

**MEMORIA**  
**UNIDAD DE**  
**DIGESTIVO**

**20** Teruel,  
**09**

Hospital Obispo Polanco

Sector Teruel



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	2
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES .....	3
3. PERSONAS QUE COMPONEN LA UNIDAD .....	3
4. INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA .....	4
5. CARTERA DE SERVICIOS .....	5
6. ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA UNIDAD .....	6
6.1. Líneas estratégicas y objetivos .....	6
6.2. Secciones de la Unidad .....	8
7. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD .....	9
7.1. Organización funcional clínica .....	9
7.2. Atención continuada .....	12
7.3. Documentación específica de la Unidad .....	12
8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL .....	13
9. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN .....	24
9.1. Asistencia a Cursos y Congresos .....	24
9.2. Comunicaciones, Cursos, Publicaciones y Ponencias .....	25
9.3. Colaboración con Sociedades Científicas, Asociaciones profesionales y de pacientes .....	27
9.4. Sesiones clínicas .....	28
9.5. Proyectos de investigación .....	29
9.6. Proyectos de mejora de la Calidad .....	29
10. PARTICIPACIÓN EN COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y DE MEJORA ..	30
11. GESTIÓN .....	31
11.1. Contrato de Gestión .....	31
11.2. Calidad .....	32

## ANEXOS

### RESUMEN Y RESULTADOS DEL PROYECTO DE CALIDAD 2009.

INFORMACIÓN Y SEDACIÓN: ¿EN QUÉ GRADO MEJORA LA TOLERANCIA DE LAS ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS?

## 1. INTRODUCCIÓN

En los 22 años de andadura (1987-2009) 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.

El objetivo primordial, el eje del trabajo de esta Unidad, es el ciudadano, al que se atiende y da servicio, 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 y Sociosanitaria.

Como integrante del Hospital Obispo Polanco y de la Atención Sanitaria del Sector Teruel, toda nuestra actividad, asistencial, docente e investigadora, debe estar inspirada, dirigida, orientada y sustentada en la Misión, Visión y Valores del Hospital, que a su vez están en los promulgados por el SALUD y que deben regir a toda la Organización.

El **Plan de Calidad** del Hospital 2008-2012, que se basa e inspira en la M,V y Valores del Hospital. Por lo que nuestra actuación debe estar dirigida a colaborar y participar en el desarrollo de las **líneas estratégicas**.

- **LE 1.** Disminuir los riesgos sanitarios y mejorar la seguridad de los pacientes
- **LE 2.** Mejorar la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria y garantizar sus derechos
- **LE 3.** Mejorar la implicación y participación de los profesionales en temas de calidad y estratégicos del centro
- **LE 4.** Garantizar la calidad asistencial de los servicios y unidades
- **LE 5.** Impulsar la Gestión por procesos
- **LE 6.** Gestionar el conocimiento en salud
- **LE 7.** Mejorar la seguridad de los profesionales
- **LE 8.** Promover el compromiso del Hospital con la sociedad

## **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 Llisterri (jefe de sección y coordinadora de Calidad del Hospital Obispo Polanco).
- Emilio Garza Trasobares.
- Teresa Botella Esteban.
- M<sup>a</sup> José Alcalá Escriche

Facultativo Especialista de Cupo: Alejandro Benedí Mata.

### Enfermería:

- María Martínez Morales (DUE)
- Gely Cuervo Menéndez (TCAE)
- Belén Doñate Borao (DUE)

#### 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 videogastroskopios	2
Núm. de videocolonoskopios	3
Núm. de videoduodenoskopio	1
Núm. de torres de endoscopias, con procesadores, fuentes de luz, monitores, videos y carro	2
Núm. de fuente de diatermia para polipeptomías endoscópicas	1
Fuente de Argón Láser	1
Núm. de lavadoras de endoskopios	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:
  - Gastroscopia 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
  - Gastroscopia urgente
  - Colonoscopia urgente
  - Extracción cuerpos extraños
  - Técnicas hemostáticas endoscópicas
  - Recogida de muestras del test del aliento para determinación de Helicobacter pylori
  - CPRE diagnóstica
  - Esfinterotomía 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
- Participación activa en la implantación del Proceso del cáncer Colorectal
- 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.

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

#### LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

1. Disminuir los riesgos sanitarios y mejorar la seguridad de los pacientes
2. Mejorar la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria y garantizar sus derechos.
3. Garantizar la calidad asistencial de la Unidad
4. Impulsar y promover el trabajo en equipo, el desarrollo, la formación y la satisfacción profesional.
5. Impulsar la Gestión por procesos
6. Gestionar el conocimiento en salud
7. Promover el compromiso de la Unidad con la sociedad

#### OBJETIVOS:

##### **Línea estratégica 1**

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

- 1.1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de la seguridad clínica (SC) entre los profesionales de la Unidad.
- 1.2. Conocer la incidencia de efectos adversos que se producen en la Unidad
- 1.3. Implantar prácticas seguras en la Unidad

##### **Línea estratégica 2**

##### **Mejorar la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria y garantizar sus derechos**

- 2.1. Mejorar la humanización de la asistencia
- 2.2. Mejorar la información a los pacientes y familiares
- 2.3. Conocer las necesidades y expectativas de los usuarios
- 2.4. Proteger la confidencialidad e intimidad de los pacientes
- 2.5. Potenciar y mejorar las relaciones con Atención Primaria y Sociosanitaria. Garantizar la continuidad asistencial

### **Línea estratégica 3**

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

- 3.1. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- 3.2. Mejorar la idoneidad de la solicitud de exploraciones complementarias
- 3.3. Elaboración de estándares de práctica clínica y monitorización
- 3.4. Mejorar la calidad de las endoscopias digestivas
- 3.5. Mejorar la vigilancia y seguimiento de los pacientes con adenomas colorectales.
- 3.6. Seguimiento y evaluación del Programa de Prevención de cáncer colorectal en personas de riesgo.

### **Línea estratégica 4**

#### **Impulsar y promover el trabajo en equipo, el desarrollo, la formación y la satisfacción profesional**

- 4.1. Mejorar la comunicación interna
- 4.2. Mejorar la comunicación con los servicios y unidades del hospital, del sector y de otros centros sanitarios
- 4.3 Facilitar la participación de los profesionales de la Unidad en comisiones clínicas y grupos de mejora

### **Línea estratégica 5**

#### **Impulsar la Gestión por procesos**

- 5.1. Proceso del cáncer colorrectal
- 5.2. Diseño del Proceso de Endoscopias
- 5.3. Diseño del Proceso de Consulta externa

### **Línea estratégica 6**

#### **Gestionar el conocimiento en salud**

- 6.1. Impulsar el intercambio de conocimiento
- 6.2. Fomentar la formación en áreas técnicas para mejorar la competencia profesional
- 6.3. Asegurar la calidad de las actividades formativas
- 6.4. Promover la investigación biomédica

### **Línea estratégica 7**

#### **Promover el compromiso de la Unidad con la sociedad**

- 7.1. Compromiso con el medio ambiente
- 7.2. Estimular la participación de los profesionales de la Unidad en actividades comunitarias
- 7.3. Promover la participación ciudadana

## 6.2. Secciones de la Unidad

La amplitud de los conocimientos científicos actuales en la especialidad de Aparato Digestivo ha justificado y consolidado la creación de “áreas de capacitación”, algunas de ellas con un peso específico tan relevante que han propiciado el desarrollo de distintas sociedades científicas. A destacar, la Asociación Española para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AEEH), la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Asociación Española de Endoscopias, el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y en Colitis Ulcerosa (GETECCU).

En definitiva, las áreas de interés de nuestra especialidad son muchas y ha formado parte de nuestra cultura mantener relación con los miembros de estas disciplinas. Es obvio que en un hospital como el nuestro no es viable constituir Unidades Funcionales para cada una de estas disciplinas pero creo que el que existan puntos de referencia constituidos por facultativos interesados en esas patologías y más expertos en el tema que se hagan cargo de la consulta monográfica de esas áreas puede contribuir a mejorar la calidad de nuestra Unidad y a que los pacientes reciban la atención más actualizada. Cada uno seremos responsables de incorporar a la Unidad todos los avances que se produzcan en el área correspondiente. De este modo, todos no tenemos que ser expertos en todo y se facilitará la formación continuada permanente entre los distintos miembros de la Unidad.

### CONSULTAS MONOGRÁFICAS:

- Enfermedad Inflamatoria Intestinal crónica. Dra. MJ. Alcalá
- Hepatitis crónica y hepatopatía crónica descompensada. Dr. E. Garza
- Páncreas y vía biliar. Dra. M.T. Botella
- Alto riesgo de cáncer digestivo. Dra. C. Thomson.

## 7. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

### 7.1. Organización funcional clínica

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>Dr. Garza</b>	<b>ENDOSC</b>	ENDOSC CEXT	<b>ENDOSC</b>	END ó PTA CEXT	END ó PTA CEXT ESP
<b>Dra. Botella</b>	<b>PLANTA</b>	PLANTA CEXT ESP	CPRE PLANTA	<b>ENDOSC</b>	PLANTA CEXT ESP
<b>Dra. Alcalá</b>	END ó PTA CEXT	<b>PLANTA</b>	<b>PLANTA</b>	CEXT ESP <b>PLANTA</b>	<b>ENDOSC</b>
<b>Dra. Thomson</b>	Calidad Comité CCR	<b>ENDOSC</b>	CEXT	<b>PLANTA</b> CEXT ESP	<b>PLANTA</b>
<b>Dr. Benedí</b>	C EXT	C EXT	C EXT	C EXT	C EXT

**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

Actividad de endoscopias de tarde por la aplicación del complemento específico B.

Programación:

- Colonoscopias 4
- Gastroscopias 3

**Planificación de la Atención en Consultas externas:**

- Dr. Alejandro Benedí Mata. (DIG 1)
  - Consulta diaria de 8 a 10:30 h.
    - 4 pacientes nuevos (2.1)
    - 6 revisiones (2.2)
    - 4 resultados (2.3)
  
- Dra. M. José Alcalá Escriche. (DIG 4)
  - Lunes. 10:45 a 14:15 h
    - 4 pacientes nuevos (2.1)
    - 6 revisiones (2.2)
    - 4 resultados (2.3)
  
  - Jueves. 9 a 11:30 Consulta de EII. 10 sucesivas especiales (4.0)
  
- Dr. Emilio Garza Trasobares (DIG 7)

Martes y jueves. 10:45 a 14:15 h

  - 4 pacientes nuevos (2.1)
  - 6 revisiones (2.2)
  - 4 resultados (2.3)

Viernes. 12:15 a 14:00. Consulta hepatopatía crónica. 8 sucesivas especiales (4.0)
  
- Dra. M.Teresa Botella Esteban (DIG 3)
  - Martes. 10:45 a 14:15 8 sucesivas especiales
  - Viernes 10:45 a 14:15. 7 revisiones
  
- Dra. Concha Thomson Llisterri (DIG 6)
  - Miércoles. 10:45 a 14:15 h
    - 4 pacientes nuevos (2.1)
    - 6 revisiones (2.2)
    - 4 resultados (2.3)
  
  - Jueves. 12:00 a 14:15 Consulta de alto riesgo de cáncer digestivo. 7 sucesivas especiales (4.0)

## 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.

Se realiza el pase de visita a los pacientes ingresados los fines de semana y días festivos por el médico de guardia localizada.

## 7.3. Documentación específica de la sección:

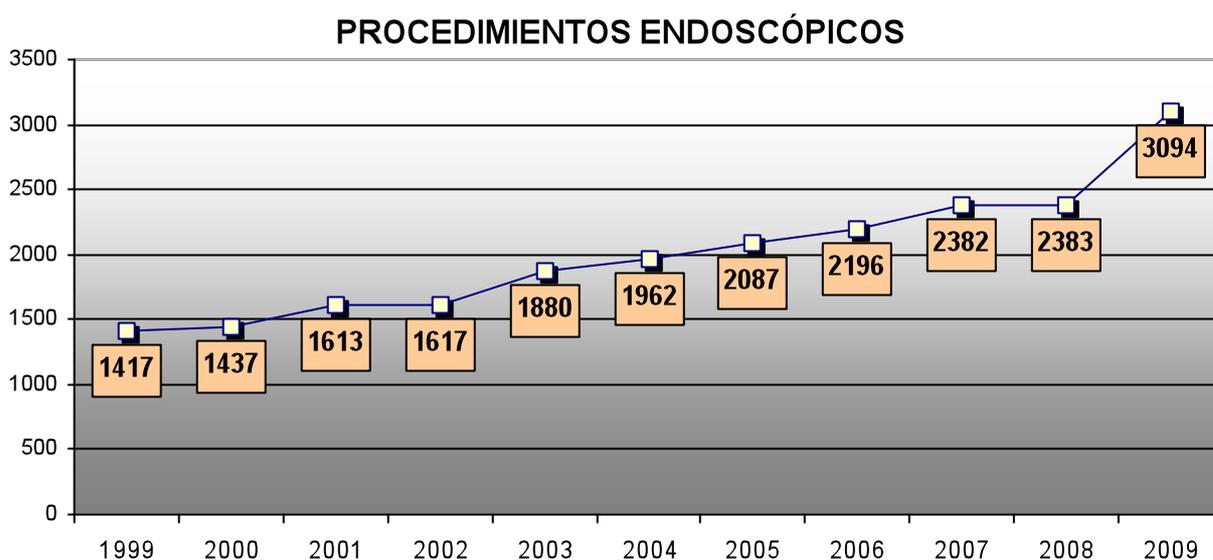
Todos los documentos de la Unidad han sido validados por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital y están colgados en la web del Hospital.

- Consentimientos informados:
  - Gastroscopia
  - Colonoscopia
  - GEP
  - CPRE
  - HDA
  - Extracción de cuerpos extraños esofágicos
  - Polipeptomías endoscópicas
  - Esclerosis de varices esofágicas
- Solicitud de Consulta de Alta resolución
  - Rectorragia
  - ERGE
- Solicitud de Endoscopia Digestiva
- Solicitud desde Atención Primaria:
  - Gastroscopia
  - Colonoscopia
  - Test del Aliento C13 Urea.
- Hoja de Registro de enfermería de endoscopias. Sedación
- Hoja de Información al paciente ingresado en la Unidad de Digestivo
- Estrategia de vigilancia en los adenomas colorrectales tras la polipeptomía endoscópica
- Consulta de EII
- Hoja informativa de tratamiento con esteroides
- Encuesta de satisfacción en la endoscopia digestiva
- Informe de seguimiento del paciente al que se le ha realizado polipeptomía endoscópica (PE)
- Informe para el paciente tras PE
- Protocolo de sedoanalgesia en endoscopias
- Protocolo de HDA
- Vía clínica de HDA
- Protocolo de Pancreatitis aguda

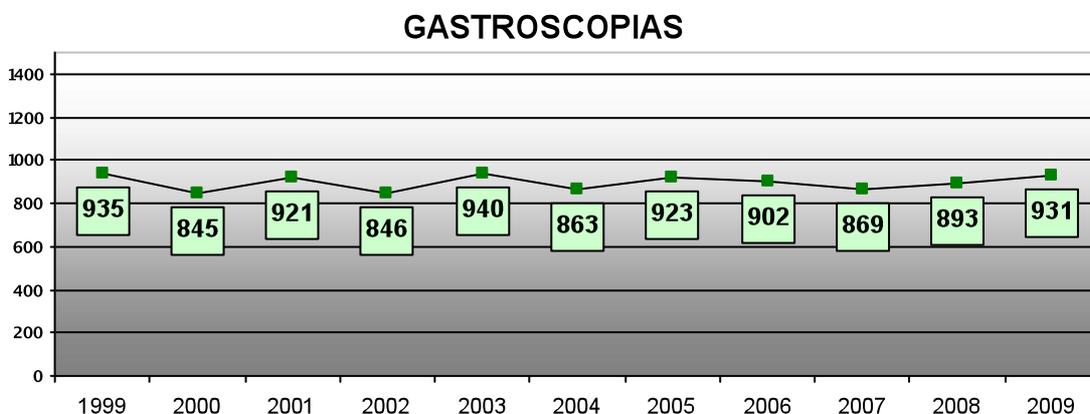
## 8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- **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.

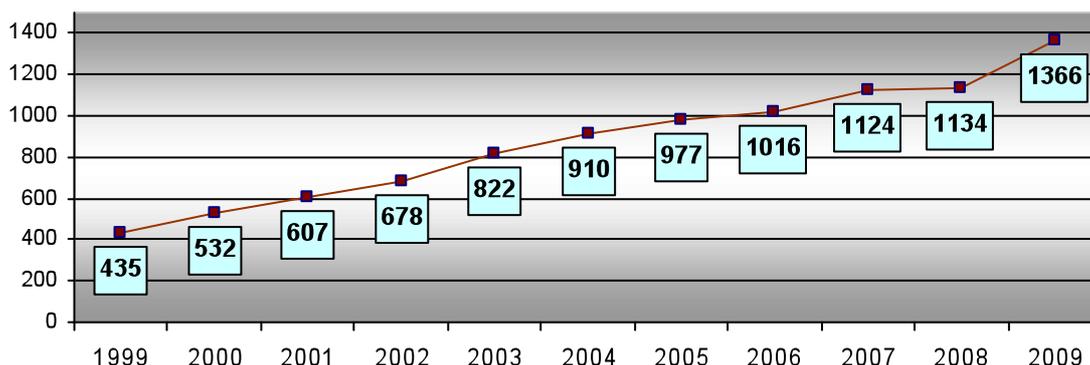


La tendencia generalizada de la **gastroscopia** es a la disminución en los últimos años coincidiendo con la implantación de métodos eficaces de erradicación del *Helicobacter Pylori* demostrando la importancia en la génesis de la úlcera duodenal y gástrica y a la potencia de los fármacos antiseoretos actuales. En nuestra Unidad, el número de gastroscopias se ha mantenido estable observándose este año un incremento del 4,25%.

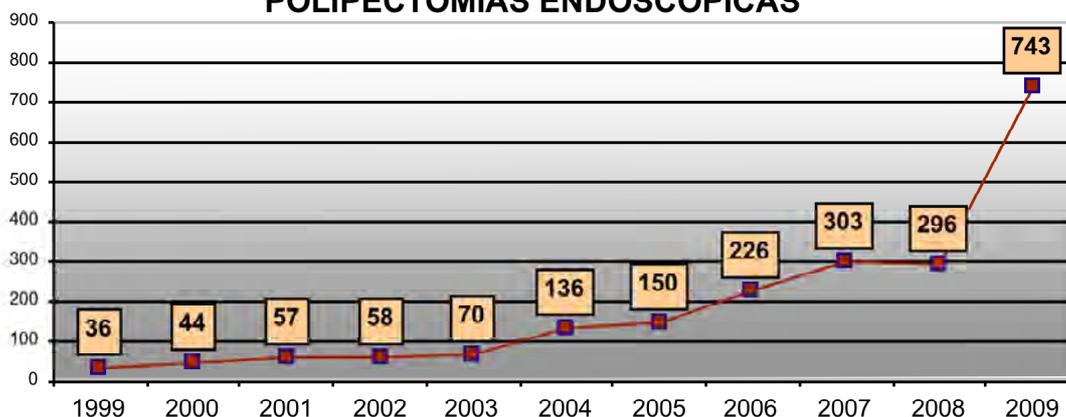


En los últimos 6 años la **colonoscopia** ha experimentado un importante aumento. Coincidiendo con la implantación del Programa de Prevención de cáncer colorectal (PPCCR) del Gobierno de Aragón (inicio en 2003-2004) se observa un mayor incremento y se prevé que la demanda aumente más. Se observa en los últimos años un crecimiento interanual superior al 10%. En el año 2009, las colonoscopias que se realizaron solicitadas desde Atención Primaria fueron un total de 304, lo que representa el 22,2 % del total.

### COLONOSCOPIAS



### POLIPECTOMÍAS ENDOSCÓPICAS



En el año 2009 las polipectomías endoscópicas aumentaron el 151%.

En un estudio prospectivo realizado en la unidad de las 1204 colonoscopias realizadas entre el 1 de octubre de 2008 y el 1 de septiembre de 2009, en un 32,8% se encontró algún tipo de lesión polipoidea, y fueron pólipos adenomatosos en el 27,7% de las colonoscopias. Si el motivo de la solicitud era el cribado del CCR, el hallazgo más frecuente fueron los pólipos (40,1%). En los casos de seguimiento de pólipos, en un 52,8% se vuelven a encontrar nuevos pólipos (que en un 83,6% de los pacientes son adenomatosos).

El cribado del CCR en personas con antecedentes familiares y el seguimiento de pólipos junto con las rectorragias constituyen más de la mitad de las solicitudes de una colonoscopia en nuestro medio.

Hay que destacar que en el grupo del PPCCR la edad media de pacientes en los que se encontraron pólipos de alto riesgo era significativamente menor, en casi un tercio de los pacientes tienen datos de alto potencial de degeneración (componente vellosa, tamaño >1 cm o displasia grave), características éstas que, en el resto de pacientes con pólipos, aparecen entre 10 y 15 años más tarde. A todo esto hay que sumar que en dos casos de este grupo se encontraron focos de adenocarcinoma en los pólipos.

A pesar del incremento de las colonoscopias se ha reducido el número de endoscopias (81) que precisaron sedación profunda con la asistencia de anestesiólogo en el bloque quirúrgico. Esto se debe a la puesta en marcha de la sedación consciente en endoscopias lo que ha mejorado la tolerabilidad de las exploraciones endoscópicas.

### **PROGRAMA DE VIGILANCIA DE PACIENTES CON ADENOMAS COLORECTALES:**

El tratamiento de elección de los pólipos colorrectales es la polipectomía endoscópica (PE). Las estrategias de vigilancia endoscópica se basan en la estratificación de los pacientes en función del riesgo de lesiones metacrónicas. Está bien establecido que después de la PE se han de realizar colonoscopias de vigilancia con un intervalo de tiempo dependiente de las características de los pólipos (nº, tamaño e histología) y de la existencia de antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal. Estas colonoscopias suponen un elevado nº de exploraciones, muchas de ellas realizadas a intervalos inferiores a los recomendados. Esto conlleva un incremento de colonoscopias innecesarias, lo que supone un mayor riesgo para el paciente y un uso incorrecto de los limitados recursos sanitarios.

El **objetivo** del programa es contribuir a optimizar la utilización de recursos y disminuir el número de exploraciones innecesarias realizadas con esta indicación, aplicando las recomendaciones basadas en la evidencia científica y homogeneizar el seguimiento de estos pacientes.

Se recogen los informes de endoscopia y de anatomía patológica de todos los pacientes a los que se les ha realizado una polipectomía endoscópica.

Haciendo especial hincapié en:

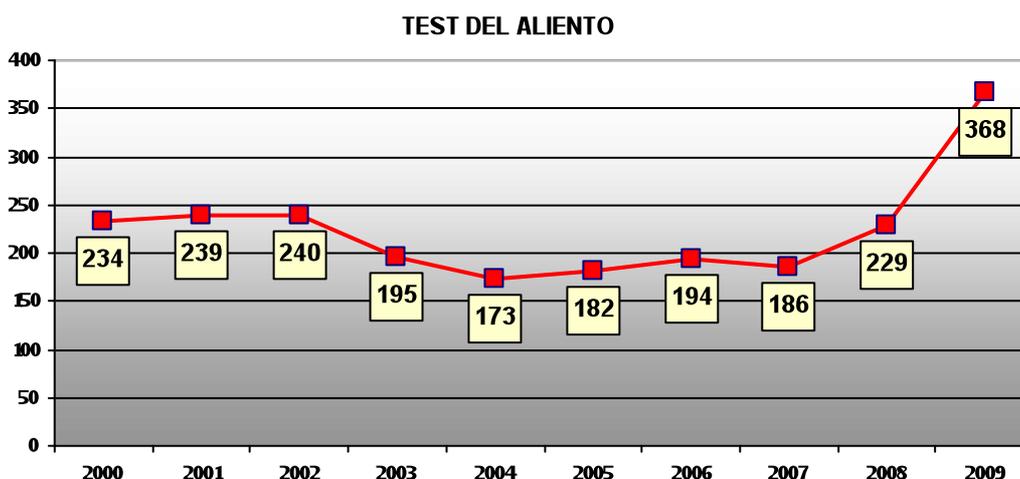
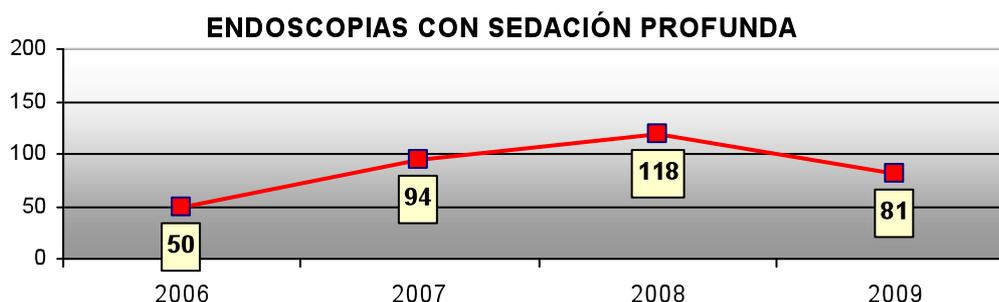
- Exploración completa hasta ciego-válvula ileo-cecal
- Preparación colónica adecuada
- Polipectomía completa

Las actividades realizadas en el programa son:

- Revisión de los informes de colonoscopia realizadas cada semana.
- Registro en la base de datos de Colonoscopias.
- Valoración de los resultados de Anatomía Patológica.
- Elaboración de un informe clínico con la estrategia preventiva adecuada, en función del número, tamaño, histología de los adenomas y si existen antecedentes familiares o personales adenomas o de cáncer colorrectal.
- El informe se envía al médico que solicitó la colonoscopia, excluyendo las solicitadas por los FEAs de la sección.

- Gestión de la base de datos, para realizar un seguimiento de todos aquellos pacientes a los que se les ha realizado una polipectomía y en general de las colonoscopias realizadas en la Unidad.

Desde la implantación del programa, en febrero de 2009, se han realizado **210** informes.



Se han realizado 368 Test de Aliento en la Unidad de endoscopias, lo que representa un incremento del 60,7%. Han sido solicitados desde Atención Primaria 96, el 26%.

En el año 2009 se han solicitado 3237 endoscopias, se han realizado 3094, se han anulado o no han acudido 143 pacientes, el 4,4%.

De las endoscopias realizadas, 371 han sido solicitadas desde Atención Primaria (14,7%).

Se han realizado en horario de tarde 381 endoscopias (145 gastroscopias y 236 colonoscopias).

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:

	GASTROS			COLONOS			P. E.		Hem	Q	GEP	Cambio GEP		E U	ARGON	CPRE	CE	Salidas	
	con B	sin B	T	con B	sin B	T	< 1 cm	> 1 cm				1º	s						
E	42	38	80	24	74	98	36	7	6	7	1	0	2	1	0	0	1	4	
F	47	27	74	56	70	126	87	1	2	6	0	0	0	0	4	2	0	2	
M	55	46	101	22	113	135	110	8	15	8	0	0	0	0	1	7	0	10	
A	54	33	87	29	91	120	58	3	4	0	0	1	0	0	1	1	0	2	
My	50	20	70	31	113	144	68	5	4	7	0	0	2	0	1	3	1	14	
Jn	44	37	81	31	118	149	74	5	8	15	0	1	1	0	0	4	0	22	
Jl	27	35	62	16	78	94	37	0	2	3	2	0	2	2	1	5	2	11	
A	47	23	70	16	80	96	37	1	2	1	1	0	2	0	0	0	2	3	
S	47	29	76	31	61	92	33	5	4	5	0	0	0	0	0	0	3	8	
O	47	25	72	30	74	104	46	7	8	3	0	0	3	0	0	0	0	5	
N	52	28	80	43	57	100	54	2	4	5	0	0	0	1	1	0	1	8	
D	45	26	71	37	66	103	52	7	10	8	0	0	0	0	0	0	0	7	
TOTAL	557	367	924	366	995	1361	692	51	69	68	4	2	12	4	9	22	10	96	
T.C.	651,7	367		794,2	1990		173	76,5	207	34	8	3	3	8	9	66	10	48	
															<b>TOTAL COMPLEJIDAD</b>				<b>4447,4</b>

Exploración	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gastroskopias	863	923	902	869	928	1018,7
Esc Ulc	22,75	45,5	82,25	129,5	122,5	5,25
Esc Varices	8,75	3,5	1,75	7	12,25	1,75
Colonoscopias	1820	1954	2032	2248	2388	2784,2
Polipectomías	34	37,5	56,5	75,75	77,5	249,5
PE+ Hem y sobreelevación						207
CPRE						66
GEP	20	18	8	10	20	
C.Extraño						10
Argón						9
Salidas END						96
<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>	<b>4447,4</b>

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

HOSPITAL  
OBISPO POLANCO

En el análisis de la complejidad de las endoscopias de los últimos años no se había hecho diferencia entre gastroscopias con y sin biopsia, colonoscopias con y sin biopsia, ni polipectomías múltiples, ni se habían tenido en cuenta los desplazamientos fuera de la unidad, ni la extracción de cuerpos extraños por no figurar en las estadísticas del hospital. Este año se han tenido en cuenta todas estas variables en la valoración del índice de complejidad.

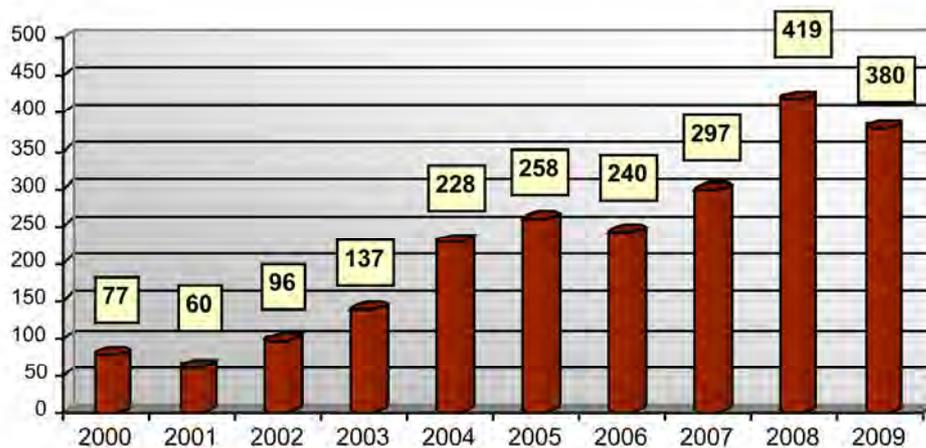
El índice de complejidad de este año ha sido de 4447,4, lo que supone un incremento de complejidad del 25,3% sobre el del año pasado. Si excluimos la hemostasia y sobreelevación en las polipectomías endoscópicas, la extracción de cuerpo extraño y las salidas de la unidad, que no se habían valorado en los años anteriores por no figurar en las estadísticas del hospital, el índice de complejidad sería del 4134,4, lo que representa un incremento de complejidad de 16,5% en relación con el año pasado.

A este incremento de complejidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad hay que añadir la implantación del protocolo de la sedación consciente que se oferta a todos los pacientes, lo que supone un aumento del tiempo de dedicación a cada endoscopia.

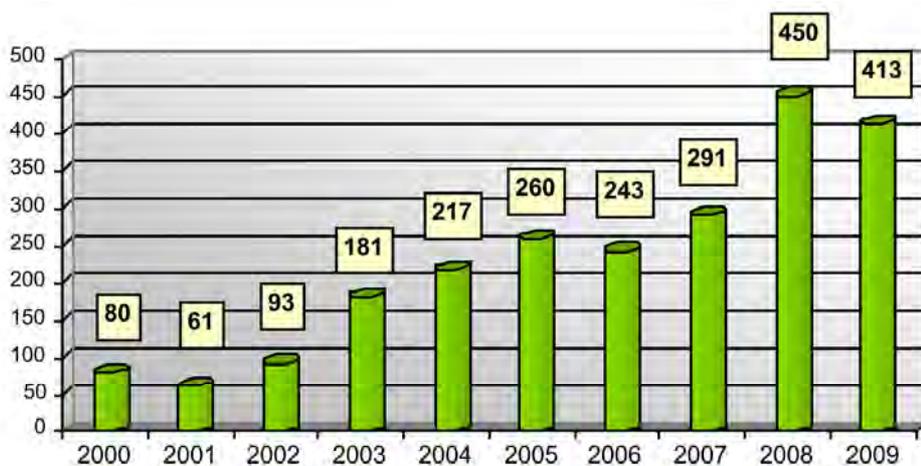
▪ **ACTIVIDAD HOSPITALARIA:**

Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Ingresos</b>	100	77	60	96	137	228	263	240	297	419	<b>380</b>
<b>Altas</b>	103	80	61	93	181	217	260	243	291	450	<b>413</b>
<b>Estancias</b>	550	387	248	501	1156	1543	1794	1697	1996	2559	<b>2309</b>
<b>E.M.</b>						6,5	6,5	6,6	6,3	5,4	<b>5,2</b>
<b>% ocup.</b>							82,1%	77,5%	91,14%	116,53%	<b>105,43%</b>

**Evolución de los ingresos hospitalarios**



**Evolución de las ALTAS hospitalarias**



GRD	Descripción	EM 2005	EM 2006	EM 2007	EM 2008	EM 2009
175	Hemorragia digestiva sin complicaciones	5,24	5,26	5,45	3,9	<b>3,9</b>
174	Hemorragia digestiva con complicaciones	6,7	5,45	6,32	5,3	<b>5,8</b>
204	Trastornos de Páncreas excepto neo maligna	7,9	8,61	7,97	8,17	<b>6,4</b>

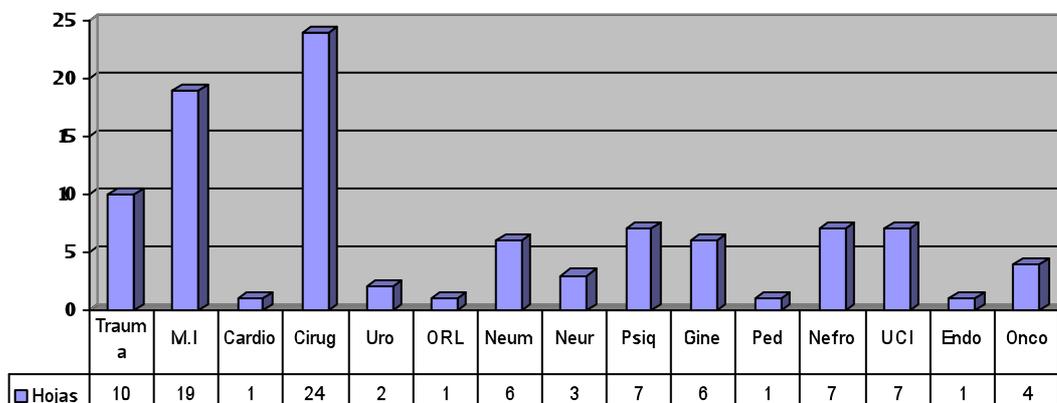
Revisamos los 10 GRDs con mayor peso en la Unidad de Digestivo en este año. Comparando la estancia media en nuestra Unidad con la del Grupo 2 del 2007:

GRD	Pacientes		Total	Estancia Media			Descripción del GRD
	Total	%	Días	Serv.	N2007G2	Dif.	
175	59	14,5	231	3,92	4,77	-0,85	Hemorragia Gastrointestinal sin cc
204	34	8,35	219	6,44	7,67	-1,23	Tnos del páncreas excepto neo maligna
208	29	7,13	158	5,45	6,54	-1,09	Trastornos del Tracto biliar sin cc
174	28	6,88	162	5,79	6,58	-0,79	Hemorragia Gastrointestinal con cc
183	25	6,14	63	2,52	5,84	-3,32	Esofagitis, gastroenteritis y Tnos digest. Misceláneos edad>17 sin cc
814	15	3,69	64	4,27	3,84	0,43	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad>17 sin cc
179	14	3,44	99	7,07	8,06	-0,99	Enf. inflamatoria intestinal
203	13	3,19	125	9,62	9,04	0,58	Neoplasia maligna hepatobiliar o páncreas
206	13	3,19	49	3,77	3,78	-0,01	Tnos hígado exc. N.maligna, cirrosis, hepatitis alcohólica sin cc
557	13	3,19	164	12,62	12,19	0,43	Tnos. hepatobiliares y de Páncreas con cc mayor
<b>10 primeros</b>	243	59,2	1314				

En este año los 10 GRDs de más peso en la Unidad representan el 59,2 % de los ingresos. Las hemorragias digestivas con y sin complicaciones representan el 21,4% de todos los ingresos. Se mantiene la reducción de la estancia media de los pacientes con hemorragia digestiva tanto sin complicaciones como en los que tenían complicaciones.

En los GRDs 175, 204, 208, 174, 183, 179 y 206 nuestra estancia media está por debajo de los hospitales del grupo 2 del 2007.

- **HOJAS DE CONSULTA: 99**



- **Consultas externas**

**Evolución de las Consultas Externas**

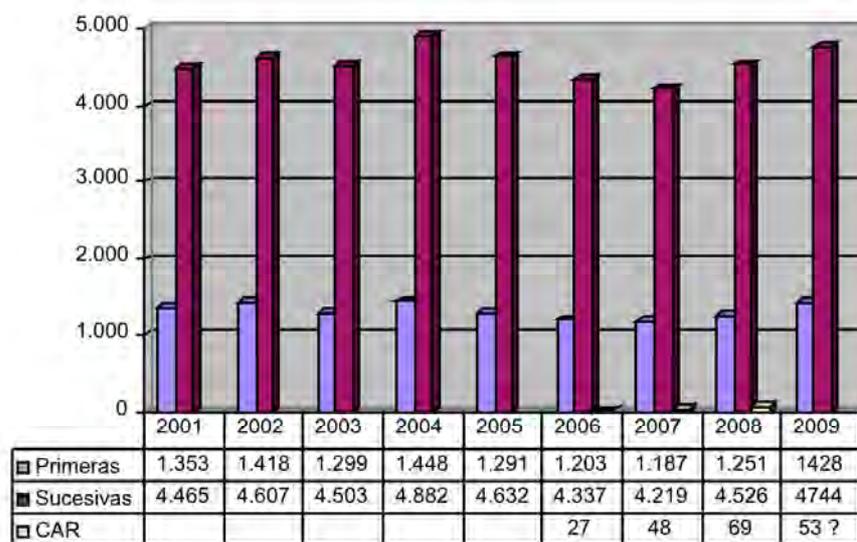
Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Primeras visitas	1338	1393	1353	1418	1299	1448	1291	1203	1187	1251	<b>1428</b>
Sucesivas	4697	4634	4465	4607	4503	4882	4632	4337	4219	4526	<b>4744</b>
Totales	6035	6027	5818	6025	5802	6330	5923	5540	5406	5777	<b>6172</b>
Relación suc/prim	3,5	3,3	3,3	3,2	3,5	3,4	3,6	3,6	3,6	3,6	<b>3,3</b>

En el año 2009 el número total de consultas ha sido 6172, lo que representa un aumento del 6,8% con respecto al 2008. El aumento ha sido fundamentalmente a expensas de las primeras consultas, que se han incrementado en un 14%.

De las consultas sucesivas (4744), han sido por recogida de resultados (2.3) 1713, segundas o sucesivas (2.2) 2457 y sucesivas especiales (4.0) 574.

El porcentaje de relación sucesivas/primeras se ha reducido a 3,3. En julio del 2008 se pusieron en marcha las 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 (4.0). En este año han sido 574, lo que representa 23,3% del total de visitas sucesivas (2457). Si descontamos estas consultas sucesivas especiales, la relación sucesivas/primeras se reduciría a **2,9**.

Desde el segundo semestre del 2008, dentro del Plan de Calidad de la Unidad, con el fin de facilitar la accesibilidad y 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*. Citamos desde la propia consulta a los pacientes para las visitas sucesivas o para recoger resultados. Todos los pacientes que se ven como *consultas sucesivas especiales (4.0)* son citados directamente desde la consulta, endoscopias o planta de hospitalización al alta del paciente. Se han citado 1665 pacientes, lo que representa el 35% de los pacientes con cita programada desde citaciones para consulta sucesiva o recogida de resultados.



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, hemos conseguido reducir la relación primeras/sucesivas de la consulta de Digestivo.

#### REUNIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA:

Con el equipo directivo para:

- Informar de la evolución de las consultas monográficas especiales
- Consultas de alta resolución, indicaciones, modelos de solicitud y procedimiento de citación directamente en la Unidad.
- Envío de las solicitudes de endoscopias digestivas y Test del Aliento directamente al fax de la Unidad de Endoscopias.

Estamos pendientes de la elaboración de un calendario de reuniones-sesiones conjuntas para el año 2010, así como la introducción de un nuevo modelo de solicitud de colonoscopia para personas asintomáticas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

## 9. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

### 9.1. ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS

- VI encuentro Médico – Quirúrgico en Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Madrid , 20 febrero 2009. Dra. Alcalá y Botella
- XXXIV Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Madrid, 25 al febrero 2009. Dr. E. Garza.
- XII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 12-14 de marzo de 2009. Dra. C. Thomson.
- Taller de emociones, estrés y comunicación en equipos sanitarios. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel. 16 al 20 de marzo de 2009. Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, con 3,3 créditos, equivalentes a 19 horas lectivas. Dra. MT Botella.
- 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. 2º Curso. Cuatro Módulos de cuarenta horas de duración cada uno, en febrero y marzo de 2009. (10 créditos). Dra. C. Thomson.
- “Estancia de Formación de Enfermedad Inflamatoria Intestinal “. Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Sanidad y Política Social y Ministerio de Educación al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con 9 créditos, equivalente a 40 horas lectivas. Llevada a cabo entre los días 8 y 12 de Junio 2009 en el Hospital Vall d’Hebron. Barcelona. Dra. MJ. Alcalá.
- VII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y V Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009. Dra. C.Thomson.
- IX Congreso Nacional de Bioética. Murcia, 24 de octubre de 2009. Dra. C. Thomson
- IV Jornadas Científicas Hospital Obispo Polanco. Teruel, 11 y 12 de noviembre de 2009. Dra. M.T. Botella. Dra. M.J. Alcalá. Dra. C. Thomson. M. Martínez Morales. C. Cuervo Menéndez y Belén Doñate Borao.
- XIX Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 13 y 14 de noviembre de 2009. Dra. M.T. Botella. Dra. M.J. Alcalá. Dra. C. Thomson.
- Congreso Mundial de Gastroenterología y XVII Semana europea de Enfermedades Digestivas. UEGW. 20 al 25 de noviembre 2009 en Londres. Dr. E. Garza.

- Curso Práctico de Stents metálicos en Gastroenterología. Unidad de Endoscopia. Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón. Cáceres, 16 de noviembre de 2009. Dra. C. Thomson
- Máster en especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial (380 h). Fundación Doctor Robert. Universidad Autónoma de Barcelona. 2009. Dra. C. Thomson
- Magíster de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. 2008-2010. Dra. C. Thomson.

## 9.2. COMUNICACIONES, CURSOS, PUBLICACIONES Y PONENCIAS

### • CURSOS IMPARTIDOS:

- Valoración de Enfermería en el Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Médica Digestiva y sus Complicaciones. (16 horas). Curso acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón. Mayo 2009. Dres. Alcalá, Botella, Garza y Thomson.
- Curso sobre "Estrategias del Cáncer Colorrectal" organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel celebrado en Teruel del 13 al 28 de octubre del 2009. Dres. Alcalá, Botella, Garza y Thomson.
- Cuidados del Auxiliar de Enfermería en la Patología Médica Digestiva, celebrado en Teruel del 3 al 10 de Noviembre 2009(10 horas) Curso acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón.

### • PONENCIAS Y COMUNICACIONES:

- M. Montoro, S. Santolaria, B. Sánchez-Puértolas, L. Bujanda, A. Cosme, J.L. Cabriada, M. Durán, L. Mata, A. Santamaría, G. Ceña, J. Ponce, M. Ponce, L. Rodrigo, J. Ortiz, C. Muñoz, M. Oceta, D. Ginard, A. López-Serrano, M. Muñoz, M. Castro, M. Sans, R. Campo, V. Orive, A. Loizate, Ll. Titó, E. Portabella, P. Otazua, M. Calvo, **M.T. Botella**, J.L. Mundi, E. Quintero, D. Nicolás, F. Borda, B.P. Martínez, J. Gisbert, M. Chaparro, A. Jimenez Bernado, F. Gómez Camacho, A. Cerezo, E. Casal Nuñez, en representación del Grupo Interhospitalario GTECIE (AEG). Factores que predicen un curso desfavorable en la colitis isquémica (CI). Resultados del grupo de trabajo para el estudio de la colitis isquémica en España (GTECIE). Comunicación oral en la XII Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología (premio a la mejor comunicación clínica). XII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 12-14 de marzo de 2009.
- MESA REDONDA. Presentación de la Alianza para la prevención del CCR. PREVENCIÓN CÁNCER COLORECTAL. 26 de marzo 13: 30. Salón de Actos. Dra. C. Thomson

- Thomson C, Camacho MA, Andrés A, Minguillón A. Diseño del Plan de Calidad del Hospital Obispo Polanco 2008-2012. VII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y V Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009.
- Fernández R, Loma-Orsorio MJ, Andrés A, Pérez C, Camacho MA, Thomson C. Diseño e implementación de una Guía de bolsillo: Un "Vademecum" de Medicina Preventiva y Prevención de Riesgos Laborales. VII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y V Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009.
- Thomson C, Valdovinos C, González P, Baquedano B, Cuervo C, Escartín R La Humanización de la Asistencia como Línea Estratégica del Plan de Calidad de un Hospital. IX Congreso Nacional de Bioética. Murcia, 24 de octubre de 2009.
- Gómez C, Carod E, Parajón T, Herrero J, Escriche MA, Thomson C. Análisis Bioético de un caso de cirugía menor domiciliaria. IX Congreso Nacional de Bioética. Murcia, 24 de octubre de 2009.
- Concha Thomson, María Teresa Botella, Concepción Cuervo, María Martínez, M<sup>a</sup> José Alcalá, Emilio Garza. Programa de Vigilancia de Pólipos colorectales. IV Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. 11 y 12 de Noviembre 2009. Teruel.
- M<sup>a</sup> Teresa Botella, Concha Thomson, M<sup>a</sup> José Alcalá. Concepción Cuervo, María Martínez, Belén Doñate, Pilar Marín, Emilio Garza. Polipos de Colon: ¿en quién, cuándo y dónde nos los encontramos?. IV Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. 11 y 12 de Noviembre 2009. Teruel.
- M<sup>a</sup> Teresa Botella, Concha Thomson, M<sup>a</sup> José Alcalá. Concepción Cuervo, María Martínez, Belén Doñate, Pilar Marín, Emilio Garza. Valoración de la tolerancia, eficacia de la preparación y complicaciones inmediatas de las colonoscopias: el paciente ideal. IV Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. 11 y 12 de Noviembre 2009. Teruel.
- M<sup>a</sup> Teresa Botella, Concha Thomson, M<sup>a</sup> José Alcalá, Concepción Cuervo, María Martínez, Belén Doñate, María Dolores Conde, Emilio Garza. Motivos de solicitud y principales hallazgos en las colonoscopias. IV Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. 11 y 12 de Noviembre 2009. Teruel
- Concha Thomson, M<sup>a</sup> Teresa Botella, Juana M<sup>a</sup> Vicario, Alfonso Yubero, Ricardo Lara, José Ángel Muniesa, José Miguel Lázaro, José M<sup>a</sup> del Val, Pedro López Peris, Gloria Martínez. Valoración de la Calidad del Proceso Asistencial del cáncer colorrectal. Comunicación oral en las IV Jornadas Científicas. Hospital Obispo Polanco. 11 y 12 de Noviembre 2009. Teruel
- M<sup>a</sup> Teresa Botella, Concha Thomson, M<sup>a</sup> Ángeles Gómez, M<sup>a</sup> José Alcalá, Emilio Garza, María Martínez, Concepción Cuervo, M<sup>a</sup> Dolores Conde. Información y sedación: ¿En qué grado mejora la tolerancia de las endoscopias digestivas?. Comunicación oral en las IV Jornadas

Científicas. Hospital Obispo Polanco. 11 y 12 de Noviembre 2009. Teruel.

- XIX Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 13 y 14 de noviembre de 2009. Caso interactivo. Dra. M.T. Botella.

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

- Miembro del Comité Organizador de las IV Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco. Dra. Thomson.
- Alianza para la Prevención del Cáncer Colorrectal. Dra. Thomson
- ARAINF. Fundación Aragonesa para el estudio y apoyo a la enfermedad inflamatoria intestinal. Dras. Alcalá, Botella y Thomson.

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

- CALENDARIO SESIONES UNIDAD DE DIGESTIVO 2009

<b>13 enero:</b>	Temario del curso para enfermería de patología médica digestiva. Dra. Botella. Propuesta de sesiones clínicas. Cursos y Congresos
<b>20 enero:</b>	Guía clínica de Pancreatitis aguda. Indicadores. Dra. Alcalá
<b>27 enero:</b>	Protocolo y vía clínica HDA. Indicadores. Dr. Garza
<b>3 febrero:</b>	Presentación Memoria 2008 de la Unidad. Evaluación y seguimiento del CG 2008. Dra. Thomson.
<b>10 febrero:</b>	Sesión clínica conjunta con Servicio de Radiodiagnóstico. Dra. Botella y Dra. Vilar.
<b>3 marzo:</b>	Resumen Congreso AEEH. Dr. Garza
<b>10 marzo:</b>	Resumen VI Encuentro Médico-Quirúrgico de EII. Dra. Alcalá. Alianza para la prevención del cáncer de colon. Dra. Thomson
<b>24 marzo</b>	Algoritmos diagnósticos en la dispepsia funcional y Diagnóstico precoz de la Enf. Celíaca . Dra. Botella
<b>31 marzo</b>	Revisión curso de Digestivo para enfermería
<b>7 abril</b>	Análisis y reflexión conjunta de la Unidad de aspectos organizativos médicos
<b>28 abril</b>	Sesión conjunta con Servicio de Radiodiagnóstico. Dra. Botella. Dra Vilar
<b>5 mayo</b>	Sesión conjunta con Servicio de Urgencias. Pancreatitis aguda. Dra. Alcalá
<b>12 mayo</b>	Revisión y Puesta en común de los estudios abiertos.
<b>19 mayo</b>	Revisión Programa de calidad de la Unidad de Digestivo y distribución objetivos, indicadores entre todos los miembros de la Unidad. Dra. Thomson
<b>26 mayo</b>	Sesión conjunta con Servicio de Urgencias. Colitis isquémica. Dra. Botella
<b>2 junio</b>	Seguimiento del Contrato Programa primer cuatrimestre
<b>9 junio</b>	Sesión conjunto con Servicio de Radiodiagnóstico
<b>16 junio</b>	Sesión conjunta con Servicio de Urgencias. HDA. Dr. Garza
<b>23 junio</b>	El Dr. Garza presenta el Protocolo y la Vía clínica de la HDA y las indicaciones de endoscopia urgente
<b>30 junio</b>	Análisis y reflexión conjunta de todos los miembros de la Unidad de aspectos organizativos y detección de áreas de mejora.
<b>20 octubre</b>	Revisión del Curso del Colegio Oficial de Médicos de Teruel sobre Estrategias del cáncer colorrectal
<b>27 octubre</b>	Revisión del Curso de Digestivo para Técnicos de Auxiliares de Enfermería
<b>3 noviembre</b>	Revisión de las Comunicaciones y Pósters que se van a presentar en las IV Jornadas Científicas

- SESIONES CLÍNICAS DEL ÁREA MÉDICA:
  - Infecciones oportunistas en pacientes con EII. Prevención. 2 de febrero 2009. Dra. MJ. Alcalá.
  - Colitis isquémica. Dra. MT. Botella. 29 de abril, Aula planta 4<sup>a</sup>.
- SESIONES HOSPITALARIAS:
  - Poniendo apellidos a la patología digestiva funcional: el sistema inmune nos dará muchas respuestas. Dra. MT. Botella. 30 de abril en Salón de Actos
  - Presentación del Plan de Calidad del Hospital Obispo Polanco 2008-2012. Dra. C. Thomson
  - Presentación del Libro de Estilo y del Tríptico de Confidencialidad. Dra. C. Thomson

## 9.5. PROYECTOS DE 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.
- Estudio de adherencia al tratamiento de pacientes naive en la Hepatitis Crónica C. Multicéntrico Nacional. Dr. E. Garza.
- “Susceptibilidad genética e infección por helicobacter pylori. Influencia en el desarrollo y pronóstico del cáncer gástrico”. Estudio multicéntrico con el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

## 9.6. PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

- Proyectos de Mejora de la Calidad dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud del 2009:
  - Información y sedación: ¿en qué grado mejora la tolerancia de las endoscopias digestivas?. MT Botella, C Thomson, MJ Alcalá, E Garza, A Martínez, MA Gómez, C Cuervo
  - Mejora de la información a los pacientes hospitalizados. MA Camacho, C Thomson, A Garzarán, V Espinosa, P Flórez, C Esteban.
  - Proyecto de mejora de la comunicación interna y externa en el Hospital Obispo Polanco. C. Thomson, C Martín, A Torres, A Andrés, MJ Gimeno, JR Juan, C Torán, J Esteban

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

- Dra. C. Thomson:
  - ✓ Coordinadora de Calidad del HOP
  - ✓ Miembro de la Unidad de Calidad Asistencial del sector
  - ✓ Miembro de la Comisión de Calidad del sector
  - ✓ Presidenta de la Comisión de Calidad del HOP
  - ✓ Miembro del Grupo de Humanización y calidad del trato
  - ✓ Miembro del Grupo de Mejora de la Comunicación
  - ✓ Presidenta del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del sector (CEAS)
  - ✓ Gestora del Proceso del cáncer colorrectal
  - ✓ Miembro del Comité Organizador de las Jornadas Científicas
  
- Dra. M.T. Botella:
  - ✓ Comisión Técnico Asistencial. Dra. M.T. Botella.
  - ✓ Comisión Mixta.
  - ✓ Grupo de Mejora de la Comunicación
  
- Dr. E. Garza:
  - ✓ Comisión Clínica de Infecciones Hospitalarias.
  - ✓ Comisión de Historias Clínicas.
  
- Dña. Concepción Cuervo:
  - ✓ Grupo de Humanización y calidad del trato

## 11. GESTIÓN

### 11.1 Contrato de gestión

INDICADORES			RES.
Estancia media		<=6,5	<b>5,2</b>
GRDS CON MAYOR Nº DE ESTANCIAS EVITABLES	GRD 175. Hemorragia digestiva sin CC	4,8	<b>3,9</b>
	GRD 204. Trastornos Del páncreas salvo neoplasia maligna	<=8,7	<b>6,4</b>
Porcentaje de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos		0,5	<b>0%</b>
Porcentaje de fármacos de uso hospitalario de comercialización reciente que tienen protocolo de utilización		100,0	<b>100</b>
Porcentaje de pacientes con ingreso urgente en viernes en planta de hospitalización que tienen anotaciones médicas en la Historia Clínica el sábado ó el domingo		80,0	<b>100%</b>
Porcentaje de envases por principio activo respecto al total de envases prescritos		16,0	<b>25,8%</b>
Porcentaje de adecuación del consumo intrahospitalario de los 3 principios activos de mayor gasto hospitalario en el año 2008		100,0	
Porcentaje de reducción en el número de pacientes pendientes de primera visita a 30/6/09 respecto a la misma fecha del año anterior (incluye los pacientes pendientes de cita)		25,0	46 a 39 15%
Porcentaje de reducción en el número de pacientes pendientes de primera visita a 31/12/09 respecto a la misma fecha del año anterior (incluye los pacientes pendientes de cita)		25,0	109 a 150
Relación sucesivas/primeras consultas		3,7	<b>3,3</b>
Demora prospectiva en consultas a 31 de diciembre 2009 < 45 DÍAS		Sí	<b>38 SI</b>
Porcentaje de pacientes pendientes de cita para primera visita 31/12/09		0,0	<b>0</b>
Porcentaje de reclamaciones de trato con respecto al total de reclamaciones en la Unidad		0,0	<b>0</b>
Porcentaje de informes preceptivos contestados en menos de 20 días para dar respuesta a las reclamaciones en la Unidad		80,0	<b>SI</b>
Porcentaje de unidades por Centro que desarrollan un programa de mejora organizativa o asistencial		80,0	<b>SI</b>
Porcentaje de unidades que tienen establecido un Plan anual de sesiones clínicas		100,0	<b>SI</b>
Sesiones conjuntas con A Primaria		Sí	<b>SI</b>
Participación en la Comisión o Subcomisiones de tumores		Sí	<b>SI</b>
El Servicio, Sección o Unidad implantará un protocolo o vía clínica		SI	<b>SI</b>
El Servicio, Sección o Unidad presentará la Memoria antes del 15 de febrero		SI	<b>SI</b>
Presentación del plan de necesidades antes del 30 octubre 2009		SI	<b>SI</b>
Publicaciones, Conferencias, Comunicaciones		1	<b>SI</b>
Aportar a la UCA el Manual de Funcionamiento de Servicio		SI	<b>SI</b>
Aportar a la UCA documentos, protocolos , vías, etc para su validación		SI	<b>SI</b>

## 11.2. Calidad

### 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 2009

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2009
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	¿?	>= 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	38,5%	< 40%
	Porcentaje (%) de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de la colonoscopia	38,1%	< 35%
	Porcentaje (%) de pacientes con endoscopias digestivas que han recibido sedoanalgesia según protocolo	70% 100% ofertado	>= 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,	35%	>= 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:**

Enero 2009

**Fecha de finalización:**

Diciembre 2009

**Calendario:**

Actividades 2009	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sesiones informativas para el personal de enfermería de planta sobre el contenido de la información y su distribución					X	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	X											
Implantación del protocolo de sedoanalgesia en las endoscopias digestivas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Encuesta de calidad percibida de los pacientes a los que se han realizado procedimientos endoscópicos			X	X	X	X	X	X					
Citación para consulta sucesiva desde la misma consulta de la Unidad de Digestivo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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 2009

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2009
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 cumplimentar 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

**Fecha de inicio:**  
Enero 2009

**Fecha de finalización:**  
Diciembre 2009

Actividades 2009	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Aplicar el PROTOCOLO DE LA PANCREATITIS AGUDA				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Revisar y actualizar la VÍA CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA						X	X	X	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	X	X	X	X	X	X	X	
Proceso del cáncer colorrectal	X	X	X	X	X	X	X	X	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 2009

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2009
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	Indicadores del Proceso de CCR por parte del Departamento y Servicios centrales del Salud	Ver informe 100%	
Mejorar los canales de comunicación entre Atención Primaria y Atención especializada	Nº de reuniones con Atención Primaria	1	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: Enero 2009	Fecha de finalización: Diciembre 2009												
Actividades 2009	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Reuniones con Atención Primaria					X						X		
Correo electrónico de la Unidad de digestivo para mejorar la comunicación con los médicos de atención primaria										X			

## ***ANEXOS***



RESUMEN Y RESULTADOS DEL PROYECTO DE CALIDAD 2009.  
UNIDAD DE DIGESTIVO

**INFORMACIÓN Y SEDACIÓN: ¿EN QUÉ GRADO MEJORA LA TOLERANCIA DE LAS ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS?**

**INTRODUCCIÓN**

La satisfacción del paciente se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de la calidad en los hospitales.

Ante exploraciones invasivas, como lo son las endoscopias digestivas, casi un 50% de los pacientes refieren un alto grado de insatisfacción en relación a las molestias percibidas durante su realización. Facilitar la sedación durante estas pruebas podría mejorar la tolerancia a las mismas y, de este modo, evitar posibles negatividades de los pacientes a su repetición en caso de que fuera necesario.

Además, la información que reciben los pacientes previo a una exploración endoscópica, el conocimiento sobre los motivos de su solicitud y el convencimiento personal de su idoneidad pueden influir positivamente.

**OBJETIVOS**

En 2007 realizamos el Proyecto titulado “Iniciativa de mejora del nivel de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva”. En dicho proyecto y durante 3 meses se les entregó a los pacientes que acudían a la Unidad de Endoscopias Digestivas un cuestionario sobre satisfacción, de fácil cumplimentación, que utilizaba una escala ordinal de 5 ítems (malo=0, regular=1, bueno=2, muy bueno=3, excelente=4). Incluía la valoración de 6 aspectos (espera para la cita, espera el mismo día, cortesía del médico, cortesía de la enfermera, explicaciones, molestias) y una última pregunta de puntuación global. A partir del cuestionario se calcularon tres indicadores:

- la media de puntuación en todas las preguntas (de 0 a 4)
- el porcentaje de problemas percibidos por los pacientes (número total de preguntas respondidas malo/regular dividido por el número total de preguntas contestadas) : % de insatisfacción
- el porcentaje de pacientes insatisfechos en la puntuación global.

El aspecto más problemático, desde el punto de vista de los pacientes, fue en relación a las molestias que perciben durante la exploración, sin existir diferencias entre la gastroscopia y la colonoscopia. Y este hecho es el que nos llevó a plantearnos ofrecer a los pacientes, desde el mes de marzo de 2009, la sedación consciente durante la realización de las endoscopias digestivas.

En el Proyecto de 2009 nos interesaba especialmente conocer si existía mejoría de la tolerabilidad a la exploración endoscópica si se ofrecía la sedación consciente y ver en qué grado afectaba a dicha tolerabilidad la información previa que tenía el paciente sobre la exploración que se le iba a realizar y la idoneidad en su caso particular.

Para ello utilizamos el mismo cuestionario que en el año 2007 añadiendo alguna pregunta que considerábamos importante

## RESULTADOS

Desde el mes de marzo hasta el mes de junio un total de 238 pacientes (53,8% de mujeres, edad media 56,7+/-14,9 años) respondieron a la encuesta. En 155 pacientes (65,1%) se realizó una colonoscopia y en 83 pacientes (34,9%) una gastroscopia. Aceptaron la sedación consciente 166 (69,8%) y 70 pacientes (30,2%) prefirieron no ser sedados.

Los resultados en las preguntas comunes comparando el año 2007 (sin ofertar sedación consciente) y el año 2009 (ofertando sedación consciente)

	<b>Media 07</b>	<b>Media 09</b>	<b>% Insatisf 07</b>	<b>% Insatisf 09</b>
<i>Demora en la cita</i>	2,78	2,46	4,7%	12,6%
<i>Demora día de la prueba</i>	2,88	2,85	8,8%	8,4%
<i>Cortesía del médico</i>	3,44	3,41	2,1%	2,9%
<i>Cortesía de enfermería</i>	3,56	3,55	1%	0,4%
<i>Explicaciones solicitante</i>	2,83	2,79	7,3%	5%
<i>Explicaciones endoscopista</i>	2,94	2,86	6,2%	7,5%
<i>Molestias de la prueba</i>	1,74	1,90	44,8%	38,2%
<i>Gastroscopia</i>	1,66	1,82	50,7%	38,5%
<i>Colonoscopia</i>	1,80	1,95	40%	38,1%
<i>Puntuación global</i>	2,79	2,76	7,9%	3,4%

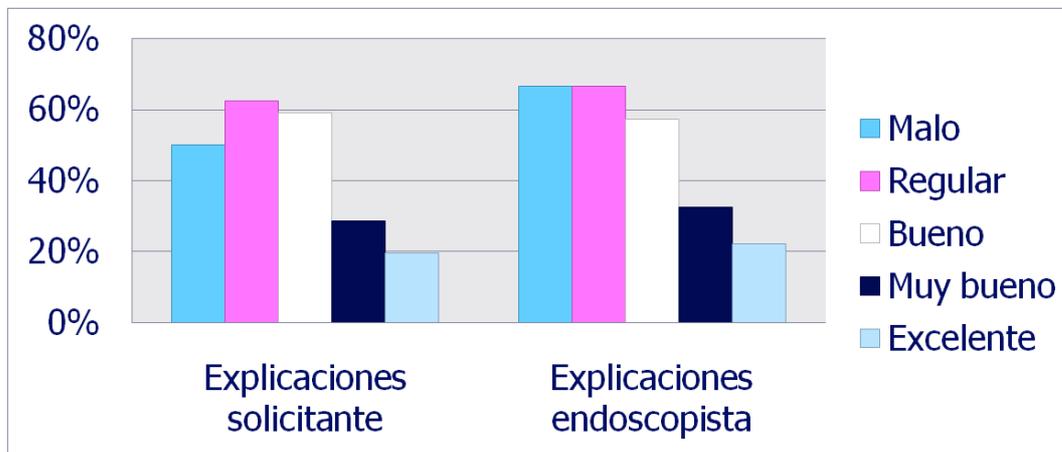
Globalmente, lo que pudimos observar es que existía un porcentaje menor de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de la exploración, más llamativo en las gastroscopias. También existía mejoría con respecto a 2007 en cuanto a la puntuación global.

Al ser preguntados sobre las molestias de la preparación del colon en las colonoscopias, la consideraron peores aquellos que utilizaron evacuantes de fosfatos

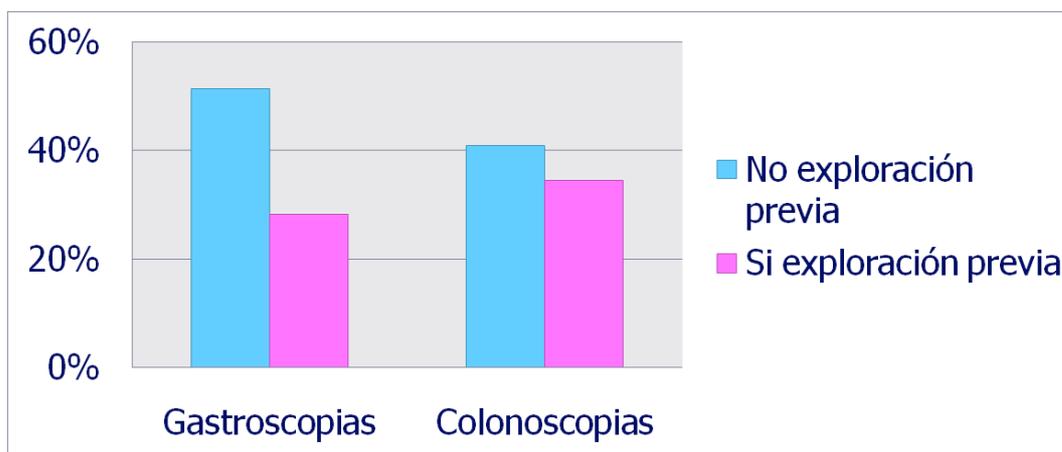
Tipo preparación del colon	Media	%insatisf.
Fosfosoda	1,56	50,8%
Casen glicol	2,12	30,7%

Si nos centramos en el convencimiento sobre la idoneidad de la exploración en cada caso particular, referían estar convencidos un total de 210 pacientes (88,2%), no lo estaban 4 pacientes (1,7%) y tenían dudas 22 pacientes (9,2%)

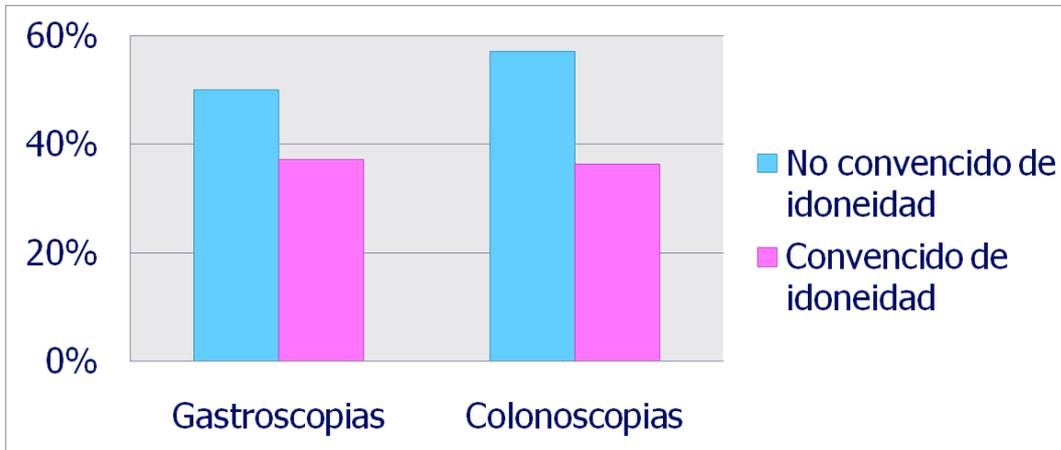
Pudimos observar que conforme eran mejores las explicaciones que sobre la exploración habían dado el médico solicitante o el endoscopista, iba disminuyendo el porcentaje de pacientes que consideran malas o regulares las molestias de la prueba



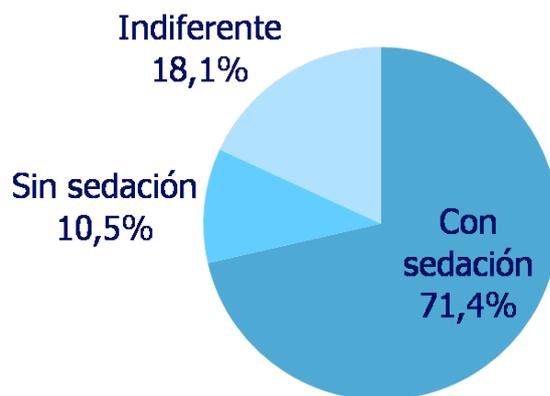
El hecho de haberse realizado una endoscopia previa similar también se traducía en una mejoría de la tolerabilidad, sobre todo en las gastroscopias



Y el convencimiento del paciente sobre la idoneidad de la endoscopia para diagnosticar o tratar su patología colaboraba en que los pacientes consideraran menos molesta la prueba.



Ante la pregunta de si una nueva endoscopia se la realizarían con sedación consciente o no:



Todos los pacientes a los que se les puso sedación se repetirían otra exploración de la misma manera.

### **CONCLUSIONES:**

- Con la sedación consciente en endoscopias digestivas se ha conseguido una mejoría de la tolerabilidad de las mismas.
- Hemos observado otros factores que pueden influir positivamente en mejorar la confortabilidad y que son:
  - La información previa que tienen los pacientes en relación a la exploración
  - El conocimiento sobre los motivos de su solicitud
  - El convencimiento personal de su idoneidad

Teruel, 10 de febrero de 2010

Fdo. Concha Thomson Llisterri  
Jefe de sección de Digestivo