

MEMORIA

unidad de  
digestivo

20 Teruel,  
08

Hospital Obispo Polanco

Sector Teruel

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.....	2
3. PERSONAS QUE COMPONEN EL SERVICIO/UNIDAD.....	3
4. INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA.....	4
5. CARTERA DE SERVICIOS.....	4
6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE LA UNIDAD.....	5
7. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD.....	7
7.1. Organización de la actividad asistencial.....	7
7.2. Atención continuada.....	9
7.3. Documentación específica del servicio/unidad.....	9
8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	10
9. FORMACIÓN CONTINUADA. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.....	19
9.1. Asistencia a Cursos y Congresos.....	19
9.2. Comunicaciones, Publicaciones y Ponencias.....	
9.3. Colaboración con Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales y de pacientes.....	
10. PARTICIPACIÓN EN COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y DE MEJORA.....	
11. GESTIÓN.....	
11.1. Contrato de gestión.....	23
11.2. Calidad.....	28

## 1. INTRODUCCIÓN

El concepto de Sección de Aparato Digestivo, perteneciente al Servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco, surge en 1987. Se pretendía con ello dotar al Servicio de Medicina Interna de un especialista en Aparato Digestivo, que ejerciese labores de consultor clínico, así como el desempeño de las técnicas de endoscopia digestiva diagnóstica. En 1990 el INSALUD convoca una nueva plaza de facultativo especialista de Área. Durante un tiempo demasiado prolongado, la sección de Aparato Digestivo ha estado constituida por 2 facultativos especialistas de área y un especialista de cupo. La elevada demanda asistencial en consulta externa de Aparato Digestivo y el enorme crecimiento de actividad en endoscopias digestivas nos llevó a reducir una de las 3 vertientes de nuestra actividad, la de la asistencia a pacientes hospitalizados. En septiembre del 2002 se amplió la plantilla de la sección de Digestivo, quedando consolidada con 3 facultativos especialistas de Área y 1 especialista de cupo, lo que nos permitió retomar la asistencia a pacientes hospitalizados de la especialidad de Aparato Digestivo, tras casi 15 años de inicio de la andadura de la sección de Aparato Digestivo adscrita al Servicio de Medicina Interna y Especialidades Médicas. En junio del 2008, tras asumir la responsabilidad del Área de Calidad del hospital, se incorpora la Dra. M<sup>a</sup> José Alcalá con contrato de media jornada a la Sección de Aparato Digestivo. El 1 de noviembre de 2008 se incorpora la Dra. Concha Thomson como Jefe de Sección de Aparato Digestivo.

En estos 21 años de andadura (1987-2008) se han ido sentando las bases de una Sección de Aparato Digestivo que camina con entusiasmo hacia la construcción de una Unidad de Aparato Digestivo moderna, con proyección de futuro, en íntima relación y coordinación con los hospitales de nuestra comunidad y que contribuye al desarrollo científico de un Hospital de nuestro nivel.

La especialidad de Aparato Digestivo está en estos momentos en clara expansión técnica y científica. El objetivo primordial, el eje del trabajo de esta Unidad, es el ciudadano, y no sólo el paciente, porque una parte de nuestra actividad asistencial se tiene que dedicar a evitar que el ciudadano se convierta en paciente.

Para conseguir estos objetivos es fundamental la relación de cooperación entre los miembros de la Unidad, una convivencia armónica que potencie el desarrollo personal y que mantenga la motivación, la calidad y la eficiencia de nuestro trabajo y que garantice el imprescindible equilibrio de los objetivos de excelencia con los recursos disponibles. Con un espíritu de colaboración permanente con el resto de los Servicios y Unidades, tanto dentro del Sector como fuera de él, y con un acento muy concreto en la colaboración con la Atención Primaria.

## **2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES de la UNIDAD DE DIGESTIVO:**

### **MISIÓN**

La Misión de la Sección de Aparato Digestivo del Hospital Obispo Polanco es proporcionar una atención sanitaria personalizada integral, integrada y de calidad a los pacientes con patología digestiva con el fin de cubrir sus expectativas y dar la máxima satisfacción a los ciudadanos y residentes en el sector de Teruel.

### **VISIÓN**

La Sección de Digestivo tiene como visión el consolidarse como un servicio sanitario de excelente calidad, flexible, innovador, en proceso de mejora continua.

### **VALORES**

Para alcanzar nuestra misión y visión nos basamos en unos valores y principios:

- Orientación al ciudadano. El ciudadano es el centro de nuestra actividad asistencial
- Trabajo en equipo. Desarrollo y satisfacción profesional
- Accesibilidad
- Comunicación abierta
- Orientación hacia la mejora continua
- Compromiso con los objetivos del Hospital
- Uso adecuado de los recursos e innovación tecnológica

## **3. PERSONAS QUE COMPONEN EL SERVICIO/UNIDAD.**

### Facultativos Especialistas de Área:

- Concha Thomson Llisterra (jefe de sección y coordinadora de Calidad del Hospital Obispo Polanco).
- Emilio Garza Trasobares.
- Teresa Botella Esteban.
- M<sup>a</sup> José Alcalá Escriche (contrato de media jornada)

Facultativo Especialista de Cupo: Alejandro Benedí Mata.

### Enfermería:

- María Martínez Morales (DUE)
- Gely Cuervo Menéndez (TCAE)

#### 4. INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA.

Hospitalización en Planta 2ª dcha.	
Núm. de camas	6
Atención ambulatoria	
Núm. de locales de consulta	2
Núm. de salas de exploración	2
Área de limpieza y desinfección de endoscopia	1
Almacén	1
Equipamiento tecnológico	
Núm. de videogastros copios	2
Núm. de videocolonos copios	3
Núm. de videoduodenoscopio	1
Núm. de torres de endoscopias, con procesadores, fuentes de luz, monitores, videos y carro	2
Núm. de fuente de diatermia para polipectomías endoscópicas	1
Fuente de Argón Láser	1
Núm. de lavadoras de endoscopios	2
Equipamiento informático	
Núm. de ordenadores	4
En consultas	2
En salas de endoscopia	2

#### 5. CARTERA DE SERVICIOS.

- Hospitalización
- Consulta Externa:
  - Consulta General
  - Consultas específicas:
    - Consulta de Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal (EICI)
    - Consulta de Hepatitis Crónica
    - Consulta de Cirrosis Hepática descompensada
    - Consulta de Alto Riesgo de Cáncer
- Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica:
  - Gastros copia diagnóstica
  - Colonoscopia diagnóstica
  - Biopsia de tracto gastrointestinal
  - Prueba de la ureasa para detección de Helicobacter pylori
  - Polipectomía endoscópica
  - Técnicas endoscópicas de hemostasia
  - Colocación de sonda yeyunal para nutrición enteral
  - Gastrostomía percutánea endoscópica
  - Gastros copia urgente

- Colonoscopia urgente
  - Extracción cuerpos extraños
  - Técnicas hemostáticas endoscópicas
  - Recogida de muestras del test del aliento para determinación de Helicobacter pylori
  - CPRE diagnóstica
  - Esfinteretomía biliopancreática por CPRE
  - Extracción de cálculos por CPRE
  - Colocación de prótesis biliopancreáticas por CPRE
  - Drenajes biliares por CPRE
  - Dilatación de estenosis del tubo digestivo por CPRE
  - Indicación de prótesis digestivas
- Participación activa en el Comité de Tumores digestivos
  - Programa de Prevención de Cáncer Colorectal en población de riesgo
  - Guardias Localizadas de Endoscopias Digestivas.
  - Consulta de enfermería de pacientes ostomizados.

## 6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE LA UNIDAD.

### LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

- Orientación al ciudadano. El paciente y sus necesidades son el centro de nuestra actividad asistencial.
- Ofertar servicios de la máxima calidad, efectividad y eficiencia.
- Incentivar el trabajo en equipo, el desarrollo, la formación y la satisfacción profesional.
- Desarrollar la Gestión Clínica.

### OBJETIVOS:

- Optimización de los recursos humanos y materiales.
- Disminuir la variabilidad clínica mediante el desarrollo y aplicación de protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica sustentadas en el marco de la Medicina Basada en la Evidencia.
- Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad asistencial del paciente. Potenciar y mejorar las relaciones con Atención Primaria.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Mejorar la accesibilidad de los usuarios a la Unidad de Digestivo.
- Diseño e implantación de un Plan de Calidad en la Unidad.
- Mejorar los Sistemas de Información y de Comunicación.

- Potenciar y facilitar la formación continuada, docencia e investigación.
- Instauración progresiva de la Gestión por Procesos y de Procesos.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

#### EN ENDOSCOPIAS:

- Programar agendas electrónicas estables
- Implantar y evaluar protocolo de sedoanalgesia en endoscopias
- Encuestas de satisfacción
- Elaborar y utilizar la base de datos de colonoscopias
- Programa de vigilancia de los adenomas colorectales
- Estudio de la idoneidad de las indicaciones de solicitud de endoscopias.
- Implantar la CPRE terapéutica.
- Modificar el volante de solicitud de endoscopias desde Atención Primaria
- Actualizar los Consentimientos informados.
- Mejorar la informatización y los sistemas de información de endoscopias.
- Seguridad clínica:
  - Control limpieza y desinfección de los endoscopios. Aplicar consenso.
  - Control técnico del funcionamiento del aparataje.
- Definición y monitorización de los indicadores de calidad de endoscopia.

#### EN HOSPITALIZACIÓN:

- Mejorar la información al paciente hospitalizado.
- Coordinación con enfermería para el pase de visita y para protocolos de cuidados de enfermería.
- Intentar minimizar el cambio de médicos en el pase de visita a los pacientes.
- Codificación de los diagnósticos en el Informe de Alta según el CIE 9ª revisión de la OMS.
- Aplicación y evaluación de la vía clínica de la HDA, del protocolo de la pancreatitis aguda.
- Prescripción electrónica

#### EN CONSULTAS EXTERNAS:

- Redefinir y potenciar las Consultas de alta resolución.
- Puesta en marcha de las Consultas Monográficas:
  - Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica
  - Hepatitis crónicas
  - Cirrosis hepática descompensada
  - Consulta de alto riesgo de cáncer digestivo
- Mejorar los sistemas de información y comunicación.
- Citación de las consultas sucesivas desde la propia consulta.

## 8. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

### 7.1. Organización de la Actividad Asistencial en Endoscopias, Consultas Externas y Hospitalización

#### 7.1.1. Atención en la Unidad de Endoscopias.

Tiempo medio por gastroscopia (FGC): 20-30 minutos.  
 Tiempo medio por colonoscopia (FCC): 40-60 minutos.  
 Capacidad máxima: 6 FCC + 4 FGC  
 Capacidad ideal: 5 FCC + 4 FGC

16:00-20:00            4 horas de trabajo  
 Citación de 4 colonoscopias y 3 gastroscopias  
 (5 con solicitud con carácter normal y 2 con carácter preferente)

#### **PROGRAMACIÓN DE LAS AGENDAS DE ENDOSCOPIAS:**

Horario	Tipo de endoscopia	Ambulatorio (A)/Ingresado (I)	Carácter solicitud Normal(N)/Preferente(P)
9:00	Colonoscopia	A	N
9:40	Gastroscopia	A	N
10:00	Colonoscopia	A	N
10:40	Gastroscopia	A	N
11:00	Colonoscopia	A	P
12:00	Colonoscopia	A / I	P
12:40	Gastroscopia	I	P
13:00	Colonoscopia	I	N
13:40	Gastroscopia	I	N

#### **Programación de los viernes**

Horario	Tipo de endoscopia	Ambulatorio(A)/Ingresado(I)	Carácter solicitud Normal(N)/Preferente(P)
9:00	CAR	A	N
9:45	CAR	A	N
10:30	CAR	A	N
11:45	Colonoscopia	A / I	P
12:15	Gastroscopia	A / I	P
12:35	Colonoscopia	I	P
13:15	Gastroscopia	I	N

Jueves 2-3 colonoscopias a primera hora en el bloque quirúrgico con anestesista.

### 7.1.2. Atención en el Área de Consultas Externas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Dr. Benedí DIG1	● 8-10 h	● 8-10 h	● 8-10 h	● 8-10 h	● 8-10
Dra. Thomson DIG6			● 10:45-14:30 E,A,My,Jn,JI,O,N,D	● 12-14	
Dr. Garza DIG7		● F,M,A,M y,Ag,S,O ,N ■ M 12-14 h		● F,M,A,My,Ag,S,O, N	
Dra. Botella DIG3	 L,M,X,J alterna horarios con DIG6-4 y DIG 7 según planta  M 12-14 h				
Dra. Alcalá DIG4	 10:45-14:30 ● E,A,My,Jn,JI,O,N,D			 9-11:30	

-  Consulta general
-  Consulta EIIC
-  Consulta de Riesgo de Cáncer Digestivo.
-  Consulta de Hepatitis crónicas
-  Consulta de Cirrosis hepática descompensada.

### 7.3. Atención en el Área de Hospitalización

*Situaciones mejorables en relación con la atención en Hospitalización:*

- La coordinación con enfermería para poder pasar visita siempre el/la enfermera responsable del paciente o con la supervisora.
- Falta de planes de cuidados de enfermería específicos en patología digestiva.
- Prescripción electrónica.
- Mejorar la información al paciente hospitalizado.
- Identificar al médico responsable del paciente.
- La continuidad asistencial durante el ingreso. Intentar evitar, en lo posible, los cambios de médicos en el pase de visita.
- La privacidad y la confidencialidad durante su ingreso.
- La codificación al Alta de los diagnósticos.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica con la aplicación de protocolos, guías de práctica clínica y/o vías clínicas para el tratamiento de las patologías más frecuentes.
- Adecuación de los pacientes ingresados de urgencia en la Unidad.

Es evidente que la asignación a cada paciente de un Médico Responsable y la correcta relación médico-enfermo aumenta la calidad de la asistencia. En nuestro equipo ha sido una constante el intentar mantener la continuidad asistencial y la atención personalizada del paciente, lo que nos ha creado dificultades en la organización funcional de nuestro trabajo.

## **7.2. Atención continuada**

La actividad urgente, en la actualidad se lleva a cabo con un turno de guardias localizadas que incluye los fines de semana, días festivos, vísperas de festivo y puentes. Entre semana, aunque no estamos de guardia localizada, según los acuerdos con la Dirección del Hospital, se aplica el protocolo de indicaciones de endoscopia urgente y se llama de preferencia al médico que está de guardia el fin de semana siguiente.

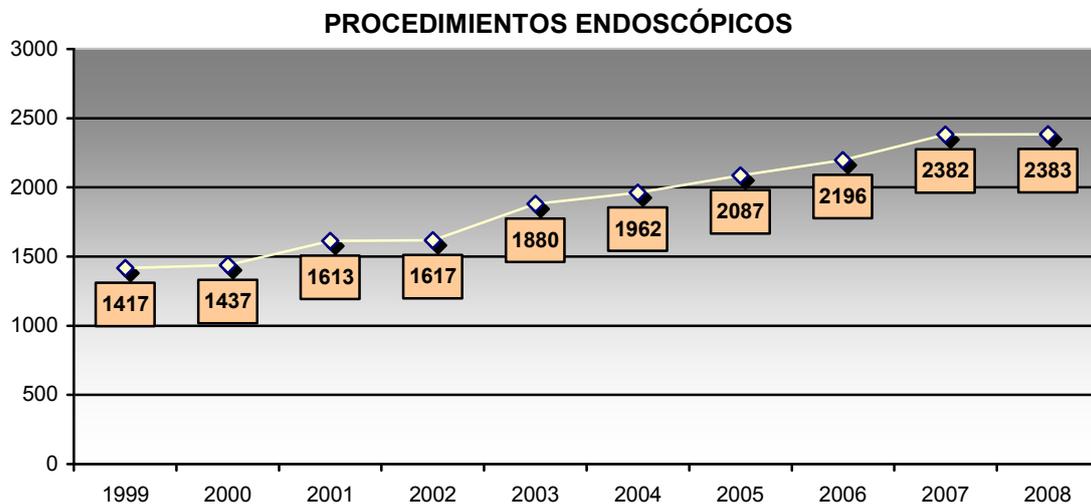
## **7.3. Documentación específica del servicio/unidad:**

- Consentimientos informados actualizados.
- Protocolo de sedoanalgesia en endoscopias.
- Hoja de enfermería de endoscopias
- Folleto informativo a pacientes ingresados en la Unidad.
- Consultas de Alta Resolución. Modelo de solicitud.
- Solicitud de endoscopias desde Atención Primaria.
- Programa de vigilancia de adenomas colorectales.
- Modelos unificados en Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica:
  - Hoja informativa Tto Infiximab
  - Hoja informativa Tto con corticoides
  - Información a los pacientes con EIIC
- Indicaciones de endoscopia urgente.
- Idoneidad de las Indicaciones de la Endoscopia Digestiva
- Información postpolipectomía
- Encuesta de satisfacción con la endoscopia.
- Protocolo de utilización de hierro IV
- Protocolo de la Pancreatitis aguda
- Vía Clínica de la HDA

## 8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- **Actividad endoscópica**

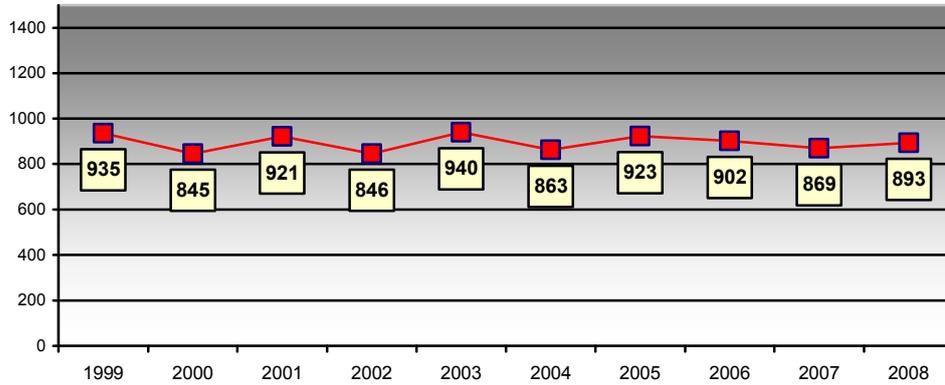
Sin duda una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. En los gráficos siguientes se puede observar el gran crecimiento que ha experimentado esta actividad en los últimos años, no sólo en números absolutos, sino también en la complejidad de las técnicas realizadas, que además se realizan a pacientes cada vez más añosos y por tanto con más riesgo de complicaciones y más dificultades de manejo.



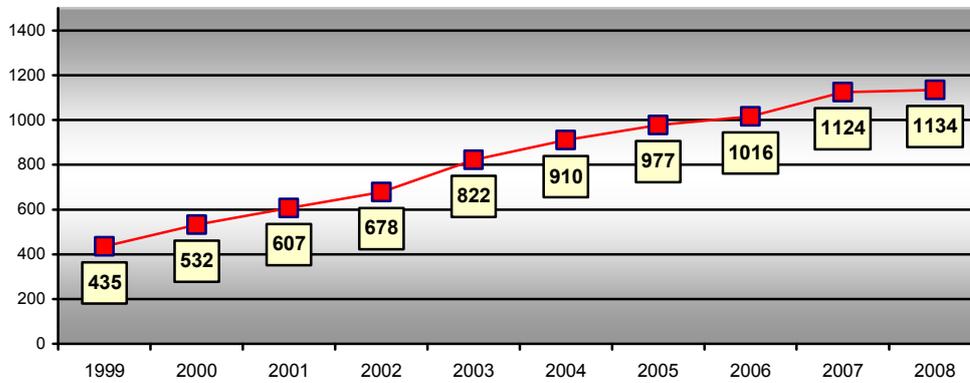
La tendencia generalizada de la gastroscopia es a la disminución en los últimos años coincidiendo con la implantación de métodos eficaces de erradicación del *Helicobacter Pylori* demostrando la importancia en la génesis de la úlcera duodenal y gástrica y a la potencia de los fármacos antiseoretos actuales. En nuestra Unidad, el número de gastroscopias se ha mantenido estable a pesar de un aumento en el número de HDA en pacientes de mayor edad con pluripatología y al aumento de las solicitudes desde Atención Primaria. En el año 2008 las gastroscopias que se realizaron solicitadas desde Atención Primaria fueron un total de 98 lo que representa un 11 % del total.

En los últimos 6 años la colonoscopia ha experimentado un importante aumento. Coincidiendo con la implantación del Programa de Prevención de cáncer colorectal del Gobierno de Aragón (inicio en 2003-2004) se observa una mayor incremento y se prevé que la demanda aumente más. Se observa en los últimos años un crecimiento interanual superior al 10%. En el año 2008, las colonoscopias que se realizaron solicitadas desde Atención Primaria fueron un total de 246, lo que representa el 21,6 % del total.

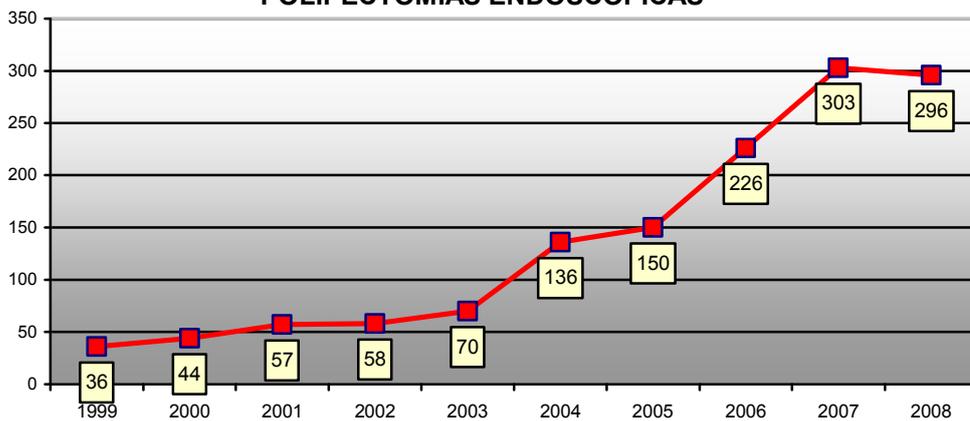
### GASTROSCOPIAS



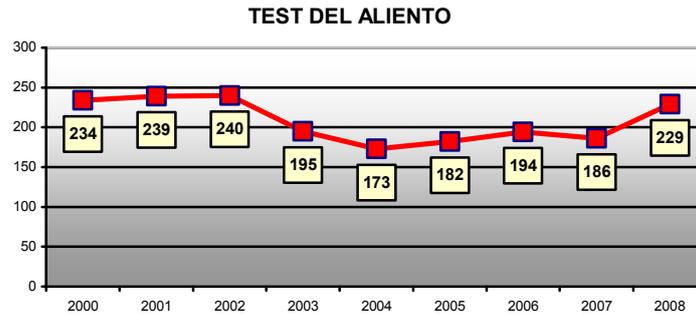
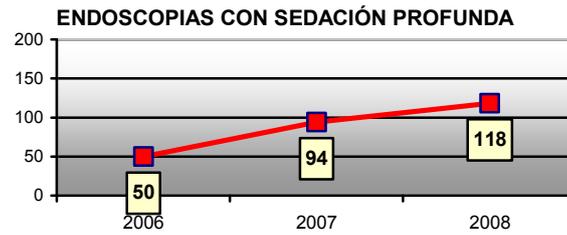
### COLONOSCOPIAS



### POLIPECTOMÍAS ENDOSCÓPICAS



En el año 2007 las polipectomías endoscópicas aumentaron con respecto al año 2006 un 34 %. Aproximadamente un 26% de las colonoscopias realizadas requieren polipectomía., manteniéndose estable en el 2008.



En el año 2008 se han solicitado 2.641 endoscopias, se han realizado 2.340, se han anulado o no han acudido los pacientes 82.

De las endoscopias realizadas, 344 han sido solicitadas desde Atención Primaria (14,7%).

Se han realizado en horario de tarde 370 endoscopias.

La valoración de la actividad endoscópica debe realizarse no por el volumen global sino por la calidad de las exploraciones.

Para la gradación de la complejidad de las exploraciones endoscópicas se utilizan distintos baremos, el más utilizado es el desarrollado por Sivak en la Cleveland Clinic (en la tabla siguiente). La unidad de complejidad es la gastroscopia y el resto se puntúan en función de la complejidad, técnica instrumental y de requerimientos de personal. Esta clasificación permite asignar tiempos de exploración en base a la complejidad. Así se estima que una unidad equivaldría a 30 minutos de trabajo.

<b>Técnica</b>	<b>Valor</b>
Fibrogastroscopia	1,00
Fibrogastroscopia + biopsia	1,17
Fibrogastroscopia + técnica hemostática (bicap)	2,00
Otros procedimientos:	1,50
- Dilatación con guía	
- Polipectomía	
- Colocar endoprótesis	
Escleroterapia	1,75
Sangrado por Varices (añadir)	+1,75
Dilatación esofágica con bujías	0,50
Colonoscopia completa	2,00
Colonoscopia izda	1,50
Fibrocolonoscopia + biopsia	2,17
Polipectomía colon	+0,25
Polipectomía múltiple (7-10)	3,00
Colonoscopia con biopsias secuenciales colitis ulcerosa	2,50
Colonoscopia con técnica hemostática	3,00
C.P.R.E	3,00
Esfinterotomía endoscópica	4,00
CPRE, EE + drenaje (stent)	4,50
Manometría del Oddi	1,50
Gastrostomía percutánea	2,00
Ecoendoscopia	2,00
Ecoendoscopia + PAAF	2,50
Complicación en cualquier técnica	+3,00
Desplazamiento a realizar la endoscopia	+0,50

### **Complejidad en la endoscopia. Sivak Cleveland Clinic 2000**

Basándonos en este baremo, la complejidad del trabajo endoscópico en nuestra Unidad ha sido la siguiente:

Exploración	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Gastroscopias</b>	863	923	902	869	928
<b>Esc Ulc</b>	22,75	45,5	82,25	129,5	122,5
<b>Esc Varices</b>	8,75	3,5	1,75	7	12,25
<b>Colonoscopias</b>	1820	1954	2032	2248	2388
<b>Polipectomías</b>	34	37,5	56,5	75,75	77,5
<b>GEP</b>	20	18	8	10	20
<b>TOTAL</b>	<b>2.768,5</b>	<b>2.81,5</b>	<b>3.082,5</b>	<b>3.339,25</b>	<b>3.548,25</b>

#### Índice de complejidad en la actividad endoscópica del HOP

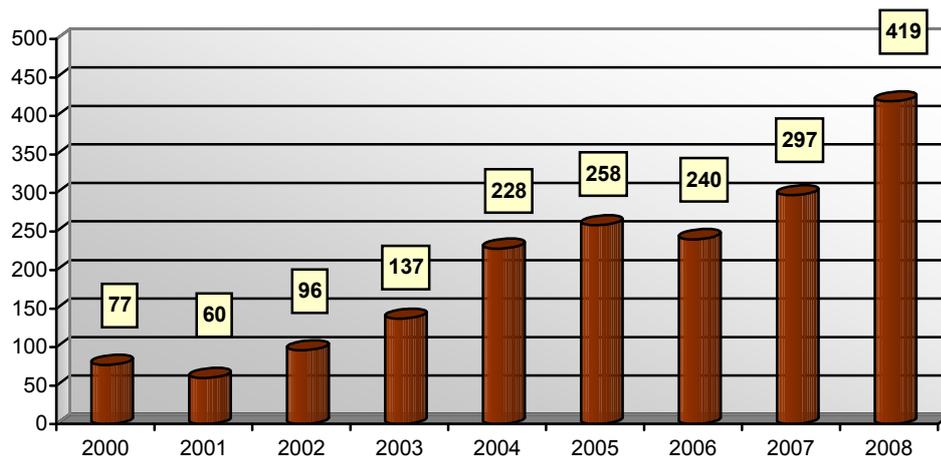
En el análisis anterior de la complejidad de las endoscopias de los últimos años no se ha hecho diferencia entre gastroscopias con y sin biopsia, colonoscopias con y sin biopsia, ni polipectomías múltiples, ni se han tenido en cuenta los desplazamientos fuera de la unidad, ni la extracción de cuerpos extraños por no figurar en las estadísticas del hospital. Si se hubiera tenido en cuenta el índice de complejidad sería mayor.

El incremento de complejidad en los últimos 5 años es del 22 % (superior al incremento en el número de exploraciones en el mismo periodo).

▪ **Ingresos hospitalarios**

Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Ingresos</b>	100	77	60	96	137	228	263	240	297	419
<b>Altas</b>	<b>103</b>	<b>80</b>	<b>61</b>	<b>93</b>	<b>181</b>	<b>217</b>	<b>260</b>	<b>243</b>	<b>291</b>	<b>450</b>
<b>Estancias</b>	550	387	248	501	1156	1543	1794	1697	1996	2559
<b>Estancia media</b>						6,5	6,5	6,6	6,3	5,4
<b>% ocupación</b>							82,1%	77,5%	91,14%	116,53%

**Evolución de los ingresos hospitalarios**



Los ingresos hospitalarios llevados por nuestra sección en el año 2007 aumentaron con respecto al año 2006 un 23,7 %. El incremento de los ingresos hospitalarios de este año 2008 es de un llamativo 41 %. A pesar de este aumento en el número global de ingresos se ha conseguido un descenso en la estancia media de 0,9 días, pasando de 6,3 días a 5,4.

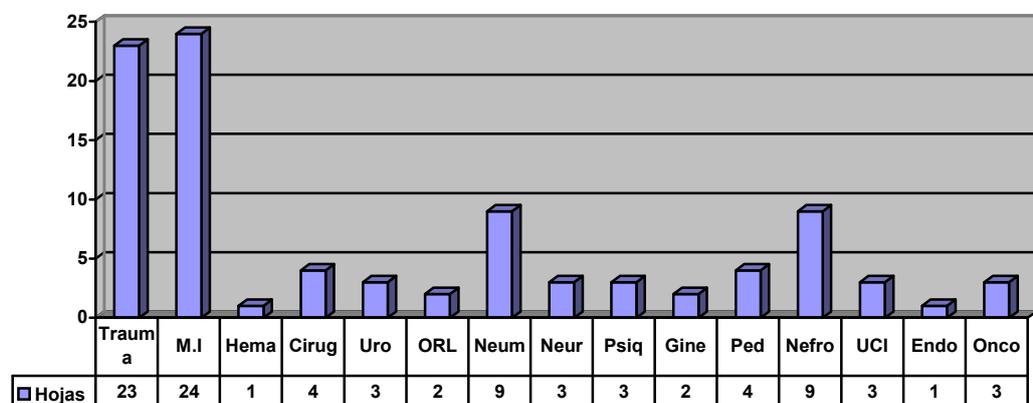
GRD	Descripción	EM 2005	EM 2006	EM 2007	EM 2008
175	Hemorragia digestiva sin complicaciones	5,24	5,26	5,45	<b>3,9</b>
174	Hemorragia digestiva con complicaciones	6,7	5,45	6,32	<b>5,3</b>
204	Trastornos de Páncreas excepto neo maligna	7,9	8,61	7,97	<b>8,17</b>

Revisamos los 10 GRDs con mayor peso en la Unidad de Digestivo en este año. Comparando la estancia media en nuestra Unidad con la del Grupo 2 del 2008:

GRD	Pacientes		Total Días	Estancia Media			Descripción del GRD
	Total	%		Serv.	N2006G2	Dif.	
175	49	11,01	191	3,90	4,81	-0,91	Hemorragia Gastrointestinal sin cc
204	29	6,52	237	8,17	7,75	0,42	Tnos del páncreas excepto neo maligna
183	29	6,52	68	2,34	5,85	-3,51	Esofagitis, gastroenteritis y Tnos digestivos Misceláneos edad>17 sin cc
174	50	11,24	265	5,30	6,61	-1,31	Hemorragia Gastrointestinal con cc
208	22	4,94	110	5,00	6,64	-1,64	Trastornos del Tracto biliar sin cc
814	17	3,82	76	4,47	3,87	0,60	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad>17 sin cc
179	10	2,25	47	4,70	8,28	-3,58	Enf. inflamatoria intestinal
206	16	3,60	69	4,31	3,42	0,89	Trastornos de hígado exc. n.maligna, cirrosis, hepatitis alcohólica sin cc
202	20	4,49	124	6,20	7,96	-1,76	Cirrosis y hepatitis alcohólica
557	25	5,62	301	12,04	12,08	-0,04	Tnos. Hepatobiliares y de Páncreas con cc mayor
10 primeros	267	60,01	1488				

En este año los 10 GRDs de más peso en la Unidad representan el 60 % de los ingresos. Las hemorragias digestivas con y sin complicaciones siguen representando el 22,25% de todos los ingresos. Se ha reducido significativamente la estancia media de los pacientes con hemorragia digestiva tanto sin complicaciones como en los que tenían complicaciones.

- **HOJAS DE CONSULTA: 94**



▪ **Consultas externas**

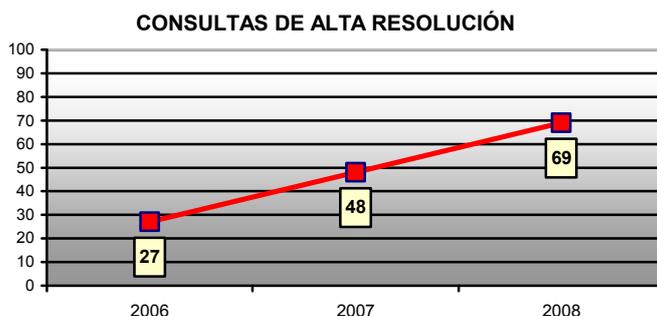
**Evolución de las Consultas Externas**

Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Primeras visitas	1338	1393	1353	1418	1299	1448	1291	1203	1187	<b>1251</b>
Sucesivas	4697	4634	4465	4607	4503	4882	4632	4337	4219	<b>4526</b>
Totales	6035	6027	5818	6025	5802	6330	5923	5540	5406	<b>5777</b>
Relación suc/prim	3,5	3,3	3,3	3,2	3,5	3,4	3,6	3,6	3,6	<b>3,6</b>

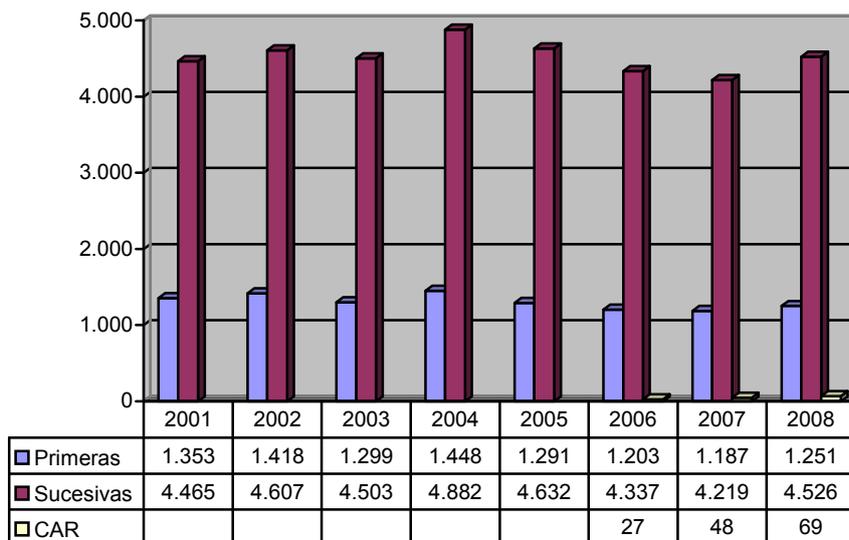
En el año 2008 el número total de consultas ha aumentado con respecto al año 2007.

El porcentaje de relación sucesivas/primeras no se ha modificado en los últimos años. Este año, desde julio, hemos introducido consultas monográficas dedicadas a pacientes de mayor complejidad y que precisan un seguimiento más estrecho con mayor número de revisiones en consulta de especialidad, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de asistencia prestada a este tipo de pacientes, así como mantener las bajas tasas de ingreso por esas patologías, que habitualmente suponen un elevado número de reingresos. Se han definido a estas consultas como consultas sucesivas especiales. En este año han sido 191, lo que representa el 7,3% del total de visitas sucesivas (2594) Si descontamos estas consultas sucesivas especiales, la relación sucesivas/primeras se reduciría a 3,4.

Este año, dentro del Plan de Calidad de la Unidad, con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes, nos planteamos como uno de los objetivos *Facilitar a los pacientes la citación de consultas sucesivas desde la propia consulta de la Unidad de Digestivo*. Hemos empezado a citar desde la propia consulta a los pacientes para las visitas sucesivas o para recoger resultados. Se han citado a 284 pacientes, lo que representa el 11,25% de los pacientes con cita programada desde citaciones para consulta sucesiva y el 6,7% del total de pacientes vistos en consultas sucesivas o recogida de resultados.



Hemos detectado, a pesar del incremento en la utilización de las consultas de Alta Resolución una infrutilización en pacientes que podían beneficiarse de ellas. Por lo que nos reunimos con Atención Primaria para optimizar el uso de estos recursos, precisando las indicaciones y facilitando las citaciones directamente al fax de la Unidad.



Como ya he comentado anteriormente, con la puesta en marcha de las consultas monográficas, sobre todo la de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica y la de Hígado, para pacientes con hepatitis crónica en tratamiento antiviral y pacientes con hepatopatía crónica avanzada y su correcta codificación, conseguiremos reducir la relación primeras/sucesivas de la consulta de Digestivo.

#### **REUNIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA:**

El día 12 de noviembre nos reunimos con Atención Primaria, aprovechando su Comisión Técnico Asistencial para:

- Informar de la puesta en marcha de las consultas monográficas especiales
- Consultas de alta resolución, indicaciones, modelos de solicitud y procedimiento de citación directamente en la Unidad.
- Actualización de los Consentimientos informados y de las solicitudes de endoscopias digestivas y Test del Aliento y procedimiento de citación.

Estamos pendientes de la elaboración de un calendario conjunto de reuniones-sesiones conjuntas para el año 2009.

## 9. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

### 9.1. ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS

- XXXIII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Madrid, 20 al 22 de febrero 2008. Dr. E. Garza.
- I Curso de Gastroenterología y VII Curso de Hepatología. Unidades de Gastroenterología y Hepatología del Hospital General Universitario. Alicante, 8 y 9 de febrero de 2008. Dra. C. Thomson.
- 3<sup>rd</sup> Congress of ECCO- the European Crohn's and Colitis Organisation Inflammatory Bowel Diseases 2008. Lyon. France February 28 – March 1, 2008. Dra. M.T. Botella
- XI Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 6-8 de marzo de 2008. Dra. C. Thomson.
- Digestive Disease Week 2008 at the San Diego Convention Center in San Diego, CA. Saturday, May 17 – Thursday, May 23, 2008. Dra. M.T. Botella.
- XV curso de postgrado AGA/ SEPD Sitges ( Barcelona ) 5 de junio de 2008. LXVII Congreso anual de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. Sitges, junio de 2008. Dra. M.J. Alcalá.
- The management of patients with peptic Ulcer Bleed, celebrado en Gothenburg (Sweden) el 12 de Junio de 2008. Dra. M.T. Botella.
- XIX REUNIÓN NACIONAL DE GETECCU Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa . Madrid, 3 y 4 de octubre 2008. Dra. M.J. Alcalá.
- UEGW. Semana Europea de Gastroenterología. Viena. 18 al 22 de octubre 2008. Dr. E. Garza.
- Simposio: Avanzando hacia el cribado del cáncer colorrectal en España. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife, 7 y 8 de noviembre de 2008. Dra. C. Thomson.
- XVIII Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 14 y 15 de noviembre de 2008. Dra. M.T. Botella. Dra. M.J. Alcalá. Dra. C. Thomson.
- III Jornadas Científicas Hospital Obispo Polanco. Teruel, 26 y 27 de noviembre de 2008. Dra. M.T. Botella. Dra. M.J. Alcalá. Dra. C. Thomson. M. Martínez Morales. C. Cuervo Menéndez
- Asistencia a Taller. Emociones, estrés y comunicación en equipos sanitarios. Colegio de Médicos de Teruel, 25 al 28 de febrero y 3 de marzo de 2008. Acreditado por la Comisión Nacional de Formación Continuada con 2,1 créditos. Dra. M.T. Botella.
- 26 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza, 21-24 de octubre de 2008. Dra. C. Thomson.

- Diploma de Postgrado en Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial, organizado por la Fundación Avedis Donabedian y realizado en la Universidad Autónoma de Barcelona. Cinco Módulos de cuarenta horas de duración cada uno, de enero a mayo de 2008. (200 horas). Dra. C. Thomson.
- Sistemas de Calidad y Mejora Continua. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Duración de 60 horas. 31 de marzo al 16 de junio de 2008. Formación virtual impartida y desarrollada a través de la plataforma MOODLE. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 4,3 créditos. Dra. C. Thomson.
- Magíster de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. 2008-2010. Dra. C. Thomson.
- Cursos de Bioética para Formación del Grupo Promotor del Comité de Ética Asistencial del sector de Teruel. Primer Curso de Iniciación a la Bioética. Teruel, enero a abril de 2008. Segundo Curso de Fundamentación en Bioética. Teruel 28 y 29 de octubre de 2008. Concepción Cuervo y Concha Thomson.
- Jornada de Investigación en Bioética. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, 30 y 31 de octubre 2008. Concepción Cuervo y Concha Thomson.
- Curso de RCP avanzada. Teruel, 27 y 28 de octubre de 2008. M. Martínez Morales. MT. Botella. C. Thomson.
- II Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Teruel, 15-17 de octubre de 2008. C. Cuervo Menéndez
- 17<sup>th</sup> World Council of Enterostomal Therapists (WCET) Congreso. Ljubljana, Slovenia, 15-19 de junio de 2009. María Martínez Morales.

## 9.2. COMUNICACIONES, PUBLICACIONES Y PONENCIAS

- **MT Botella, MJ Alcalá, M Martínez, C Cuervo, C Thomson, E Garza.** Cómo, cuando y a quién realizar una gastrostomía endoscópica percutánea: nuestra experiencia. III Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. Teruel, 26 y 27 noviembre de 2008.
- JM Vicario, FJ Lerín, C Roig, **MT Botella**, A Fuertes, G Pérez. Un caso de cirrosis biliar primaria. III Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. Teruel, 26 y 27 noviembre de 2008.
- Ladabaum U, Ferrández A, **Thomson C**, Blas JM, Santolaria S, Sáinz R, Lanás A. Cribado del cáncer colorrectal (CCR) en familiares de primer grado de pacientes con CCR. Aplicación de un modelo validado de análisis de decisión. Implicaciones para la Política Sanitaria Pública. XI Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 6-8 de marzo de 2008.

- Ferrández A, **Thomson C**, Blas JM, Santolaria S, Sopeña F, Sainz R, Lanas A. Riesgo de neoplasia en familiares de primer grado de pacientes con cáncer colorrectal. Resultados de un programa prospectivo y regional de cribado mediante colonoscopia en población de riesgo. XI Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 6-8 de marzo de 2008.
- Ponencia: "Objetivo: la prevención del cáncer de colon y recto". II Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Teruel, 15-17 de octubre de 2008. Dra. M.T. Botella.
- Ponencia: "Patología y tratamiento de la Enfermedad de Crohn y de la Colitis Ulcerosa". X Congreso Sanitario de ACU Aragón. Teruel, 7 de noviembre de 2008. Dra. M.T. Botella. Dra. M.J. Alcalá.
- Curso impartido: Temario médico de la II parte del Curso "La práctica asistencial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el entorno socio/sanitario" Enero-Abril de 2008. Dra. M. T. Botella.

### **9.3. COLABORACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ASOCIACIONES DE PROFESIONALES Y DE PACIENTES.**

- Presidencia de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Dra. M. T. Botella 2006-2008. Secretaria de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Dra. M. J. Alcalá. 2006-2008. Miembro del Comité Científico. Dra. C. Thomson
- Miembro del Comité Científico del II Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Dra. M. T. Botella.
- Directora y Coordinadora del Curso "La práctica asistencial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el entorno socio/sanitario". Dra. M. T. Botella.

### **9.4. SESIONES CLÍNICAS DE SERVICIO Y HOSPITALARIAS**

- Los miembros de la Sección de Aparato Digestivo hemos participado en las sesiones clínicas del Área Médica:
  - Sesión Clínica del Área Médica: PROTOCOLO DE PANCREATITIS AGUDA. 6 de Febrero 2008. Dra. M.J. Alcalá
  - Sesión clínica del Área Médica: Gastrostomía endoscópica percutánea. ¿Cómo, cuando y a quién?. 30 de abril de 2008. Dra. M.T. Botella.

- Sesión Clínica del Área Médica: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Noviembre de 2008. Dr. E. Garza.

□ Reuniones de la Sección de Aparato Digestivo:

- 10 y 24 de junio de 8:15 a 9:00 Plan de Calidad de la Unidad de Digestivo.
- 17 de junio. Proceso de cáncer colorrectal.
- 21 de octubre. Seguimiento del Contrato Programa de la Sección de Digestivo.
- 18 de noviembre. Vía clínica de la HDA.

### INVESTIGACIÓN

- Estudio Monotrans, patrocinado por Roche. Participación en estudio multicéntrico de tratamiento de pacientes naive con Hepatitis crónica VHC con peginterferon alfa 2b. Dr. E. Garza.

### PROTOCOLOS Y VÍAS CLÍNICAS:

- Guía Clínica de la Pancreatitis Aguda. Dra. M.J. Alcalá.
- Elaboración de la Vía Clínica de la Hemorragia Digestiva Alta varicosa y no varicosa. Dr. E. Garza.
- Actualización del Protocolo de la hemorragia Digestiva Alta. Dr. E. Garza.

## 10. PARTICIPACIÓN EN COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO O DE MEJORA

- Dra. C. Thomson: Responsable de Calidad del H.O.P. Miembro de la Unidad de Calidad Asistencial. Presidenta de la Comisión de Calidad del HOP. Comisión de Calidad del sector.
- Comisión Técnico Asistencial. Dra. M.T. Botella.
- Comisión Mixta. Dra. M.T. Botella.
- Comisión Clínica Infecciones Hospitalarias. Dr. E. Garza (solicitado ingreso)
- Comisión de Historias Clínicas. Dr. E. Garza (solicitado ingreso)
- Grupo de Mejora de la Comunicación. Dra. M. T. Botella. Dra. C. Thomson
- Grupo de Humanización y calidad del trato. Dra. C. Thomson. C. Cuervo

## 11. GESTIÓN.

### 11.1. Contrato de gestión.

Indicadores del Contrato Programa de la Unidad de Digestivo de 2008:

#### 1.- EFECTIVIDAD

##### 1.1.- Índice de reingresos

Peso:	2	Estándar Máximo:	≤ 3%	Mínimo:	8%
-------	---	---------------------	------	---------	----

##### 1.2.- Estancia media del Servicio **5,4**

Peso:	4	Estándar Máximo:	≤ 6,5%	Mínimo:	6,9%
-------	---	---------------------	--------	---------	------

##### 1.3.- Estancia media en los GRD con mayor número de estancias evitables

Peso global: 6

GRD 175. Hemorragia digestiva sin CC	Peso :3	<b>3,9</b>	Estándar Máximo:	4,8	Mínimo:	5,4
--------------------------------------	---------	------------	---------------------	-----	---------	-----

GRD 204. Trastornos Del páncreas salvo neoplasia maligna	Peso:3	<b>8,17</b>	Estándar Máximo:	≤8,7	Mínimo:	9,1
--	--------	-------------	---------------------	------	---------	-----

##### 1.4.- Porcentaje (%) de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos **0 %**

Peso:	1	Estándar Máximo:	≤ 2%	Mínimo:	2,6%
-------	---	---------------------	------	---------	------

##### 1.5.- Elaboración, implantación y evaluación del protocolo de utilización del Infiximab. **SÍ**

Peso:	2	Estándar Máximo:	≥ 95%	Mínimo:	90%
-------	---	---------------------	-------	---------	-----

#### 2.- EFICIENCIA

##### 2.1.- Porcentaje (%) de urgencias ingresadas

Peso:	1	Estándar Máximo:	≤ 13 %	Mínimo:	17 %
-------	---	---------------------	--------	---------	------

**2.2.-Relación entre primeras consultas y sucesivas 3,6 – 3,4**

Peso:	<input type="text" value="5"/>	Estándar	<input type="text" value="≤ 3,2%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="4 %"/>
		Máximo:			

**2.3.- Porcentaje (%) de envases por principio activo respecto al total de envases prescritos 22 %**

Peso:	<input type="text" value="1"/>	Estándar	<input type="text" value="≥ 16%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="6%"/>
		Máximo:			

**2.4.- Porcentaje (%) de la adecuación del consumo intrahospitalario de los 3 principios activos de mayor gasto hospitalario en el año 2007**

Peso:	<input type="text" value="1"/>	Estándar	<input type="text" value="100%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="90%"/>
		Máximo:			

**3.- SEGURIDAD**

**3.1.- Porcentaje de casos centinela de mortalidad hospitalaria que han sido analizados 100%**

Peso:	<input type="text" value="2"/>	Estándar	<input type="text" value="100%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="90%"/>
		Máximo:			

**3.3.- Porcentaje (%) de pacientes correctamente identificados 99%**

Peso:	<input type="text" value="2"/>	Estándar	<input type="text" value="99%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="90%"/>
		Máximo:			

**3.4.-Porcentaje (%) de Informes de alta correctamente cumplimentados 100%**

Peso:	<input type="text" value="5"/>	Estándar	<input type="text" value="99%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="90%"/>
		Máximo:			

**3.5.-Porcentaje (%) de documentos de Consentimiento informado debidamente cumplimentados**

Peso:	<input type="text" value="5"/>	Estándar	<input type="text" value="99%"/>	Mínimo:	<input type="text" value="90%"/>
		Máximo:			

**G.- GARANTIAS EN TIEMPOS DE DEMORA**

**G.1.- N° de pacientes con demora para primeras visita superior a 45 días a 31/12/08 0**

Peso:	<input type="text" value="5"/>	Estándar	<input type="text" value="0"/>	Mínimo:	<input type="text" value="0"/>
		Máximo:			

**G.2.- Porcentaje (%) de pacientes pendientes de cita para consulta externa a 31/12/08 0**

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**4.- ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN AL CLIENTE**

**4.1.- Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio respecto a la información que han recibido sobre lo que les pasaba**

Peso global:

HOSPITALIZACIÓN	Peso 0,33	93,1%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90
-----------------	-----------	-------	---------------------	----	---------	----

CONSULTAS EXTERNAS	Peso 0,33:	81,8%	Estándar Máximo:	90	Mínimo:	85
--------------------	------------	-------	---------------------	----	---------	----

URGENCIAS	Peso 0,33:	84,6%	Estándar Máximo:	90	Mínimo:	85
-----------	------------	-------	---------------------	----	---------	----

**4.2.- Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por los profesionales**

Peso global:

HOSPITALIZACIÓN

Médicos	Peso 0,33	94,4%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90
---------	-----------	-------	---------------------	----	---------	----

CONSULTAS EXTERNAS

Médicos	Peso 0,33	85%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90
---------	-----------	-----	---------------------	----	---------	----

URGENCIAS

Médicos	Peso 0,33	93,2%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90
---------	-----------	-------	---------------------	----	---------	----

**4.3.- Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio con los cuidados sanitarios que han recibido.**

Peso global:

HOSPITALIZACIÓN	Peso 0,33	98,1%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90
CONSULTAS EXTERNAS	Peso 0,33	82,9%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90
URGENCIAS	Peso 0,33	89,5%	Estándar Máximo:	95	Mínimo:	90

**4.4.-Oferta estable de consulta del Servicio para libre elección de Especialista **Sí****

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**5.- RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

**5.1.- El Servicio o alguno de sus miembros participa en proyectos activos en el ejercicio financiados en convocatorias competitivas **Sí****

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**6.- DESARROLLO DE UNIDADES CLINICAS**

**6.1.- El Servicio o Unidad desarrollan un programa de mejora organizativa o asistencial **Sí****

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**6.2.- Número de publicaciones firmadas por profesionales del Servicio en revistas indexadas, sesiones clínicas hospitalarias y conferencias **4 comunicaciones, 2 ponencias, 1 curso y 3 sesiones del servicio.****

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**6.3.- Plan anual de sesiones clínicas del Servicio: **Sí****

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**6.4.-Se realizan sesiones conjuntas con atención primaria para procesos específicos **Sí****

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**7.- ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS**

**7.1.-El Servicio , Unidad o Sección aplica y evalúa el protocolo de Pancreatitis aguda.**

**Elaboración del Protocolo, Guía Clínica de Pancreatitis aguda con los servicios de Urgencias, Cirugía, Medicina Interna y Radiodiagnóstico**

**A evaluar por la Comisión de Calidad**

Peso:  Estándar:  Mínimo:   
Máximo:

**7.2.-El Servicio, Unidad o Sección desarrolla y aplica la Vía clínica de Hemorragia Digestiva Alta en más del 80% de los casos. Elaboración de la Vía Clínica y del Protocolo de la HDA**

**A evaluar por el Servicio**

Peso:  Estándar  Mínimo:   
Máximo:

**7.3.- Colaboración con el Comité de Tumores Sí**

Peso:  Estándar  Mínimo:   
Máximo:

## **8.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**8.1.-El Servicio o Sección presenta la Memoria del Servicio, Unidad o Sección antes del 30 enero: Sí**

Peso:  Estándar  Mínimo:   
Máximo:

**8.2.-El Servicio o Sección presenta el Plan de necesidades debidamente justificado antes del 31 octubre del año en curso Sí**

Peso:  Estándar  Mínimo:   
Máximo:

**8.3.- Los profesionales del Servicio o sección conocen el Contrato de gestión del Servicio Sí**

Peso:  Estándar  Mínimo:   
Máximo:

## 11.2. Calidad.

### Líneas estratégicas y Objetivos de Calidad de la Unidad de Digestivo

#### Línea estratégica 1

##### Mejorar la satisfacción del paciente

###### 1.1. Personalización de la asistencia:

- Programa de acogida para los pacientes. Hoja de información al paciente ingresado.
- Asignación de médico / enfermera responsable del proceso
- Identificación del profesional
- Información personalizada a pacientes y familiares sobre la enfermedad, los procedimientos diagnósticos, el tratamiento propuesto para poder participar en las decisiones clínicas.

###### 1.2. Mejorar la información al paciente sobre los procedimientos endoscópicos

###### 1.3. Mejorar la información a los pacientes sobre las consultas de la Unidad de Digestivo, tanto generales como monográficos

###### 1.4. Mejorar la satisfacción de los pacientes a los que se realizan procedimientos endoscópicos

###### 1.5. Facilitar a los pacientes la citación de consultas sucesivas desde la propia consulta de la Unidad de Digestivo.

###### 1.6. Implantar la guía de gestión de consultas externas.

###### 1.7. Favorecer la implantación del documento de voluntades anticipadas.

###### 1.8. Garantizar la CONTINUIDAD ASISTENCIAL y el intercambio de información entre el Hospital y sus Centros de Salud.

###### 1.9. Utilizar la página web del Hospital para difundir entre los usuarios información de la Unidad de Digestivo y contribuir a la educación en salud.

#### Línea estratégica 2

##### Garantizar la calidad asistencial de la Unidad

###### 2.1. Disminuir la variabilidad clínica

- Elaborar, implantar y evaluar el protocolo de manejo del paciente con pancreatitis aguda
- Elaborar, Implantar y evaluar la Vía clínica de hemorragia digestiva alta.
- Asegurar el seguimiento de los protocolos asistenciales de los tumores digestivos.
- Implantar y evaluar el proceso de cáncer colorectal.
- Implantación de las consultas monográficas con sus protocolos asistenciales.

###### 2.2. Mejorar la idoneidad de la solicitud de exploraciones complementarias

###### 2.3. Elaboración de estándares de práctica clínica y monitorización

###### 2.4. Mejorar la vigilancia y seguimiento de los pacientes con adenomas colorectales.

###### 2.5. Seguimiento y evaluación del Programa de Prevención de cáncer colorectal en personas de riesgo.

### **Línea estratégica 3**

#### **Mejora de la continuidad asistencial**

- 3.1. Mejorar las Consultas de Alta Resolución (CAR).
- 3.2. Participar e Implantar el Proceso de cáncer colorectal en el Sector Teruel.
- 3.3. Mejorar los canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención especializada.

### **Línea estratégica 4**

#### **Disminuir los riesgos sanitarios y mejorar la seguridad de los pacientes**

- 4.1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de la seguridad clínica (SC) entre los profesionales de la Unidad.
- 4.2. Conocer la incidencia de efectos adversos que se producen en la Unidad
- 4.3. Implantar prácticas seguras en la Unidad
  - Control de la limpieza y desinfección de los endoscopios
  - Identificación de los pacientes en Hospitalización
  - Prevención de úlceras por presión en pacientes de riesgo
  - Profilaxis antibiótica en pacientes de riesgo en exploraciones endoscópicas de riesgo.
  - Protocolo para pacientes en tratamiento anticoagulante y antiagregante a los que se les va a realizar procedimientos endoscópicos.
  - Prevención de caídas en pacientes ingresados
  - Prevención de TEP y TVP en pacientes a riesgo.
  - Mejorar la seguridad del medicamento
    - Implantar la prescripción electrónica
    - Implantar un sistema de alertas en medicamentos de alto riesgo.

### **Línea estratégica 5**

#### **Mejorar la calidad de las Endoscopias Digestivas**

- 5.1. Adecuación de las indicaciones
  - Aplicación de las indicaciones de la ASGE y EPAGE (sociedades americana y europea de endoscopias)
- 5.2. Mejorar la precisión diagnóstica
- 5.3. Conocer la incidencia de complicaciones por procedimientos endoscópicos
- 5.4. Implantar el protocolo de sedoanalgesia en endoscopias.
- 5.5. Conocer y mejorar la satisfacción de los pacientes.
- 5.6. Mejorar el cumplimiento de los consentimientos informados en procedimientos endoscópicos.
- 5.7. Mejorar la calidad de los informes endoscópicos.

- 5.8. Mejorar el sistema de información de endoscopias
- 5.9. Elaborar e implantar el protocolo de anticoagulación y antiagregación en endoscopias.
- 5.10. Elaborar e implantar el protocolo de profilaxis antibiótica en pacientes de riesgo para exploraciones de riesgo.

## Plan de Calidad de la Unidad de Digestivo

**UNIDAD DE DIGESTIVO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL**

### 1. Línea de mejora 1

**Mejorar la satisfacción del paciente**

### 2. Responsable de la línea de mejora

Concha Thomson Llisterri

### 3. Objetivos e indicadores a conseguir durante 2008

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2008
Mejorar la información al ingreso del paciente en planta	Porcentaje (%) de pacientes ingresados en planta a los que se les entregó el documento de información al ingreso	ND	>=75%
Mejorar la información al paciente sobre los procedimientos endoscópicos	Porcentaje (%) de Consentimientos informados de endoscopias correctamente cumplimentados	80%	>= 95%
Mejorar la información al paciente sobre las consultas de la Unidad de Digestivo, tanto generales como específicas	Porcentaje (%) de pacientes atendidos en consulta externa de digestivo al que se le ha entregado el documento informativo	ND	>=50%
Mejorar la satisfacción de los pacientes a los que se realizan procedimientos endoscópicos	Porcentaje (%) de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de la gastroscopia	50,7%	< 40%
	Porcentaje (%) de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de la colonoscopia	40%	< 35%
	Porcentaje (%) de pacientes con endoscopias digestivas que han recibido sedoanalgesia según protocolo	ND	>= 60%
Facilitar a los pacientes la citación de consultas sucesivas desde la propia consulta de la Unidad de Digestivo	Porcentaje (%) de pacientes citados para consultas sucesivas que han sido citados desde la propia consulta de digestivo,	ND	>= 30%

#### 4. Actividades para mejorar

- Elaboración de folleto de información al paciente para su ingreso en planta y entrega a todos los pacientes que ingresan. Responsable Dr. Emilio Garza
- Sesiones informativas para el personal de enfermería de planta sobre el contenido de la información y su distribución. Responsable Dr. Emilio Garza.
- Diseño del proceso de Consentimientos informados Responsable Dra. M<sup>a</sup> José Alcalá
- Elaboración de documento informativo sobre el funcionamiento de las consultas de la Unidad de Digestivo. Responsable Dra. M Teresa Botella
- Elaboración e implantación del protocolo de sedoanalgesia en las endoscopias digestivas Responsable Dra. Concha Thomson
- Encuesta de calidad percibida de los pacientes a los que se han realizado procedimientos endoscópicos. Responsable Dra. M Teresa Botella
- Citación para consulta sucesiva desde la misma consulta de la Unidad de Digestivo. Responsable Dra. Concha Thomson

#### 5. Evaluación y seguimiento

- Registro en la historia clínica del paciente de que se ha entregado el folleto de información al paciente a su ingreso en planta.
- Para evaluar el indicador “ Porcentaje (%) de pacientes ingresados en planta a los que se les entregó el documento de información al ingreso” se obtendrá de forma aleatoria una muestra entre las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Digestivo (n=30) y se evaluará si se ha registrado, anotado que se ha entregado el documento.
- Para evaluar el indicador “ Porcentaje (%)de Consentimientos informados de endoscopias correctamente cumplimentados”, se obtendrá de forma aleatoria una muestra entre las historias clínicas de los pacientes a los que se les ha realizado un procedimiento endoscópico (n=30) y se evaluará que la historia clínica contenga un documento específico de consentimiento informado debidamente cumplimentado.
- Se realizará una encuesta de calidad percibida a los pacientes a los que se ha realizado una endoscopia digestiva y se analizarán sus resultados.
- Hojas de registro de Endoscopias Digestivas. Cumplimentación, revisión y monitorización del Porcentaje (%) de pacientes con endoscopias digestivas que han recibido sedoanalgesia según protocolo.
- Se registrará en la consulta de digestivo los pacientes citados para consultas sucesivas que han sido citados desde la propia consulta de digestivo y se analizarán con el HPHiss el indicador “Porcentaje (%) de pacientes citados para consultas sucesivas que han sido citados desde la propia consulta de digestivo”

#### 6. Duración y calendarios previstos

**Fecha de inicio:**  
Junio 2008

**Fecha de finalización:**  
Junio 2009

**Calendario:**

Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Elaboración de folleto de información al paciente para su ingreso en planta y entrega a todos los pacientes que ingresan										X			
Sesiones informativas para el personal de enfermería de planta sobre el contenido de la información y su distribución											X		
Diseño del proceso de Consentimientos informados											X		
Elaboración de documento informativo sobre el funcionamiento de las consultas de la Unidad de Digestivo										X			
Elaboración del protocolo de sedoanalgesia en las endoscopias digestivas									X				
Implantación del protocolo de sedoanalgesia en las endoscopias digestivas											X		
Encuesta de calidad percibida de los pacientes a los que se han realizado procedimientos endoscópicos											X	X	X
Citación para consulta sucesiva desde la misma consulta de la Unidad de Digestivo							X						

### 1. Línea de mejora 2

Disminuir la variabilidad clínica

### 2. Responsable de la línea de mejora

Concha Thomson Llisterri

### 3. Objetivos e indicadores a conseguir durante 2008

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2008
Implantación del protocolo de manejo del paciente con pancreatitis aguda	Porcentaje (%) de pacientes ingresados en la Unidad de Digestivo con el diagnóstico de pancreatitis aguda que han seguido el protocolo	ND	>=30 %
Mejorar la atención al paciente con hemorragia digestiva alta	Porcentaje (%) de pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados en la Unidad de Digestivo que han seguido la vía clínica	ND	>= 60%
Asegurar el seguimiento de los protocolos asistenciales de los tumores digestivos (cáncer de estómago, cáncer de colon y recto)	Porcentaje (%) de pacientes diagnosticados de tumores digestivos que han seguido correctamente el protocolo asistencial	ND	>= 70 %

- En caso de no disponer del valor del índice actual indicar ND (No disponible)

### 4. Actividades para mejorar

- Elaborar y aplicar el PROTOCOLO DE LA PANCREATITIS AGUDA. Responsable Dra. Alcalá
- Revisar, actualizar y aplicar la VÍA CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Responsable Dr. Garza
- Aplicar los protocolos asistenciales de los tumores digestivos . Responsable Dra. Thomson
- Cumplimentar la base de datos del cáncer colorrectal. Responsable Dra. Botella

## 5. Evaluación y seguimiento

- Para evaluar el indicador “Porcentaje (%) de pacientes ingresados en la Unidad de Digestivo con el diagnóstico de pancreatitis aguda que han seguido el protocolo “se obtendrá de forma aleatoria una muestra entre las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Digestivo diagnosticados de pancreatitis aguda y se revisará si se ha cumplido el protocolo
- Para evaluar el indicador “Porcentaje (%) de pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados en la Unidad de Digestivo que han seguido la vía clínica “se obtendrá de forma aleatoria una muestra entre las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Digestivo diagnosticados de hemorragia digestiva alta y se revisará si se ha seguido la vía clínica
- Se realizará una hoja de registro para complimentar los profesionales de las distintas especialidades implicadas en la atención al paciente con tumores digestivos para que registren si se están aplicando los protocolos asistenciales de estos pacientes.
- Análisis de los resultados de la base de datos del cáncer colorrectal

## 6. Duración y calendarios previstos

<b>Fecha de inicio:</b> Junio 2008	<b>Fecha de finalización:</b> Junio 2009
---------------------------------------	---

Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Aplicar el PROTOCOLO DE LA PANCREATITIS AGUDA										X	X	X	X
Revisar y actualizar la VÍA CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA									X				
Aplicar la VÍA CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA										X	X	X	
Aplicar los protocolos asistenciales de los tumores digestivos									X	X	X	X	X
Cumplimentar la base de datos del cáncer colorrectal										X	X	X	X

**1. Línea de mejora 3**

**Mejora de la continuidad asistencial**

**2. Responsable de la línea de mejora**

Concha Thomson Llisterri

**3. Objetivos e indicadores a conseguir durante 2008**

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2008
Mejorar las Consultas de Alta Resolución (CAR)	Número de consultas de alta resolución.	48	100
	Porcentaje (%) de CAR sobre el total de primeras visitas	4%	10%
Participar e Implantar el Proceso de cáncer colorectal en el Sector Teruel	A definir cuando esté entregado el Proceso de CCR por parte del Departamento y Servicios centrales del Salud		
Mejorar los canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención especializada	Nº de reuniones con Atención Primaria	ND	2

\* En caso de no disponer del valor del índice actual indicar ND (No disponible)

#### 4. Actividades para mejorar

- Enviar escrito informativo sobre las CAR a los Médicos de Atención Primaria desde la Dirección de Atención Primaria. Responsable Dra. Thomson
- Participar en la elaboración del proceso de CCR. Responsables Dra. Botella y Dra. Thomson
- Implantación del proceso de CCR cuando se finalice su elaboración. Responsables Dra. Botella y Dra. Thomson
- Reuniones con Atención Primaria. Responsable Dra. Thomson
- Crear cuenta de correo electrónico de la Unidad de digestivo para mejorar la comunicación con los médicos de atención primaria y difundirla. Responsable Dra. Botella

#### 5. Evaluación y seguimiento

- Seguimiento de los indicadores: Número de consultas de alta resolución y Porcentaje (%) de CAR sobre el total de primeras visitas desde el Servicio de Admisión y el cuadro de seguimiento de consultas externas
- Seguimiento de los indicadores del proceso de CCR
- Número de reuniones con Atención Primaria
- Número de correos electrónicos entre los médicos de atención primaria y los médicos especialistas de la Unidad de Digestivo

#### 6. Duración y calendarios previstos

Fecha de inicio: Junio 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008												
Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Enviar escrito informativo sobre las CAR a los Médicos de Atención primaria desde la Dirección de Atención Primaria										X			
Implantar el proceso de CCR cuando										X	X	X	
Reuniones con Atención Primaria											X		
Correo electrónico de la Unidad de digestivo para mejorar la comunicación con los médicos de atención primaria										X			

Los objetivos e indicadores del Plan de Calidad de la Unidad de Digestivo, anteriormente expuestos se han comenzado a desarrollar y a implementar en el tercer trimestre del 2008 por lo que se prolongarán su implantación, evaluación y seguimiento a lo largo del 2009. Para ello se modificará el calendario previsto.

#### **OBJETIVOS CONSEGUIDOS:**

- Elaboración e inicio de implantación de la Hoja de información al paciente ingresado.
- Facilitar a los pacientes la citación de consultas externas desde la propia consulta (se han citado 284 pacientes, lo que representa el 11,25% de los pacientes con cita programada).
- Mejorar la continuidad asistencial mediante una fluida relación con atención primaria.
- Elaboración de la Guía de Pancreatitis aguda, plantilla de recogida de datos e indicadores.
- Elaboración de la Vía clínica de la HDA y actualización del protocolo de la HDA varicosa y no varicosa. Diseño de indicadores para su evaluación y seguimiento.
- Implantación del proceso del cáncer colorectal. Elaboración de hoja de seguimiento y de base de datos.
- Programa de mejora y seguimiento de los pacientes con adenomas colorectales.
- Seguimiento y evaluación del Programa de Prevención de cáncer colorectal en personas de riesgo.
- Mejorar las consultas de alta resolución y su difusión en Atención primaria.
- Adecuación de las indicaciones de la endoscopia digestiva. Difusión y posterior reevaluación y comparación con los resultados previos.
- Elaboración e inicio de la implantación del protocolo de sedoanalgesia en endoscopias.
- Elaboración del documento informativo sobre el funcionamiento de las consultas de la Unidad de Digestivo.
- Revisión y puesta en marcha de la base de datos de diagnóstico y seguimiento de pacientes con cáncer colorectal.
- Difusión en Atención Primaria de los nuevos documentos de solicitud de endoscopias, consentimiento informados actualizados, consulta de alta resolución, consultas de especialidad y creación de cuentas de correo electrónico para mejorar la comunicación con los médicos de atención primaria.

**Indicadores y estándares de calidad del subproceso diagnóstico del cáncer colorectal**

CRITERIOS	ESTANDAR	INDICADORES
El tiempo de demora desde solicitud hasta realización de colonoscopia será menor a 15 días	El 85% de los pacientes no superará los 15 días desde la solicitud a la realización de colonoscopia	$\frac{\text{Nº de Pacientes de colonoscopia de sospecha con demora superior a 15 días}}{\text{Nº total de pacientes de colonoscopia de sospecha}} \times 100$
El tiempo transcurrido desde la toma de la muestra para la biopsia hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica por el servicio peticionario no debe superar los 7 días.	El 85% de los pacientes no superará los 7 días desde la toma de la muestra para la biopsia hasta la recepción del informe.	$\frac{\text{Nº de informes de biopsias recibidos después de una semana de la toma de la muestra.}}{\text{Número total de informes de colonoscopia de A.Patol.}} \times 100$
El tiempo transcurrido desde que el paciente acude por primera vez a Atención Primaria hasta el momento de confirmación del diagnóstico de cáncer no debe superar a 21 días.	El 85% de los pacientes no superará los 21 días desde que el paciente va a Atención Primaria hasta confirmación del diagnóstico de cáncer	$\frac{\text{Nº pacientes cuya demora desde Atención Primaria hasta confirmación del diagnóstico de cáncer ha sido superior a 21 días.}}{\text{Total de pacientes enviados, a los que se les diagnostica cáncer}} \times 100$

**El tiempo transcurrido desde que el paciente acude al médico de Atención Primaria hasta la confirmación del diagnóstico de cáncer no debe superar los 21 días.**

Los criterios que se recogen para la gestión de cada subproceso han sido establecidos por consenso en el Grupo de Expertos en Cáncer Colorrectal de la Comunidad Autónoma de Aragón constituido para la planificación y desarrollo del proceso asistencial del cáncer colorrectal y para su implantación en los Sectores Sanitarios.

Durante todo el proceso se garantizará la información a pacientes y familiares, con contenidos claros sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, que les permita una toma de decisión informada.

Para facilitar el registro, evaluación y seguimiento de los indicadores de calidad del subproceso diagnóstico del cáncer colorectal se ha elaborado una hoja de recogida de datos y una base de datos.