

Los Servicios de Digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI.

Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente.



Publicación: 28 de octubre de 2019

Proyecto de



Edita



Dirección Técnica



Patrocinio



Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares el copyright, la reproducción (parcial o total), distribución, comunicación pública o transformación de esta obra, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) (www.sepd.es; 91 402 13 53) si necesita fotocopiar escanear fragmentos de esta obra.

Copyright © 2020. SEPD / FEAD

DIRECCIÓN DEL PROYECTO

Coordinador del proyecto:

- Dr. Fernando Carballo.

Comité Director:

- Dr. Fernando Carballo. Presidente FACME y ex presidente de la SEPD.
- Dr. Javier Crespo. Presidente de la SEPD.
- Dr. María Isabel Vera. Responsable del Comité de Excelencia Clínica de la SEPD.
- Dr. Conrado Fernández. Coordinador de Calidad de la SEPD.
- Dr. Fernando Alberca. Responsable Proyecto Indicadores en Endoscopias de la SEPD.

Dirección técnica:

- Javier Elola. Director de la Fundación IMAS.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Objetivos del proyecto	7
1.2. La especialidad de digestivo	7
1.3. Las “unidades asistenciales” de digestivo	8
1.4. Modalidades asistenciales	10
1.5. Procesos asistenciales y procedimientos	10
1.6. Cartera de servicios	11
2. ANTECEDENTES	13
2.1. Estándares y recomendaciones de unidades de aparato digestivo en España	13
2.2. Estándares y recomendaciones de unidades de aparato digestivo en otros países	13
3. ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LOS ESTÁNDARES DE LAS UNIDADES DE DIGESTIVO	15
4. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE DIGESTIVO	17
4.1. Estándares de organización y gestión de la unidad	18
4.2. Estándares de procesos	19
4.2.1. Estándares para el proceso de atención al paciente al paciente agudo hospitalizado	19
4.2.1.1. Estándares al ingreso	19
4.2.1.2. Estándares durante el seguimiento	20
4.2.1.3. Estándares de planificación del alta y al alta	21
4.2.2. Estándares para el proceso de apoyo de consultoría a atención primaria y otras especialidades (interconsulta)	22
4.2.2.1. Estándares de estructura	23
4.2.2.2. Estándares de proceso	23
4.2.3. Estándares para la atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial	24
4.2.3.1. Estándares de estructura	25
4.2.3.2. Estándares de proceso	25
4.2.4. Formación	26
4.2.4.1. Formación continuada	26
4.2.4.2. Formación de postgrado	26
4.2.4.3. Formación de pregrado	27
4.2.5. Investigación	27

ANEXO 1. ESTÁNDARES GENERALES DE UNIDADES ASISTENCIALES EN LOS DOCUMENTOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD	28
Anexo 1.1. Unidad de Hospitalización Convencional (UH)	28
Anexo 1.2. Asistencia compartida con atención primaria	29
ANEXO 2. ESTÁNDARES GENERALES DE UNIDADES ASISTENCIALES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS EUROPEAS	31
Anexo 2.1. Estándares de European Federation of Internal Medicine	31
Anexo 2.2. Recomendaciones del Royal College of Physicians	31
ANEXO 3. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA	33
Anexo 3.1. Estándares de organización y gestión de la unidad	33
Anexo 3.2. Estándares de estructura	33
Anexo 3.3. Estándares de proceso y procedimientos	35
Anexo 3.4. Indicadores de resultados	35
ANEXO 4. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL	36
Anexo 4.1. Estándares de organización y gestión de la unidad	36
Anexo 4.2. Estándares de estructura	36
Anexo 4.3. Estándares de proceso y procedimientos	37
Anexo 4.4. Indicadores de resultados	39
Anexo 4.5. Formación e investigación	39
ANEXO 5. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA	40
Anexo 5.1. Estándares de organización y gestión de la unidad	40
Anexo 5.2. Estándares de estructura	40
Anexo 5.3. Estándares de proceso y procedimientos	41
Anexo 5.4. Indicadores de resultados	41
Anexo 5.5. Formación e investigación	42
ANEXO 6. ESTÁNDARES PARA EL PROCESO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA AMBULATORIA	43
Anexo 6.1. Estándares de admisión	43
Anexo 6.2. Estándares de procedimiento	43
Anexo 6.3. Estándares al alta	44
Anexo 6.4. Indicadores de resultados	44

ANEXO 7. ESTÁNDARES PARA EL PROCEDIMIENTO	
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	45
Anexo 7.1. Estándares de estructura	45
Anexo 7.2. Estándares de procedimiento	45
Anexo 7.3. Indicadores de resultado	45

ANEXO 8. ESTÁNDARES PARA EL PROCEDIMIENTO COLONOSCOPIA	46
Anexo 8.1. Estándares de estructura	46
Anexo 8.2. Estándares de procedimiento	46
Anexo 8.3. Indicadores de resultados	46

ANEXO 9. ESTÁNDARES PARA EL PROCEDIMIENTO GASTROSCOPIA	47
Anexo 9.1. Estándares de estructura	47
Anexo 9.2. Estándares de procedimiento	47
Anexo 9.3. Indicadores de resultados	47

FIGURAS

Figura 1. Mapa sintético de procesos clave de la ud	17
Figura 2. Proceso de atención al paciente crónico complejo	25
Figura 3. Manejo del paciente cirrótico en el hospital de día	42

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos del proyecto

Los objetivos del proyecto “Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente” de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), son:

- Definir la visión del papel que debe desempeñar un Servicio de Digestivo en la sanidad pública española en la actualidad.
- Identificar las funciones y, en función de ellas, la organización de los servicios y unidades de Digestivo (UD), dependiendo del entorno donde estén ubicados.
- Definir unos estándares de organización y funcionamiento de las UD.

1.2. La especialidad de digestivo

La especialidad de Aparato Digestivo provee servicios diagnósticos, terapéuticos y preventivos de enfermedades del tracto digestivo, hígado, vesícula, vías biliares y páncreas y ha experimentado un importante desarrollo, con un notable incremento de la demanda de servicios endoscópicos diagnósticos y terapéuticos. La especialidad supone el 10% de las consultas en atención primaria y el 25% de todos los cánceres, donde existe un gran esfuerzo y consumo de recursos orientado al diagnóstico precoz y cribado.

La especialidad de Aparato Digestivo, de modo similar a lo acontecido en otras especialidades médicas, se ha transformado como consecuencia de los siguientes elementos:

- **Superespecialización progresiva**, que ha impulsado la creación de áreas asistenciales y subespecialidades con un cuerpo doctrinal extenso, en expansión y claramente diferenciado, como la gastroenterología, la hepatología, o el área diagnóstico-terapéutica (endoscopia, ecografía, hemodinámica, etc), entre otras.
- **Innovación técnica y tecnológica**. Los avances no son sólo de la endoscopia, sino también de la genética, las técnicas de realidad virtual, la simulación, la robótica, el diagnóstico molecular, la inteligencia artificial, entre otras. La exigencia de aprendizaje de las nuevas tecnologías hará cambiar el curriculum del profesional y creará una fractura entre el médico adaptado y con capacidad de reciclaje y el que carezca de tal.
- **Procesos asistenciales y grupos de trabajo multidisciplinarios**. Las exigencias en relación con las nuevas tecnologías y conocimiento están obligando a la creación de grupos multidisciplinarios entre diferentes profesionales que



han de trabajar de forma coordinada para abarcar globalmente un proceso diagnóstico y terapéutico. Este hecho rompe las barreras rígidas entre los especialistas y condiciona una colaboración estrecha entre cirujanos, radiólogos intervencionistas, patólogos, etc., de tal manera que la necesidad de comunicación y formación sea cada vez mayor para disciplinas concretas que para el conjunto de una especialidad. Esta tendencia es también determinada no tanto por exigencias profesionales, sino también por requerimientos de gestión clínica para que la prestación asistencial a determinadas enfermedades por su complejidad o requerimientos técnicos sea más eficiente.

- **La investigación médica**, como elemento estratégico para el desarrollo industrial de un país y la importante asignación de recursos que para esta actividad efectúan agencias oficiales y empresas, determinará en un futuro inmediato la necesidad de especialistas con conocimientos en ciencia básica, capaces de establecer una transferencia entre investigación básica y clínica.

1.3. Las “unidades asistenciales” de digestivo

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolló, entre 2008 y 2013 y con la colaboración de las sociedades científicas (incluyendo a la SEPD), una serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales.⁽¹⁾ La denominación de “unidad asistencial” se adoptó para adaptarse de forma flexible a las múltiples denominaciones institucionales de la organización de los equipos médicos (servicios, secciones, unidades de gestión clínica, áreas, institutos, etc.), así como para evitar la clasificación jerárquica en “servicios” y “secciones”, que no siempre están asociados a un diferente nivel de complejidad y/o excelencia en la calidad, como se ha documentando en los proyectos RECAL, incluido RECALAD.

En la serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales, unidad asistencial se define como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes y que tienen unas características determinadas que condicionan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad”. Las unidades de digestivo (UD) son, dentro de esta definición, aquellas unidades asistenciales dedicadas a atender específicamente (recursos especializados) a pacientes con enfermedades del aparato digestivo⁽²⁾

(1) https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm

(2) Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión Modificación Clínica Capítulo 11. Enfermedades del Aparato Digestivo (K00-K95).

Utilizando la definición del documento de estándares, las unidades asistenciales deben tener los siguientes atributos:

- Un responsable.
- Recursos humanos, físicos (locales, equipamiento) y económicos asignados.
- Cartera de servicios (técnicas, procedimientos) a ofertar.
- Clientes finales (pacientes y/o otras unidades de responsabilidad).
- Sistema de información con indicadores de proceso y resultados (Cuadro de Mandos).

La UD puede tener organización relativamente simple y cartera de servicios poco compleja (atención médica, pruebas funcionales y endoscopia) o muy compleja, integrando múltiples unidades funcionales en su cartera de servicios (hepatología, enfermedad inflamatoria intestinal, ecografía digestiva, etc.). La convención establecida por la SEP para definir una unidad asistencial de digestivo es que disponga, al menos, de una unidad de endoscopia y cuente con un mínimo de 6 especialistas en aparato digestivo con título de especialidad reconocido⁽³⁾.

Como unidades funcionales o monográficas integradas dentro de las UD se identifican las siguientes⁽⁴⁾:

- Unidades Funcionales/Monográficas de digestivo:
 - Ecografía.
 - Endoscopia.
 - Hepatología.
 - Páncreas y vías biliares⁽⁵⁾.
 - Tracto digestivo superior (esófago-estómago-duodeno)⁽⁵⁾.
 - Trastornos motores y funcionales digestivos⁽⁵⁾.
- Unidades multidisciplinarias:
 - Unidad de Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Unidad/equipo multidisciplinar de cáncer colorrectal.
 - Unidad/equipo multidisciplinar de cáncer esófago-gástrico.
 - Unidad/ equipo multidisciplinar de hepatocarcinoma.
 - Unidad/ equipo multidisciplinar de cáncer de páncreo-biliar.
 - Unidad de trasplante hepático.

(3) Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo.

(4) El listado es indicativo de la oferta de unidades funcionales que puede tener tiene una determinada UD. Puede haber unidades funcionales que sean más subespecialidades que las relacionadas.

(5) Estas unidades tienen carácter supra-regional.

1.4. Modalidades asistenciales

No existe una definición normativa de lo que “modalidad asistencial” significa en la sanidad española. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, define a la consulta externa, hospital de día y la hospitalización como “modalidades”. Las modalidades asistenciales atienden a la forma en la que se organiza y gestiona la prestación. En los documentos de estándares y recomendaciones se identificaban las siguientes modalidades asistenciales:

- Consulta. La cartera de servicios puede especificar, en el caso de que no tenga la respectiva unidad funcional, aquellas consultas especializadas/monográficas que haya desarrollado.
- Atención de urgencias.
- Hospitalización de día.
- Intervencionismo ambulatorio⁽⁶⁾.
- Hospitalización, que a su vez se puede diferenciar, por sus características funcionales y estructurales, así como por los niveles de cuidados¹, en hospitalización polivalente de agudos (niveles de cuidados 0 y 1) y de cuidados críticos (niveles de cuidados 2 y 3). Las UD carecen generalmente de unidades de cuidados de niveles 2 y 3, por lo que los estándares harán referencia a la hospitalización de agudos.
- Hospitalización a domicilio.

1.5. Procesos asistenciales y procedimientos

Un proceso se define como “un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente”. Las sociedades científicas y otras agencias han desarrollado Guías de Práctica Clínica para determinados “procesos”, en la medida que en éstos se puede determinar la secuencia de actividades y procedimientos más adecuada para su manejo asistencial con la evidencia científica disponible. La agrupación de ciertas condiciones en un “proceso”, como la hemorragia digestiva, pancreatitis aguda o descompensación cirrótica, permite asimismo evaluar resultados de los servicios sanitarios, utilizando para ello las agrupaciones de la clasificación internacional de enfermedades (CIE)². Se sugieren los siguientes criterios para definir un proceso asistencial:

(6) El Real Decreto 1277/2003 define a la cirugía mayor ambulatoria (CMA) como “procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario”. En el nivel II de la clasificación de Davis se agrupan los procedimientos históricamente considerados como mayores, en los cuales los avances de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido realizarlos de forma ambulatoria. Estos procesos requieren atenciones postoperatorias específicas, no suficientemente intensivas ni prolongadas como para requerir el ingreso hospitalario. Desde la perspectiva de organización del circuito asistencial no existen diferencias relevantes entre la cirugía mayor ambulatoria y otras exploraciones invasivas o intervenciones que no requieren ingreso hospitalario, como la endoscopia digestiva.

- Que tenga significado clínico, es decir que identifique un conjunto de actuaciones clínicas para una determinada agrupación de condiciones clínicas, por ejemplo, la pancreatitis aguda o la hemorragia digestiva alta.
- De conformidad con este criterio se excluiría como “proceso asistencial” para el ámbito de una unidad clínica, a los denominados procesos/procedimientos intermedios, es decir tanto a las técnicas (endoscopia digestiva alta, colonoscopia) como a las modalidades asistenciales (hospital de día), consideradas por sí mismas. Tampoco serviría a estos efectos la clasificación por GRD⁽⁷⁾. Los estándares de procedimiento sistematizan la realización de las técnicas (endoscopia, por ejemplo), incorporando criterios de calidad en base a la evidencia disponible.
- Que tenga límites definidos: entrada, marginales, final.
- Que defina un conjunto de actuaciones (actividades, recursos, etc.) que deben desarrollarse a lo largo del proceso. Dentro de un proceso puede haber uno o más procedimientos.
- Que determine los resultados esperables y, por tanto, los indicadores que permitan evaluar la consecución de estos resultados.
- Que, en la medida de lo posible, pueda definirse mediante una determinada agrupación de condiciones de la CIE.
- Cada proceso debe tener un responsable y un equipo multidisciplinar de rediseño del proceso.

Además de los procesos “clave” u operativos, se distinguen los procesos estratégicos y de soporte. El documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del aparato digestivo identificó los siguientes bloques de procesos asistenciales:

- Cáncer colorrectal (CCR).
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Enfermedades hepáticas.
- Enfermedades del páncreas y vías biliares.
- Enfermedades del tracto digestivo superior.
- Otros cánceres gastrointestinales.
- Trastornos motores y funcionales digestivos.

Como puede observarse, los bloques de procesos identificados coinciden básicamente con las unidades funcionales relacionadas en el apartado 1.3., por lo que se utilizarán las unidades funcionales como guía para la elaboración de estándares.

(7) La clasificación por GRD codifica episodios según la complejidad de su atención, lo que implica, a su vez, una medida de isocoste (los episodios que se agrupan en un mismo GRD tienden a tener un consumo de recursos hospitalarios similar).

1.6. Cartera de servicios

La cartera de servicios de una unidad define qué recursos y prestaciones oferta una determinada unidad asistencial a los “clientes”, que pueden ser tanto finales (pacientes) como intermedios (por ejemplo, otras unidades asistenciales: interconsulta, exploraciones). Sistematizar la cartera de servicios de una UD requiere, por tanto, exponer su oferta en:

- Unidades funcionales (clasificación en 1.3.).
- Modalidades asistenciales (clasificación en 1.4.).
- Pruebas funcionales y procedimientos más relevantes. La SEPD [ha desarrollado la cartera de servicios de una UD.](#)

2. ANTECEDENTES

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolló, entre 2008 y 2013, con la colaboración de las sociedades científicas, una serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales⁽⁸⁾. Aparte de los estándares de las unidades de digestivo, los estándares desarrollados para algunas unidades: enfermería en hospitalización polivalente de agudos³, hospital de día⁴ y cirugía mayor ambulatoria⁵, aplican a modalidades asistenciales de las UD (hospitalización convencional, endoscopias, etc.). En el Anexo 1 se recogen algunos de los estándares generales de calidad propuestos en los documentos del Ministerio de Sanidad, que pueden aplicar a las UD. En el Anexo 2 se recogen estándares generales de otras sociedades científicas europeas.

2.1. Estándares y recomendaciones de unidades de aparato digestivo en España

En el año 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el documento “Estándares y Recomendaciones de las Unidades del Aparato Digestivo”, contando con la colaboración de la SEPD, entre otras entidades científico-médicas y expertos⁶. A su vez, la SEPD ha elaborado indicadores de calidad para la endoscopia digestiva⁷, la colonoscopia⁸, la gastroscopia⁹ y la CPRE¹⁰. Asimismo, la SEPD ha desarrollado la cartera de servicios de aparato digestivo⁽⁹⁾ y participado en el proyecto “No hacer”⁽¹⁰⁾. En el Anexo 3 se recogen los aspectos más relevantes de los estándares de las UD propuestos por el documento del Ministerio de Sanidad. La SEPD está inmersa en la actualidad en distintos proyectos, íntimamente relacionados con éste:

- Proyecto RECALAD.
- Proyecto EFICAD.
- Proyecto de indicadores de endoscopias de la SEPD.
- Cartera de Servicios de unidades de digestivo elaborada por la SEPD.

2.2. Estándares y recomendaciones de unidades de aparato digestivo en otros países

Europa

La *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* ha publicado los indicadores de desempeño de las unidades de endoscopia¹¹, así como numerosas guías en relación con procedimientos concretos⁽¹¹⁾.

(8) https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm

(9) https://www0.sepd.es/cid/proyecto_ficha?id=18

(10) <http://www0.sepd.es/file/SEPDRRecomendacionesDeNoHacer2013.pdf>

(11) <https://www.esge.com/esge-guidelines.html>

Australia

La *Gastroenterological Society of Australia* elaboró unos estándares para unidades de endoscopia¹², y la *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* los estándares para la colonoscopia¹³.

Estados Unidos

La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dentro de los *Inpatient Quality Indicators*, utiliza como indicador de calidad la tasa de mortalidad intrahospitalaria por hemorragia digestiva⁽¹²⁾. El *American College of Gastroenterology* ha publicado guías sobre procesos y procedimientos del aparato digestivo⁽¹³⁾. La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) ha publicado, además de guías de práctica clínica, los requerimientos mínimos de staff para realizar una endoscopia digestiva¹⁴ y directrices para la seguridad en una unidad de endoscopia¹⁵.

Reino Unido

El informe *"Consultant physicians working with patients"*, en el apartado dedicado a "gastroenterología y hepatología"¹⁶ señala que, para prestar un servicio de alta calidad "la atención a los pacientes debe ser oportuna en el tiempo, basada en la evidencia, centrada en el paciente y dirigida por un especialista en digestivo. Aunque la mayor parte de la atención al paciente se realiza de forma ambulatoria, debería estar apoyada idealmente por una unidad de hospitalización que brinde experiencia de alto nivel para el manejo de pacientes hospitalizados con emergencias digestivas los 7 días de la semana. Un servicio de alta calidad debe:

- Mantener sesiones programadas de auditoría y gobierno clínico.
- Cumplir con los estándares de calidad establecidos para la endoscopia.
- Disponer de tiempo suficiente para la evaluación y el desarrollo profesional⁽¹⁴⁾.

El informe ofrece, en el apartado de "gastroenterología y hepatología", una aproximación a las cargas de trabajo de diversos procedimientos, especialmente endoscópicos, así como de las cargas derivadas para actividades programadas para atender una población de referencia de 250.000 habitantes.

La *British Society of Gastroenterology* (BSG) ha publicado numerosas guías sobre procesos y procedimientos⁽¹⁵⁾, incluyendo las relativas al staff no médico¹⁷, indicadores y estándares de calidad en la colonoscopia¹⁸ y para la asistencia a adultos con enfermedad inflamatoria intestinal¹⁹. El documento sobre provisión de servicios de endoscopia en hospitales generales de "distrito" (locales), publicado en 2001, no ha sido actualizado²⁰.

(12) https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/IQI_TechSpec_ICD10_v2018.aspx

(13) <http://gi.org/clinical-guidelines/clinical-guidelines-sortable-list/>

(14) Se adaptado la traducción a las características del SNS.

(15) <https://www.bsg.org.uk/>

3. ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LOS ESTÁNDARES DE LAS UNIDADES DE DIGESTIVO

La encuesta RECALAD mostró una importante diversidad entre hospitales y UD²¹, que en parte responde a ámbitos poblacionales y tamaño y complejidad hospitalarias distintas, por lo que los estándares, recomendaciones e indicadores se deben adaptar a los distintos contextos en donde se desarrolla la actividad de estas unidades. Para adaptarse a esta diversidad y que los estándares establecidos se puedan aplicar a las distintas tipologías de UD se propone establecer estándares en varios niveles:

- Estándares de la unidad de digestivo.
- Estándares de las unidades monográficas de digestivo.
- Estándares de procesos.
- Estándares de procedimientos.

El proceso de desarrollo de estándares de unidades, procesos y procedimientos de las UD debe ser progresivo, basado en la evidencia científica disponible en cada momento, por lo que cada uno de los estándares debe ser revisado periódicamente. El alcance de los estándares, asimismo, se irá ampliando, en la medida que se definan los estándares de un mayor número de unidades monográficas, procesos y procedimientos.

En este primer desarrollo de los estándares de calidad de las unidades, procesos y procedimientos de las UD, se abordan los estándares de:

- Estándares de la unidad digestivo.
- Estándares de las unidades monográficas de digestivo:
 - Unidad de endoscopia (Anexo 3).
 - Unidad de hepatología (Anexo 4).
 - Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (Anexo 5).
 - Unidad de páncreas (por desarrollar)

- Estándares de procesos:

Procesos clave:

- Atención al paciente agudo hospitalizado (incluye pacientes con condiciones crónicas descompensadas o con patologías intercurrentes). La gestión clínica sistemática a este proceso se expone, entre otras publicaciones, en la guía NICE: *"Acutely ill patients in hospital"*²² y en el documento de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad para las unidades de hospitalización convencional 3. Un resumen de sus recomendaciones se recoge en el Anexo 1.

- Endoscopia digestiva ambulatoria (Anexo 6).
- Interconsulta con atención primaria u otras especialidades.
- Atención al paciente crónico complejo⁽¹⁶⁾. Este proceso comparte elementos con los dos anteriores pues, en su trayecto, los pacientes ingresan en hospital por procesos agudos, intercurrentes o no, o por la exacerbación de su condición crónica.

Procesos de soporte:

- Estándares de estructura organizativa y procedimientos de la UD.

Procesos estratégicos⁽¹⁷⁾:

- Formación.
- Investigación.
- Estándares de procedimientos:
 - Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (Anexo 7).
 - Colonoscopia (Anexo 8).
 - Gastroscofia (Anexo 9).

(16) Se utiliza la definición de "paciente crónico complejo" que contiene la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: "aquel con mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales".

(17) Como en el caso de los procesos de soporte se pueden mencionar otros o desarrollarlos de forma más desagregada. No se mencionan, por ejemplo, la formación de pregrado y la formación de MIR, procesos ambos muy relevantes, porque cuentan con sus respectivos estándares y sistemas de control de la calidad, ejercidos respectivamente por la Universidad/Ministerio de Educación y Comisión Nacional de Especialidad/Ministerio de Sanidad.

4.1. Estándares de organización y gestión de la unidad

- La UD debe tener asignado un responsable, especialista en aparato digestivo, con dedicación en función de la complejidad del equipo asistencial.
- La UD debe disponer de una unidad de endoscopia y tener en plantilla un mínimo de 6 especialistas en aparato digestivo con título de especialidad reconocido⁽³⁾.
- La UD debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recoja el organigrama de la UD; cartera de servicios; plantilla; la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran la UD; protocolos asistenciales y el sistema de Información y cuadro de mandos de la unidad.
- La cartera de servicios de la UD deberá especificar:
 - Unidades funcionales de la UD (Unidad de Endoscopia Digestiva; unidades monográficas).
 - Procedimientos/técnicas que realiza, de conformidad con la cartera de servicios elaborada por la SEPD.
- La UD debe elaborar una Memoria Anual que recoja la actividad desarrollada y estrategia de futuro.
- La UD/el centro debe disponer de un sistema de registro de complicaciones⁽¹⁸⁾.
- Se recomienda que la UD disponga de un sistema de análisis de reingresos precoces (dentro de los 30 días desde el alta).
- La UD debe realizar periódicamente (al menos, dos veces al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella (p.ej.: enfermería, farmacia hospitalaria/farmacología clínica, etc.), en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención.
- La UD debe disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas.
- La UD debe dotarse de un sistema de indicadores, incluyendo los de calidad y seguridad, centrado -en la medida de lo posible- en resultados⁽¹⁹⁾, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos.
- La UD debe evitar intervenciones de bajo valor, manteniendo actualizado y disponible para todos los miembros de la unidad el listado de estas intervenciones para evitar su práctica. En el mencionado listado deben estar comprendidas las propuestas por la SEPD⁽¹⁰⁾.
- La UD debe cumplir con las obligaciones legales relativas a los sistemas de información (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Se recomienda que para la elaboración del informe de alta médica se sigan las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas²⁵. El informe de alta debe cumplir con la normativa establecida por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

(18) Efecto adverso derivado de tratamiento anticoagulante; errores en la identificación del paciente; infección de la herida de localización quirúrgica; infección asociada a catéter central; infección asociada a sonda urinaria; caídas; úlcera por presión; tromboembolismo venoso.

(19) Se recomienda incluir entre estos la tasa de mortalidad intrahospitalaria por hemorragia digestiva (IQI 18 de la AHRQ. *Gastrointestinal Hemorrhage Mortality Rate*).

- La UD debe disponer de un registro de reclamaciones y desarrollar una sistemática para mejorar los servicios en base a las mismas.

4.2. Estándares de procesos

En este apartado se incluyen los procesos comunes a las UD, incorporando los procesos de patologías o condiciones concretas en la respectiva unidad monográfica. Una UD puede certificarse en un determinado proceso (por ejemplo: hepatopatía crónica), sin que necesariamente disponga de la unidad monográfica (en el ejemplo, de hepatología).

4.2.1. Estándares para el proceso de atención al paciente al paciente agudo hospitalizado

Este proceso aparece claramente definido por una secuencia de actividades que la guía NICE²² y el documento de estándares y recomendaciones de la unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos³; ambos documentos diferencian el proceso asistencial en tres etapas: ingreso, seguimiento y alta (incluido en este subproceso el de la planificación del alta y continuidad asistencial). A todo paciente ingresado asignado a la UD, se le debe garantizar:

4.2.1.1. Estándares al ingreso

- La historia de ingreso en una UD de un paciente procedente de urgencias ha de describir con el detalle suficiente el motivo de ingreso, los antecedentes, la exploración, los resultados relevantes de las exploraciones realizadas y un juicio diagnóstico. Además, debe incorporar el tratamiento indicado, incluyendo la conciliación de la medicación, y las peticiones complementarias que se consideren adecuadas para estudiar del problema.
- Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales cuando deba producirse la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención. Debe establecerse un sistema estructurado de comunicación diaria con el servicio de urgencias. Se recomienda establecer criterios de ingreso del paciente en la UD, consensuados con el resto de unidades que intervienen en la asistencia al paciente hospitalizado por patología digestiva.
- Deben evitarse -en la medida de lo posible- los traslados entre unidades de hospitalización. Cuando sean imprescindibles debiera haber acuerdo previo entre los servicios involucrados y ser realizadas con un informe detallado de la historia del paciente y el tratamiento para las primeras horas. Se recomienda que cada centro desarrolle un protocolo de traslado

interno, adaptado a sus necesidades.

- Debe evitarse, en lo posible, la transferencia de los pacientes desde las unidades de críticos a la UD, entre las 22:00 y 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso.
- La UD debe protocolizar y desarrollar vías clínicas para, al menos, los tres procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización.

4.2.1.2. Estándares durante el seguimiento

- Se debe asignar un médico especialista en aparato digestivo referente durante el periodo de hospitalización que el paciente ha de reconocer como responsable de su atención.
- Se recomienda fomentar la asistencia integral durante el ingreso de los pacientes, respetando la adjudicación a los médicos o unidades a los que habitualmente está adscrito: es decir, un paciente con una EIIC, intentar que el proceso de hospitalización por esa misma patología sea seguido por los facultativos de dicha unidad. Pasaría lo mismo con hepatopatías, cirrosis, pancreatopatías de repetición y otras patologías crónicas.
- En el ingreso se debe:
 - Realizar una evaluación clínica completa, documentada.
 - Solicitar los análisis y pruebas diagnósticas adecuadas.
 - Recopilar los resultados de las pruebas solicitadas.
 - Evaluar el riesgo de tromboembolismo venoso.
 - Evaluar el riesgo de daño renal agudo.
 - Llevar a cabo una síntesis diagnóstica y diagnósticos diferenciales.
 - Elaborar un plan de cuidados apropiado.
 - Revisar pormenorizadamente la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos fármacos, con el fin de evaluar la adecuación de la medicación. Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación previa al ingreso con los fármacos prescritos al ingreso.
 - Revisar en ingresos previos infecciones con gérmenes multi-resistentes, que deberían generar un seguimiento de cultivos para posibles aislamientos del paciente y mejorar el tratamiento antibiótico.
 - Iniciar el tratamiento cuando sea apropiado.
 - Realizar una valoración funcional, cognitiva, funcional y social en pacientes de edad avanzada.
 - Identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta, y solicitar la colaboración de la unidad de asistencia social.

- Indicar un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación en caso de alarma (sistemas de *track & trigger*), que sistematice el control de los pacientes ingresados asignados a la UD²⁶.
- Es imprescindible el pase de visita diario. Se recomienda que incluya los sábados, domingos y festivos.
- En pacientes de edad avanzada se recomienda diseñar, en colaboración con las unidades que sea adecuado, un plan para atender a los factores nutricionales, cognitivos, de movilidad, etc. que pueden contribuir a su deterioro.
- Se recomienda la implantación de un sistema formalizado diario de intercambio de información y/o la realización del pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente.
- Se debe dotar a las salas de las UD de personal de enfermería suficiente, ajustada a las necesidades de niveles de cuidados^{3, 27, (20)}. La dotación de este personal debe permitir la implantación de medidas de mejora de la calidad, como la implantación de sistemas de alerta y activación, del pase de visita multidisciplinar, de la planificación del alta y de los sistemas estructurados de transferencia del paciente en las transiciones asistenciales.
- No se establecerá como requisito para la UD, al estar fuera del alcance de su responsabilidad.
Se recomienda centrar la asistencia en el proceso asistencial que genera el ingreso, evitando estancias innecesarias por pretender resolver todos los problemas de salud durante el ingreso.
- Se recomienda utilizar el ingreso como tiempo de educación sanitaria del paciente (autocuidado)^{(21), 28}.

4.2.1.3. Estándares de planificación del alta y al alta

- Es recomendable que se realice una planificación precoz del alta hospitalaria, elaborando cada centro un documento de planificación del alta adaptado a sus características.
- Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos.
- El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico. El informe de alta se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de atención primaria).
- El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación, ajustando todos los fármacos que lleve el enfermo para evitar repeticiones u olvidos.

(20) Este estándar queda fuera del ámbito de responsabilidad de la UD, por lo que su cumplimiento no sería exigible.

(21) Por ejemplo, la AHA (ref. 28) para el manejo de las transiciones asistenciales en la insuficiencia cardíaca (IC) recomienda: "educar al paciente en el autocuidado de la IC, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento de la IC e independientemente completar las conductas de autocuidado de la IC"

- Se recomienda que se den altas sábados, domingos y festivos, con las mismas garantías que otros días.

4.2.2. Estándares para el proceso de apoyo de consultoría a atención primaria y otras especialidades (interconsulta)

El objetivo principal de este proceso es disponer de procesos ágiles, que permitan priorizar a los pacientes más graves y diagnosticar con rapidez. Deben evitarse las consultas presenciales innecesarias, así como las consultas sucesivas no justificadas. Se enfatiza la relación con atención primaria, al ser este nivel el principal “cliente” de las UD, por lo que es importante estructurar esta relación, si bien es recomendable extender el establecimiento de una relación sistemática de interconsulta ambulatoria a otras especialidades que generen mayor demanda de este servicio a la UD.

El proceso clásico de consulta se subdivide en recepción, atención/exámenes complementarios o interconsulta y alta/seguimiento y puede ser realizado en un solo acto (“consulta de alta resolución” -recomendable si se puede articular-) o en varios (consulta primera y sucesivas). La mencionada secuencia de actividades se puede ver modificada por dos alternativas al proceso de consulta “clásico”: la consulta no presencial y la interconsulta con los miembros del equipo de atención primaria en el centro de salud.

Este proceso se puede diferenciar en:

- **Consulta presencial.** Donde el paciente acude al centro por cualquiera de los circuitos establecidos (rápidos o no) y se puede articular en una única consulta o en varias.
- **Consulta no presencial.** En este caso se puede diferenciar entre:
 - **Consulta:** El paciente no se desplaza a la UD y el contacto se produce por otro medio (teléfono, sistemas de mensajería, telemedicina, etc.).
 - **Interconsulta:** Entre facultativos de la UD y los miembros del equipo de atención primaria en el centro de salud, bien a través de la historia clínica electrónica (E-Consulta, incorporada al sistema de historia electrónica) como las TIC (consulta sin paciente). Nuevamente puede ser única (por ejemplo, consulta puntual sobre un problema concreto) o múltiples, por ejemplo, seguimiento de un paciente crónico.A su vez, dependiendo del origen, puede proceder de:
 - Atención Primaria
 - Otras especialidadesEl propio servicio: atención en unidades monográficas, desde urgencias, etc.

4.2.2.1. Estándares de estructura

- La UD debe estructurar su relación con el nivel de atención primaria estableciendo:
 - Se recomienda la utilización de consulta sin paciente (C sin Pac.), para evitar derivaciones innecesarias.
 - Deben haberse implantado sistemas de comunicación estables con atención primaria, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada.
 - El establecimiento de circuitos rápidos para el diagnóstico de pacientes con rápido deterioro de su condición o presuntamente más graves. Para ello es recomendable pactar tiempos de demora cortos con servicios de diagnóstico (imagen, endoscopia, etc.) para patologías graves. La masa abdominal o el dolor abdominal de origen no conocido tras el estudio inicial pueden considerarse consultas de circuito rápido para las UD.
 - Se recomienda implantar un sistema de alerta automatizado desde radiología y anatomía patológica para los cánceres no sospechados.
 - Sistemas estables de interconsultas no presenciales capaces de evitar consultas de urgencia o desplazamientos innecesarios de los pacientes.
- Se recomienda que las UD se doten de procesos de consulta e interconsulta no presencial. Se recomienda incorporar las nuevas tecnologías para evitar consultas o desplazamientos innecesarios como, por ejemplo: revisiones por telemedicina en pacientes con patologías crónicas muy prevalentes.

4.2.2.2. Estándares de proceso

Para todo paciente atendido en Consultas por las UD se le debe de garantizar:

Recepción

- Las UD han de disponer de criterios de priorización y de vías ambulatorias, consensuadas con atención primaria, que permitan establecer el diagnóstico en pacientes con rápido deterioro o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves en un tiempo adecuado, evitando, en la medida de lo posible, su ingreso hospitalario para estudio.

Atención/ Exploraciones complementarias

- Se recomienda asignar un único médico referente del paciente en consulta.

- La consulta debe incluir historia completa, exploración sistemática (no dirigida) y solicitud de los estudios adecuados y generar un informe al finalizar el proceso de consulta/interconsulta con un esquema básico que incluya los estudios realizados, la orientación diagnóstica y el plan/tratamiento a seguir.
- Se recomienda establecer, en cada centro, un número limitado de protocolos con demoras establecidas para la realización ambulatoria de los estudios complementarios que se consideren más útiles para llegar a un diagnóstico sin necesidad del ingreso del paciente.

Alta/Seguimiento

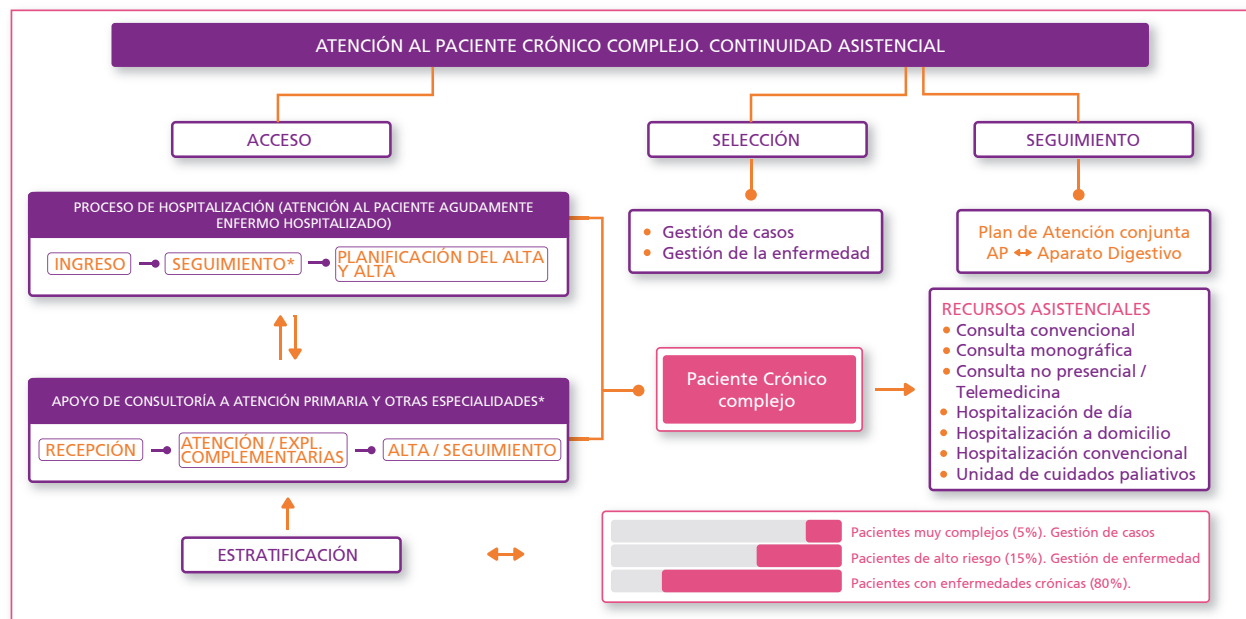
- Se recomienda hacer las revisiones adecuadas, evitando revisiones innecesarias, según la situación clínica del paciente.
- En los pacientes muy complejos se recomienda el seguimiento compartido con su médico de atención primaria.
- La hospitalización de día puede ser una alternativa a la consulta cuando el paciente requiere observación o la realización de algún procedimiento .

4.2.3. Estándares para la atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial

El proceso de atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial participa de los anteriores (consulta externa, hospital de día, hospitalización, etc.) (Figura 2), tiene por objeto la atención sistemática a pacientes en los que, en numerosas ocasiones, convive la cronicidad con la dependencia y fragilidad asociadas a las etapas avanzadas de la vida^{29,30}. Las experiencias internacionales muestran que la asistencia sistemática de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias, disminuye la tasa de consultas urgentes y el consumo de medicamentos^{31,34}. Los fundamentos para prestar una atención sistemática a estos pacientes están recogidos en la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad³⁵.

Pacientes que pueden beneficiarse de una atención sistemática al paciente crónico complejo son aquellos con alta frecuencia de reingresos (3 o más al año) o de consultas de urgencia (cirróticos descompensados con paracentesis ambulatorios, las hemorragias crónicas politransfundidas, etc.).

Figura 2. Proceso de atención al paciente crónico complejo



4.2.3.1. Estándares de estructura

- La UD debe disponer de un sistema estructurado de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital, dirigido a la gestión compartida de los pacientes crónicos complejos que deban ser seguidos también por las UD.

4.2.3.2. Estándares de proceso

- Se recomienda crear, de acuerdo con atención primaria, rutas asistenciales locales para las patologías más prevalentes, que incluyan las acciones tanto de medicina como de enfermería en el ámbito comunitario y hospitalario. Se recomienda diseñar servicios de fácil acceso para el paciente, tanto físico como telefónico y con horarios extendidos a las tardes.
- Se recomienda integrar el hospital de día en el sistema de consultas y atención.
- Se recomienda extender el uso de los sistemas de telemedicina para mejorar el control domiciliario, evitar consultas presenciales innecesarias y atender con prontitud las descompensaciones agudas.
- Se recomienda evitar, en lo posible, la hospitalización convencional, dados los riesgos que puede tener para los pacientes crónicos complejos. Siempre

que las condiciones del paciente lo permitan es conveniente evaluar las posibilidades de un sistema de atención alternativo (hospital de día, hospitalización a domicilio, etc.).

4.2.4. Formación

4.2.4.1. Formación continuada

- Las UD deben disponer de un plan de formación continuada adaptado a sus integrantes, basado en el desarrollo de competencias profesionales adecuadas a la cartera de servicios de la unidad.
- Cada profesional de la UD debe haber completado, al menos, 40 horas (1,5 ECTS -*European Credit Transfer and Accumulation System*-)⁽²²⁾, al año.
- Todas las UD deben desarrollar proyectos de investigación, en especial aplicada, solas o -más recomendable- en colaboración con otras UD, o unidades asistenciales distintas a las UD, incluyendo las de atención primaria. Toda UD debe, al menos, tener a alguno de sus miembros como firmante de un artículo publicado en una revista científica indexada al año.

4.2.4.2. Formación de postgrado

- Las UD acreditadas para la formación de médicos especialistas en digestivo deberán disponer de un programa de formación (guías e itinerarios formativos) que incluya los siguientes ítems:
 - Competencias generales que se deben adquirir.
 - Competencias específicas por cada área.
 - Tareas para cada competencia y su grado de responsabilidad.
 - Cronograma, recursos docentes y metodologías.
 - Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.
- Las UD acreditadas para la formación de médicos especialistas en Aparato Digestivo deberán tener un tutor por cada 4-5 residentes en formación, con tiempo asignado para el desarrollo de su labor⁽²³⁾
- Las UD por las que roten médicos residentes de otras áreas de conocimiento especialistas deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los siguientes ítems:
 - Tareas para las competencias que deben adquirir y su grado de responsabilidad.
 - Cronograma, recursos docentes y metodologías.
 - Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.
 - Se recomienda que en las especialidades troncales médicas se desarrollen las competencias requeridas para atender una guardia general de Digestivo.

(22) http://ec.europa.eu/education/ects/ects_en.htm

(23) http://www0.sepd.es/file/posicionamiento_tutores.pdf

4.2.4.3. Formación de pregrado

- Las UD por las que roten alumnos de grado de Medicina deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los siguientes ítems:
 - Competencias específicas para cada año.
 - Tareas para cada competencia.
 - Cronograma, recursos docentes y metodologías.
 - Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.

4.2.5. Investigación

Se recomienda que todas las UD desarrollen proyectos de investigación, en especial aplicada, solas o -más recomendable- en colaboración con otras UD, o unidades asistenciales distintas a las UD, incluyendo las de atención primaria. La UD deberá participar en el registro RECALAD.

Se recomienda participar, al menos una vez al año, en concursos competitivos de proyectos de investigación.

Toda UD debería, al menos, tener a alguno de sus miembros como firmante de un artículo publicado en una revista científica indexada al año.

ANEXO 1. ESTÁNDARES GENERALES DE UNIDADES ASISTENCIALES EN LOS DOCUMENTOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD⁽²⁴⁾

Anexo 1.1. Unidad de Hospitalización Convencional (UH)³

- La UH debe facilitar al paciente información general sobre las características de la unidad y detallada sobre el proceso, diagnóstico, tratamiento y cuidados en la unidad. La información debe ser clara, precisa y suficiente.
- Se recomienda realizar reuniones periódicas del equipo de la UH para analizar con un enfoque sistemático los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la misma y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.
- Se recomienda actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la UH.
- Se recomienda efectuar una revisión pormenorizada de la medicación domiciliar al ingreso del paciente y antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la misma. Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación previa al ingreso con los fármacos prescritos al ingreso.
- Se recomienda proporcionar al paciente en el momento del alta una lista completa (y conciliada) de la medicación para entregar o enviar a los profesionales que serán responsables de la continuación de la asistencia.
- La UH debe garantizar al paciente ingresado:
 - La asignación, presentación e identificación del médico responsable de su atención.
 - El plan de monitorización que especifique las constantes y parámetros que deben ser registrados y su frecuencia.
 - La evaluación médica, información (en su caso, consentimiento informado), solicitud de exploraciones complementarias y prescripción del tratamiento, si precisa.
- Se recomienda la utilización en la UH del hospital general de agudos de un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación (sistemas de *track & trigger*), que sistematice el control de los pacientes en la UH.
- Se recomienda la colaboración entre el servicio de cuidados críticos y la UH para asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la unidad de atención mediante el servicio ampliado de cuidados críticos.
- El hospital debe establecer su política de graduación de respuesta para aquel paciente en el que se identifica un deterioro en su condición clínica.

(24) Se han seleccionado y adaptado los aspectos más relacionados con la organización de la atención médica en las UD.

- Se recomienda la implantación de un sistema formalizado de intercambio de información y del pase de visita multidisciplinar.
- Se recomienda el pase de visita diario como medida para la calidad, seguridad y eficiencia de la asistencia en la UH, lo que incluye su realización los sábados, domingos y festivos, evitando la permanencia en la UH del paciente en condiciones de ser dado de alta y una vez finalizado el proceso.
- Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención.
- Se recomienda estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. Se debe planificar el alta desde la admisión del paciente en la UH. Es recomendable que:
 - Se realice una planificación precoz del alta hospitalaria de los pacientes de la UH.
 - La organización de la UH permita tramitar altas sábados, domingos y festivos, con las mismas garantías que los días otros días de la semana.
 - El informe de alta de la UH ha de contener un plan de actuación con referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico. El informe de alta debe ponerse a disposición de los profesionales responsables de la continuidad de la asistencia (médico y enfermera de atención primaria).

No incluida dentro de las recomendaciones de la UH, existe la evidencia de que las personas con edades avanzadas ingresadas en los hospitales tienen unos requerimientos específicos (por ejemplo, la atención a su estado nutricional)³⁶, y en los que el mismo proceso de hospitalización puede agravar -si no se atienden factores que pueden acompañan a la hospitalización: alteración del sueño, estrés, dolor, uso de sedantes, deterioro del estado nutricional, disminución del ejercicio- la fragilidad y vulnerabilidad del paciente y provocar nuevos reingresos³⁷, por lo que se debería añadir:

- En pacientes de edad avanzada se diseñará, en colaboración con las unidades que sea adecuado, un plan para atender a los factores nutricionales, cognitivos, de movilidad, etc. que pueden contribuir a su deterioro.

Anexo 1.2. Asistencia compartida con atención primaria⁽²⁵⁾

- Debe definirse un modelo de atención conjunta entre atención primaria y la UD estableciendo unos criterios de selección y de identificación del paciente crónico complejo y un plan de asistencia continuada (PAC).
- La identificación del paciente crónico complejo con asistencia compartida en el sistema de información del hospital, incluyendo la historia clínica electrónica, es fundamental para la coordinación de las actuaciones de la UD con otras

(25) Un aspecto previo al establecimiento de asistencia compartida entre la UD y atención primaria es la decisión sobre el seguimiento entre la UD y la unidad de Medicina Interna/Geriatria, en función de la pluripatología, fragilidad y dependencia del paciente.

unidades del hospital (especialmente urgencias).

- El PAC se activará cuando el responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UD consideren, de mutuo acuerdo, que el paciente necesita de la intervención conjunta de ambos para su control clínico.
- Los pacientes crónicos complejos atendidos por la UD lo deben ser en estrecha coordinación con su médico / enfermera de atención primaria. El seguimiento una vez que el PAC ha sido activado, tendrá las siguientes características:
 - Los ingresos hospitalarios se programarán a través del médico de atención primaria en contacto con el responsable de referencia de la UD, con el objetivo de evitar que el paciente recurra al servicio de urgencias del hospital.
 - El médico responsable del paciente valorará al paciente en cualquier episodio de hospitalización en camas no asignadas a la unidad, con independencia del motivo de ingreso.
 - En los pacientes ingresados en el hospital se realizará una planificación precoz del alta hospitalaria. Para ello se hará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno. Se considerará la intervención del trabajador social en función de las necesidades identificadas.
 - En el momento del alta hospitalaria, a todos los pacientes incluidos en el PAC se les realizará un informe de continuidad de cuidados que recoja el nivel de dependencia y los problemas activos.
 - En los enfermos con PAC activado, todas las consultas a las diferentes unidades o servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios (hospitalización a domicilio, por ejemplo) se realizarán a través del responsable de la UD.
- Toda UD debe ofertar atención sanitaria a los pacientes crónicos complejos en unidades de hospitalización convencional y de forma ambulatoria en consulta externa y en hospitalización de día.
- La UD debe estar coordinada con la unidad de hospitalización a domicilio, la unidad de cuidados paliativos y el servicio de urgencias.
 - La relación de la UD con la unidad de hospitalización a domicilio y/o la unidad de cuidados paliativos tiene como objetivo garantizar la continuidad asistencial de los pacientes crónicos complejos.
 - La relación de la UD con la unidad o servicio de urgencias tiene como principal objetivo evitar un uso inadecuado del mismo por los pacientes crónicos complejos y, en la medida de lo posible, minimizar los episodios de atención en dicho servicio cuando los pacientes sufren reagudizaciones.
 - Se deben definir circuitos idóneos para garantizar la asistencia especializada urgente o preferente sin pasar por el servicio de urgencias, dentro de un periodo conocido y acordado entre los clínicos responsables del paciente.

ANEXO 2. ESTÁNDARES GENERALES DE UNIDADES ASISTENCIALES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS EUROPEAS

Anexo 2.1. Estándares de European Federation of Internal Medicine

La European Federation of Internal Medicine (EFIM), ha propuesto los siguientes requisitos de calidad para la práctica de la Medicina Interna⁽²⁶⁾:

- Reuniones mensuales estructuradas.
- Memoria anual de actividad y estrategia futura.
- ≥ 40 horas de educación médica al año.
- Sesiones estructuradas diarias.
- Registro de complicaciones.
- Documentación médica adecuada.
- Informe de alta adecuado.
- Acceso a revistas y a las tecnologías de la información y comunicación.
- Pase de visita diario.
- Tiempo suficiente asignado a la consulta (30' para pacientes nuevos, 10' para seguimiento).

Anexo 2.2. Recomendaciones del Royal College of Physicians

El documento de *Royal College of Physicians* (RCP) "*Consultant physicians working with patients*"³⁸ establece, en la sección dedicada a "*Acute internal medicine and general internal medicine*"³⁹, algunas recomendaciones, entre las que destacan por ser aplicables a la asistencia hospitalaria de las UD:

- Evaluación inmediata del paciente al ingreso en la "acute medical unit"^{40, (27)}, utilizando un instrumento validado de "alerta y activación".
- El *Royal College of Physicians* recomienda dedicar una hora y media para completar la evaluación formal de un paciente ingresado para atención urgente, que incluye⁽²⁸⁾:
 - Evaluación clínica.
 - Documentar la evaluación.
 - Solicitar análisis y pruebas diagnósticas adecuadas.
 - Recopilar los resultados de las pruebas solicitadas.
 - Evaluar el riesgo de tromboembolismo venoso.
 - Valorar el riesgo de daño renal agudo.
 - Realizar una síntesis diagnóstica y derivar diagnósticos diferenciales.
 - Elaborar un plan de cuidados apropiados, con un plan de monitorización de

(26) http://www.efim.org/system/files/efim_200604_gold_standard_iddfeb05.pdf

(27) Probablemente lo más próximo a las "*acute medical units*" en España sean las unidades de corta estancia.

(28) Actividad a desarrollar por el equivalente a un médico residente de primer o segundo año.



las constantes seleccionadas y la frecuencia con la que deben registrarse.

- Iniciar el tratamiento cuando sea apropiado.
- Informar del caso al médico responsable.
- Todos los pacientes deben tener una evaluación clínica completada dentro de las 4 primeras horas de su ingreso.
- Planificar el alta tan pronto como sea posible tras el ingreso.
- Debe existir un proceso estructurado de transición asistencial del paciente trasladado de la "acute medical unit".
- Todas las "acute medical units" deben disponer de un cuadro de indicadores que incluya monitorizar la mortalidad a las 24 horas, reingresos a los 7 días y tasas de alta dadas por la unidad.

ANEXO 3. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA^{6, 7, 41}

Anexo 3.1. Estándares de organización y gestión de la unidad

- Debe haber nombrado un responsable de la Unidad de Endoscopia Digestiva (UED).
- La UED debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recoja el organigrama de la unidad; cartera de servicios; plantilla; la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran la unidad; protocolos asistenciales y el sistema de Información y cuadro de mandos de la unidad.
- La cartera de servicios de la UED deberá especificar los procedimientos / técnicas que realiza, de conformidad con la cartera de servicios elaborada por la SEP.
- La UED debe elaborar una Memoria Anual que recoja la actividad desarrollada.
- La UED/el centro debe disponer de un sistema de registro de complicaciones.
- La UED debe realizar periódicamente (al menos, una vez al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella, en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención.
- La UED debe disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas.
- La UED debe dotarse de un sistema de indicadores, incluyendo los de calidad y seguridad, centrado -en la medida de lo posible- en resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos.

Anexo 3.2. Estándares de estructura

- Los especialistas en aparato digestivo que realicen endoscopias digestivas deberán realizar, al menos, 200 gastroscopias y 200 colonoscopias al año.
- Se recomienda un administrativo dedicado el 100% del tiempo a la UD, deberá colaborar para aclarar las dudas telefónicas sobre preparación de procedimientos endoscópicos y garantizar la optimización de las citas mediante la confirmación de las citas 48-72 horas de los procedimientos, para asegurar que se cubren todos los huecos programados.
- La UED debe tener definido un protocolo de sedoanalgesia/anestesia que garantice la seguridad del paciente y que los operadores tienen las competencias necesarias para la sedación y mantenimiento de la vía aérea.
- Espacio e instalaciones adecuadas, que reúnan, al menos, los siguientes requisitos:

Sala de endoscopia

- Local de endoscopia exclusivamente dedicado a endoscopia digestiva.
- Equipamiento de monitorización del paciente, incluyendo tensiómetro, ECG y pulsioxímetro.
- Torre.
- Bomba de lavado.
- Equipo de electrocoagulación y plasma-argón.
- Endoscopios.
- Equipo apropiado para la administración I.V.
- Medicación disponible para el tratamiento de la hipertermia y shock anafiláctico, así como para cualquier situación urgente y la necesaria para sedación.
- El equipo para la administración de anestesia está disponible, con adecuado mantenimiento y limpieza.
- Equipo de aspiración disponible en todo momento en la sala de endoscopia y en la de recuperación. Es recomendable un segundo equipo de aspiración.
- Equipo de resucitación (desfibrilador, laringoscopios, tubos endotraqueales, fuentes de oxígeno con capacidad de presión positiva, medicamentos de emergencia, bombonas de oxígeno).
- Fuente eléctrica de emergencia para iluminación, con comprobación semanal de su funcionamiento (que pueda mantener la fuente durante > 4 h.).
- Es recomendable, pues se ha demostrado una menor incidencia de efectos secundarios y mejor tolerancia del paciente, un sistema de insuflación con CO2 para la realización del procedimiento^{42,43}.
- Máquina de anestesia que solo utilice anestésicos no explosivos. Capnógrafo. La sala de endoscopia cuenta con un procedimiento de desinfección del material de endoscopia que incluye un periodo explícito de vigencia y revisión.
- Sistemas de lavado automático (lavadoras) y semiautomático o manual para utilizar en casos especiales o en caso de avería del sistema automático. Se deben seguir los estándares de control de infección en el reprocesamiento de los endoscopios.

Sala de recuperación

- Sala de recuperación postanestésica con espacio adecuado. Tomas de oxígeno y vacío. Monitores de frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno.
- Enfermera responsable del cuidado de estos pacientes durante la recuperación post-sedación.

Anexo 3.3. Estándares de proceso y procedimientos

- La UDED debe cumplir con los estándares para el proceso de endoscopia digestiva ambulatoria⁷.
- La UDED debe cumplir con los estándares establecidos para los procedimientos que desarrolle.

Anexo 3.4. Indicadores de resultados

- La UDED debe establecer indicadores de resultados específicos para cada procedimiento⁽²⁹⁾.
- Posibles indicadores de resultados:
 - Tasa de reingresos urgentes, visitas a la unidad de urgencias del hospital o estancias en hospital de día en los 7 días posteriores al procedimiento.
 - Tasas de modificación, interrupción o terminación de procedimientos programados debido a eventos relacionados con la sedación.
 - Tasa de eventos adversos dentro de los 14 días de un procedimiento endoscópico⁴⁴.

(29) La fiabilidad de los indicadores de resultados de los procedimientos endoscópicos depende de la existencia de un sistema robusto de notificación de efectos adversos.

ANEXO 4. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL^{45, (30)}

Anexo 4.1. Estándares de organización y gestión de la unidad

- Debe tener asignado un responsable, especialista en aparato digestivo, con formación avanzada en enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
- Debe disponer de un registro de todos los pacientes con EII.
- Debe disponer de un registro de los pacientes con EII que reciben fármacos biológicos.
- La UEII debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recoja el organigrama de la unidad; cartera de servicios; plantilla; la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran la unidad; protocolos asistenciales y el sistema de Información y cuadro de mandos de la unidad.
- La cartera de servicios de la UEII deberá especificar los procedimientos / técnicas que realiza, de conformidad con la cartera de servicios elaborada por la SEPD.
- La UEII debe elaborar una Memoria Anual que recoja la actividad desarrollada.
- La UEII/el centro debe disponer de un sistema de registro de complicaciones.
- La UEII debe realizar periódicamente (al menos, una vez al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella, en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención.

Anexo 4.2. Estándares de estructura

Instalaciones

- Debe estar integrada en una UD que cumpla con los estándares establecidos en este documento y que disponga recursos de hospitalización.
- Debe disponer de una consulta ambulatoria de enfermería especializada dedicada a la EII.
- Debe disponer de puestos de hospital de día.
- Debe disponer de consultas específicas para la EII.
- Debe disponer de un servicio de consulta telefónica para los pacientes.
- Debe tener acceso a Resonancia Magnética y Tomografía Computerizada.
- Debe tener acceso a la ecografía abdominal.
- Debe tener acceso a la dilatación endoscópica terapéutica de estenosis intestinal.

(30) Adaptado de la referencia Calvet X, Chaparro M, Domènech E et al. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. GETECCU. 2016. Disponible en: <http://geteccu.org/contenidos/up/2016/12/Documento-1.pdf>. Consultado el 26.03.19.

Recursos humanos

- Debe disponer de al menos un/a enfermero/a especializado/a en EII.
- Debe incluir un cirujano o un equipo quirúrgico con experiencia en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con EII.
- Debe incluir un radiólogo de referencia con experiencia en EII.

Anexo 4.3. Estándares de proceso y procedimientos

- Debe mantener sus propios protocolos actualizados o seguir guías internacionales sobre el manejo de la EII.
- Debe disponer de protocolos para el uso de fármacos.
- Debe disponer de un protocolo específico para los pacientes con EII ingresados en el Servicio de Urgencias; el personal del Servicio de Urgencias debe tener pleno acceso a dicho protocolo.
- Debe tener una metodología para determinar la satisfacción del paciente.
- Debe brindar la posibilidad de una consulta ambulatoria urgente ante la presunción de que se ha producido un brote o una complicación. Debe disponer de una asistencia a demanda al menos de lunes a viernes.
- Debe contar con un circuito de visitas preferentes para los pacientes que son remitidos por su médico general, el servicio de urgencias u otros profesionales de la salud por un diagnóstico reciente o un brote grave de EII.
- A cada paciente con EII se le debe asignar un especialista en EII identificable encargado de su asistencia clínica.
- Debe disponer de un programa de vigilancia clínica y de laboratorio para los pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor.
- Debe disponer de un programa de vigilancia clínica y de laboratorio para los pacientes que reciben tratamiento con fármacos biológicos.
- El paciente debe recibir una tarjeta con los datos de contacto de la unidad, que incluirá el número de teléfono y el horario de atención.
- La unidad debe disponer de un programa de vigilancia de cáncer colorrectal en los pacientes con EII, en consonancia con lo indicado por las guías internacionales.
- Las decisiones de asistencia complejas, incluida la indicación de cirugía, deben tomarse en comités de EII, con la participación de gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos.
- La cirugía electiva debe ser realizada exclusivamente por cirujanos de la unidad.
- Antes de una intervención quirúrgica que pueda comportar una ostomía temporal o permanente, el paciente con EII debe haber mantenido una entrevista con un enfermero/a especializado/a en ostomías.
- El especialista en aparato digestivo de la unidad debe participar activamente en el manejo del paciente con EII hospitalizado.

- Cuando a un paciente se le diagnostica una EII, debe realizarse un estudio completo de la extensión de la enfermedad, que incluirá una colonoscopia y una evaluación de la afectación del intestino delgado, si existe sospecha de enfermedad de Crohn.
- Antes de iniciar un tratamiento con un fármaco biológico, en los pacientes con EII deben hacerse pruebas de detección de la tuberculosis de acuerdo con las recomendaciones vigentes.
- En los pacientes con EII deben realizarse pruebas de detección de la hepatitis B en la primera visita del paciente a la unidad.
- Todos los pacientes con EII deben ser vacunados contra la hepatitis B.
- En los pacientes con colitis ulcerosa y un brote grave córtico-refractario, deben obtenerse biopsias rectales para descartar una infección por citomegalovirus.
- Antes de iniciar un tratamiento con un fármaco biológico, los pacientes con EII con algún signo de tuberculosis latente (en la radiografía de tórax o en las pruebas inmunológicas) deben recibir un tratamiento antituberculoso adecuado.
- Todos los pacientes con EII positivos para HBsAg deben recibir fármacos antivirales mientras son tratados con un fármaco anti-TNF.
- En todos los pacientes con EII que han recibido dos o más tandas de corticoides durante el año anterior, debe haberse contemplado un tratamiento con un fármaco inmunosupresor.
- En los pacientes con brote grave de colitis ulcerosa que no responden a los corticoides intravenosos, debe iniciarse un tratamiento con ciclosporina o con un fármaco anti-TNF en un plazo de 7 días.
- Debe indicarse un tratamiento antitrombótico en todos los pacientes con EII mientras están hospitalizados.
- Las pacientes con EII en tratamiento con tiopurinas deben mantener este tratamiento durante el embarazo. El rechazo del tratamiento debe ser documentado.
- Debe documentarse en la historia clínica que el paciente ha recibido la información adecuada respecto a los beneficios y riesgos antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor.
- Debe documentarse en la historia clínica que el paciente ha recibido la información adecuada respecto a beneficios y riesgos antes de iniciar un tratamiento biológico.
- Los pacientes tratados con fármacos inmunosupresores deben ser objeto de un seguimiento con hemogramas periódicos.
- Los pacientes tratados con fármacos anti-TNF deben ser objeto de seguimiento con hemogramas periódicos.
- Los reservorios ileoanales solamente deben realizarlos cirujanos que lleven a cabo un mínimo de 10 operaciones de este tipo al año.

- Debe documentarse en la historia clínica que el paciente ha recibido la información adecuada respecto a beneficios y riesgos antes de la cirugía.

Anexo 4.4. Indicadores de resultados

La UEII debe establecer indicadores de resultados. Posibles indicadores de resultados⁽³¹⁾:

- Tasas de morbilidad grave que requieren ingreso en UCI en pacientes con EII a los que se practican intervenciones quirúrgicas electivas.
- Tasa de mortalidad de la cirugía electiva.
- Tasa de ileostomía temporal tras una resección ileocecal electiva.

Anexo 4.5. Formación e investigación

- Los especialistas en aparato digestivo de la unidad deben participar, al menos una vez al año, en una actividad de formación sobre EII.
- La unidad debe llevar a cabo o participar en proyectos de investigación sobre la EII.

(31) Nótese que los indicadores de resultados, tomados de la referencia 45 Calvet X, Chaparro M, Domènech E et al. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. GETECCU. 2016. Disponible en: <http://geteccu.org/contenidos/up/2016/12/Documento-1.pdf>. Consultado el 26.03.19.se refieren a procedimientos quirúrgicos.

ANEXO 5. ESTÁNDARES DE LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA

Anexo 5.1. Estándares de organización y gestión de la unidad

- Debe haber nombrado un responsable de la Unidad de Hepatología (UH).
- Debe disponer de un registro de todos los pacientes seguidos en la unidad.
- La UH debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recoja el organigrama de la unidad; cartera de servicios; plantilla; la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran la unidad; protocolos asistenciales y el sistema de Información y cuadro de mandos de la unidad.
- La cartera de servicios de la UH deberá especificar los procedimientos / técnicas que realiza, de conformidad con la cartera de servicios elaborada por la SEPD.
- La UH debe elaborar una Memoria Anual que recoja la actividad desarrollada.
- La UH/el centro debe disponer de un sistema de registro de complicaciones.
- La UH debe realizar periódicamente (al menos, una vez al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella, en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención.

Anexo 5.2. Estándares de estructura

- Debe estar integrada en una UD que cumpla con los estándares establecidos en este documento y que disponga recursos de hospitalización.
- Se recomienda incorporar enfermeras especialistas para proporcionar terapia antiviral en el hospital de día, hacer un *check-list* para los pacientes con visitas periódicas (Anexo 5. Figura 1) y coordinar el cuidado de los pacientes. Se recomienda una enfermera por cada 50 pacientes en tratamiento.
- Se recomienda disponer de una consulta ambulatoria de enfermería especializada dedicada a la UH.
- Debe disponer de puestos de hospital de día.
- Debe disponer de consultas específicas para la UH.
- Debe disponer de un servicio de consulta telefónica para los pacientes.
- Debe tener acceso a Resonancia Magnética y Tomografía Computerizada.
- Debe tener acceso a la ecografía abdominal.
- Cartera de servicios⁽³²⁾:
- Asesoramiento en el ámbito de influencia de la UH en el manejo de la enfermedad hepática compleja.
- Admisión, diagnóstico y tratamiento de enfermedades hepáticas raras o complejas.

(32) Los criterios para elaborar los estándares de esta unidad se han adaptado de la ref. 46. La cartera de servicios es indicativa, debiendo marcar los servicios/procedimientos que oferta.

- Admisión, diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular y colangiocarcinoma.
- Mantenimiento y asesoramiento del paciente que necesite un trasplante de hígado.
- Admisión, tratamiento y profilaxis secundaria del paciente con hemorragia recurrente por várices, incluyendo derivación portosistémica transyugular intrahepática (TIPS) en caso de estar indicado para la hemorragia por varices.
- Ascitis resistente a diuréticos o hidrotórax hepático, prevención y manejo de los síndromes hepato-renal tipo 1 y 2.
- Asesoramiento y apoyo al paciente a través de los grupos de apoyo del hígado y/o clínica enfermera especialista.
- Asesoramiento y apoyo al paciente con problemas de abuso de sustancias.
- Enlace con una de las unidades de hígado pediátricas para el tratamiento de los niños y adolescentes.

Anexo 5.3. Estándares de proceso y procedimientos

- La UH debe protocolizar y desarrollar vías clínicas para, al menos, tres de los procesos más prevalentes⁽³³⁾.

Anexo 5.4. Indicadores de resultados

La UH debe establecer indicadores de resultados. Posibles indicadores de resultados:

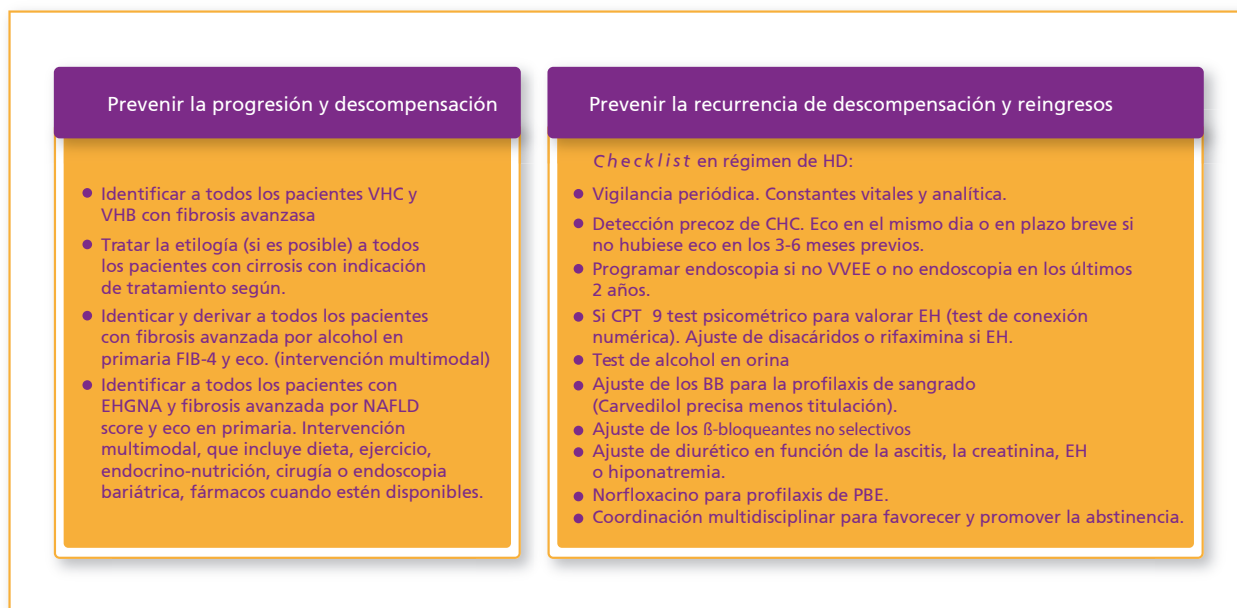
- Tasa de reingresos⁴⁶.
- Supervivencia global de hepatocarcinoma⁴⁶.
- Tasa de mortalidad de episodio agudo de hemorragia aguda por varices esofágicas⁽³⁴⁾.
- Tasa de supervivencia por episodio de peritonitis bacteriana espontánea⁴⁶.
- Tasa de mortalidad global ajustada por complejidad⁽³⁵⁾.

(33) Se han propuesto múltiples intervenciones de mejora de la calidad en hepatología (ref. 47), que deben integrarse en los estándares de calidad de los respectivos procesos: hepatitis víricas, cirrosis, etc.

(34) Inpatient Quality Indicator 18 (IQI 18) Gastrointestinal Hemorrhage Mortality Rate (https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V60/TechSpecs/IQI_18_Gastrointestinal_Hemorrhage_Mortality_Rate.pdf)

(35) En ausencia de un modelo de ajuste específico se puede analizar la bondad de modelos de ajuste a riesgo más generales (Charlson o niveles de mortalidad de los APR-GRD).

Figura 3. Manejo del paciente cirrótico en el Hospital de Día



Anexo 5.5. Formación e investigación

Los especialistas en aparato digestivo de la unidad deben participar, al menos una vez al año, en una actividad de formación sobre hepatología. La unidad debe llevar a cabo o participar en proyectos de investigación sobre hepatología.

ANEXO 6. ESTÁNDARES PARA EL PROCESO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA AMBULATORIA^{6, 7, 8}

El proceso se puede dividir en la siguiente secuencia de actividades: admisión, realización del procedimiento y alta. Los estándares del procedimiento son comunes para la endoscopia digestiva ambulatoria (proceso que se describe en este anexo) y para la endoscopia digestiva que se realiza en un paciente hospitalizado. En el paciente hospitalizado, la endoscopia digestiva es un subproceso y un procedimiento insertados en el proceso asistencial de atención al paciente al paciente agudo hospitalizado (4.2.1.).

- Se debe disponer de un protocolo formalizado (documento escrito, en el que hayan intervenido todos los agentes que participan en el proceso asistencial, revisable periódicamente) por tipo de procedimiento ambulatorio invasivo que realice (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, etc.). Los protocolos deberán garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos que se relacionan a continuación para cada etapa del proceso asistencial.

Anexo 6.1. Estándares de admisión

- Se recomienda llamar 72-48 horas antes del procedimiento, para confirmar la cita (evitar cancelaciones) y recordar la preparación pre-procedimiento, especialmente si el paciente ha sido citado con más de seis semanas de antelación.
- El paciente debe haber sido informado sobre la indicación y los riesgos del procedimiento y haber firmado el consentimiento para el mismo, incluyendo -en su caso- la sedación.

Anexo 6.2. Estándares de procedimiento

- Se debe hacer constar la toma de constantes antes del procedimiento.
- Debe disponer de un listado de comprobación de seguridad de la intervención, adaptado del *check-list* de seguridad quirúrgica de la OMS⁽³⁶⁾.
- La UD debe disponer de un protocolo específico para cada procedimiento, que cumpla con los estándares establecidos por la SEP^{7,8}.
- La sala de endoscopia debe cumplir con los requisitos establecidos por la SEP⁽³⁷⁾.
- Deberá existir un protocolo de profilaxis antibiótica, basado en la evidencia disponible⁴⁸.
- Deberá disponer de un protocolo de suspensión de fármacos antiagregantes/ anticoagulantes en función del tipo del riesgo del paciente y del riesgo del procedimiento endoscópico, para evitar suspender exploraciones.

(36) Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa_Checklist.pdf;jsessionid=76D25FB1FFCF98F60B0789A135C6DE8B?sequence=2, consultado el 28.01.19

(37) En estándares de unidades.

- Debe existir un registro de eventos adversos durante el procedimiento, inmediato post-procedimiento (primeras 24 horas), a corto (dentro de los 7 primeros días) y a largo plazo (dentro de los 30 primeros días).

Anexo 6.3. Estándares al alta

- La UD deberá disponer de un protocolo para la monitorización de constantes y criterios de alta post-procedimiento^{49,50, (38)}.
- Se debe entregar al paciente copia del informe endoscópico antes de que abandone la unidad.
- El informe endoscópico debe estar acompañado de unas normas, que se expliquen y se entreguen por escrito al paciente, de los cuidados post-alta y de instrucciones en caso de complicaciones post-procedimiento⁽³⁹⁾.

Anexo 6.4. Indicadores de resultados

La UDED debe establecer indicadores de resultados específicos para cada procedimiento. En el Anexo 3.3. se proponen algunos indicadores de resultados.

(38) Los criterios de Aldrete (ref. 49), empleados en la cirugía mayor ambulatoria, pueden servir de referencia para la elaboración de criterios de alta.

(39) Teléfono de contacto con responsabilidad de la UD; motivos de necesidad de atención médica; formas de actuación en casos de urgencia; lugar de referencia para recibir atención sanitaria.

ANEXO 7. ESTÁNDARES PARA EL PROCEDIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA¹⁰

Anexo 7.1. Estándares de estructura

- Deberá cumplir con los estándares establecidos para la endoscopia digestiva (Anexo 3).
- Se debe disponer de un protocolo formalizado (documento escrito, en el que hayan intervenido todos los agentes que participan en el proceso asistencial, revisable periódicamente) para el procedimiento “colangiopancreatografía retrógrada endoscópica”¹⁰.

Anexo 7.2. Estándares de procedimiento

- Deberá existir un protocolo de profilaxis antibiótica, basado en la evidencia disponible⁵¹.

Indicadores de procedimiento

- Tasas de éxito por niveles de dificultad de procedimiento^{52,53}.
- % de canulación profunda del ductus que se quiere canular en una papila nativa¹⁰.
- % de éxito en la extracción de coledocolitiasis¹⁰.
- % de éxito en resolución de estenosis¹⁰.

Anexo 7.3. Indicadores de resultado

- Incluir, dentro de la monitorización de efectos adversos de la UDED, los siguientes indicadores:
 - Pancreatitis post-CPRE¹⁰.
 - Hemorragia post-CPRE¹⁰.
 - Perforación¹⁰.

ANEXO 8. ESTÁNDARES PARA EL PROCEDIMIENTO COLONOSCOPIA⁹

Anexo 8.1. Estándares de estructura

- Deberá cumplir con los estándares establecidos para la endoscopia digestiva (Anexo 3).
- Se debe disponer de un protocolo formalizado (documento escrito, en el que hayan intervenido todos los agentes que participan en el proceso asistencial, revisable periódicamente) para el procedimiento "colonoscopia"⁸.

Anexo 8.2. Estándares de procedimiento⁸

- Seguimiento adecuado de pacientes con adenoma, pólipos serrados.
- Limpieza adecuada.
- Colonoscopia completa.
- Todos los pólipos extirpados menores de 20 mm extirpados.
- Todos los pólipos menores de 20 mm extirpados en un solo fragmento.
- Tiempo de retirada.
- Toma de biopsias en pacientes con diarrea crónica.
- Técnica adecuada de biopsias o cromoendoscopia para cribado de displasia en enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- Satisfacción del paciente.

Anexo 8.3. Indicadores de resultados

Aunque la mayoría de los indicadores de la colonoscopia se han descrito y establecido para la colonoscopia de cribado de cáncer de colon, pueden aplicarse a cualquier colonoscopia.

- Incidencia de eventos adversos⁸.
- Porcentaje de colonoscopias con adenoma⁸.
- Media de adenomas por colonoscopia⁸.
- Incidencia de cáncer de intervalo⁸.

ANEXO 9. ESTÁNDARES PARA EL PROCEDIMIENTO GASTROSCOPIA⁸

Anexo 9.1. Estándares de estructura

- Deberá cumplir con los estándares establecidos para la endoscopia digestiva (Anexo 3).
- Se debe disponer de un protocolo formalizado (documento escrito, en el que hayan intervenido todos los agentes que participan en el proceso asistencial, revisable periódicamente) para el procedimiento "gastroscofia"⁸.

Anexo 9.2. Estándares de procedimiento

- Deberá informarse sobre la necesidad de ayunas para la gastroscofia.
- Deberá existir un protocolo de profilaxis con medicamentos, basado en la evidencia disponible (cirrosis con hemorragia digestiva alta, gastrostomía endoscópica percutánea, inhibidores de bomba de protones en úlcera sangrante y drogas vasoactivas en varices sangrantes)^{54, 55}.
- Deberá disponer de un protocolo de suspensión de fármacos antiagregantes/ anticoagulantes en función del tipo del riesgo del paciente y del riesgo del procedimiento endoscópico, para evitar suspender exploraciones.
- Estándares de procedimiento⁸:
 - Examen completo.
 - Tomas de biopsia.
 - Medición del esófago de Barrett.
 - Descripción y localización de lesiones sangrantes.
 - Actitud ante úlceras pépticas.
 - Hemostasia primaria endoscópica.
 - Recomendaciones tras dilatación de estenosis péptica esofágica.
 - Recomendaciones tras el hallazgo de úlceras.

Anexo 9.3. Indicadores de resultados

La UDED debe establecer indicadores de resultados específicos para cada procedimiento. En el Anexo 3.3. se proponen algunos indicadores de resultados.

Referencias

1. Eddleston J, Goldhill D, Morris J. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2009. <https://www.ics.ac.uk/ICS/guidelines-and-standards.aspx>
2. Ross JS, Normand ST, Wang Y, Ko DT, Chen J, Drye EE, Keenan PS, Lichtman JH, Bueno H, Schreiner GC, Krumholz HM. Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions. *N Eng J Med* 2010;362:1110-1118.
3. Palanca I (Dir), González L (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>
4. Palanca I (Dir), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008. <http://www.mscbs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
5. Palanca I (Dir), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. <http://www.mscbs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
6. Bernal JL, Colomer J, Elola FJ, Palanca I, Paniagua JL. Unidades asistenciales del aparato digestivo. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Aparato_Digestivo_EyR.pdf
7. López-Picazo J, Alberca de las Parras F, Sánchez del Río A, Pérez Romero S, León Molina J, Júdez J, en nombre del Grupo de Trabajo de "Indicadores de calidad en endoscopia" de la SEPD. Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: introducción a los indicadores comunes de estructura, proceso y resultado. *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109:435-450.
8. Sánchez del Río A, Pérez Romero S, López-Picazo J, Alberca de las Parras F, Júdez J, León Molina J; en nombre del Grupo de Trabajo de "Indicadores de calidad en endoscopia" de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Indicadores

de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la colonoscopia. Rev Esp Enferm Dig 2018;110:316-326

9. Pérez Romero S, Alberca de las Parras F, Sánchez del Río A, López Picazo J, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Indicadores de calidad en gastroscopia. Procedimiento de la gastroscopia. Rev Esp Enferm Dig 2019 (aceptado para publicación)

10. Alberca de las Parras F, López Picazo J, Pérez Romero S, Sánchez del Río A, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Indicadores de calidad en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Procedimiento de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Rev Esp Enferm Dig 2018;110(10):658-666.

11. Valori R, Cortas G, Lange T et al. Performance measures for endoscopy services: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Quality Improvement Initiative. Endoscopy 2018; 50: 1186–1204

12. Standards for endoscopic facilities and services. Gastroenterological Society of Australia. 3rd edition 2006.

13. Colonoscopy. Clinical Care Standard. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2018. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications/colonoscopy-clinical-care-standard/>

14. Minimum staffing requirements for the performance of GI endoscopy. Gastrointest Endosc 2010;72:469-470 / DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2010.02.017>

15. Guidelines for safety in the gastrointestinal endoscopy unit. Gastrointest Endosc 2014;79:363-372 / DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2013.12.015>

16. Harris A. Gastroenterology and hepatology. En: Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013, pp.: 99-110.

17. Dunkley I, Griffiths H, Follows R, et al. Frontline Gastroenterology Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/flgastro-2017-100950

18. Rees CJ, Gibson ST, Rutter MD et al. UK Key Performance Indicators & Quality Assurance Standards for Colonoscopy. <https://www.bsg.org.uk/resource/uk-key-performance-indicators-and-quality-assurance-standards-for-colonoscopy.html>

19. Mowat C, Clole A, Windsor A. Guidelines for the management of inflammatory

bowel disease in adults. Gut (2011). doi:10.1136/gut.2010.224154

20. Barrison IG, Bramble MG, Wilkinson M, Hodson R, Fairclough PD, Willoughby CP, Hellier MD on behalf of the Endoscopy Committee of the British Society of Gastroenterology. Provision of endoscopy related services in district general hospitals. BSG Working Party Report, 2001.

21. Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, Carballo F; para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). RECALAD. La asistencia al paciente en las unidades de Aparato Digestivo en el Sistema Nacional de salud. Estudio piloto, 2015. Rev Esp Enferm Dig 2018; 110:44-50. DOI: 10.17235/reed.2017.5316/2017

22. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50>

23. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44: 166-203.

24. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 966-70.

25. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010; 134:505-10. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consenso-elaboracion-del-informe-alta-13149573>

26. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.

27. Ferrus L. (Dir). Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2007.

28. Albert NM, Barnason S, Anita Deswal A, Adrian Hernandez A, Kociol R, Lee E, Paul S, Ryan CJ, White-Williams C; on behalf of the American Heart Association Complex Cardiovascular Patient and Family Care Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circ Heart Fail. 2015;8:384-409.

29. The National Service Framework for Longterm Conditions. Department of Health. 2005.
30. Living well with dementia: A National Dementia Strategy. Department of Health. London. 2009.
31. Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).
32. Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003 (www.natpact.nhs.uk).
33. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. King's Fund Research Paper. January 2004.
34. Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.
35. Ferrer C, Orozco D, Román P (Coord.Cientif.). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
36. Marco J, Barba R, Zapatero A, Matía P, Plaza S, Losa JE, Canora J, García de Casasola G. Prevalence of the notification of malnutrition in the departments of internal medicine and its prognostic implications. Clin Nutr. 2011;30:450-4. doi: 10.1016/j.clnu.2010.12.005. Epub 2011 Feb 5.
37. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. N Eng J Med 2013;368:100-102.
38. Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/consultant-physicians-working-patients-revised-5th-edition>
39. Dowdle R. Acute internal medicine and general internal medicine. En: Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013, pp.: 17-25.
40. Royal College of Physicians. Acute medical care. The right person, in the right setting – first time. Report of the Acute Medicine Task Force. London: RCP, 2007.

41. Independent Health Facilities. Clinical Practice Parameters and Facility Standards. Endoscopy. College of Physicians and Surgeons of Ontario. March, 2006.
42. Sumanac K, Zealley I, Fox BM, et al. Minimizing postcolonoscopy abdominal pain by using CO(2) insufflation: a prospective, randomized, double blind, controlled trial evaluating a new commercially available CO(2) delivery system. *Gastrointest Endosc*. 2002; 56(2): 190-4. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12145595>
43. Shi H, Chen S, Swar G, et al. Carbon dioxide insufflation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a review and meta-analysis. *Pancreas*. 2013; 42(7): 1093-100. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23867366>
44. Cotton PB, Eisen GM, Aabakken L, et al. A lexicon for endoscopic adverse events: Report of an ASGE workshop. *Gastrointest Endosc* 2010;71(3):446-54. DOI: 10.1016/j.gie.2009.10.027
45. Calvet X, Chaparro M, Domènech E et al. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. GETECCU. 2016. Disponible en: <http://geteccu.org/contenidos/up/2016/12/Documento-1.pdf>. Consultado el 26.03.19.
46. Ricote GC, Pérez- Lázaro JJ, Tejedor M, Arroyo V, y Grupo de Estudio de Calidad en Hepatología de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Sistema Español de Acreditación de Unidades de Hepatología. Una propuesta de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. *Gastroenterol Hepatol*. 2007;30:612-7.
47. Tapper EB. Building Effective Quality Improvement Programs for Liver Disease: A Systematic Review of Quality Improvement Initiatives. *Clin Gastro Hepatol* 2016;14:1256-65.
48. Khashab MA, Chithadi KV, Acosta RD, et al. ASGE Standards of Practice Committee. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81(1):81-9. DOI: 10.1016/j.gie.2014.08.008
49. Aldrete JA. «The post-anesthesia recovery score revisited». *Aldrete JA J Clin Anesth* Feb 1995;7:89-91.
50. Korttilla K. Homereadiness after day surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995; 39, suppl 105: 95-96.
51. Khashab MA, Chithadi KV, Acosta RD, et al. ASGE Standards of Practice Committee.

Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2015;81(1):81-9. DOI: 10.1016/j.gie.2014.08.008

52. Schutz SM, Abbott RM. Grading ERCPs by degree of difficulty: a new concept to produce more meaningful outcome data. *Gastrointest Endosc* 2000;51:535-9 DOI: 10.1016/S0016-5107(00)70285-9

53. Cotton PB, Eisen G, Romagnuolo J, et al. Grading the complexity of endoscopic procedures: results of an ASGE working party. *Gastrointest Endosc* 2011;73(8):868-74.



Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares el copyright, la reproducción (parcial o total), distribución, comunicación pública o transformación de esta obra, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) (www.sepd.es; 91 402 13 53) si necesita fotocopiar escanear fragmentos de esta obra.