	28	70%	2	5%	10	25%
CIRUGÍA TORÁCICA	25.25	27	18	67%	3	11%	. 6	22%
GENETICA	34,62	26	13	50%	4	15%	9	35%
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	57.69	26	19	73%	4	15%	3	12%
NEONATOLOGÍA	82.35	17	14	82%	0	0%	3	18%
ONCOLOGÍA MÉDICA	85,71	14	12	86%	0	0%	2	14%
NEUROCIRUGIA	77.78	9		09%	1	11%	0	0%
FARMACIA	60.00	5	3	60%	0	0%	2	40%







### Número de altas Portal Paciente mensual y acumulado

#### SEGUIMIENTO MENSUAL

Altas en el Portal del Paciente

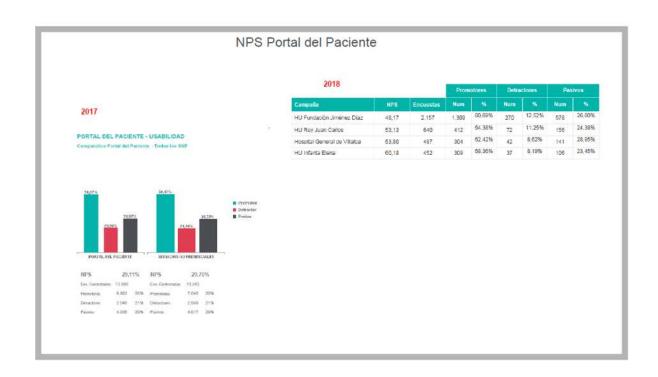
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
HGV	1.170	1.292	2.747	1.911	1.678	1.231	1.560	1.021	1.493	1.857	1.684	1.233	18.877
FJD	2.962	3.059	4.148	4.516	4.361	3.880	3.293	2.731	3.706	5.027	5.750	4.527	47.960
HUIE	1.091	1.204	1.474	1.567	1.377	1.292	1.045	886	1.406	1.769	1.780	1.277	16.168
HURIC	1.533	1.344	1.828	1.981	2.187	2.135	1.892	1.348	1.642	2.096	2.419	1.914	22.319
Total	6.756	6.899	10.197	9.975	9603	8.538	7.790	5986	8.247	10.749	11.633	8.951	105.324

#### **ACUMULADO**

Altas en el Portal del Paciente

Ī		Cierre 2017	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
I	HGV	27.992	29.044	30.363	33.145	35.026	36.608	37.825	39.385	40.359	41.698	43.600	45.272	46.486
	FJD	92.870	95.330	98.412	102.599	107.127	111.355	114.697	117.985	120.735	123.829	129.011	134.700	139,190
Ц	HUIE	30.898	31.810	33.027	34.523	36.106	37.363	38.666	39.722	40.592	41.901	43.725	45.492	46.742
٦	HURJC	46.495	47.625	48.979	50.832	52.812	54.701	56.780	58.666	59.996	61.465	63.660	66.065	67.909
I	Acumulado	198.255	203.809	210.781	221.099	231.071	240.027	247.968	255.758	261.682	268.893	279.996	291.529	300.327

21





# 11.7.4.-EVIDENCIA DOCUMENTAL DE INFORME DE ACTIVIDAD SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE 2018



# INFORME DE ACTIVIDAD DICIEMBRE 2018 Servicio de Atención al Paciente





#### 1- ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES HUIE

El número total de reclamaciones del mes de Diciembre de 2018 en el HUIE han sido de 30, frente a 28 en el mismo periodo de 2017.

ASISTENCIAL	SERVICIO	CAUSA	SUB CAUSA	TOTAL
URGENCIAS	TRAUMATOLOGIA	DEMORA	"Ingresa mi madre por una caída y tras más de 3 horas de espera tras la RX nos dicen que no hay seguridad en el diagnóstico y se la repiten una hora más tarde, siguen sin informarnos de nada dos horas y media después de esta segunda RX. Nos vamos sin que nos informen".	1
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	DEMORA	"Llevo 3 horas esperando al resultado de la analítica con muchisimo dolor y ahora nos dicen que se ha perdido la muestra y lo tienen que volver a repetir. Me voy a otro hospital a que me atienda. Voy a reclamar daños".	1
CCEE	UNIDAD DEL DOLOR	CITACIONES	"El día que vine a consulta la Dra me dijo que no me podían infiltrar por venir conduciendo y sin acompañante y no me lo pudieron hacer, ahora llevo esperando 5 meses para que me citen, esta demora me la tendría que haber dicho la Dra. ese día".	
CCEE	TRAUMATOLOGIA	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Llego una hora tarde a mi cita por un error y la Dra. no me atiende".	1
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	TRATO	"El Dr. Raul Pliego me ha tratado de manera inadecuada, hasta burlándose de mi. Es inaceptable un trato así".	1
CCEE	TRAUMATOLOGIA	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"La paciente ha sido maltratada y discriminada por la traumatóloga, y le ha dado de alta con una lesión importante en la pierna".	1
URGENCIAS	UNIDADES DE ENFERMERIA	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"El paciente que es psiquiátrico sale de la urgencia al aparcamiento y pido ayuda para encontrarle por que hacía mucha niebla y el celador me dice que no me pueden ayudar por que no pueden salir del Hospital con una actitud totalmente pasiva".	
CCEE	CCEE MEDICINA INTERNA TI		"He llegado 12 minutos tarde a la consulta y la Dra. no me quería atender, porque dice que solo dispongo de 3 minutos. Finalmente me atiende, pero solo me da el resultado de una endoscopia y ni me pone tratamiento y llama a otro paciente. La situación ha sido muy embarazosa."	1
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	DEMORA	"He llagado a urgencias y me han pedido una ecografía y tras 5 horas todavía no me la han hecho".	1
CCEE	REHABILITACION	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Tengo una tendinopatía del manguito rotador, con rotura de tendones y atrofia muscular y la única opción es la cirugía. Me deniegan la rehabilitación en el hospital, pq dicen que me corresponde hacerla en el Centro de Salud".	
CCEE	OFTALMOLOGIA	DEMORA	"Llevo esperando 2 horas para ser atendida en consulta y finalmente no me atienden". Se produjo una incidencia informática y el paciente no figuraba.	1
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	TRATO	"La Dra. Clara Cabre no ha mostrado la mas mínima empatía hacia la paciente, sin ninguna educación y con un tono cortante".	1
CCEE	TRAUMATOLOGIA	DISCONOFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Me operaron de estenosis del canal en el año 2014 y al año empecé con dolores y desde entonces me hacen pruebas y más pruebas y no me solucionan nada, me mandan a U. de dolor, a reumatología y nada. Me van a obligar a irme a otro hospital".	1
CCEE	TRAUMATOLOGIA	DISCONOFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Llego 8 minutos tarde a la consulta y el Dr. Bendayan ya se ha ido. No me han atendido. Me habían llamado para preguntarme si podía venir antes y les dije que por motivos laborales no podía".	
URGENCIAS TRAUMATOLOGIA DISCONOFORMIDAD CON LA ASISTENCIA			"Acudo con mi hijo por una caída y tras hacerle las radiografías me dicen que no tiene nada roto y le dan de alta con antiinflamatorio, tras dos días con dolores vuelvo y le hacen de nuevo radiografías y tiene el brazo roto".	





ASISTENCIAL	SERVICIO	CAUSA	SUB CAUSA	TOTAL
CCEE	DIGESTIVO	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Hemos llegado 19 minutos tarde, pero nos hemos perdido hasta llegar a la consulta y el médico nos ha dicho que no nos atendía por que estaban otros pacientes esperando".	1
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"El médico de digestivo solicita una ecoendoscopia con prioridad preferente y me la citan en 35 días por qué no hay hueco antes".	1
CCEE	INFORMACION	ORGANZIACION Y NORMAS	"Tras intervenir a mi madre les indico que pongan en el justificante que es muy grave y me indican que solo les sale la opción de leve, moderado o grave. Necesito que pongan muy grave para que me den más días en el trabajo".	1
URGENCIAS	PEDIATRIA	DEMORA	"Llevamos casi 2 horas sin ser atendidos, con una niña de 2 años con fiebre. Se pasean los médicos con el móvil pero no nos atienden".	
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	DEMORA	"Acudo con mi familiar a urgencias, el médico le manda una analítica y tras 3 horas pregunto y me dicen que habían tenido una incidencia con el sistema informático y que se les había pasado. El médico debería estar más atento a sus pacientes".	1
CCEE	TRAUMATOLOGIA	CITACIONES	"Necesito que me adelantes la cita con traumatología por que estoy con mucho dolor en la rodilla". La cita solicitada desde AP estaba dada en menos de 30 días como está establecido	1
URGENCIAS	SEGURIDAD	ORGANIZACIÓN Y NORMAS	"Mi mujer acude a urgencias y quiero entrar con ella y mi hija menor y me lo niegan por que indican que la niña no puede entrar en el área de urgencias de adultos. Yo soy su tutor y será mi responsabilidad. Hasta llaman a la policía por que yo digo que voy a entrar con ella".	1
CCEE	NEUROCIRUGIA	DISCONORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Me diagnostican un meningioma que me provoca visión doble, fuertes dolores de cabeza y pérdida de equilibrio, me deriva el neurocirujano a radiología oncológica en FJD y tras 7 días no he sido citada al parecer por que el médico no ha hecho bien el volante. Tras 6 días vuelvo a llamar y me dicen que FJD la ha rechazado por estar mal pedida. Necesito una solución ya". Se habla con el facultativo y se realiza correctamente la prestación y es citada de inmediato.	1
CCEE	U. DEL DOLOR	DEMORA	"En el mes de mayo me infiltran en U de dolor y el resultado es 28 días sin dolores, me llaman y me preguntan qué tal me ha ido y les confirmo que muy bien, llevo esperando la segunda infiltración durante meses. Pongo una reclamación y me dicen que estoy en lista de espera para la segunda infiltración. Solicito una segunda opinión en el H 12 de octubre y no me atienden. Necesito una solución ya ".	
CCEE	OBSTETRICIA	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Tras 20 minutos de espera me llaman y todavía me tienen 15 minutos mas esperando en la puerta mientras que las enfermeras y el médico están de risas. Cuando paso me hacen la ecografía muy precipitadamente y sin explicarme prácticamente nada. Solicito que me hagan otra ecografía de nuevo".	
CCEE	NEUROLOGIA PEDIATRICA	CITACIONES	"El día antes de la consulta me anulan la cita con neurología pediátrica. Era necesario que me viesen en menos de 15 días según la pediatra de la urgencia y ahora me anulan la cita de un día para otro".	
URGENCIAS GINECOLOGICAS	UNIDADES DE ENFERMERIA	TRATO	"Acudo a una urgencia ginecológica y de malas maneras y de forma tajante sin dar explicaciones dicen a mi acompañante que no puede entrar. Deberían ser más amables".	
CCEE	CARDIOLOGIA	CITACIONES	"Me avisan el día antes de que me retrasan la cita de cardiología y he venido de fuera de la provincia.	1
HOSPITALIZACION	UNIDADES DE ENFERMERIA Y LIMPIEZA	DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA	"Estando ingresada en el hospital he podido comprobar cómo el personal esta desbordado. El personal de enfermería no me ha dado la medicación por ese motivo, lo mismo que la limpieza, que deja mucho que desear por la escasez de personal". La medicación fue administrada según la pauta médica indicada.	
CCEE	ONCOLOGIA	DEMORA	"La demora habitual en el servicio de oncología es de 45 minutos, si encima falta alguno de los 2 oncólogos son 2 horas de espera. Hoy he esperado 3 horas a ser atendida y ya no me han podido poner la quimioterapia. Es muy duro que no te pongan la quimioterapia un día por este motivo. Están desbordados. Necesitan un oncólogo más. El trato es inmejorable pero se necesita más personal"	





CCEE	RADIODIAGNOSTICO	DEMORA	"El 8 de noviembre acudí a consulta de digestivo y me dieron los resultados de una analítica pero de ninguna otra de las pruebas. Comprobé en el Portal del Paciente que los resultados a los que hacía alusión la Dra. era a una analítica menos completa que me realizaron en AP. Acudo a atención al paciente y me facilitan los resultados, siendo positivo el helicobacter pylori. Solicito ser atendida antes de la cita que tengo prevista en febrero pq además no se si es necesaria la endoscopia que me solicitó".	1
------	------------------	--------	--	---

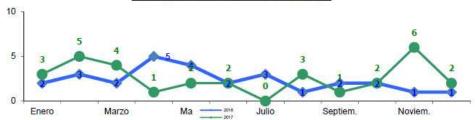
#### reclamaciones totales



#### 1.1.- Ámbito de Hospitalización.

En el ámbito de Hospitalización se ha registrado 1 reclamación en el mes de diciembre del 2018, frente a 2 en el mismo periodo de 2017. El motivo ha sido organización y normas.

#### reclamaciones hospitalización HIE



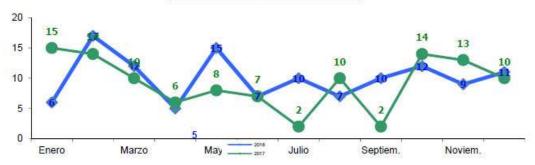
#### 1.2.- Ámbito de Urgencias

En el Servicio de Urgencias se han registrado 11 reclamaciones en el mes de diciembre de 2018, frente a 10 en el mismo periodo de 2017.





#### reclamaciones urgencias HIE



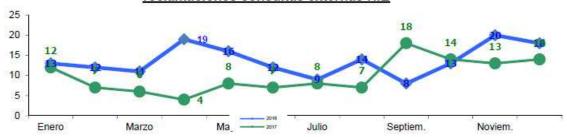
Los motivos de las reclamaciones han sido:

- Demora.
- Disconformidad con la asistencia.
- Trato.

#### 1.3.- Ámbito de Consultas.

En Consultas Externas se han registrado 18 reclamaciones, frente a 14 en el mismo periodo de 2017.

#### reclamaciones consultas externas HIE



Los motivos de las reclamaciones en el ámbito de consultas externas en el HUIE han sido:

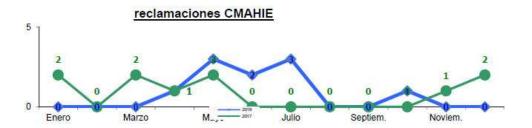
- Organización y normas.
- Demora.
- Citaciones.
- Disconformidad con la asistencia.
- Trato.





#### 1.4.- Ámbito de Cirugía Mayor Ambulatoria.

En el ámbito de Cirugía Mayor Ambulatoria no se ha registrado ninguna reclamación, frente a 2 en el mismo periodo de 2017.



#### Tiempo de respuesta Reclamaciones

	Nº Reclamaciones	% < 15 días	% 15 - 20 dias	% > 20 y <30 días	% > 30 días
enero	21	95,24%	3,33%	0,00%	0
febrero	32	93,75%	3,12%	3,12%	0
marzo	25	88,00%	8,00%	4,00%	0
abril	30	96,67%	3,33%	0,00%	0
mayo	38	97,37%	2,63%	0,00%	0,00%
junio	23	94,12%	0,00%	5,88%	0
julio	25	100,00%	0,00%	0,00%	0
agosto	22	86,67%	13,33%	0,00%	0
septiembre	20	90,00%	10,00%	0,00%	0
octubre	28	94,94%	5,10%	1,96%	0
noviembre	30	100%	0%	0%	0
diciembre	30	83%	17%	0%	0
Total 2018	324	93,34%	5,46%	1,25%	0,00%

#### 3.- Agradecimientos.

En el mes de diciembre de 2018 se han registrado 58 agradecimientos, frente a 74 en el mismo periodo del año 2017. Finalizamos el año con 872 agradecimientos frente a 782 del año 2017.









#### 4- RESUMEN DE ACTIVIDAD GLOBAL DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL HUIE

	ene- 18	feb- 18	mar- 18	abr- 18	may- 18	jun- 18	jul- 18	ago- 18	sep- 18	oct- 18	nov- 18	dic- 18
Agradecimientos	61	77	110	68	67	83	86	46	37	82	98	58
Canalización	17	13	20	12	10	17	12	11	13	10	23	16
Libre Elección	3	21	21	37	21	16	17	14	14	17	8	17
Petición de Historia	331	391	298	328	358	373	310	277	331	334	292	246
Petición de Servicio	521	438	434	370	427	418	345	246	327	333	374	276
Sugerencias	7	9	12	11	14	16	9	9	4	10	9	8
Reclamaciones	21	32	25	30	38	23	25	22	20	28	30	30

#### 5. CONCLUSIONES

El mes de diciembre de 2018 registra un total de 30 disconformidades, frente a 28 del mes de diciembre de 2017. Respecto al mes anterior, noviembre, se registra el mismo número de reclamaciones.

Finalizamos el año con un total de 324 reclamaciones frente a 270 en 2017, 54 reclamaciones más.



#### 12.-SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES.

### 12.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto a Explotaciones Comerciales se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Infanta Elena (expediente PA SER-41/2018-AE).

#### 12.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

#### CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR:

- Certificado ISO 9.001 o equivalente de la cafetería-bar, comedor público y comedor de personal.
- Proyecto sobre seguridad e higiene.

#### SERVICIO DE APARCAMIENTO:

- Relación de las áreas para uso preferente de aparcamiento.
- Tarifas de aparcamiento.
- Nº total de plazas de aparcamiento y nº total de plazas para minusválidos.

#### SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISORES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES

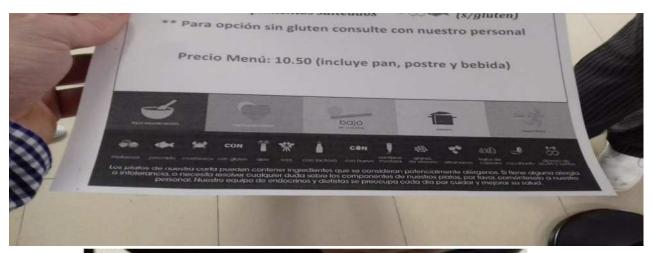
- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

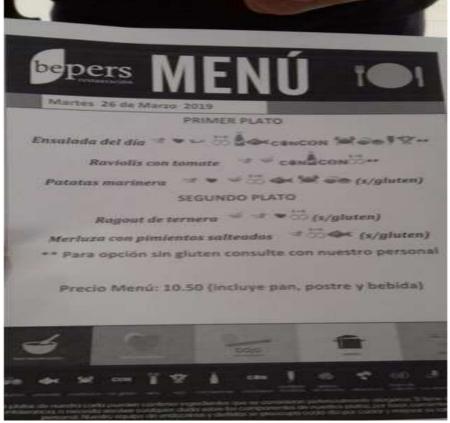


#### 12.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

#### **CAFETERIA - BAR Y COMEDOR**

 Hay una lista publicada en un lugar visible con precios + IVA de todos los productos, así como de los alérgenos:





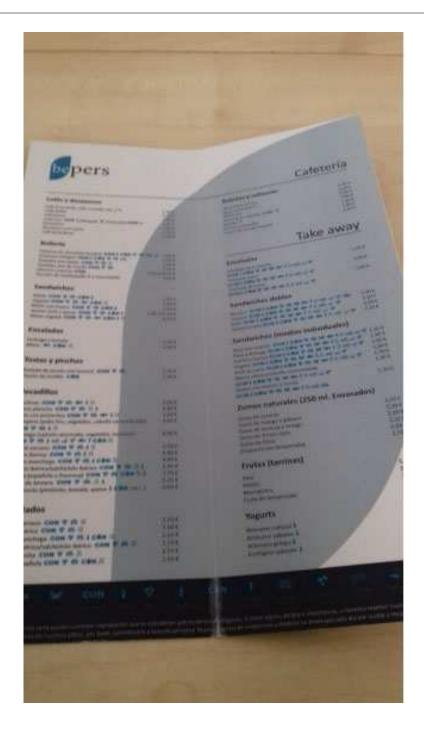
















#### Martes 02 de Abril de 2019

# **Primeros platos**

Ensalada mixta (281 Kcal) (Sin gluten)















Costillas con patatas (280.59Kcal)(Sin gluten)



# Segundos platos

Perca en salsa de <u>puerros (234,84Kcal)(Sin gluten)</u> 🔞 😵













#### 6,50 € IVA incluido

El menú incluye primer plato, segundo plato, pan, 1 bebida y postre































Los ptatos de nuestra carta pueden confener ingredientes que se consideran potencialmente alérgenos. Si hiene alguna alergia o intolerancia, o necesita resolver cualquier dudo sobre los componentes de nuestros ptatos, por tavor, comênteseto a nuestro personal. Nuestro equipo de endocrinas y dietistas se preocupa cada dia par cuidar y mejorar su salud.

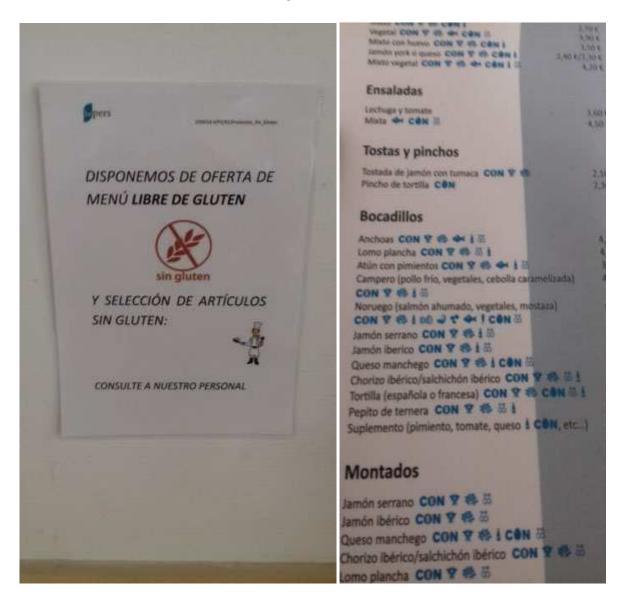


- No se dispone de impresos de quejas/reclamaciones/sugerencias disponibles en ambas cafeterías, haciendo referencia al servicio de atención al Paciente del Centro para poder interponer una queja/reclamación/agradecimiento, por lo que se debería colocar un cartel en las cafeterías.
- La empresa dispone de certificado en la norma ISO-9000 o equivalente, ya que se ha comprobado la disposición del certificado ISO 9.001: 2.015 para el Hospital Universitario Infanta Elena con la siguiente fechas de validez: 29 de enero de 2.018-26 de enero de 2.021, siendo el alcance del sistema: "actividades asistenciales: consultas externas, hospitalización, urgencias, bloque quirúrgico, CMA, bloque obstétrico, diagnóstico por la imagen, hospitalización en unidades críticas, diálisis, uso de hemoderivados, farmacia, análisis clínicos, hospital de día, esterilización, rehabilitación y anatomía patológica. Servicios estratégicos y de soporte no asistencial: atención al paciente, admisión, restauración, mantenimiento de instalaciones y equipos electromédicos, limpieza, gestión intrahospitalaria de residuos y lencería".
- Se realizan encuestas de satisfacción a los clientes.
- Todo el personal dispone del carnet de manipulador de alimentos.
- Se ha desarrollado un proyecto de seguridad e higiene (antes de 6 meses).
- El personal está uniformado adecuadamente y cuida de su aseo personal.





• Se tienen en consideración los alérgenos



#### **SERVICIO DE APARCAMIENTO**

- La capacidad total de aparcamiento es de 576 plazas, siendo 352 plazas en superficie y 224 en el sótano.
- Se comprueba que el número de plazas para minusválidos es al menos de 18, distribuidas 11 en superficie y 7 en el sótano, cerca de los núcleos de acceso.
- El servicio de aparcamiento esta operativo 24h/días, 365/6 dias al año.





- Existe una gestión del tráfico en el recinto que garantiza la circulación fluida.
- Se respetan según la normativa las zonas reservadas para el personal.
- Se evitan la estancias prolongadas y continuas.
- Solo se permite el estacionamiento de vehículos ligeros.
- Se ofrece un servicio integral de seguridad (para evitar robos, accidentes...)
- El aparcamiento es gratuito.

#### SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES

Servicio gratuito:

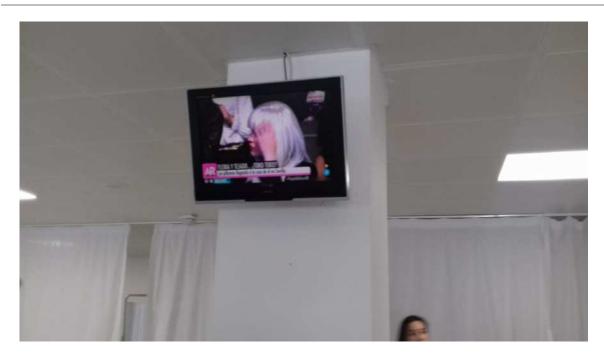












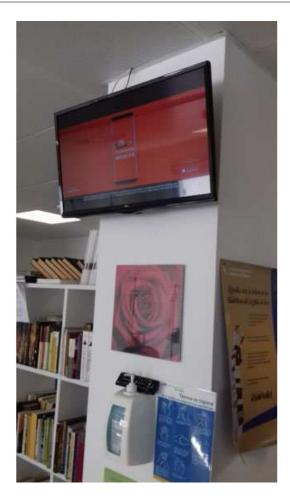


















#### 12.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

#### PARÁMETRO 1: ISO 9.001 en cafetería-bar y comedor

Definición: Garantía de certificación ISO 9.001. Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: anual

Método de cálculo: En caso de que el certificado esté vigente y recoja en el alcance la cafetería-bar y el comedor del Hospital, se puntuará un 10. En caso contrario, la puntuación será de 0.

Resultado: 10

#### PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Explotaciones Comerciales

IN = 0.4\*Cafetería y comedor+0.4\*Aparcamiento+0.2\*Servicio de TV

Resultado: 10

## 12.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

Sin incidencias

#### 12.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

#### 12.6.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

1. INCIDENCIA MEDIA NUEVA: No se tienen evidencias de la realización de encuestas de satisfacción trimestrales del aparcamiento.



#### 13.-PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO

Atendiendo a la tipología de las incidencias anteriores, se expone el plan de acción propuesto:

- Limpieza:
  - o Garantizar la dosificación correcta de producto
  - o Calibrado del dosificador
- Desinfección, Desinsectación y Desratización:
  - No procede
- Seguridad y Vigilancia:
  - No procede
- Gestión de Residuos Sanitarios:
  - o Garantizar la utilización de bolsas de residuos de galga mínima de 200
  - o Impartir charlas de sensibilización para el mantenimiento cerrado de las puertas de los cuartos intermedios de residuos.
- Gestión de Viales y Jardines:
  - Señalizar los inicios y las mesetas de los ascensores y las escaleras con material podotáctil.
- Esterilización:
  - No procede
- Gestión de Almacenes y Distribución-Logística:
  - o Realizar inventarios trimestrales en los almacenes intermedios y cuadrarlos con el sistema informático, verificando que los códigos coinciden y son correctos.
- Apoyo Administrativo:
  - o Realizar un estudio de cargas de trabajo
- Explotaciones Comerciales:
  - o Realizar encuestas de satisfacción trimestrales del aparcamiento.

Madrid, 10 de mayo de 2019



Fdo. Ainhoa Lloria Palmer Ingeniero Industrial GESMAN INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.

