

MEMORIA

**UNIDAD DE
DIGESTIVO**

20 Teruel,
10

Hospital Obispo Polanco

Sector Teruel

Teruel, 14 de febrero de 2011

Concha Thomson Llisterri
Jefa de Sección Digestivo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	5
3. PERSONAS QUE COMPONEN LA UNIDAD	5
4. INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA	6
5. CARTERA DE SERVICIOS	7
6. ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA UNIDAD	8
6.1. Líneas estratégicas y objetivos	8
6.2. Secciones de la Unidad	10
7. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD	10
7.1. Organización funcional clínica	10
7.2. Atención continuada	13
7.3. Sistemas de información y soporte informático	14
7.3.1. Sistemas de información	
7.3.2. Documentación específica de la Unidad	
8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL	16
9. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	29
9.1. Asistencia a Cursos y Congresos	29
9.2. Comunicaciones, Cursos, Publicaciones y Ponencias	29
9.3. Colaboración con Sociedades Científicas, Asociaciones profesionales y de pacientes	32
9.4. Sesiones clínicas	33
9.5. Proyectos de investigación	34
9.6. Proyectos de mejora de la Calidad	34
10. PARTICIPACIÓN EN COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y DE MEJORA ..	35
11. GESTIÓN	36
11.1. Contrato de Gestión	36
11.2. Calidad	37

1. INTRODUCCIÓN

Como ya se recogía en las Memorias del 2008 y 2009 la Sección de Aparato Digestivo 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 contribuya 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.

El activo fundamental de nuestra Unidad es, sin duda, las personas que trabajamos en ella y es un objetivo primordial la creación y mantenimiento de un ambiente de trabajo, donde se active cada día **el compromiso con el paciente/ciudadano** como centro de todo nuestro quehacer. Donde cada persona que trabaje en la Unidad sienta que es suya, que forma parte de un equipo, donde cada uno ha de asumir su responsabilidad. Trabajar con rigor, hacia la calidad total y reflexionar y aprender de nuestros errores, con la confianza de que podemos mejorar cada día. Fundamentar nuestro trabajo no sólo en la *Medicina Basada en la Evidencia* sino también en la *Medicina Basada en la afectividad*. Con un espíritu de colaboración permanente con el resto de los Servicios y Unidades, tanto dentro del Sector como fuera de él, y con especial énfasis en la colaboración con Atención Primaria y Sociosanitaria.

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 LA UNIDAD

Jefa de Sección: Concha Thomson Llisterri

Médicos adjuntos (FEA):

- *Emilio Garza Trasobares.*
- *Teresa Botella Esteban.*
- *M^a José Alcalá Escriche*

Facultativo Especialista de Cupo: *Alejandro Benedí Mata.*

Personal de Enfermería: (que ha trabajado en nuestra Unidad durante 2010)

- *María Martínez Morales (DUE)*
- *Gely Cuervo Menéndez (TCAE)*
- *Pilar Navarro (TCAE)*
- *Belén Doñate Borao (DUE)*
- *M^a Ángeles Gómez Rucio (DUE)*
- *M^a Ángeles Vicente Obensa (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 endoskopias, con procesadores, fuentes de luz, monitores, videos y carro	2
Núm. de fuente de diatermia para polipectomías endoscópicas	2
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
Ordenador portátil, proyector	1

A partir del año 2009 se estableció con ST Endoscopia, tras concurso público, un contrato de mantenimiento de los equipos de endoscopia durante 4 años, que incluye la renovación de los endoscopios, así como del Videoprocesador de forma progresiva.

El contrato incluye mantenimiento preventivo, con dos revisiones al año realizadas una cada semestre y contrato correctivo en caso de avería de algún equipo con compromiso de préstamo de equipo igual o de similares características.

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:*
 - *Gastroscoopia 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*
 - *Gastroscoopia 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*
- *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:

- 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, incluyendo la libre elección desde Atención Primaria
- Utilizar la base de datos de colonoscopias
- Implantación del Programa de vigilancia y seguimiento de los adenomas colorectales
- Implantar la CPRE terapéutica.
- Modificar el volante de solicitud de endoscopias desde Atención Primaria
- Mejorar la informatización y los sistemas de información de endoscopias.

EN HOSPITALIZACIÓN:

- Mejorar la información al paciente hospitalizado.
- Coordinación con enfermería para el pase de visita y para protocolos de cuidados de enfermería.
- Aplicación y evaluación de la vía clínica de la HDA, del protocolo de la pancreatitis aguda.
- Prescripción electrónica

EN CONSULTAS EXTERNAS:

- Potenciar las Consultas de alta resolución.
- Desarrollo de las Consultas Monográficas:
- Mejorar los sistemas de información y comunicación
- Activar y difundir el correo electrónico de la Unidad para mejorar la comunicación con Atención Primaria *aparatodigestivohop@gmail.com*
- Citación de las consultas sucesivas desde la propia consulta.

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
Dr. Garza	ENDOSC	ENDOSC CEXT	ENDOSC	END ó PTA CEXT	END ó PTA CEXT ESP
Dra. Botella	PLANTA	PLANTA CEXT ESP	CPRE PLANTA	ENDOSC	PLANTA CEXT ESP
Dra. Alcalá	END ó PTA CEXT	PLANTA	PLANTA	CEXT ESP PLANTA	ENDOSC
Dra. Thomson	Calidad Comité CCR	ENDOSC	CEXT	PLANTA CEXT ESP	PLANTA
Dr. Benedí	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*

Desde junio de 2010 se dispone de agendas electrónicas para citación de endoscopias desde Atención Primaria.

LUNES Dr. Garza

3971	8:00	4 Test del Aliento (5.8)	
3972	9:00	Colonoscopia (5.1)	CE Dr. Garza
3973	9:40	Gastrosocopia (5.0)	CE Dr. Garza
3975	10:00	Colonoscopia	CE Dr. Garza
3976	10:40	Gastrosocopia	AP
3977	11:00	Colonoscopia	AP
3978	12:00	Colonoscopia	AP
3980	12:40	Gastrosocopia	Resto CE
3981	13:00	Colonoscopia	Planta o Pref
3982	13:40	Gastrosocopia	Planta o Pref

MARTES Dra. Thomson

4005	8:00	4 Test Aliento	
3984	9:00	Colonoscopia	CE Dra. Thomson
3985	9:40	Gastrosocopia	CE Dra. Thomson
3986	10:00	Colonoscopia	CE Dra. Thomson
3987	10:40	Gastrosocopia	CE Dra. Thomson
3988	11:00	Colonoscopia	AP
3989	12:00	Colonoscopia	AP
3990	12:40	Gastrosocopia	AP
3991	13:00	Colonoscopia	Planta o Pref
3992	13:40	Gastrosocopia	Planta o Pref

MIÉRCOLES Dr. Garza

4122	8:00	4 Test Aliento	
3972	9:00	Colonoscopia	CE Dr. Garza
3973	9:40	Gastrosocopia	CE Dr. Garza
3975	10:00	Colonoscopia	CE Dr. Garza
3976	10:40	Gastrosocopia o AR	AP
3977	11:00	Colonoscopia o AR	AP
3979	12:00	Colonoscopia	CE Resto
3980	12:40	Gastrosocopia	CE Resto
3981	13:00	Colonoscopia	Planta o Pref
3982	13:40	Gastrosocopia	Planta o Pref

CPRE los miércoles a las 8:30. Dra. Botella

JUEVES Dra. Botella

4123	8:00	4 Test Aliento	
	8:30	QUIRÓFANO	
	9:15	QUIRÓFANO	
	10:00	QUIRÓFANO	
3993	10:40	Gastroscopia	AP
3994	11:00	Colonoscopia	CE Dra Botella
3995	12:00	Colonoscopia	CE Dra Botella
3996	12:40	Gastroscopia	CE Dra Botella
3997	13:00	Colonoscopia	Planta o Pref
3998	13:40	Gastroscopia	Planta o Pref

VIERNES Dra. Alcalá

4000	8:00	4 Test Aliento	
4001	9:00	Colonoscopia	CE Dra. Alcalá
4002	9:40	Gastroscopia	CE Dra. Alcalá
4003	10:00	Colonoscopia	CE Dra. Alcalá
4004	10:40	Gastroscopia	CE Dra. Alcalá
4013	11:00	Gastroscopio	CE Dra. Alcalá
4007	12:00	Colonoscopia	AP
4007	12:40	Colonoscopia	AP
4008	13:20	Gastroscopia	Planta o Pref
4009	13:40	Colonoscopia	Planta o Pref

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. Sistema de información y soporte informático

7.3.1. Sistema de información

DATOS DE GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN:

- N° de pacientes ingresados
- Estancias
- Altas de hospitalización
- Traslados
- Mortalidad hospitalaria
- Estancia media
- Índice de ocupación
- Ingresos programados
- Hojas de Consulta en hospitalización
- N° de pacientes en consultas externas (CE)
- Primeras consultas
- Sucesivas
- Sucesivas especiales
- Alta resolución
- Relación sucesivas/primeras
- Altas en CE
- N° pacientes que no acuden a CE (n° y %)
- Demora prospectiva para 1ª consulta
- Demora estructural de 1ª visita > 45 días
- Demora > 60 días
- Pacientes pendientes de ver en CE o en endoscopias
- Pacientes pendientes de citar en CE o en endoscopias
- Endoscopias en quirófano
- Procedimientos endoscópicos y complejidad
- GRDs. Estancia media de los 10 GRDs con mayor peso

7.3.2. Documentación específica de la sección:

Todos los documentos de la Unidad han sido validados por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital.

- *Consentimientos informados:*
 - *Gastroscopia*
 - *Colonoscopia*
 - *GEP*
 - *CPRE*
 - *HDA*
 - *Extracción de cuerpos extraños esofágicos*
 - *Polipectomías endoscópicas*
 - *Esclerosis de varices esofágicas*
 - *Tratamiento antiviral de la Hepatitis crónica C*
- *Solicitud de Consulta de Alta resolución*
 - *Rectorragia y/o sospecha de CCR*
 - *ERGE*

- *Solicitud de Endoscopia Digestiva*
- *Solicitud desde Atención Primaria:*
 - *Gastroscopia*
 - *Colonoscopia en paciente sintomático y en paciente asintomático con AFAM de CCR*
 - *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 polipectomía endoscópica*
- *Consulta de EI*
- *Hoja informativa de tratamiento con esteroides*
- *Encuesta de satisfacción en la endoscopia digestiva*
- *Informe de seguimiento del paciente al que se le ha realizado polipectomía endoscópica (PE)*
- *Informe para el paciente tras PE*
- *Protocolo de sedoanalgesia en endoscopias*
- *Protocolo de HDA*
- *Vía clínica de HDA*
- *Protocolo de Pancreatitis aguda*
- *Hoja de seguimiento de tratamiento de hepatitis crónica C*

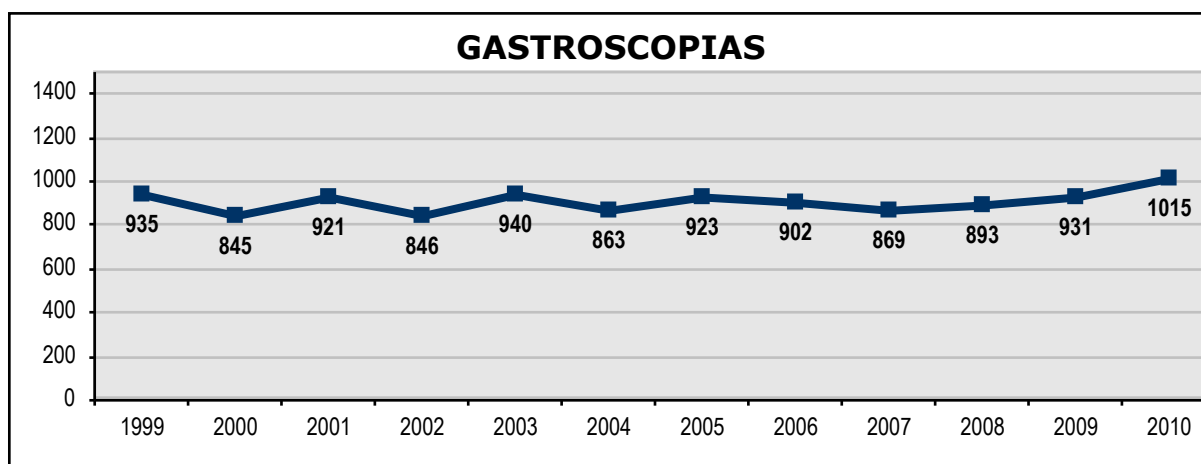
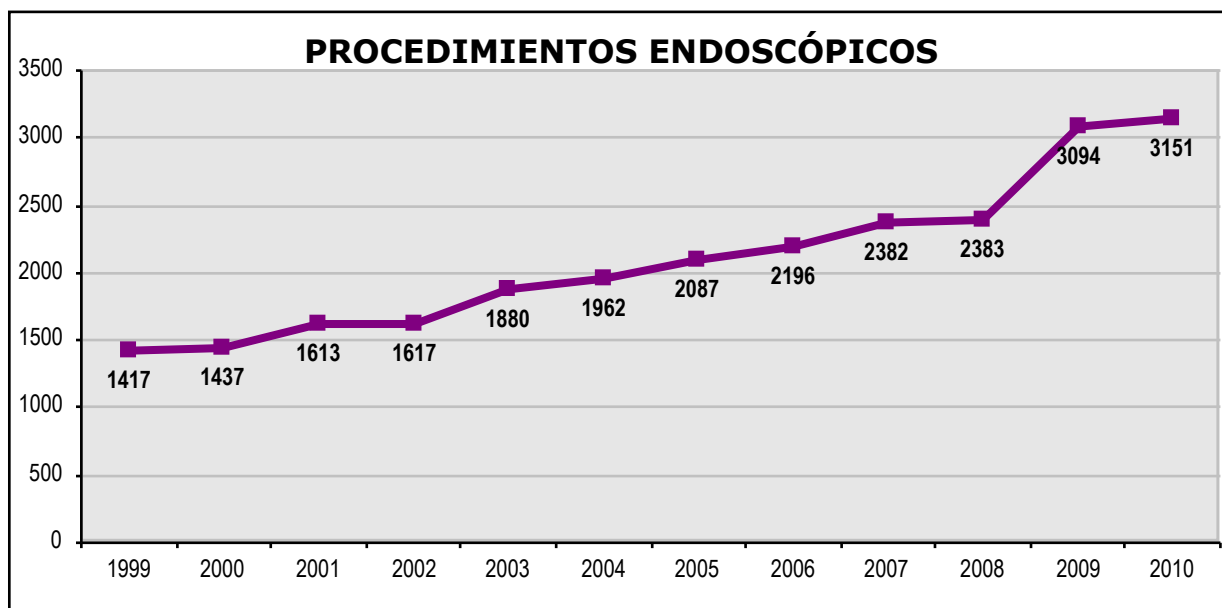
7.3.3. **Soporte informático:** Especial dedicación en su elaboración y diseño la Dra. Botella

- Programa para la gestión de las Endoscopias Digestivas
- Base de datos para el seguimiento del Proceso Asistencial del cáncer colorrectal
- Base de datos para el seguimiento de los pacientes con cáncer colorrectal
- Base de datos para la gestión de las colonoscopias
- Base de datos para la gestión de los Test del Aliento C13 Urea
- Base de datos de pacientes con EIIC
- Registro de procedimientos endoscópicos realizados y su complejidad
- Base de datos para el seguimiento del programa de prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo con antecedentes familiares

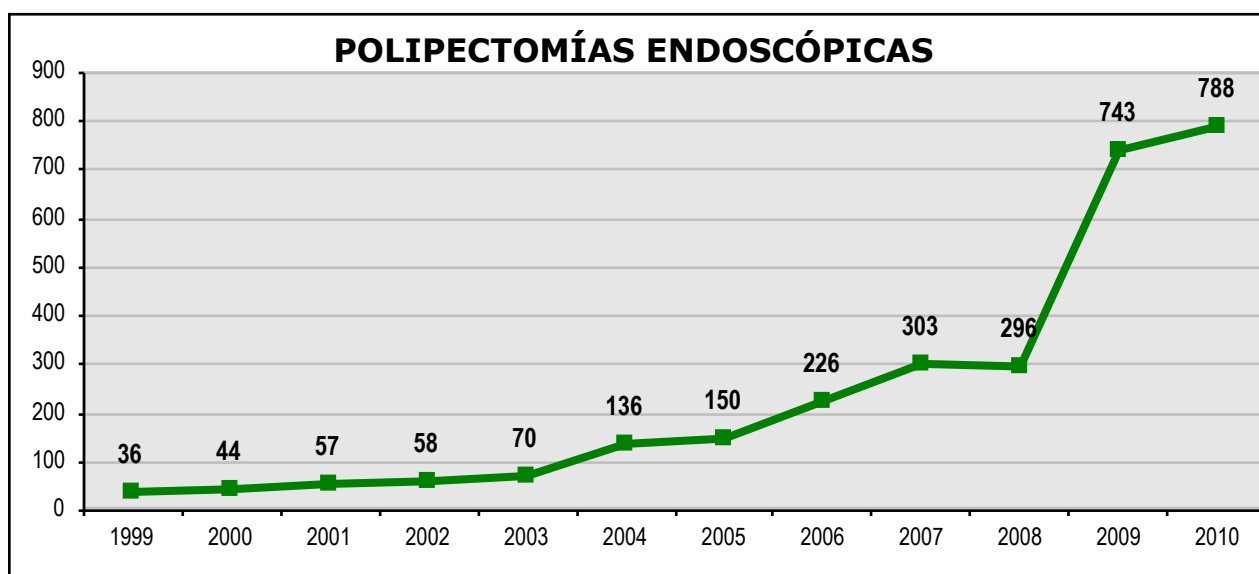
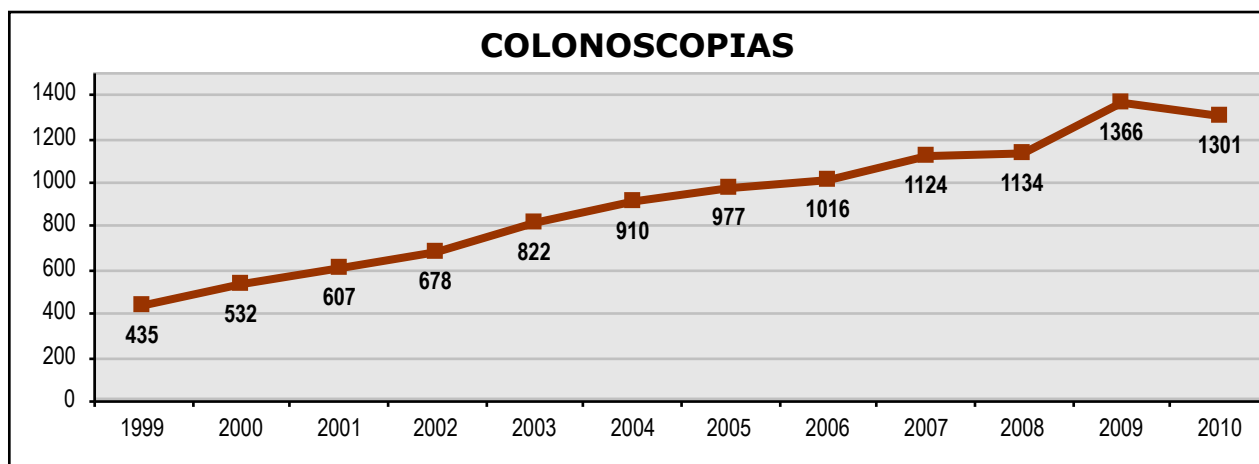
8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

• 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.



En los últimos 6-7 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) y la difusión, entre la población general y los médicos de Atención Primaria, de la importancia de su detección precoz, 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 2010 se realizaron 1301 **COLONOSCOPIAS**, número similar al año 2009, la edad media de los pacientes fue 60 años (rango de 16 a 97).

En relación a la **procedencia**

Digestivo	601	46,2%
Atención Primaria	319	24,5%
Cirugía	216	16,6%
Medicina Interna	106	8,2%
Urgencias	19	1,5
Oncología	15	1,2%

En el 82,6% se realizaron en pacientes ambulatorios.

La preparación del colon fue buena en 1045 pacientes (81,2%), regular en 154 (12%) y mala en 74 (5,7%)

Se realizaron con sedación consciente en 1007 pacientes, el 78,3%; precisaron sedación profunda en quirófano con la asistencia del anestesiólogo 76 pacientes, el 6%.

La tolerancia de la colonoscopia fue buena en 1045 pacientes (81,2%), regular en 154 (12%) y mala en 74 (5,7%).

Las colonoscopias fueron completas en el 81,45%.

En el 35,6 % de los pacientes (458) a los que se realizó colonoscopias se encontró algún tipo de lesión polipoidea.

De las 788 polipectomías endoscópicas realizadas, el 11% de los pólipos (86) eran mayores de 1 cm.

En relación al motivo de solicitud de la colonoscopia fue en el 25,7% por cribado de cáncer colorrectal (CCR), en el 11,4% por seguimiento de pólipos, en el 8,4% por seguimiento de pacientes con CCR, por rectorragias en el 20%, diarrea 7,3%, anemia crónica 7%, estreñimiento 2,6% y seguimiento en pacientes con EII el 2,9%

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, con intubación de ciego
- Preparación colónica adecuada
- Polipectomía completa

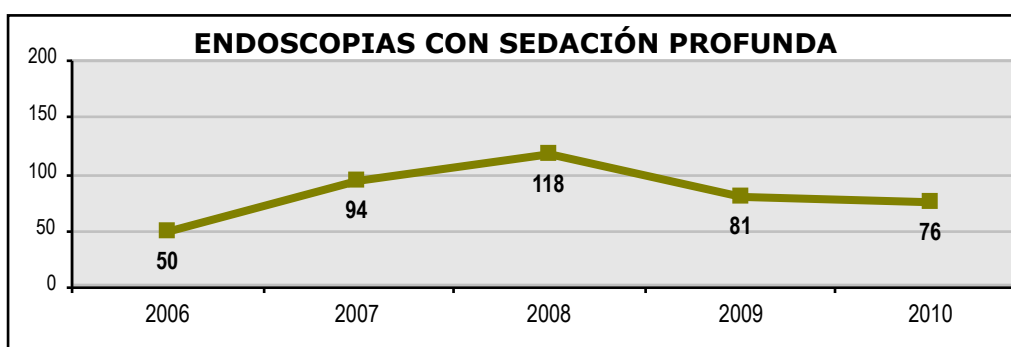
Las actividades realizadas en el programa son:

- 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

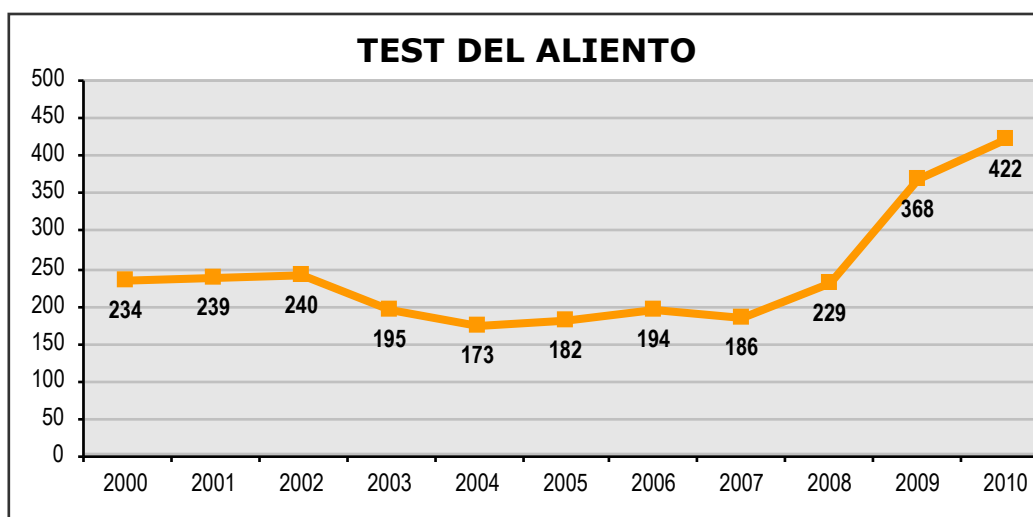
cáncer colorrectal, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG)

- 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.

Durante el año 2010 se han realizado 181 informes de recomendación de la estrategia de seguimiento.



En el año 2009 se implantó el protocolo de sedación consciente en endoscopias lo que ha mejorado la tolerancia de los pacientes a las exploraciones endoscópicas, lo que se ha traducido en una reducción del número de endoscopias que precisaron sedación profunda con la asistencia del anestesiólogo en el quirófano, a pesar del incremento de colonoscopias y de polipectomías en pólipos de mayor tamaño, 86 pólipos mayores de 1 cm en 2010 (11%) y 51 en 2009 (6,8%).



Durante el año 2010 se han realizado 422 Test del Aliento C13 Urea en la Unidad de endoscopias, lo que representa un incremento del 14,7%. Han sido solicitados desde Atención Primaria 137, el 32%.

De las endoscopias realizadas durante el año 2010, 402 fueron solicitadas desde Atención Primaria (17,35%). De ellas 83 gastroscopias, lo que representa el 8,2% del total de las gastroscopias realizadas y 319 colonoscopias el 24,5%.

Se han realizado en horario de tarde 169 gastroscopias y 220 colonoscopias. No acudieron 26 pacientes (11 colonoscopias y 15 gastroscopias)

	Total realizadas	Solicitadas desde AP	%
Gastroscopias	1015	83	8,2
Colonoscopias	1301	319	24,5
Test Aliento	422	137	14,7

M	GASTROS			COLONOS			P. E.		PE+Hem	Q	G E P	Recambio GEP		E.V.	E.U	CPRE	CE	Salidas
	con B	sin B	TOTAL	con B	sin B	TOTAL	< 1 cm	> 1 cm				1º	sig.					
E	59	26	85	33	52	85	38	4	6	7	3	0	4	0	0	0	1	7
F	54	26	80	36	71	107	78	18	26	9	0	0	2	0	1	4	3	16
M	79	31	110	52	87	139	89	12	10	7	1	1	1	0	0	5	1	16
Ab	46	33	79	45	62	107	68	9	15	9	2	0	3	0	0	2	2	13
My	71	31	102	46	88	134	74	1	9	7	0	0	1	0	1	1	1	12
Jn	66	25	91	54	83	137	87	8	12	3	0	0	1	0	1	4	2	10
JI	47	29	76	36	63	99	26	5	4	5	0	0	3	0	0	4	3	16
A	54	24	78	50	57	107	55	5	10	3	1	0	2	0	0	0	0	8
S	51	30	81	43	63	106	42	8	8	8	1	0	0	0	0	1	2	7
O	52	24	76	40	66	106	31	10	11	15	0	0	0	0	0	2	0	18
N	56	34	90	49	56	105	70	4	11	8	0	0	4	1	0	1	0	11
D	47	20	67	24	45	69	44	2	7	6	0	0	0	0	2	0	0	7
T	682	333	1015	508	793	1301	702	86	129	87	8	1	21	1	5	24	15	141
T.C.	797,94	333		1102,36	1586		175,5	129	387	43,5	16	1,5	5,25	1,75	8,75	72	15	70,5

Total Complejidad	4745,05
-------------------	---------

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.

Técnica	Valor
Fibrogastroscopia	1,00
<i>Fibrogastroscopia + biopsia</i>	1,17
Otros procedimientos:	1,50
- Polipectomía	
- Colocar endoprótesis	
Escleroterapia	1,75
Sangrado por Varices (añadir)	+1,75
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
Gastrostomía percutánea	2,00
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 evolución de la complejidad del trabajo endoscópico en nuestra Unidad ha sido la siguiente:

Exploración	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gastroskopias	863	923	902	869	928	1018,7	1130,9
Esc Ulc	22,75	45,5	82,25	129,5	122,5	5,25	8,75
Esc Varices	8,75	3,5	1,75	7	12,25	1,75	1,75
Colonoscopias	1820	1954	2032	2248	2388	2784,2	2688
Polipectomías	34	37,5	56,5	75,75	77,5	249,5	304,5
PE+ Hem y sobreelevación						207	387
CPRE						66	72
GEP	20	18	8	10	20		16
C.Extraño						10	22,75
Argón						9	
Salidas END						96	70,5
TOTAL	2.768,5	2.81,5	3.082,5	3.339,25	3.548,25	4447,4	4745,1

Índice de complejidad en la actividad endoscópica del HOP

En este año 2010 observamos un incremento de complejidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad.

El índice de complejidad de este año ha sido de 4745,1, lo que supone un incremento de complejidad del 6,7% sobre el del año pasado.

LISTA DE ESPERA ENDOSCOPIAS

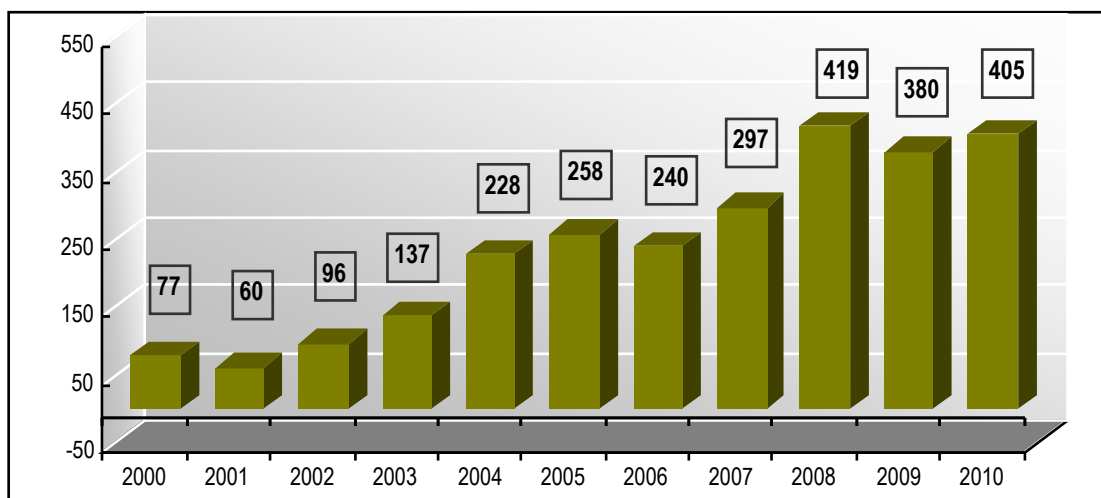
PRUEBA	0-15 d	16d-1m	1 – 2 m	TOTAL	D. Demora	Pendientes cita
COLONOSCOPIAS	28	38	29	95	60	26
GASTROSCOPIAS	26	21	11	58	60	3
TOTAL	54	59	40	153		29

El año pasado, 2009, terminamos el año con una lista de espera de endoscopias de 114 colonoscopias y 73 gastroskopias, un total de 187 y 52 días de demora.

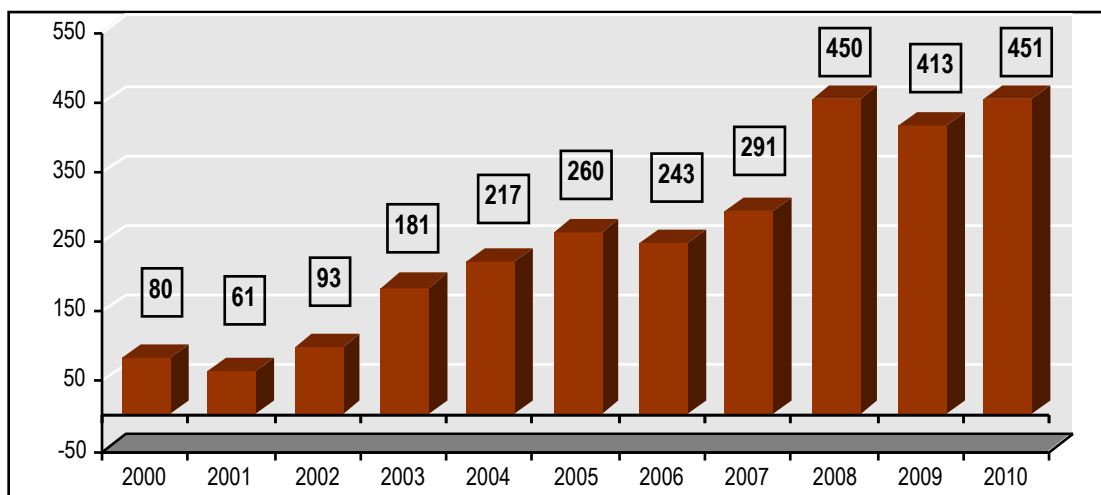
ACTIVIDAD HOSPITALARIA:

Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingresos	100	77	60	96	137	228	263	240	297	419	380	405
Altas	103	80	61	93	181	217	260	243	291	450	413	451
Estancias	550	387	248	501	1156	1543	1794	1697	1996	2559	2309	2204
E.M.						6,5	6,5	6,6	6,3	5,4	5,2	4,9
% ocup.							82,1	77,5	91,1	116,5	105,4	101

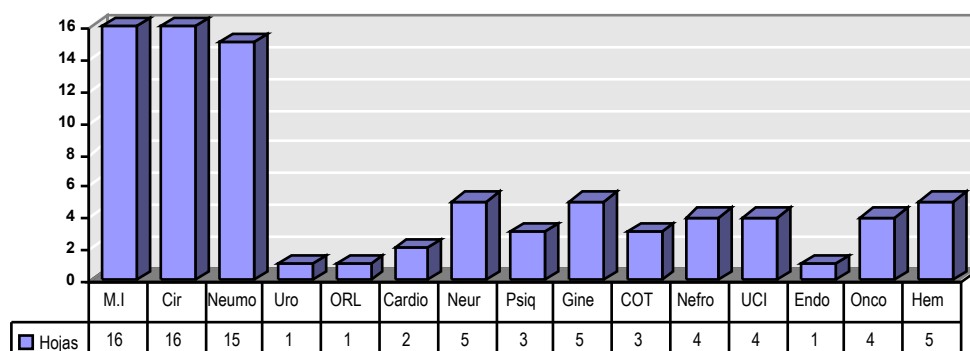
Evolución de las INGRESOS hospitalarios



Evolución de las ALTAS hospitalarias



• **HOJAS DE CONSULTA 2010: 84**



GRD	Descripción	EM 2005	EM 2006	EM 2007	EM 2008	EM 2009	EM 2010
175	Hemorragia digestiva sin complicaciones	5,24	5,26	5,45	3,9	3,9	4,6
174	Hemorragia digestiva con complicaciones	6,7	5,45	6,32	5,3	5,8	4,66
204	Trastornos de Páncreas excepto neo maligna	7,9	8,61	7,97	8,17	6,4	8,23

10 GRD'S MÁS FRECUENTES

Norma Estatal 2008 AP25 Grupo 2

GRD	Altas Inliers	E. Media Inliers	Peso Medio Inliers	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
175 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	53	4,60	0,8423	4,81	-0,21	0,9571	4,60	-11	-0,03	0,9567
174 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	32	4,66	1,4067	6,49	-1,84	0,7174	4,66	-59	-0,16	0,7173
208 - TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	32	4,16	0,6817	6,36	-2,20	0,6535	4,16	-71	-0,20	0,6537
204 - TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	30	8,23	0,9845	7,34	0,89	1,1217	8,23	27	0,07	1,1220
207 - TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	15	8,53	1,1667	8,76	-0,22	0,9741	8,53	-3	-0,01	0,9745
183 - ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	14	3,57	0,7506	5,71	-2,14	0,6255	3,57	-30	-0,09	0,6254
206 - TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	13	5,00	1,0610	4,25	0,75	1,1765	5,00	10	0,03	1,1764
814 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	13	5,15	0,4886	3,90	1,25	1,3215	5,15	16	0,05	1,3217
188 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	12	4,25	1,0355	6,51	-2,26	0,6528	4,25	-27	-0,10	0,6529
189 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	10	2,30	0,6630	4,18	-1,88	0,5502	2,30	-19	-0,05	0,5497

▪ **Consultas externas**

Evolución de las Consultas Externas

Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primeras visitas	1338	1393	1353	1418	1299	1448	1291	1203	1187	1251	1428	1487
Sucesivas	4697	4634	4465	4607	4503	4882	4632	4337	4219	4526	4744	5030
Totales	6035	6027	5818	6025	5802	6330	5923	5540	5406	5777	6172	6517
Relación suc/prim	3,5	3,3	3,3	3,2	3,5	3,4	3,6	3,6	3,6	3,6	3,3	3,4

En el año 2010 el número total de consultas ha sido 6517, lo que representa un aumento del 5,6% con respecto al 2009. El aumento ha sido tanto de primeras como de sucesivas.

Se han realizado 167 consultas de alta resolución, lo que representa el 11,2 % de las primeras consultas.

Se han dado de alta a 996 pacientes, el 15,3% de

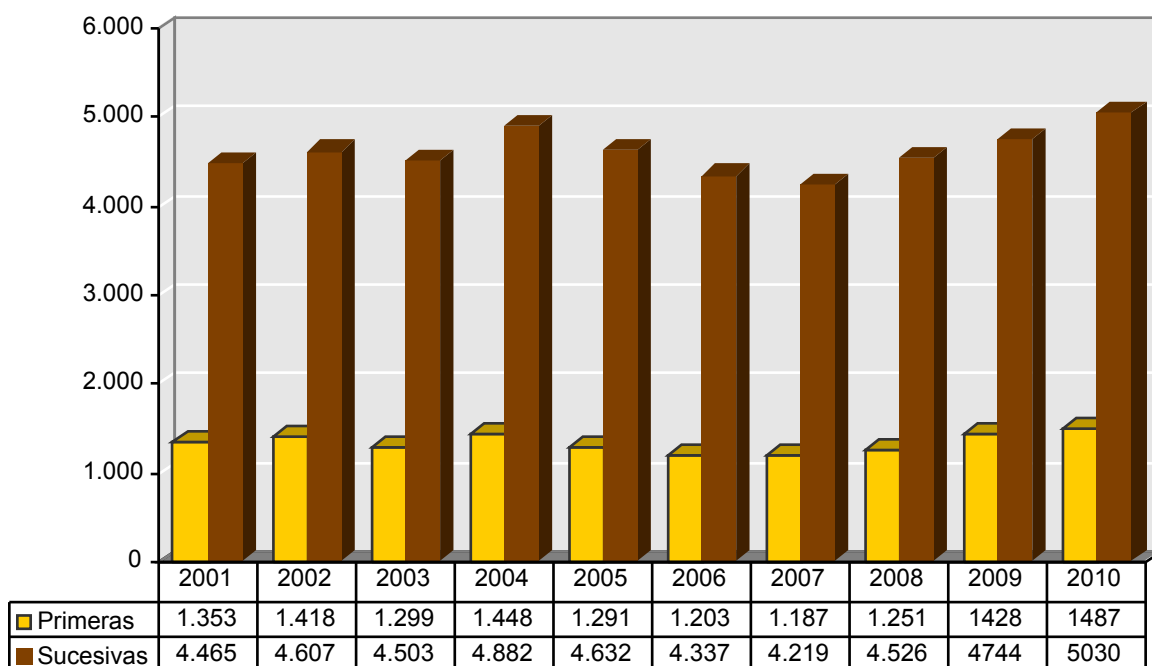
El porcentaje de relación sucesivas/primeras es de **3,4**.

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 921, si descontamos estas consultas sucesivas especiales, la relación sucesivas/primeras se reduciría a **2,8**.

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 y a todos los pacientes que se ven como consultas sucesivas especiales (4.0) se les cita directamente desde la consulta, endoscopias o planta de hospitalización al alta del paciente. Se han citado 1722 pacientes, lo que representa el 34% de los pacientes citados para consulta sucesiva o recogida de resultados.

LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS

C. EXT.	0-15 días	16 d -1 m	1 – 2 m	2 – 3 m	TOTAL	Dem. Med
2010	33	71	29	8	141	28
2009	45	64	37	4	150	25



REUNIONES CON ATENCIÓN PRIMARIA:

- Reunión con los coordinadores de los Centros de Salud.

Presentación de los documentos de:

- Solicitud de colonoscopia en personas asintomáticas con antecedentes familiares de cáncer colorectal
- Solicitud de Consulta de Alta Resolución en pacientes con sospecha de cáncer colorectal, con colonoscopia.

Información de la Citación de endoscopias desde Atención Primaria con agendas electrónicas y envío por fax a la Unidad de Endoscopias de las solicitudes de consultas de alta resolución de ERGE severa y sospecha de CCR y de colonoscopia de cribado CCR.

- **SESIÓN CLÍNICA: DISPEPSIA Y ENFERMEDAD CELIACA.** Dra. MT Botella. Centro de Salud Teruel Ensanche. 14 de abril de 2010.
- **SESIÓN CLÍNICA: PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER COLORECTAL.** Dra. C. Thomson. Centro de Salud Teruel Centro. 19 de noviembre de 2010.

Estamos pendientes de la elaboración de un calendario de reuniones-sesiones conjuntas para el año 2011.

9. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

9.1. ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS

- El modelo EFQM, instrumento de mejora en salud. Organizado por el SALUD, Teruel, 19 enero 2010. Dra. C Thomson.
- VII encuentro Médico-Quirúrgico en Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Madrid, 12 febrero 2010. Dra. Alcalá y Dra. Botella
- XXXV Congreso Nacional de la Fundación/Asociación Española para el Estudio del Hígado. Madrid, 17-19 de febrero 2010. Dr. E. Garza.
- XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 11-12 de marzo de 2010. Dra. C. Thomson.
- Curso Derecho y Salud: los derechos humanos en el ámbito sanitario. Teruel, 22 al 26 de marzo de 2010. Dra. MT Botella y Dra. C Thomson
- IX Semana de Estudios Geriátricos. Teruel, 3 al 6 de mayo de 2010. Dra. Alcalá, Dra. Botella, Dr. Garza y Dra. Thomson.
- VIII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y VI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 9 y 10 de junio de 2010. Dra. Botella y Dra. C.Thomson.
- Semana de las Enfermedades Digestivas. SEPD. Santiago de Compostela, 19 al 22 de junio de 2010. Dra. MJ Alcalá y Dra. MT Botella.
- XXI Reunión Nacional de GETECCU. Madrid, 1 y 2 de octubre de 2010. Dra. C Thomson.
- 18th United European Gastroenterology Week. UEGW. 23 al 27 de octubre 2010. Barcelona. Dr. E. Garza. Dra. C Thomson.
- V Jornadas Científicas Hospital Obispo Polanco. Teruel, 24 y 25 de noviembre de 2010. Dra. M.J. Alcalá Dra. M.T. Botella. Dra. E Garza, Dra. C. Thomson. M. Martínez Morales, MA Gómez Rucio. C. Cuervo Menéndez y Belén Doñate Borao.
- XX Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 26 y 27 de noviembre de 2010. Dra. M.T. Botella. Dra. M.J. Alcalá. Dra. C. Thomson.
- Magíster de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. 2008-2010. Dra. C. Thomson.
- Diploma Superior de Metodología de la Investigación. OMC e Instituto de Salud Carlos III. Dra. MT Botella.

9.2. COMUNICACIONES, CURSOS, PUBLICACIONES Y PONENCIAS

- CURSOS IMPARTIDOS:
 - II Curso. 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. (1,9 créditos) Mayo 2010. Dres. Alcalá, Botella, Garza y Thomson.

- II Curso. Cuidados del Auxiliar de Enfermería en la Patología Médica Digestiva, celebrado en Teruel del 31 de mayo al 10 de junio de 2010 (10 horas) Curso acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón. (1,4 créditos)

• PONENCIAS Y COMUNICACIONES:

- Inmunidad innata e infección por *Helicobacter pylori*. Variabilidad genética en los receptores de reconocimiento de patrones moleculares NOD1/CARD4, NOD2/CARD15, CD14 y TLR4 y riesgo de cáncer gástrico. (P) *García-González M.A^{ab}, Quintero E^c, Nicolás D^c, Benito R^{db}, Strunk M^{ab}, Santolaria S^e, Sopeña F^{fb}, Plazuelo E^{ab}, Jiménez P^b, Badía M^f, Espinel J^g, Campo R^h, Manzano Mⁱ, Geijo F^j, Simón M.A^f, Pellisé M^{kb}, González-Huix F^l, Nieto M^m, Espinós Jⁿ, Titó L^ñ, Bujanda L^{ob}, Zaballa M^p, Pérez-Aísa M.A^q, Méndez-Sánchez I.M.^q, Thomson C^r, Lanas A^{fb}*. ^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza. ^bCIBERehd. ^cH. universitario de Canarias, Tenerife. ^dFacultad de Medicina y H. Clínico Universitario, Zaragoza. ^eH. San Jorge, Huesca. ^fH. Clínico Universitario, Zaragoza. ^gComplejo Hospitalario, León. ^hH. Parc Taulí, Barcelona. ⁱH. 12 de octubre, Madrid. ^jH. Clínico Universitario, Salamanca. ^kH. Clinic i Provincial, Barcelona. ^lH. Josep Trueta, Girona. ^mH. del Mar, Barcelona. ⁿMutua de Tarrasa. ^ñH. L'esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. ^oH. Donostia, San Sebastián. ^pH. San Eloy, Baracaldo. ^qH. del Sol, Marbella. ^rH. Obispo Polanco, Teruel. XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid, 11-12 de marzo de 2010.
- Tolerancia, eficacia de la preparación y complicaciones inmediatas de las colonoscopias según la edad de los pacientes. *MT Botella Esteban, C Thomson LListerri, MJ Alcalá Escriche, C Cuervo Menéndez, MA Gómez Rucio, E Garza Trasobares*. IX Semana de Estudios Geriátricos. Teruel, 3 al 6 de mayo de 2010.
- Motivos y hallazgos de las colonoscopias en nuestro medio en relación a la edad de los pacientes. *MT Botella Esteban, C Thomson LListerri, MJ Alcalá Escriche, E Garza Trasobares, C Cuervo Menéndez, B Doñate Borao*. IX Semana de Estudios Geriátricos. Teruel, 3 al 6 de mayo de 2010.
- Hepatotoxicidad por fármacos en nuestra Unidad: 2008-2010. *E. Garza Trasobares, C Thomson LListerri, MT Botella Esteban, MJ Alcalá Escriche, A Fernández Alamán, C Pastor Espuig*. IX Semana de Estudios Geriátricos. Teruel, 3 al 6 de mayo de 2010.
- MESA REDONDA. Ponencia: "Aspectos éticos y prácticos de la Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP)". *MT Botella Esteban*. IX Semana de Estudios Geriátricos. Teruel, 3 al 6 de mayo de 2010.
- Información y sedación: ¿En qué grado mejora la tolerancia de las endoscopias digestivas?. *MT Botella Esteban, C Thomson LListerri, MJ Alcalá Escriche, E Garza Trasobares, M Martínez Morales, MA Gómez Rucio, C Cuervo Menéndez, B Doñate Borao*. VIII Jornadas de Trabajo

sobre Calidad en Salud y VI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 9 y 10 de junio de 2010.

- Valoración de la calidad del Proceso Asistencial del cáncer colorrectal en el sector Teruel. *C Thomson, MT Botella, MJ Alcalá, E Garza, A Yubero, JA Muniesa, P López-Peris, G Martínez. VIII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y VI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 9 y 10 de junio de 2010.*
- Programa de vigilancia de pólipos colorrectales. *C Thomson, MT Botella, C Cuervo, M Martínez, MJ Alcalá, E Garza. VIII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y VI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 9 y 10 de junio de 2010.*
- La Humanización en la asistencia como línea estratégica del Plan de Calidad de un hospital. *C Thomson, C Valdovinos, P González, B Plaza, C Cuervo, R Escartín, MA Camacho, P Flórez. VIII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y VI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 9 y 10 de junio de 2010.*
- Motivos de solicitud de una colonoscopia en nuestro medio y los hallazgos más frecuentes en relación a la edad de los pacientes. *MT Botella Esteban, MJ Alcalá Escriche, C Thomson Llisterri, E Garza Trasobares, B Doñate Borao, MA Gómez Rucio, C Cuervo Menéndez, M Martínez Morales. Semana de las Enfermedades Digestivas. SEPD. Santiago de Compostela, 19 al 22 de junio de 2010.*
- Diferencias en el hallazgo de pólipos en las colonoscopias de pacientes pertenecientes al cribado del cáncer colorrectal frente a las colonoscopias realizadas por otros motivos. *MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, MJ Alcalá Escriche, E Garza Trasobares, B Doñate Borao, MA Gómez Rucio, C Cuervo Menéndez. Semana de las Enfermedades Digestivas. SEPD. Santiago de Compostela, 19 al 22 de junio de 2010.*
- Proceso Asistencial del cáncer colorrectal en el sector sanitario de Teruel. *C Thomson Llisterri, MT Botella Esteban, MJ Alcalá Escriche, A Yubero Esteban, JM Vicario Bermúdez, JA Muniesa Soriano, JM Lázaro Maisanava, P López Peris, M Oset García, G Martínez Sanz. Semana de las Enfermedades Digestivas. SEPD. Santiago de Compostela, 19 al 22 de junio de 2010.*
- Infección por *Helicobacter Pylori* y terapia erradicadora: nuestra experiencia. *MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, E Garza Trasobares, MJ Alcalá Escriche, C Cuervo Menéndez, B Doñate Borao, MA Gómez Rucio. V Jornadas Científicas Hospital Obispo Polanco. Teruel, 24 y 25 de noviembre de 2010.*
- Cuerpo extraño en esófago cervical de evolución crónica. *E Garza Trasobares, MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, MJ Alcalá Escriche, B Doñate Borao, MA Gómez Rucio, C Cuervo Menéndez, M Martínez Morales. V Jornadas Científicas Hospital Obispo Polanco. Teruel, 24 y 25 de noviembre de 2010.*
- Hepatotoxicidad por fármacos en nuestra Unidad de Digestivo: 2008-2010. *E Garza Trasobares, MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, MJ Alcalá Escriche. V Jornadas Científicas Hospital Obispo Polanco. Teruel, 24 y 25 de noviembre de 2010.*
- ¿Con qué indicación se solicita una colonoscopia y qué hallazgos son los más frecuentes?. *MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, MJ Alcalá*

Escrache, E Garza Trasobares, B Doñate Borao, C Cuervo Menéndez. XX Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 26 y 27 de noviembre de 2010.

- Pólipos en un Plan de Cribado de cáncer colorrectal versus pólipos en pacientes sintomáticos. *MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, MJ Alcalá Escrache, E Garza Trasobares, B Doñate Borao, C Cuervo Menéndez. XX Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 26 y 27 de noviembre de 2010.*
- Resultados del Proceso Asistencial del cáncer colorrectal en el sector de Teruel. *C Thomson Llisterri, MT Botella Esteban, MJ Alcalá Escrache, A Yubero Esteban, JA Muniesa Soriano, M Oset García. XX Reunión Científica de la Sociedad Aragonesa de Patología Digestiva. Zaragoza, 26 y 27 de noviembre de 2010.*

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

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

9.4. SESIONES CLÍNICAS DE SERVICIO Y HOSPITALARIAS

- SESIONES CLÍNICAS DEL ÁREA MÉDICA:

Asistencia y participación activa a las Sesiones del Área Médica de los miércoles a las 8:15 h

- *Poniendo apellidos a la patología digestiva funcional.* Dra. MT Botella. 9 de junio 2010
- *Caso clínico: Aumento de transaminasas en varón de 15 años.* Dra. MJ Alcalá. 16 de junio 2010.

- SESIONES HOSPITALARIAS:

Participación en las Sesiones Hospitalarias de los jueves a las 14 horas

- *Proceso Asistencial del Cáncer colorrectal. Sector Resultados del sector Teruel en 2009.* Dra. C. Thomson. 29 de abril 2010.
- *Seguridad gastrointestinal de los AINES. Nuevas evidencias: estudio Cóndor.* Dr. E. Garza. 24 de junio 2010.

- SESIONES DE LA UNIDAD DE DIGESTIVO:

Martes de 8:15 a 9 horas

- CONSULTAS MONOGRÁFICAS. ÁREAS ESPECÍFICAS DE CAPACITACIÓN. 1 mensual.
- CASOS CLÍNICOS. 1 mensual.
- PROTOCOLOS, GUÍAS CLÍNICAS, VÍAS CLÍNICAS. Revisión, seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento. 1 trimestral.
- SEGUIMIENTO DEL CONTRATO DE GESTIÓN DE LA UNIDAD. 1 trimestral.
- ANÁLISIS Y REFLEXIÓN CONJUNTA de todos los miembros de la Unidad de los aspectos organizativos, detección de áreas de mejora. 1 semestral.
- Aportación de un resumen de las cuestiones a destacar y novedades de la asistencia a cursos, congresos o reuniones científicas. 1 semestral.
- Revisión o planteamiento de comunicaciones o artículos científicos de las líneas de investigación de la Unidad. 1 trimestral.

Se realizaron con periodicidad quincenal durante el primer trimestre y posteriormente mensual.

SESIÓN CONJUNTA con el Servicio de Radiodiagnóstico. *Uso racional de las imágenes en la ictericia obstructiva.* Dra. MT Botella y Dra. E Vilar. 30 de marzo de 2010.

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. Dra. Thomson

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 2010:
 - *Gastrostomía endoscópica percutánea: optimización en las indicaciones según criterios clínicos y éticos, en el conocimiento de la técnica de colocación y en los cuidados posteriores del estoma.* MT Botella Esteban, C Thomson Llisterri, MJ Alcalá Escriche, E Garza Trasobares, M Martínez Morales, B Doñate Borao, MA Gómez Rucio y C Cuervo Menéndez
 - *Mejora de la información a los pacientes hospitalizados.* MA Camacho, C Thomson, A Garzarán, V Espinosa, P Flórez, C 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
 - ✓ Comité de Tumores Digestivos

- 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

11.1 Contrato de gestión 2010

INDICADORES			RES.
Estancia media		<=6,5	4,9
GRDS CON MAYOR N° DE ESTANCIAS EVITABLES	GRD 175. Hemorragia digestiva sin CC	4,8	4,6
	GRD 204. Trastornos del páncreas salvo neoplasia maligna	<=8,7	8,2
Porcentaje de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos		0,5	
Porcentaje de fármacos de uso hospitalario de comercialización reciente que tienen protocolo de utilización		100,0	100%
Porcentaje de pacientes con ingreso urgente en viernes en planta de hospitalización que tienen anotaciones médicas en la Historia Clínica el sábado		80,0	100%
Porcentaje de pacientes con ingreso urgente en sábado en planta de hospitalización que tienen anotaciones médicas en la Historia Clínica el domingo		80,0	100%
Porcentaje DDD omeprazol respecto total DDD inhibidores bomba protones		70,0	
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	De 39 a 60
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	De 150 a 141
Relación sucesivas/primeras consultas		3,7	3,4
Demora prospectiva en consultas a 31 de diciembre 2009 < 45 días		SÍ	SÍ (28 d)
Porcentaje de pacientes pendientes de cita para primera visita 31/12/09		0,0	0
Porcentaje de reclamaciones de trato con respecto al total de reclamaciones en la Unidad		0,0	0
Porcentaje de informes preceptivos contestados en menos de 20 días para dar respuesta a las reclamaciones en la Unidad		80,0	SI
Porcentaje de unidades por Centro que desarrollan un programa de mejora organizativa o asistencial		80,0	SI
Porcentaje de unidades que tienen establecido un Plan anual de sesiones clínicas		100,0	SI
Sesiones conjuntas con A Primaria		SÍ	SI
Participación en la Comisión o Subcomisiones de tumores		SÍ	SI
El Servicio, Sección o Unidad implantará un protocolo o vía clínica		SI	SI
El Servicio, Sección o Unidad presentará la Memoria antes del 15 de febrero		SI	SI
Presentación del plan de necesidades antes del 30 octubre 2009		SI	SI
Publicaciones, Conferencias, Comunicaciones		1	SI
Aportar a la UCA el Manual de Funcionamiento de Servicio		SI	SI
Aportar a la UCA documentos, protocolos , vías, etc para su validación		SI	SI

11.2. Calidad

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

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 2010

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	2010
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	91%	95%
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,	25%	34%

4. Actividades para mejorar

- Elaboración de folleto de información al paciente para su ingreso en planta y entrega a todos los pacientes que ingresan.
- Elaboración de documento informativo sobre el funcionamiento de las consultas de la Unidad de Digestivo.
- Implantación de forma sistemática del protocolo de sedoanalgesia en las endoscopias digestivas
- Citación para consulta sucesiva desde la misma consulta de la Unidad de Digestivo.

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.
- 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”

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 2010

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2010
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%

<i>Asegurar el seguimiento de los protocolos asistenciales de los tumores digestivos (cáncer de estómago, cáncer de colon y recto)</i>	<i>Porcentaje (%) de pacientes diagnosticados de tumores digestivos que han seguido correctamente el protocolo asistencial</i>	<i>ND</i>	<i>>= 70 %</i>
--	--	-----------	-------------------

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

4. Actividades para mejorar

- *Aplicar el PROTOCOLO DE LA PANCREATITIS AGUDA.*
- *Aplicar la VÍA CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Aplicar los protocolos asistenciales de los tumores digestivos .*
- *Cumplimentar la base de datos del cáncer colorrectal.*

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*

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 2010

Objetivos	Indicadores	Resultado	
		Índice actual*	2010
Mejorar las Consultas de Alta Resolución (CAR)	Número de consultas de alta resolución.	48	167
	Porcentaje (%) de CAR sobre el total de primeras visitas	4%	11,2%
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%	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)