

# Unidades asistenciales del aparato digestivo

Estándares y recomendaciones  
de calidad y seguridad



# Unidades asistenciales del aparato digestivo

Estándares y recomendaciones  
de calidad y seguridad

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-13-075-4

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

# Unidades asistenciales del aparato digestivo

Estándares y recomendaciones  
de calidad y seguridad



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA,  
CALIDAD E INNOVACIÓN**

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y  
COHESIÓN**

**Coordinación institucional y científica**

Inés Palanca Sánchez. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. MSSSI. Dirección técnica e institucional.

Jordi Colomer Mascaró. Coordinador científico.

**Grupo de expertos**

Rafael Bañares Cañizares. Asociación Española para el Estudio del Hígado.

Fernando Carballo Álvarez. Sociedad Española de Patología Digestiva. Profesor Titular de Medicina. Jefe de Servicio de Medicina Aparato Digestivo. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Antoni Castells Garangou. Director del Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Antonio Codina Cazador. Presidente de la Asociación Española de Coloproctología. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Gerona.

Jordi Colomer Mascaró. Doctor en Medicina. Director del Máster de Gestión Clínica y profesor de la UOC. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Viladecans. Coordinador científico.

María Isabel Durango Limárquez. Vocal de la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva.

José M<sup>a</sup> Fernández-Cebrián. Asociación Española de Cirujanos. Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Rosa Fernández Lobato. Asociación Española de Cirujanos. Subdirectora Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. Madrid.

María Luz Gálvez Deltoro. Presidenta de la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva.

Francisco Igea Arisqueta. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva.

Fermin Mearin. Presidente de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG).

Miguel Montoro. Secretario de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG).

Miguel Muñoz-Navas. Profesor Adjunto de Patología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Director del Servicio de Digestivo. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

José León Paniagua. Doctor Arquitecto.

Enrique Peña Forcada. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Especialista en Medicina de Familia. C.S.I. Pío XII, Almazora. Castellón.

Inmaculada Pérez Castro. Coordinadora Asistencial de Cirugía Hepática. Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Juan Carlos Ruiz de Adana. Coordinador de la Sección de Obesidad Morbida de la AEC.

Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. José María Segura Cabral. Asociación Española de Ecografía Digestiva.

Antonio Zapatero Gaviria. Sociedad Española de Medicina Interna. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Profesor Titular. Departamento de Medicina Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

**Oficina de Apoyo Técnico**

José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S.L.

Javier Elola Somoza. Elola Consultores S.L.





# Índice

<b>Resumen ejecutivo</b>	11
<b>1. Introducción</b>	17
1.1. Alcance del documento	17
1.2. Objetivo del documento	20
1.3. Metodología de trabajo	20
<b>2. Análisis de situación</b>	23
2.1. España	23
Autorización y acreditación en España	23
Guías de UAAD	24
2.2. La asistencia sanitaria a las enfermedades del aparato digestivo en otros países	25
Australia	25
Canadá	25
Estados Unidos	25
Reino Unido	26
<b>3. Derechos y garantías del paciente</b>	27
3.1. Información al paciente. Consentimiento informado	27
3.2. Garantía de los derechos del paciente	30
3.3. Derecho a la información sobre alternativas asistenciales y sus resultados.	32
<b>4. Seguridad del paciente</b>	35
4.1. Cultura de seguridad	39
4.2. Comunicación durante el traspaso del paciente	40
4.3. Seguridad del uso de los medicamentos	41
4.4. Seguridad en el uso de los productos sanitarios	42
4.5. Prevención de úlcera por presión	42
4.6. Prevención de infección	44
4.7. Alerta epidemiológica	44
4.8. Identificación del paciente	44
4.9. Gestión de hemoderivados	45
4.10. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios	46

4.11. Volumen de actividad y umbral de seguridad	47
4.12. Implicación del paciente en su seguridad	49
4.13. Plan de autoprotección	49
<b>5. Procesos, redes, unidades multidisciplinares y regionalización de servicios</b>	<b>51</b>
5.1. Red asistencial	53
5.2. Bloques de procesos asistenciales del aparato digestivo	54
5.3. Vinculación entre bloques de procesos asistenciales y unidades. Unidad multidisciplinar	55
5.3.1. Estructura y funcionamiento de la unidad / equipo multidisciplinar	56
5.3.2. Funciones de la unidad / equipo multidisciplinar	58
5.4. Regionalización	59
5.5. Estructura de gestión de la red de UAAD. Institutos o áreas de enfermedades del aparato digestivo	61
5.6. Manuales de organización y funcionamiento	63
5.7. Tecnología de la Información y Comunicaciones (TIC)	64
5.8. Sistema de información y gestión de pacientes	65
<b>6. Recursos clínicos polivalentes</b>	<b>69</b>
6.1. Consulta externa. Relación con atención primaria	69
6.2. Hospital de día	71
6.3. Urgencia hospitalaria	71
6.4. Hospitalización convencional	71
6.5. Cuidados críticos/intensivos	73
6.6. Bloque quirúrgico	74
<b>7. Unidad médica de aparato digestivo (UMAD)</b>	<b>79</b>
7.1. Organización y funcionamiento	79
7.2. Recursos humanos	83
<b>8. Unidad de endoscopia digestiva (UDED)</b>	<b>85</b>
8.1. Tipología de unidades de endoscopia digestiva	86
8.2. Organización y funcionamiento	89
8.3. Proceso de atención al paciente	90
8.4. Gabinetes de exploraciones del aparato digestivo	90
8.5. Recursos humanos	91

<b>9. Unidad de cirugía del aparato digestivo (UCAD)</b>	93
9.1. Organización y funcionamiento	94
9.2. Recursos humanos	96
9.3. Otros criterios organizativos y de gestión	96
9.4. Recursos en cirugía del aparato digestivo	97
9.5. Calidad en cirugía del aparato digestivo	98
<b>10. Estructura y recursos materiales de las unidades del área de digestivo</b>	101
10.1. Programa funcional	102
10.2. Criterios de localización del área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo en el hospital y relaciones funcionales con otras unidades	102
10.3. Criterios de organización física de las unidades del área del aparato digestivo	103
10.4. Área ambulatoria de las UAAD: zonas y locales	104
10.5. Área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo: zonas y locales	107
10.6. Consideraciones sobre condiciones ambientales e instalaciones de las UAAD	120
<b>11. Recursos humanos</b>	125
11.1. Registro de personal sanitario	125
11.2. Expediente personal	125
11.3. Funciones y competencias	126
11.4. Identificación y diferenciación del personal	126
11.5. Medios documentales	126
11.6. Formación	127
11.7. Criterios para el cálculo de los recursos	127
<b>12. Calidad</b>	129
<b>13. Criterios de revisión y seguimiento</b>	133
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Características de las unidades monográficas del aparato digestivo	135
Anexo 2. Características de las unidades monográficas de hepatología	139
Anexo 3. Unidad/equipo multidisciplinar del cáncer colorrectal	141
Anexo 4. Unidad/equipo multidisciplinar del cáncer esófago-gástrico	143
Anexo 5. Características de las unidades de cirugía bariátrica	147

Anexo 6. Programa de locales de las unidades del área del aparato digestivo	153
Anexo 7. Avanzar hacia el quirófano del futuro	157
Anexo 8. Índice alfabético de definiciones y términos de referencia	159
Anexo 9. Abreviaturas y acrónimos	167
Anexo 10. Bibliografía	171

## **Tablas**

Tabla 5.1. Unidades asistenciales que intervienen en los procesos del aparato digestivo	52
Tabla 5.2. Procedimientos oncológicos digestivos de ámbito regional y suprarregional	60
Tabla 5.3. Regionalización de las unidades asistenciales del aparato digestivo	60
Tabla 7.1. Cartera de servicios de las UMAD por ámbitos asistenciales	80
Tabla 8.1. Tipología de unidades de endoscopia digestiva	86
Tabla 8.2. Características estructurales y funcionales de las unidades de endoscopia digestiva	87
Tabla 8.3. Tiempos por procedimiento en la UDED	91
Tabla 9.1. Procedimientos de cirugía digestiva de ámbito regional y suprarregional	95
Tabla 9.5. Indicadores de calidad aplicables a cirugía en el aparato digestivo	98
Tabla 12.1. Atributos de gestión de la red de UAAD	129
Tabla Anexo 6.1. Programa de locales de las unidades asistenciales del aparato digestivo	155

## **Figuras**

Figura A.5.1. Procesos de la unidad multidisciplinar de obesidad mórbida del H. U. de Getafe	150
--	-----

# Resumen Ejecutivo

1. El objetivo de este documento de estándares y recomendaciones para las UAAD es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores –públicos y privados– y profesionales, criterios para la organización y gestión de estas unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento.
2. Las enfermedades del apartado digestivo causaron el 5% de las defunciones (19.476 fallecimientos) en 2008, excluyendo los tumores digestivos y las infecciones. Si se toman en consideración los tumores, la tasa de mortalidad producida por las enfermedades del aparato digestivo se eleva al 14% (52.778 fallecimientos por ambas causas en 2008).
3. Las enfermedades del aparato digestivo son, asimismo, una de las principales causas de ingresos y estancias hospitalarias (13,1% y 12,5%, respectivamente), con una estancia media de 6,6 días. En los hospitales del SNS, las enfermedades del aparato digestivo, incluyendo las enfermedades y trastornos del hígado, vía biliar y páncreas, representaban en 2007 el 15,7% de las altas y el 16,4% de las estancias, con una estancia media de 7,8 días (una mortalidad intrahospitalaria del 5% y una tasa de complicaciones relacionadas con la atención médica del 5,3%).
4. La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención.
5. El paciente tiene derecho a la información sobre las alternativas asistenciales y sus resultados ya que éste es un elemento clave para que pueda ejercitar su derecho a decidir la opción más compatible con sus valores y forma de vida elegida.
6. Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico que implique riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, incluido en la cartera de servicios de las UAAD.
7. Cuando se realizan comparaciones intercentros existe una notable variabilidad en las tasas de morbimortalidad en la atención al paciente con enfermedades digestivas complejas. Parte de esta variabilidad se explica por diferencias epidemiológicas, demográficas, sociales y por la diversa gravedad de los pacientes atendidos, mientras que otra parte se puede deber a variaciones no aceptables en la calidad y seguridad en

la práctica clínica, asociada a diversos factores como el volumen de actividad (de cirujano y centro), una inadecuada implementación de las guías, adecuación de la técnica utilizada o problemas logísticos o estructurales.

8. La elección entre alternativas terapéuticas debería estar sujeta a la búsqueda de la máxima evidencia que permita aconsejar la mejor opción terapéutica a cada enfermo. La configuración de unidades multidisciplinarias permite normalizar el proceso de decisión sobre los procesos.
9. La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura.
10. Los trabajos más relevantes sugieren que la mortalidad que presentan determinados procedimientos quirúrgicos complejos sería menor si se hubiesen realizado en hospitales y por cirujanos con más amplia experiencia quirúrgica. La consecuencia que se deriva de la asociación de volumen de actividad con eficiencia es intentar establecer criterios de ordenación de recursos que garanticen un volumen óptimo de actividad.
11. Unidades y recursos especializados específicos del área del aparato digestivo o del instituto del aparato digestivo son la unidad médica de aparato digestivo (UMAD), la unidad de endoscopia digestiva (UDED), la unidad de cirugía del aparato digestivo (UCAD) y las unidades multidisciplinarias.
12. La estructura organizativa y de gestión de las UAAD, así como su agregación en unidades menos diferenciadas o su segmentación en otras más especializadas, dependerá de la organización y sistema de gestión del servicio de salud, hospital o entidad (público o privada) en donde se inserten. Los atributos de una unidad requieren de la creación de una cierta estructura por lo que la agregación o diferenciación de las unidades se debe basar en la solución más eficiente en cada contexto.
13. El cambio de una atención centrada en episodios a otra que garantice la continuidad asistencial implica la superación, por parte de los servicios clínicos, de los límites estrictos del hospital para integrarse en una red articulada en torno a un proceso asistencial, que garantice un continuo asistencial. La red asistencial debe integrar diferentes recursos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, unidades de convalecencia, etc.) proporcionando asistencia con el servicio más adecuado, de tal forma que se garantice la calidad, continuidad e integralidad de la atención de la forma más eficiente.

14. Se entiende por bloque de procesos asistenciales a una agrupación de procesos que comparten características similares en cuanto a su forma de presentación, gestión clínica, recursos sanitarios que utilizan, etc. Una aproximación a la identificación de grandes bloques de procesos puede ser la siguiente: cáncer colorrectal (CCR); enfermedad inflamatoria intestinal; enfermedades hepáticas; enfermedades del páncreas y vías biliares; enfermedades del tracto digestivo superior y otros cánceres gastrointestinales; trastornos motores y funcionales digestivos; trastornos nutricionales y obesidad mórbida.
15. Las unidades asistenciales, como estructuras organizativas, deben tener un responsable, unos recursos humanos, físicos (locales, equipamiento) y económicos asignados, ofertar una cartera de servicios (técnicas, procedimientos) definida y actualizada periódicamente, identificar los clientes finales (pacientes) o intermedios (otras unidades sanitarias) y disponer de un sistema de información con indicadores de proceso y resultado. Se realizan un conjunto de recomendaciones para conformar las unidades/equipo multidisciplinar.
16. La relación entre regionalización de la asistencia especializada y el desarrollo de recursos hospitalarios a nivel local no es una opción entre alternativas contradictorias. Es necesaria la concentración de tecnología y experiencia para garantizar la equidad (acceso a prestaciones con la misma calidad para el mismo nivel de necesidad) y para lograr la máxima calidad, seguridad y eficiencia en el uso de los recursos.
17. La creación de redes integrales de asistencia debe permitir el apoyo de gastroenterología en hospitales locales/áreas de salud de pequeño tamaño poblacional, desde UAAD con ámbito poblacional suficiente para garantizar su calidad, seguridad y eficiencia. De forma complementaria, mientras algunos servicios necesitan ser centralizados, otros deben ser provistos en los hospitales locales e incluso en ámbitos más próximos al entorno del paciente.
18. Las UAAD de carácter regional (unidades monográficas de cáncer colorrectal, patología hepato-pancreático-biliar o cirugía bariátrica, por ejemplo), deben garantizar a todos los pacientes de ese ámbito territorial un acceso equitativo a sus prestaciones, con instrumentos de gestión de la demanda, garantía de calidad, etc. Deben implantarse sistemas para el retorno precoz del paciente transferido a su centro de origen, para evitar estancias innecesarias en el hospital de referencia.
19. Es preciso asegurar una comunicación eficaz y continuada entre los distintos recursos. La historia clínica compartida es un instrumento relevante para la buena comunicación entre los distintos profesiona-

les, equipos, instituciones y ámbitos en los que se desenvuelve la atención integral a los pacientes con enfermedades digestivas. Además la utilización de tecnologías de la información, como el teléfono móvil, el correo electrónico y la videoconferencia, debe facilitar la comunicación e intercambio de información entre los diferentes nodos de la red.

20. Deben definirse las relaciones entre las UAAD específicas y las unidades y recursos clínicos no específicos/polivalentes, que sirven de soporte asistencial o prestan asistencia al paciente formando parte del núcleo del equipo multidisciplinar. Las unidades y recursos clínicos no específicos del área de interés de este documento, que se analizan en cuanto a sus especificidades en relación con las UAAD son: atención primaria; el hospital de día; las urgencias hospitalarias; la unidad de hospitalización convencional; la unidad de cuidados intensivos y el bloque quirúrgico.
21. La unidad médica de aparato digestivo (UMAD) se puede definir como una organización de profesionales de la salud, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico del paciente con enfermedades del aparato digestivo.
22. Las unidades asistenciales del aparato digestivo deberían sustentarse en la capacidad de los especialistas para resolver de un modo eficiente la mayoría de los problemas comunes en la práctica clínica (versatilidad), en la oportunidad de adquirir una capacitación específica en disciplinas con un peso específico importante dentro de la especialidad (especialización) y en el principio de la asistencia personalizada (un enfermo, un médico responsable), sin renunciar por ello al potencial beneficio y a las bondades del trabajo en equipo (asistencia multidisciplinar).
23. Las UAAD deben disponer de una unidad de endoscopia digestiva (UDED) con el equipamiento y los recursos humanos necesarios para realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se requieran para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo.
24. La unidad de cirugía de aparato digestivo (UCAD) se puede definir como una organización de profesionales de la salud, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del paciente con enfermedades del aparato digestivo.



25. La UCAD colabora estrechamente con el resto de unidades del área, unificando criterios de diagnóstico y tratamiento, optimizando la utilización de recursos y estableciendo programas de control y mejora de la calidad asistencial. Existe una notable tendencia a la creación de unidades multidisciplinarias médico-quirúrgicas, con especialización en áreas específicas de dedicación o subespecialidades quirúrgicas, avalada por una mejora de los resultados en función de la experiencia por cirujano y centro.
26. El área de gabinetes de exploraciones es un elemento específico de la disposición física de las UAAD, que determina su localización y las distintas alternativas de organización de la misma. En este área se atiende tanto al paciente ambulatorio (en torno al 80 % del total) como al paciente ingresado, lo que la define como un área central con requerimientos específicos respecto a las principales circulaciones intrahospitalarias, ambulatoria e interna. El desarrollo de otras unidades con características topológicas y funcionales similares, que demandan servicios a otras unidades funcionales ambulatorias de carácter polivalente (hospitales de día), está configurando un área hospitalaria ambulatoria de gran complejidad que incrementa el nivel de resolución de la atención sanitaria.
27. El área de gabinetes de exploraciones centrales (área ambulatoria e interna) del aparato digestivo, incluye preparación y salas técnicas. Las técnicas endoscopias que se realizan en las salas que se ubican en esta zona de la unidad pueden ser (en función del volumen asistencial atendido en el centro): gastroscopia, colonoscopia y sigmoidoscopia, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, eco-endoscopia, ecografía anal, ecografía abdominal, ph-metría y manometría, y pruebas funcionales digestivas.
28. Las unidades funcionales que de forma específica forman parte del área del aparato digestivo, deben localizarse de la forma más integrada posible, que favorezca la continuidad del proceso asistencial y el trabajo del equipo multidisciplinar. La localización de las UAAD también depende de la actividad, pacientes y tipo de usuarios que atienda.
29. Las comparaciones de estándares de dotación de plantillas y otros recursos entre países están condicionadas por la diferente estructura de categorías profesionales, especialidades particularmente de las competencias interprofesionales, además de por factores epidemiológicos y la diversidad de estructuras organizativas y de funcionamiento de los sistemas sanitarios, incluyendo los incentivos a una mayor o menor producción de servicios. La estructura organizativa y de gestión (red asistencial) y la estrategia elegida para la derivación y alta del

paciente influyen de forma determinante en la gestión de la demanda y por lo tanto en la necesidad de recursos humanos.

30. Las UAAD abarcan un conjunto de recursos y unidades y algunos de estos recursos han sido analizados en otros documentos de estándares y recomendaciones, los cuales contienen sus respectivos indicadores de calidad. En los capítulos dedicados a cada tipo de unidad en la que se han clasificado funcionalmente las UAAD se proponen estándares de funcionamiento, producción y rendimiento, así como de volumen y seguridad que pueden servir de base para definir cada una de estas unidades.
31. Es relevante el número y complejidad de los procedimientos intervencionistas que se realizan mediante las distintas modalidades de endoscopia. Se recomienda disponer para estos procedimientos de indicadores similares a los establecidos para la cirugía convencional.
32. Las UAAD tienen una especial responsabilidad en la formación de profesionales de otras especialidades, profesionales de atención primaria y de otros centros, especialmente aquellos integrados en su red asistencial.
33. Las UAAD deben adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada, de investigación y docencia de sus profesionales. Para ello dispondrán de un programa de formación continuada para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a las nuevas modalidades de tratamiento, la seguridad del paciente y la calidad, adaptado a sus características.
34. El funcionamiento integrado del equipo multidisciplinar debe evitar que el paciente sea citado, revisado, sometido a pruebas diagnósticas, etc. de forma reiterativa, redundante e innecesaria. La utilización de la historia clínica compartida por toda la red, incluyendo atención primaria, contribuiría al logro de este objetivo, así como la utilización de las TIC (teleimagen, videoconferencia, etc.) puede evitar desplazamientos innecesarios del paciente.
35. La creación de redes asistenciales y la regionalización de servicios son aspectos destacados en este documento de estándares y recomendaciones, por lo que parece recomendable disponer en el futuro de una relación de indicadores que informen sobre la existencia de esta red y sus atributos. Estos criterios son de especial aplicación a las áreas o institutos del área de digestivo, es decir a la integración de la UMAD, UDED y UCAD en una unidad multidisciplinar.

# 1. Introducción

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La Estrategia 7 del Plan de Calidad para el SNS (PC-SNS): acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales, contiene como primer objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios en el ámbito del SNS.

El Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>(1)</sup> (MSSSI) elaboró, en 1992, una guía de cirugía mayor ambulatoria<sup>1</sup> que tuvo un notable impacto en la integración y diseminación de esta modalidad de atención dentro del SNS. En el año 2007, el MSC inició, en el marco del desarrollo del Plan de Calidad, la elaboración de estándares y recomendaciones de seguridad y calidad, con la actualización del documento sobre cirugía mayor ambulatoria<sup>2</sup>. Desde entonces se han publicado los documentos relativos a las siguientes unidades asistenciales: hospital de día médico y onco-hematológico<sup>3</sup>, pacientes pluripatológicos<sup>4</sup>, maternidad hospitalaria<sup>5</sup>, bloque quirúrgico<sup>6</sup>, unidad de cuidados paliativos<sup>7</sup>, enfermería de hospitalización polivalente de agudos<sup>8</sup>, urgencias hospitalarias<sup>9</sup>, unidad de cuidados intensivos<sup>10</sup>, unidad de depuración extrarrenal<sup>11</sup>, la unidad central de esterilización<sup>12</sup>, las unidades asistenciales del área del corazón<sup>13</sup>, la unidad asistencial del sueño<sup>14</sup> y la unidad de tratamiento del dolor<sup>15</sup>.

Dentro de esta línea de trabajo, se aborda en este documento, por el importante volumen asistencial que atienden, las unidades asistenciales del aparato digestivo (UAAD) con la colaboración de expertos vinculados a la Asociación Española de Cirujanos (AEC), la Asociación Española de Coloproctología (AECP), la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPDP), la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED), la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

<sup>(1)</sup> En la actualidad Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## 1.1. Alcance del documento

Las enfermedades del apartado digestivo causaron el 5% de las defunciones (19.476) en 2008, excluyendo los tumores digestivos y las infecciones<sup>(2)</sup>. Si se toman en consideración los tumores, la tasa de mortalidad producida por las enfermedades del aparato digestivo se eleva al 14% (52.778 fallecimientos por ambas causas)<sup>(3)</sup>. Las enfermedades del aparato digestivo son, asimismo, una de las principales causas de ingresos y estancias hospitalarias (13,1% y 12,5%, respectivamente), con una estancia media de 6,6 días. En los hospitales del SNS, las enfermedades del aparato digestivo, incluyendo las enfermedades y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas, representaban en 2007 el 15,7% de las altas y el 16,4% de las estancias, con una estancia media de 7,8 días<sup>(4)</sup>, una mortalidad intrahospitalaria del 5% y una tasa de complicaciones relacionadas con la atención médica del 5,3%.

El 3,6% de la población mayor de 15 años declaraba en la Encuesta Nacional de Salud que padecía de úlcera de estómago o duodeno<sup>(5)</sup>.

Atención primaria es un recurso no específico de atención al paciente con enfermedad del aparato digestivo son los de atención primaria donde tiene lugar preferentemente la prevención, diagnóstico y el tratamiento de la mayor parte de las enfermedades, por lo que sus profesionales deben adquirir competencias para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, así como criterios de derivación del paciente a unidades especializadas y para el seguimiento de patología crónica que no precise atención en hospitales de agudos y que pueda ser atendida con seguridad y calidad por el médico de familia, mediante protocolos consensuados con las UAAD.

Las UAAD son aquellas unidades dedicadas a atender específicamente (recursos especializados) a este grupo de pacientes. El documento de estándares y recomendaciones de las UAAD se centra en los aspectos relacionados con la organización y gestión, planificación y diseño de la atención a pacientes con enfermedades del aparato digestivo. No se trata, por tanto, de elaborar instrumentos de gestión clínica como guías de práctica clínica, vías clínicas, procesos asistenciales integrados, para los que existen

(2) La SDG Calidad y Cohesión del MSSSI ha elaborado el documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del área del cáncer.

(3) Fuente: INE (<http://www.ine.es>). Defunciones según causa de muerte. 2008. Elaboración propia.

(4) Fuente: MSSSI (<https://icmbd.MSSSI.es/icmbd/indicador>). Indicadores y ejes de análisis CMBD. 2007.

(5) Fuente: INE (<http://www.ine.es>). Encuesta Nacional de Salud. 2006. Elaboración propia.

excelentes publicaciones de las respectivas sociedades científicas nacionales e internacionales, agencias de calidad y otras entidades<sup>(6)</sup>.

El R.D. 1277/2003<sup>(7)</sup>, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios define y relaciona los servicios sanitarios que deben ser objeto de establecimiento de requisitos que garanticen su calidad y seguridad, y relaciona un conjunto de unidades asistenciales, entre las que figuran los siguientes recursos específicos para la atención de pacientes con enfermedades del aparato digestivo:

- La unidad 9, aparato digestivo, se define como una unidad asistencial en la que un médico especialista en aparato digestivo es responsable de realizar el estudio, diagnóstico y tratamiento de pacientes afectados de patología digestiva.
- La unidad 43, cirugía general y digestivo, se define como una unidad asistencial en la que un médico especialista en cirugía general y del aparato digestivo es responsable de realizar las intervenciones en procesos quirúrgicos relativos a patología abdominal, del aparato digestivo, del sistema endocrino, de la cabeza y cuello (con exclusión de la patología específica de otras especialidades quirúrgicas), de la mama y de la piel y partes blandas<sup>(8)</sup>.

Las unidades asistenciales relacionadas en el R.D. 1277/2003 no agotan los recursos asistenciales que concurren en la atención del paciente con enfermedad del aparato digestivo. El concepto de UAAD incorpora el criterio de la interacción y sinergias existentes entre los distintos recursos específicos con atención primaria u otros recursos de atención especializada. Las relaciones de estos recursos dentro de las redes asistenciales de atención a los pacientes con cáncer son tratadas en otro documento de estándares y recomendaciones de la Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Están excluidos de este documento los aspectos relativos al trasplante de hígado y otros órganos del aparato digestivo.

En la serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales desarrollada por el MSSSI unidad asistencial se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia

<sup>(6)</sup> Para consultar algunas de estas guías: Guíasalud (<http://portal.guiasalud.es>); proceso asistencial integrado: [www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos); otros enlaces: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS).

<sup>(7)</sup> La clasificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios fue modificada por O.M. 1741/2006.

<sup>(8)</sup> Aunque dentro de la definición de la unidad y especialidad, este documento no tiene relación directa con la cirugía no digestiva, como la del sistema endocrino, de la cabeza y cuello, de la mama y de la piel y partes blandas.

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...” que tienen unas características determinadas que condicionan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad.

Unidades asistenciales relacionadas directamente con las del aparato digestivo son las de cirugía mayor ambulatoria<sup>2</sup>, hospitalización de día<sup>3</sup>, hospitalización convencional<sup>8</sup>, bloque quirúrgico<sup>6</sup>, urgencias<sup>9</sup>, entre las que el MSSSI ha elaborado documentos de estándares y recomendaciones. En relación con estas unidades, el presente documento recogerá aquellas especificidades que correspondan a las UAAD.

## 1.2. Objetivo del documento

El objetivo del documento de estándares y recomendaciones para las UAAD es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores –públicos y privados– y profesionales, criterios para la organización y gestión de estas unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento. Los aspectos relativos a la organización y gestión son el objeto de interés del documento, que no tiene carácter de guía clínica. Las UAAD son las estructuras organizativas y de gestión que dan soporte a la práctica clínica que idóneamente se debería realizar mediante la aproximación sistemática contemplada en las guías clínicas, procesos asistenciales integrados, protocolos, vías clínicas y otros instrumentos de gestión clínica.

El documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del aparato digestivo no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

## 1.3. Metodología de trabajo

La dirección del proyecto corresponde a la SDG Calidad y Cohesión de la DG Salud Pública, Calidad e Innovación del MSSSI.

La elaboración del documento se realiza con el apoyo de un grupo de expertos seleccionado por la el MSSSI, en base a la experiencia y conoci-

miento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, en colaboración con las sociedades científicas que se han relacionado en esta introducción.

La elaboración del documento ha contado con la coordinación científica del Dr. Jordi Colomer Mascaró, Doctor en Medicina, Director del Máster de Gestión Clínica y profesor de la UOC y especialista en cirugía general y del aparato digestivo del Hospital de Viladecans.

El MSSSI ha contado con la colaboración de una empresa consultora que realiza las funciones de grupo de apoyo: secretaría del grupo de expertos; seguimiento de los trabajos; apoyo técnico en las reuniones de grupo de expertos; elaboración del análisis de situación; revisión de los documentos elaborados por los expertos y análisis de evidencia; y elaboración de los distintos borradores y del documento final.

El documento de estándares y recomendaciones de las UAAD se apoya en una amplia experiencia nacional e internacional, recogida en las referencias que figuran en el anexo 10.

Este informe recoge algunas recomendaciones que están amparadas por requisitos normativos, o por una evidencia suficientemente sólida a criterio del grupo de expertos que ha colaborado en la redacción del mismo. Cuando se realizan estas recomendaciones, se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.





## 2. Análisis de situación

### 2.1. España

A pesar de la relevancia que las enfermedades del aparato digestivo tienen en relación con su incidencia, prevalencia y actividad asistencial, existen escasos datos sobre aspectos organizativos y de gestión. Las enfermedades del aparato digestivo explican el 13,7% de las muertes (el 5% excluyendo los tumores)<sup>(9)</sup>, siendo una causa de morbilidad frecuente; el 3,6% de la población española declara tener úlcera de estómago o duodeno<sup>(10)</sup>.

La explotación de la base de datos de CMBD del SNS ofrece algunos datos relevantes que señalan oportunidades de mejora en la atención sanitaria a los pacientes con enfermedades del aparato digestivo<sup>(11)</sup>:

- Mortalidad intrahospitalaria del 5%.
- Tasa de complicaciones relacionadas con la atención médica del 5,3%.
- Tasa de infección nosocomial: 3%.
- Estancia media preoperatoria en ingresos programados: 1 día, y en ingresos urgentes: 3,7 días.
- Tasa de ambulatorización: 21%, excluyendo las enfermedades hepáticas, vía biliar y páncreas 17,5%. De los 37.197 procedimientos de colecistectomía laparoscópica sin exploración de vía biliar realizados en el SNS, 2.252 (6,1%) se hicieron en la modalidad de CMA, el resto de los casos tuvieron una estancia media de 3,2 días.

### Autorización y acreditación en España

Tanto la administración general del Estado como la totalidad de comunidades autónomas disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros sanitarios. Existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento. No se han encontrado normas de autorización de las comunidades autónomas que afecten a la UAAD.

<sup>(9)</sup> Fuente: INE. Defunciones por causa de muerte. 2008.

<sup>(10)</sup> Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006.

<sup>(11)</sup> Fuente: MSSSI (<https://icmbd.MSSSI.es/icmbd/indicador>). Indicadores y ejes de análisis CMBD. 2007.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son aún escasas. Cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria: Andalucía, Cataluña, Galicia y Extremadura. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades (extracción y trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, etc.).

Andalucía basa su sistema de acreditación en el programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía<sup>(12)</sup>. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del sistema sanitario público andaluz. En el sistema de indicadores no hay ninguno referido de forma específica a las UAAD.

Cataluña es la primera comunidad autónoma que desarrolló un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual corresponde a la tercera revisión<sup>(13)</sup> y regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos<sup>16,17</sup>. No existen criterios de acreditación específicos para las UAAD.

La comunidad autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por Decreto<sup>(14)</sup>. Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud, y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con éste, deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el referido decreto. No existen criterios de acreditación específicos para las UAAD.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema de Extremadura de acreditación de centros de 2005 se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general, y no hace referencia a las UAAD<sup>(15)</sup>.

## Guías de UAAD

Tanto el MSSSI como las CC.AA. han elaborado guías para algunas unidades, que –sin tener carácter normativo– persiguen la elaboración de estándares y recomendaciones. No existen antecedentes en el Ministerio de

(12) Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía.

(13) Decreto 5/2006, de 17 de enero, de la Generalitat de Catalunya.

(14) Galicia. Decreto 52/2001, de 22 de febrero.

(15) Extremadura. Decreto 227/2005 de 27/septiembre. Orden de 18 de julio de 2006.

Sanidad o en el INSALUD de elaboración de guías de unidades en relación con las UAAD. Andalucía ha elaborado, dentro de la línea de “procesos asistenciales integrados”, el referido al dolor abdominal<sup>18</sup>.

La AEC ha elaborado una guía sobre la gestión clínica en cirugía<sup>19</sup>, que contiene elementos organizativos y de gestión.

La Asociación Española para el Estudio del Hígado ha desarrollado un manual de acreditación de unidades de hepatología<sup>20</sup>.

La Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva han elaborado una guía sobre calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal<sup>21</sup>.

## 2.2. La asistencia sanitaria a las enfermedades del aparato digestivo en otros países

La *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) ha publicado directrices y recomendaciones en relación con la limpieza y desinfección en endoscopia gastrointestinal<sup>22</sup>; endoscopia mediante videocápsula<sup>23</sup>; y las unidades electroquirúrgicas<sup>24</sup>.

La *World Gastroenterology Organisation* ha publicado una guía sobre protección radiológica en gabinetes de endoscopia<sup>25</sup>; así como una guía sobre el cribado del cáncer de colon<sup>26</sup>.

La Comisión Europea ha publicado recientemente las *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*<sup>27</sup>.

### Australia

La *Gastroenterological Society of Australia* ha elaborado, en colaboración con el *Gastroenterological Nurses College of Australia*, unos estándares para unidades de endoscopia<sup>28</sup>.

### Canadá

El *College of Physicians and Surgeons* de la provincia de Ontario (Canadá) ha desarrollado unos estándares para las unidades de endoscopia<sup>29</sup>.

### Estados Unidos

La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dentro de los *Inpatient Quality Indicators*, introduce criterios de volumen, mortalidad y

tasa de utilización para algunos procedimientos del aparato digestivo, como la resección esofágica y pancreática (ambas generalmente relacionadas con el cáncer) y la colecistectomía laparoscópica. En relación con esta última, la AHRQ considera un indicador de calidad la mayor tasa de realización del procedimiento en casos no complicados<sup>30</sup>.

El *American College of Gastroenterology* ha publicado directrices sobre cribado del cáncer colorrectal<sup>31</sup>, así como la *American Cancer Society*<sup>32</sup>.

La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) ha publicado directrices sobre profilaxis antibiótica<sup>33</sup>, endoscopia realizada por profesionales no médicos<sup>34</sup>, ecografía endoscópica<sup>35</sup>, sedación sin presencia de anestesista<sup>36</sup>.

La *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES) ha elaborado unas directrices para los servicios de endoscopia en el ámbito ambulatorio<sup>37</sup>.

## Reino Unido

La *British Society of Gastroenterology* (BSG) ha publicado numerosas guías referidas, entre otros aspectos, al cribado del cáncer de colon<sup>38</sup>, sedación<sup>39</sup> y profilaxis antibiótica en endoscopia gastrointestinal<sup>40</sup>, cápsula de endoscopia<sup>41</sup>, complicaciones de la endoscopia<sup>42</sup>, limpieza y descontaminación de los equipos de endoscopia<sup>43</sup>, estándares de la endoscopia retrógrada colangio-pancreática<sup>44</sup>; documentos de consentimiento informado<sup>45</sup>; así como documentos de política sanitaria, como la “estrategia de futuro para la asistencia sanitaria de los pacientes con trastornos digestivos en el Reino Unido”<sup>46</sup> y la provisión de servicios de endoscopia en hospitales generales de “distrito”<sup>(16),47</sup>.

La *Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of GB&I* en colaboración con la *Association of Coloproctology of GB&I* ha publicado unas recomendaciones para la formación de cirujanos en técnicas endoscópicas<sup>48</sup>. La *Primary Care Society for Gastroenterology* ha publicado una guía sobre la asistencia a las enfermedades del aparato digestivo en el ámbito ambulatorio<sup>49</sup>.

El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) ha publicado una guía sobre cirugía endogástrica<sup>50,51</sup>, siendo la guía NICE sobre profilaxis de la endocarditis bacteriana aplicable a los procedimientos endoscópicos<sup>52</sup>. Asimismo NICE ha publicado una guía sobre requisitos de las unidades de endoscopia esófago-gástrica<sup>53</sup>.

(16) Equivalentes a hospitales generales de Área de Salud.

## 3. Derechos y garantías del paciente

El centro sanitario en donde desarrollen sus actividades las UAAD deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente. En este capítulo se recogen aspectos sobre la información al paciente y familiares de estas unidades y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa, que deben de ser tenidos en cuenta en este tipo de unidades y, en su caso, en los centros sanitarios en donde se ubican.

### 3.1. Información al paciente. Consentimiento informado

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse al paciente/familiar en la UAAD atenderá a los siguientes aspectos: información sobre las características generales de la unidad, información detallada sobre el proceso, su tratamiento y cuidados en la unidad, consentimiento informado en los supuestos contemplados por la Ley<sup>(17)</sup> y aquellas otras instrucciones y recomendaciones que se consideren pertinentes sobre el uso de los recursos del hospital y de la UAAD.

Según el artículo 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el titular del derecho de la información es el paciente, la información de las personas vinculadas a él, deberán ser consentidas por éste de forma expresa o tácita.

<sup>(17)</sup> Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Art. 8.2. de la Ley 41/2002.

## Información sobre las características generales de la unidad

**Se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en los diferentes recursos de la unidad.** Al familiar se le facilitará, verbalmente y por escrito, información que debe incluir, entre otra, la política de visitas, el horario de información médica, cómo comunicarse con la enfermera que atiende al paciente, el teléfono de contacto y servicios del hospital.

Del mismo modo al paciente, siempre que su estado lo permita, se le explicará el entorno, la política de visitas, etc. con el fin de minimizar la ansiedad producida por la gravedad de su situación y el entorno de la UAAD.

## Información sobre los procesos, su tratamiento y cuidados

Se recomienda que la información aportada al paciente o a su representante, por el médico responsable o, en su ausencia, por el profesional designado, conste de los siguientes apartados:

- Explicación adecuada y comprensible (sin tecnicismos) sobre los procesos que tiene el paciente y motivan su asistencia en la unidad.
- Explicación detallada sobre procedimientos de tratamiento y de cuidados realizados en la unidad.
- Información sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados. Tanto el paciente como la familia participarán, siempre que sea posible, en la toma de decisiones.

## Consentimiento informado

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de las UAAD.

La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y, en su caso, familia/cuidadores puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumírselos.

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ella se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El hospital debe disponer de documentos de consentimiento informado adaptados a cada actividad y especialidad clínica. El consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al procedimiento a realizar, incluyendo unos apartados mínimos de información<sup>(18)</sup>, como son la identificación del enfermo, del médico que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo; el nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico; los riesgos generales y específicos personalizados; los beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas; la información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes; información sobre confidencialidad y uso de datos; la fecha del consentimiento; un apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal; las declaraciones y firmas (paciente y médico).

En el caso de que para realizar el procedimiento sea necesario algún tipo de anestesia, se precisa también la obtención de consentimiento informado sobre la técnica anestésica, una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico.

El National Quality Forum (NQF) recomienda solicitar a cada paciente o tutor legal que explique en sus propias palabras la información relevante sobre los procedimientos o tratamientos para los que se solicita el consentimiento<sup>54</sup>.

El hospital y las UAAD deberán adoptar políticas explícitas, avaladas por el Comité de Ética para la asistencia sanitaria, para la asistencia a pacientes que, por razones religiosas o de otra índole, rechazan un determinado tipo de tratamiento.

El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

(18) Comité de Bioética de Cataluña .Guía sobre el consentimiento informado. Octubre 2002.

## Instrucciones previas<sup>(19)</sup>

En España, las instrucciones previas han sido reguladas en la Ley de autonomía del paciente, que las define como el documento por el que las personas mayores de edad manifiestan anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que lleguen a situaciones en cuyas circunstancias no sean capaces de expresarse personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud<sup>(20),55</sup>.

### 3.2. Garantía de los derechos del paciente

El hospital deberá disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el apartado 3.1.:

- a) La cartera de servicios.
- b) El plan de acogida.
- c) El código ético.
- d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados.
- e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) Cumplimiento de la normativa sobre productos sanitarios<sup>(21)</sup>.
- g) Las historias clínicas.
- h) Procedimiento sobre instrucciones previas.
- i) Los informes de alta médica y de enfermería, incluyendo el plan de continuidad de cuidados con atención primaria o recurso sanitario que, en su caso, se haga responsable del paciente.

<sup>(19)</sup> Para mayor información sobre este tema consúltese el documento: Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. MSSSI. 2009; así como documentos relacionados con la estrategia en cuidados paliativos del SNS.

(<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>).

<sup>(20)</sup> Artículo 11. Instrucciones previas, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<sup>(21)</sup> RD 1591/2009 por el que se regulan los productos sanitarios. Se entiende por producto sanitario cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos destinados por su fabricante a finalidades específicas de diagnóstico y/o terapia y que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de: diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad; diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia; investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico; regulación de la concepción; y que no ejerza la acción principal que se desee obtener en el interior o en la superficie del cuerpo humano por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales medios.



- j) Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- k) El libro de reclamaciones y sugerencias.
- l) La póliza de seguros.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte de los pacientes o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en las apartados d), e) y j).

A continuación se desarrollan, con especial referencia a las UAAD, algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados a) cartera de servicios, y g) historia clínica, están contemplados en el capítulo 5, de organización y gestión, de este documento.

## Plan de acogida

La UAAD dispondrá de un plan de acogida destinado al paciente ingresado.

## Código ético

El centro sanitario con UAAD dispondrá de un código ético, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad.

## Guías de práctica clínica

Como en el resto de unidades y servicios del hospital, las UAAD dejarán constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

## Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos y otras formas de investigación clínica deberá estar sujeta a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

## Lista de precios

El centro sanitario con UAAD deberá disponer de una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

## Reclamaciones y sugerencias

El hospital tendrá, a disposición del usuario, hojas de reclamaciones y sugerencias que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas a su funcionamiento que estimen convenientes.

Su existencia se señalará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso.

El usuario del hospital tiene derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

## Seguro de responsabilidad

El profesional sanitario que ejerza en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como la persona jurídica o entidad de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

El hospital deberá disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños al paciente, a las que deban responder.

## Archivo de pólizas

El centro y, en su caso, el profesional sanitario por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

### 3.3. Derecho a la información sobre alternativas asistenciales y sus resultados

La información sobre las alternativas asistenciales y sus resultados es un elemento clave para que el paciente ejercite su derecho a decidir la opción más compatible con sus valores y forma elegida de vida. Esta información

se refiere, al menos, a tres ámbitos<sup>(22)</sup>: información pública sobre los resultados de los procedimientos que se ofertan; normalización del proceso de decisión de los procedimientos; y derecho a información precisa y completa de los procedimientos, incluyendo riesgos y beneficios, tanto precoces como tardíos.

## Información sobre los resultados de los procedimientos

Existe una notable variabilidad en las tasas de morbimortalidad en la atención al paciente con enfermedades digestivas complejas cuando se realizan comparaciones intercentros. Parte de esta variabilidad se explica por diferencias epidemiológicas, demográficas, sociales y por la diversa gravedad de los pacientes atendidos, mientras que otra parte se puede deber a variaciones no aceptables en la calidad y seguridad en la práctica clínica, asociada a diversos factores como el volumen de actividad (de cirujano y centro), una inadecuada implementación de las guías, adecuación de la técnica utilizada o problemas logísticos o estructurales<sup>56,57,58,59,60,61,62,63,64</sup>.

En diversos países de la UE (Francia, Reino Unido, Suecia) se ponen a disposición del ciudadano, indicadores de gestión asistencial (demora, estancia media, tasas estandarizadas de mortalidad, etc.), pormenorizados por centro. La accesibilidad del ciudadano a esta información, bajo un control estricto y objetivo de calidad y su adecuada estandarización, amplía su derecho a estar informado y sería, probablemente, un potente instrumento de mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria en España.

## Normalización del proceso de decisión de los procedimientos

Son múltiples los factores que influyen sobre la elección de un determinado procedimiento, y algunos de éstos no están basados en la evidencia científica disponible. Este hecho tiene especial relevancia cuando se dispone de alternativas terapéuticas diferenciadas. La elección entre alternativas terapéuticas debería estar sujeta a la búsqueda de la máxima evidencia que permita aconsejar la mejor opción terapéutica a cada enfermo. La configuración de unidades multidisciplinares permite un abordaje riguroso

<sup>(22)</sup> Este apartado está adaptado del que con el mismo título se incorporó al documento de estándares y recomendaciones de la Unidades asistenciales del área del corazón, basado en las consideraciones aportadas por el Dr. José Cortina.

a este problema, mediante la discusión de los casos por equipos multidisciplinares, adaptados a cada tipo de proceso y la implantación de instrumentos de gestión clínica (guías, vías clínicas, etc.) en cuyo desarrollo hayan participado todas las especialidades y categorías profesionales que participan en la unidad multidisciplinar.

## Derecho a información precisa y completa de los procedimientos, incluyendo riesgos y beneficios, precoces y tardíos

El consentimiento informado no garantiza en todos los casos una transmisión de información al paciente para una decisión completa. El paciente necesita ser adecuadamente informado acerca de los beneficios potenciales y de los riesgos a corto y largo plazo de las posibles alternativas terapéuticas y necesita el tiempo suficiente que le permita una decisión basada en la información. La concatenación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin solución de continuidad, debe restringirse a situaciones de emergencia, en aras de una decisión equilibrada por parte del paciente.

## 4. Seguridad del paciente

Los avances en medicina producidos en siglo XX han modificado el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, esta evolución ha ido acompañada de un enorme incremento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, que implican mayor riesgo y posibles daños innecesarios para los pacientes. La provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos inaceptables en comparación con otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de riesgo. Con la excepción de la mortalidad derivada de la anestesia, tanto la hospitalización como la exposición a medicamentos en el hospital se asocian con mortalidad evitable<sup>165</sup>.

El error asistencial tiene consecuencias graves para el paciente y su familia, genera un coste asistencial y económico muy elevado, erosiona la confianza del paciente en el sistema y daña a las instituciones y al profesional sanitario que es, sin duda, su segunda víctima. Por ello, la seguridad del paciente constituye hoy en día una prioridad para las principales organizaciones de salud, como la OMS<sup>66</sup>, organismos internacionales, como la UE<sup>67</sup> y el Consejo de Europa<sup>68</sup>, autoridades sanitarias, sociedades profesionales y organizaciones de pacientes.

En España, el MSSSI en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como marca la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS<sup>(23)</sup>, ha considerado que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y la ha situado en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del PC-SNS<sup>69</sup>, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente atendido en los centros sanitarios del SNS a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, diseñar y establecer sistemas de información y notificación de EA para el aprendizaje, e implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y de otros organismos internacionales<sup>70</sup>.

Los documentos de estándares y recomendaciones elaborados por el MSSSI, referidos a cirugía mayor ambulatoria, hospital de día, bloque quirúrgico, unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos, unidad de urgencias hospitalarias, unidad de cuidados intensivos, unidades de

(23) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. BOE nº 128 (29-5-2003).

tratamiento del dolor y unidad de cuidados paliativos, recogen recomendaciones de seguridad que son aplicables a pacientes tratados en las UAAD. En este capítulo se tratarán algunos aspectos más generales.

Cabe destacar que la implantación de algunas de las prácticas básicas para la seguridad del paciente, como es la disponibilidad de historia clínica electrónica o la prescripción electrónica, está determinada por la política de las CCAA o del hospital con UAAD.

El NQF ha publicado recientemente una actualización de las prácticas seguras para una mejor asistencia sanitaria<sup>71</sup>. La mayor parte de las 34 medidas seguras recomendadas por el NQF tienen aplicación en las UAAD, entre ellas:

- Consentimiento informado. Referido en el apartado 3.1.3.
- Tratamiento de soporte vital. Asegurar que las preferencias del paciente en relación con los tratamientos de soporte vital están expuestos de forma destacada en su hoja de seguimiento clínico. Véase asimismo apartado 3.1.4. Situación terminal.
- Transparencia. Si se producen resultados graves no previstos, incluyendo aquellos que han sido producidos claramente por fallos organizativos, se debe informar al paciente y, si es adecuado, a la familia de forma oportuna, transparente y clara sobre lo que se conoce del evento.
- Atención al proveedor de la asistencia. Si se producen daños graves no previstos y no intencionados debido a fallos organizativos y/o errores humanos, los proveedores de asistencia involucrados deben recibir asistencia oportuna y sistemática, que debe incluir: tratamiento justo, respeto, compasión, atención médica de soporte y la oportunidad de participar completamente en la investigación del evento, identificación del riesgo y desarrollo de actividades que reduzcan el riesgo de futuros incidentes.
- Recursos humanos de enfermería. Implantar componentes críticos de una política de recursos humanos de enfermería bien diseñada que refuerce la seguridad del paciente.
- Otros proveedores directos de cuidados. Asegurar que los recursos de proveedores directos de cuidados que no sean enfermeros sean adecuados, con personal competente y adecuada orientación, entrenamiento y educación para realizar actividades de cuidado directo.
- Unidad de cuidados intensivos. La UCI debe estar gestionada por médicos con competencia para la atención de pacientes críticos.
- Información sobre la asistencia al paciente. Asegurar que la información sobre la asistencia es transmitida y documentada de forma

oportuna y claramente comprensible al paciente y a todos los proveedores de asistencia que precisen la información para prestar una asistencia continuada, dentro y entre servicios sanitarios.

- Comprobación de las órdenes y abreviaturas. Incorporar dentro de la organización sanitaria sistemas, estructuras y estrategias de comunicación seguras que incluyan lo siguiente: para aquellas órdenes verbales o telefónicas, o comunicaciones telefónicas que informen sobre resultados de pruebas importantes, se debe verificar la orden verbal o el resultado de la prueba haciendo que la persona que reciba la orden o comunicación repita la orden completa o el resultado<sup>(24)</sup>. Estandarizar una lista de abreviaturas, acrónimos, símbolos y denominaciones de dosis que no pueden ser utilizados en la organización. Etiquetado de los estudios diagnósticos. Implantar políticas, procesos y sistemas normalizados para asegurar el etiquetado seguro de radiografías, especímenes de laboratorio u otros estudios diagnósticos, garantizando que el estudio corresponde al paciente.
- Sistema de alta. El paciente debe disponer de un plan de alta. Debe prepararse un resumen conciso del alta y transmitirlo al médico que tenga la responsabilidad de la asistencia tras el alta.
- Adopción de sistemas de prescripción informatizados.
- Conciliación de la medicación habitual del paciente a través de la continuidad de los cuidados.
- Estructura de gestión de farmacia. El responsable de farmacia debe tener un papel activo en el equipo de dirección que refleje su autoridad y responsabilidad sobre el funcionamiento del sistema de gestión del medicamento dentro de la organización.
- Higiene de las manos.
- Prevención de la gripe para el personal de los servicios sanitarios.
- Prevención de la infección asociada a catéter central.
- Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica, mediante la implementación de listas de verificación aplicables a los procedimientos quirúrgicos, tal como aconseja la OMS en el segundo reto por la seguridad del paciente denominado *la cirugía segura salva vidas*. Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente<sup>(25)</sup>.

<sup>(24)</sup> Se ha de escribir posteriormente en la historia clínica tanto en el curso clínico como en los comentarios evolutivos de la enfermera, tanto si la historia clínica es en papel como si es informatizada.

<sup>(25)</sup> Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. MSSSI 2009.

- Adoptar medidas para el manejo de la vía aérea difícil y para prevenir las complicaciones asociadas a pacientes ventilados mecánicamente, concretamente: neumonía asociada a la ventilación mecánica, tromboembolismo venoso, úlcera péptica, complicaciones dentales y úlcera por presión.
- Prevención de la infección por organismos multirresistentes.
- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.
- Prevención de la úlcera por presión.
- Prevención del tromboembolismo venoso.
- Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes.

El MSSSI ha evaluado las prácticas seguras recomendadas por agencias gubernamentales para la prevención de EA en pacientes atendidos en los hospitales en función de su impacto y la complejidad de su implantación<sup>72</sup>.

Medidas de muy alto impacto y baja complejidad de implantación son: mejorar la higiene de las manos; vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe; medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica; medidas relacionadas con la prevención de infecciones en el área quirúrgica; utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.

Medidas de alto impacto y media complejidad de implantación son: usar una sola vez los dispositivos de inyección; medidas para la prevención de infecciones en la inserción y el mantenimiento de vías centrales; medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo, así como establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos; medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos; promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales; medidas para el control de la realización de procedimientos quirúrgicos en el lugar correcto; medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa; medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

Medidas de moderado impacto y media complejidad o alto impacto y alta complejidad de implantación son: recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión; medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.); medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes; identificación de los pacientes; evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión; evaluación del riesgo de tromboembolismo; medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal



esté destacada en su plan de cuidados; medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias de alta complejidad asociadas al látex.

Algunas de las prácticas seguras, de entre las recomendadas por el NQF aplicables a las UAAD, se comentan en mayor profundidad en los apartados de este capítulo.

## 4.1. Cultura de seguridad

**La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura** recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el *National Quality Forum* y otras organizaciones<sup>71,73</sup>. Según el *US Department of Veterans Affairs* la cultura de seguridad podría entenderse como todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria<sup>74</sup>.

Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores, o dicho de otra manera “de que algo puede ir mal”, y de que tienen un papel y contribuyen a la seguridad del paciente en la institución. También es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se ponen medidas para evitar que los errores se repitan (cultura de aprendizaje).

**El hospital con la UAAD debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad.** Ello supone el desarrollo de las siguientes actuaciones<sup>54</sup>: establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad, evaluar periódicamente la cultura de seguridad de la institución, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla, formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y en reducción de errores y establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos.

**El equipo de la UAAD debe realizar reuniones periódicas para analizar con un enfoque sistemático los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la unidad y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes<sup>75</sup>.**

**La UAAD debe realizar un análisis de riesgos proactivo** (mediante un Análisis Modal de Fallos y Efectos –AMFE– o similar) **de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la unidad**, con el fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

El hospital y las UAAD deben fomentar el flujo de comunicación con atención primaria respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones conjuntas con atención primaria.

El hospital debe promover la formación de los profesionales en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

**La UAAD debe 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 unidad.**

## 4.2. Comunicación durante el traspaso del paciente

A lo largo del tiempo, un paciente puede ser atendido por una serie de distintos profesionales en múltiples unidades, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención hospitalaria y rehabilitación, entre otras<sup>76</sup>. De forma adicional, puede encontrarse con varios turnos diarios de personal sanitario prestando atención al paciente.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, el paciente anciano y el paciente crónico complejo tienen una mayor vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso<sup>77</sup> que conducen a EA.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. **Aumentar la efectividad**

**de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario** para los grupos líderes en seguridad como la OMS<sup>78</sup>, la Joint Commission<sup>79</sup> y el National Quality Forum<sup>54</sup>.

Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso del traspaso de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial. Para ello se recomienda la asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones; y el uso de la técnica SBAR<sup>80</sup>: modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: S=Situation (Situación); B=Background (Antecedentes); A=Assessment (Evaluación); R=Recommendation (Recomendación).

**Se recomienda estandarizar la planificación al alta** para garantizar que en el momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento y cuidados, los medicamentos, y los resultados de las pruebas. Para ello se recomienda el uso de listas de comprobación (checklist)<sup>54,81</sup> así como reflejar todo ello en el informe de alta del paciente, incluyendo las fechas de las próximas citas para nuevas consultas y realización de pruebas complementarias tras el alta.

### 4.3. Seguridad del uso de los medicamentos

Los medicamentos constituyen la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sean una de las principales causas de EA en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que los medicamentos eran la causa del 37,4% de los EA detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios, respectivamente<sup>82,83</sup>. La SEMI ha realizado un estudio utilizando los datos de la base del CMBD del SNS en pacientes dados de alta en servicios de medicina interna, hallando que el 5,5% de los episodios de ingreso habían tenido un acontecimiento adverso causado por medicamentos, de los cuales el 83% no eran prevenibles<sup>84</sup>. Los acontecimientos adversos eran más frecuentes en mujeres y se acompañaban de una prolongación de la estancia.

En el centro sanitario existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, con atención específica a los de alto riesgo en su manipulación y administración, y al control de su caducidad.

Una gran parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información sobre la medicación entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los ingresos hospitalarios<sup>85,86</sup>. Por ello, actualmente **se recomienda que se promueva la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**<sup>54,87</sup> de forma muy especial la conciliación al ingreso y cuando se cambia la terapia parenteral a oral en posología y horario.

La vía de administración es otra de las fuentes infrecuentes pero de grave repercusión para los pacientes, por lo que se está trabajando en la utilización de catéteres y conexiones específicos para cada vía, que impidan una inadecuada utilización.

## 4.4. Seguridad en el uso de los productos sanitarios

El R.D. 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, prevé la obligación de notificar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para los profesionales sanitarios y autoridades que, con ocasión de su actividad, tuvieran conocimiento de cualquier funcionamiento defectuoso o alteración de las características o de las prestaciones de los productos sanitarios, así como cualquier inadecuación del etiquetado o de las instrucciones de utilización que pueda dar lugar o haya podido dar lugar a la muerte o al deterioro grave del estado de salud de un paciente o de un usuario.

El centro sanitario debe designar un responsable de vigilancia para los procedimientos que se deriven de la aplicación de las incidencias señaladas en el párrafo anterior, el cual supervisará igualmente el cumplimiento de las obligaciones establecidas por el RD 1591/2009 en relación con las tarjetas de implantación de los productos sanitarios. El responsable de vigilancia comunicará sus datos a la autoridad sanitaria de la correspondiente comunidad autónoma y a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

## 4.5. Prevención de úlcera por presión

La úlcera por presión (UpP) es una complicación frecuente en cualquier nivel de la asistencia sanitaria, especialmente en el paciente con problemas

de movilidad y edad avanzada. La UpP retrasa la recuperación funcional, puede complicarse con infección/dolor, disminuye la calidad de vida de la persona que la padece, y contribuye a prolongar la estancia hospitalaria y el coste de la atención sanitaria.

La prevención es la clave de la reducción de la UpP. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia en la prevención de la úlcera por presión es una prioridad en el campo internacional de la seguridad del paciente, siendo uno de los objetivos estratégicos de seguridad del NQF<sup>88</sup>, uno de los objetivos nacionales de seguridad (*National Patient Safety Goals*) propuestos por la *Joint Commission* para 2009, y una de las estrategias seleccionadas por el *Institute of Healthcare Improvement* en su campaña nacional para proteger a los pacientes de cinco millones de incidentes adversos “*5 Million Lives Campaign*”<sup>89</sup>.

La prevención de la UpP en pacientes de riesgo es una de las áreas específicas de prácticas seguras que promueve el MSSSI a través de convenios con las comunidades autónomas, dentro del PC-SNS.

La atención del paciente en la UAAD, especialmente –aunque no exclusivamente– en régimen de hospitalización, debe incluir la prevención de UpP, con la identificación del riesgo de desarrollar UpP y valoración del estado de la piel:

- Realizar una evaluación de la integridad de la piel, y a partir de aquí realizar una inspección diaria (si ingresado) de la piel, estableciendo la periodicidad dependiendo de su estado.
- Para evaluar el riesgo se debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (escalas de Braden, Norton, EMINA), y establecer los cuidados oportunos según el riesgo calculado.
- Reevaluar al paciente con regularidad y documentar los hallazgos en la historia clínica.
- Realizar una valoración nutricional del paciente durante el periodo de hospitalización comprobando diariamente la ingesta y su confirmación con valores analíticos relacionados.

Se debe mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión para prevenir las lesiones mediante el reconocimiento y tratamiento de los factores que afectan la tolerancia de los tejidos (edad, competencia vascular, control glucémico en diabéticos, nutrición).

El plan de cuidados de enfermería individualizado debe incluir los cuidados locales de la piel (higiene e hidratación); la prevención específica en el paciente con incontinencia; los cambios posturales en el paciente con movilidad limitada; la utilización de superficies especiales para aliviar la presión en la cama y/o asiento del paciente; la protección local ante la presión en las prominencias óseas; la protección de la piel de las fuerzas de fric-

ción y cizalla mediante técnicas adecuadas en la posición, traslados y cambios posturales.

La formación continuada de los profesionales sanitarios vinculados con la UAAD debe incluir la prevención y tratamiento de las UpP.

## 4.6. Prevención de infección

La higiene de las manos probablemente sea la medida más costo-efectiva para reducir la infección nosocomial<sup>90,91</sup>. El MSSSI ha elaborado una publicación en la que se resumen las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria<sup>92</sup>

La *Society for Healthcare Epidemiology of America* y la *Infectious Diseases Society of America*, ha publicado recientemente un compendio de recomendaciones para desarrollar prácticas de prevención de la infección nosocomial<sup>93</sup>, en el que han participado la *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*, la *Joint Commission* y la *American Hospital Association*, referidas a: prevención de la infección por catéter venoso central<sup>94</sup>; prevención de neumonía asociada a respirador<sup>95</sup>; prevención de la infección asociada a sonda urinaria<sup>96</sup>; prevención de la infección de localización quirúrgica<sup>97</sup>; prevención de la infección por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina<sup>98</sup>, y prevención de la infección por *Clostridium difficile*<sup>99</sup>.

La UAAD dispondrá de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

## 4.7. Alerta epidemiológica

En el centro sanitario existirá un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con la autoridad sanitaria competente.

## 4.8. Identificación del paciente

En un trabajo promovido dentro de la estrategia de seguridad del paciente en el SNS, se realizan las siguientes recomendaciones para una identificación inequívoca del paciente<sup>100</sup>:

- Fomentar, al menos, dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.
- Utilizar una pulsera identificativa impresa de forma automática que contenga los datos de identificación.
- Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la identificación de pacientes en situaciones difíciles o para diferenciar aquellos con el mismo nombre.
- Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento de la extracción.
- Establecer controles para evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica se perpetúe.
- Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y la necesidad de su verificación ante cualquier intervención de riesgo.
- Transmitir al profesional la necesidad de comprobar la identidad del paciente y confirmar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.
- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en los pacientes ingresados.

## 4.9. Gestión de hemoderivados

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello<sup>(26)</sup>.

Se debe asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados.

Se debe asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y la UAAD.

<sup>(26)</sup> RD 1.088/2005, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión y RD 1.301/2006 por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.

## 4.10. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios<sup>(27)</sup>

Las buenas prácticas en términos de seguridad del paciente requieren una organización para la gestión de la seguridad. Los centros sanitarios deben desarrollar sistemas eficaces para asegurar, a través de la dirección clínica, una asistencia segura y aprender lecciones de su propia práctica y de la de otros. Los procesos de gestión del riesgo son relevantes para esta política, incluyendo la revisión de la cultura organizativa, evaluación del riesgo, entrenamiento, protocolos, comunicación, auditoría y aprendizaje de los efectos adversos, reclamaciones y quejas.

**En el hospital, dependiendo de la dirección asistencial, existirá una comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.**

La gestión del riesgo debe ser supervisada y coordinada por un grupo de la propia UAAD, presidido por un facultativo “senior” y con una representación multidisciplinar, que debe reunirse periódicamente (al menos cada seis meses). Este grupo debe tener la formación suficiente para aplicar las diferentes herramientas necesarias en la gestión de la seguridad y transmitir a su vez esta necesidad a todo el personal de la unidad. **El proceso de gestión del riesgo debe estar por escrito, incluyendo los eventos centinela de obligado conocimiento y revisión**, y fomentarse el entrenamiento multidisciplinar en gestión del riesgo.

Debe haber una evaluación proactiva y continua de los riesgos dentro de la unidad, junto con una evaluación formal de riesgos con una periodicidad mínima de dos años. Del proceso de evaluación se debe derivar un registro de incidentes donde figurarán los sucesos conocidos y analizados, los trabajos realizados y las medidas adoptadas en cada caso con evaluaciones posteriores de su utilidad, garantizándose la total confidencialidad de los datos. Cuando se producen eventos adversos, los centros sanitarios deben considerar las causas y consecuencias de los problemas identificados. El oportuno análisis de los problemas subyacentes con un plan de acción apropiado debe ser parte del proceso de aprendizaje e implantación de cambio. Se deben realizar auditorías regulares de los efectos adversos quirúrgicos.

Las reuniones para revisar los efectos adversos forman parte del sistema de gestión del riesgo, así como del proceso de aprendizaje en las UAAD.

<sup>(27)</sup> Este apartado está ampliamente basado en el del mismo enunciado, del documento: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. MSSSI. Madrid. 2009.



La buena comunicación con todos los profesionales implicados en cualquier incidente es un mecanismo importante para reducir la posibilidad de que ese efecto adverso vuelva a ocurrir. Debe mantenerse total transparencia en relación con los resultados del aprendizaje, mediante reuniones multidisciplinarias y retroalimentación mediante comunicación electrónica o en papel. Mientras que muchas revisiones de incidentes identificarán cambios en prácticas y sistemas que probablemente mejoren los resultados sin incremento de costes, algunas pueden requerir cambios que precisen mayores recursos. Los responsables de la administración y gestión de los centros deben ser informados de estas necesidades. Es fundamental el apoyo de las direcciones del centro así como de los líderes del UAAD para que la estrategia de gestión de la seguridad sea efectiva. Las medidas de resultado y estándares deben ser adoptadas, auditadas y publicadas como un informe anual en línea con la mejor práctica.

Es importante que los facultativos documenten adecuadamente los incidentes: fecha y lugar. Es crucial, para mejorar la práctica clínica, disponer de sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes. El archivo de todos los datos es vital. Una persona dentro de las UAAD, preferiblemente el gestor de riesgos, debe ser responsable de asegurar que se adoptan métodos adecuados.

Existen diferentes herramientas de gestión de la seguridad en las UAAD, casi siempre enmarcadas dentro de los programas de calidad. Tanto los sistemas de notificación de incidentes como las técnicas de análisis y evaluación de riesgos, como el Análisis en Modo de Fallos y Efectos (AMFE), el análisis de causa raíz y otras técnicas (briefing, etc.) han demostrado su utilidad en la gestión de riesgos. **Se debe promover la garantía jurídica de confidencialidad para la identificación y firma de la notificación.**

## 4.11. Volumen de actividad y umbral de seguridad

Existe suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos médicos y quirúrgicos<sup>59,101,102,103,104</sup>.

La relación entre volumen y resultados se ha demostrado para procesos médicos, como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca y la neumonía<sup>105</sup>.

Desde los años setenta del pasado siglo en EEUU, con un sistema orientado al mercado y con experiencia en sistemas regulados como el

Medicare, se han realizado estudios para buscar una relación entre el volumen de actividad y resultados. Los trabajos más relevantes sugieren que la mortalidad que presentan determinados procedimientos complejos sería menor si se hubiesen realizado en hospitales con más amplia experiencia quirúrgica. Una consecuencia de esta asociación entre volumen de actividad y eficacia, es intentar identificar el volumen óptimo para decisiones de planificación y contratación y surge también la propuesta de concentrar procedimientos con objeto de optimizar la efectividad y la eficiencia, en equilibrio con garantizar la accesibilidad al servicio asistencial mediante la descentralización, que genera economía de escala en centros con mayor número de casos realizados.

El volumen de procedimientos se ha utilizado en EEUU por los grupos profesionales y sus organizaciones para disponer de criterios de mínimos en la ejecución de determinados procedimientos; para establecer necesidades y acreditar la puesta en marcha de una nueva unidad; para disponer de información y facilitar la decisión de elección para compradores y consumidores; para justificar políticas de selección de pacientes y centralización de determinadas actividades; para disponer de un criterio para negociar en los planes de salud de la provisión de determinados procedimientos.

Estos estudios se pueden hacer extensivos a otros procedimientos quirúrgicos que con la introducción de las nuevas tecnologías se realizan en otros ámbitos y con un perfil de profesionales distintos, como la endoscopia que adquiere finalidad terapéutica (exéresis de pólipos, esclerosis de varices esofágicas, dilataciones, colocación de prótesis). En la actualidad se percibe un incremento del número de este tipo de exploraciones, especialmente en pacientes con edad avanzada, co-morbilidad y enfermedades colorrectales complejas, así como una tendencia a la exéresis de pólipos cada vez más grandes, lo que justifica la necesidad de discutir el abordaje terapéutico entre cirujanos y digestólogos (apartado 3.3.). El riesgo de perforación aumenta notablemente si el endoscopista practica menos de 300 exploraciones anuales<sup>106</sup>. La demostrada relación entre volumen y seguridad no supone que puedan tener buenos resultados centros con bajo volumen, por la interacción entre la experiencia del profesional y el centro; de aquí que sea relevante el acceso a la información sobre los resultados (apartado 3.3.1.).

La relación entre volumen (del centro y del cirujano), que conlleva en ocasiones a una sub-especialización, y resultados e, incluso, disminución de costes, se ha establecido para numerosos procedimientos (véase apartado 3.4.). Es relevante el número de procedimientos no quirúrgicos invasivos que se realizan y que deberían estar sometidos a las exigencias de los procedimientos quirúrgicos mediante cirugía convencional.

## 4.12. Implicación del paciente en su seguridad

En numerosas de las medidas de seguridad mencionadas se ha señalado la importancia de la implicación del paciente en su propia seguridad. La implicación del paciente en su propia seguridad contribuye a<sup>107</sup> alcanzar un diagnóstico correcto; elegir al proveedor de asistencia sanitaria; participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento; observar y controlar el proceso de asistencia; identificar e informar complicaciones y EA del tratamiento; disminuir las tasas de errores de medicación; reducir las tasas de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria; identificar inexactitudes en la documentación clínica; configurar mejoras en el diseño y provisión de los servicios sanitarios; controlar y gestionar tratamientos y procedimientos.

## 4.13. Plan de autoprotección

Las UAAD comparten los potenciales riesgos del conjunto del hospital. En los documentos de estándares y recomendaciones elaborados por la AC-SNS del MSSSI se recogen las recomendaciones de autoprotección específicas para distintas modalidades y ámbitos asistenciales.

El hospital donde exista UAAD tendrá implantado un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.



## 5. Procesos, redes, unidades multidisciplinares y regionalización de servicios

El concepto de unidades asistenciales responde a criterios organizativos y de gestión, y deben cumplir con unos requisitos para que la asistencia prestada sea de calidad, segura y eficiente. Estos requisitos, en especial los que se refieren a recursos humanos, son dependientes de la complejidad de la atención y del volumen asistencial.

Las unidades asistenciales que intervienen en los procesos asistenciales de pacientes con enfermedades del aparato digestivo se pueden clasificar, a efectos de este documento, en:

- Equipos de atención primaria y otros recursos de este ámbito asistencial, que son los que atienden la mayor parte de los procesos del aparato digestivo por lo que deben tener una adecuada formación continuada para el manejo de los procesos más frecuentes, así como criterios precisos, acordados con la unidad de digestivo de referencia, de derivación de los pacientes que precisen para su diagnóstico y tratamiento el concurso de las unidades asistenciales del aparato digestivo.
- Unidades y recursos especializados no específicos para las UAAD, pues atienden también a otros procesos. La adaptación de estos recursos a las necesidades de los procesos atendidos por las UAAD se analizan en el capítulo 6 de este documento.
- Unidades y recursos especializados específicos: Áreas o institutos del aparato digestivo; Unidad Médica de Aparato Digestivo (UMAD), Unidad de Endoscopia Digestiva (UDED) y Unidad de Cirugía del Aparato Digestivo (UCAD); Unidades multidisciplinares, que son objeto de análisis en este capítulo. Las unidades multidisciplinares del cáncer son tratadas también en el documento de estándares y recomendaciones del área del cáncer<sup>108,(28)</sup>.

<sup>(28)</sup> El término multidisciplinar puede inducir cierta confusión, pues prácticamente toda unidad asistencial es multidisciplinar ya que intervienen en ellas varias disciplinas profesionales o cuerpos de conocimiento. En el contexto de este documento se emplea el término multidisciplinar como sinónimo de participación de más de una especialidad médica. En este sentido, es unidad multidisciplinar la del cáncer (colorrectal o hepático, por ejemplo), con independencia de que su estructura y gestión se adapte a su composición, a los fines y criterios del servicio de salud u organización sanitaria o centro asistencial.

**Tabla 5.1. Unidades asistenciales que intervienen en los procesos del aparato digestivo**

Tipo de unidad	Concepto
Atención primaria	Nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Todas estas actividades, dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad y la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados. Fuente: R.D. 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.
Unidad especializada no específica	Unidad asistencial que, perteneciendo al ámbito de la atención especializada, no atienden específicamente al paciente con enfermedad del aparato digestivo.
Polivalente	Unidad que, como la unidad de hospitalización, de urgencias, etc. puede servir de soporte asistencial o prestar asistencia al paciente con un proceso distinto a los del aparato digestivo; o aquella unidad que, formando parte incluso del núcleo del equipo multidisciplinar, sirve de soporte y/o atiende a otros procesos, como puede ser la unidad de diagnóstico por la imagen, anatomía patológica, etc.
Unidad especializada específica	Dedicada a atender al paciente con enfermedad de aparato digestivo
Instituto o Área	Integración funcional, con diversos grados de formalización orgánica, de unidades específicas (unidad médica de aparato digestivo, unidad de endoscopia digestiva y unidad de cirugía del aparato digestivo) y multidisciplinarios. El instituto o área del aparato digestivo debe tener un conjunto de atributos para poder ser considerado como tal.
Multidisciplinar	Unidad que incorpora, trabajando en equipo multiprofesional, especialidades médicas específicas (unidad médica de aparato digestivo, unidad de endoscopia digestiva y unidad de cirugía del aparato digestivo), otras especialidades médicas y quirúrgicas no específicas de neurociencias y unidades polivalentes. La unidad multidisciplinar debe cumplir con un conjunto de criterios o medidas de desempeño generales para ser considerada como tal.
Específica	Unidad médica de aparato digestivo, unidad de endoscopia digestiva y unidad de cirugía del aparato digestivo.

La estructura organizativa y de gestión de las UAAD, así como su agregación en unidades menos diferenciadas o su segmentación en otras más especializadas, dependerá de la organización y sistema de gestión del servicio de salud, hospital o entidad (público o privada) en donde se inserten. Los aspectos específicos de la organización y gestión se tratan en los correspondientes apartados de este documento, y para las unidades multidisciplinarias en este capítulo. Los atributos de una unidad requieren de la creación de una cierta estructura por lo que la agregación o diferenciación de las unidades se debe basar en la solución más eficiente en cada contexto.

Los procesos tienen una continuidad a lo largo del tiempo, mientras que las unidades intervienen en el transcurso de los procesos, pudiendo hacerlo algunas de ellas en más de una ocasión e incluso de forma continuada. La gestión del proceso asistencial debe coordinar, para cada paciente, la intervención de las distintas unidades que intervienen sobre el mismo.

Para desarrollar la relación entre procesos asistenciales y UAAD el capítulo atiende a los siguientes apartados: concepto de red asistencial; bloques de procesos asistenciales; unidades multidisciplinarias; regionalización de las UAAD; y estructura de gestión de una red asistencial (áreas o institutos del aparato digestivo).

## 5.1. Red asistencial

El cambio de perfil epidemiológico que acompaña al envejecimiento de la población (comorbilidad, cronicidad, dependencia, fragilidad), la evolución tecnológica, así como el desarrollo en los Estados Unidos de sistemas integrales de asistencia sanitaria en un entorno de gestión empresarial (las *Health Maintenance Organization* –HMO–), han provocado una profunda revisión de la organización de la gestión sanitaria y clínica basada en la atención a episodios. La continuidad de la atención<sup>76</sup> y la provisión de cuidados son elementos centrales para una población con una alta proporción de personas mayores y relevante en los pacientes mayores de 80 años, que tienen una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y tumores, frecuentemente concurrentes, cuyas trayectorias hasta la muerte están marcadas por recaídas y mejorías, y por un progresivo deterioro de su autonomía (dependencia) y fragilidad<sup>109,110</sup>. La atención sistemática a estos enfermos ha mostrado una mejora en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes crónicos complejos, así como una disminución de los costes de atención (reducción de los ingresos y estancias hospitalarias; disminución de la frecuentación en urgencias; uso adecuado del medicamento)<sup>4</sup>. Las redes asistenciales facilitan la provisión de asistencia de alta calidad, basada en la evidencia, reduciendo la variabilidad no aceptable en la práctica, utilizando guías de práctica clínica y haciendo uso de una experiencia que es escasa<sup>111</sup>.

El cambio de gestión por episodios a gestión por procesos conlleva la revisión de aspectos relevantes de la organización y gestión de la asistencia sanitaria y de la forma en que se mide y evalúa su actividad. El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos ha señalado las insuficiencias de los actuales sistemas de información para capturar la información relevante de la actividad asistencial, señalando entre estas carencias que la

mayoría de las medidas se centran en un determinado punto de tiempo<sup>112</sup>. El *National Quality Forum* está desarrollando un sistema de medición que permita evaluar la eficiencia a través del episodio de atención, definido como *una serie de servicios sanitarios contiguos en el tiempo relacionados con el tratamiento de un determinado período de la enfermedad o provistos en respuesta a una específica solicitud del paciente o de otra entidad relevante*<sup>113,114(29)</sup>.

**El cambio de una atención centrada en episodios a otra que garantice la continuidad asistencial implica la superación, por parte de los servicios clínicos, de los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red articulada en torno a un proceso asistencial, que garantice un continuo asistencial** que abarca el autocuidado, el domicilio del paciente, los recursos sociales y sociosanitarios, atención primaria, y otros hospitales (de agudos o de convalecencia) y centros sanitarios de distinta complejidad.

Una red asistencial, de acuerdo con los trabajos de Shortell<sup>115</sup>, debe: contar con un marco geográfico y poblacional definido para cada bloque de procesos; conocer la relación y características de los recursos que están integrados en la misma (unidades asistenciales); disponer de instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados (protocolos, vías, procesos asistenciales integrados, etc.), conocidos y utilizados por los profesionales de la red asistencial, e integrar a los equipos/profesionales asistenciales en los aspectos funcionales (especialmente de sistemas de información) y clínicos (gestión por procesos, gestión de enfermedades).

La red asistencial debe integrar diferentes recursos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, unidades de convalecencia, etc.) proporcionando asistencia con el servicio más adecuado (apoyo domiciliario, consulta, hospitalización de día, hospitalización convencional, unidades de media o larga estancia, hospitalización a domicilio, etc.), de tal forma que se garantice la calidad, continuidad e integridad de la atención de la forma más eficiente. En este contexto se considera relevante el soporte desde las UAAD del hospital de área de salud (incluyendo al regional, que generalmente desempeña también la función de “hospital de área”) a los hospitales locales, abarcando tanto la interconsulta a los servicios clínicos (medicina interna, cirugía, ginecología) de este ámbito en los procesos del aparato digestivo, como aquellas actividades que sea más eficiente realizarlas “in situ”

(29) La definición tiene relevancia para el sistema de reintegro por la actividad.



## 5.2. Bloques de procesos asistenciales del aparato digestivo

A efectos de este documento, se entiende por bloque de procesos asistenciales una **agrupación de procesos que comparten características similares en cuanto a su forma de presentación, gestión clínica, recursos sanitarios que utilizan, etc.** Para todos los grandes grupos de procesos del aparato digestivo se han elaborado guías de práctica clínica<sup>116,(30)</sup>. Una aproximación a la identificación de grandes bloques de procesos puede ser la siguiente<sup>(31)</sup>:

- Cáncer colorrectal (CCR) –incluye prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento–.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Enfermedades hepáticas.
- Enfermedades del páncreas y vías biliares.
- Enfermedades del tracto digestivo superior.
- Otros cánceres gastrointestinales.
- Trastornos motores y funcionales digestivos.
- Trastornos nutricionales. Obesidad mórbida.

## 5.3. Vinculación entre bloques de procesos asistenciales y unidades. Unidad multidisciplinar

A lo largo del documento **se utiliza el término unidad para referirse a estructuras organizativas que tienen muy distinta entidad dependiendo del hospital donde estén situadas, su cartera de servicios y el ámbito territorial (local, de área de salud, regional o suprarregional) que abarquen.** Las unidades 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) o intermedios (otras unidades sanitarias); sistema de información con indicadores de proceso y resultados.

<sup>(30)</sup> Guíasalud (<http://portal.guiasalud.es>) recoge un catálogo de guías que cumplen con criterios de calidad para ser utilizadas en el SNS.

<sup>(31)</sup> El listado propuesto se basa parcialmente en las aportaciones que la AEG ha realizado para la elaboración de este documento.

En el anexo 3 se recoge el ejemplo de composición de Unidades Multidisciplinares de CCR, en el anexo 4 la composición de las unidades multidisciplinarias del cáncer esófago-gástrico y las características de la unidad multidisciplinaria de cirugía bariátrica se describen en el anexo 5. Se pueden considerar otras unidades de carácter multidisciplinar de ámbito regional o suprarregional, como las del cáncer hepato-bilio-pancreático. Muchos de los criterios generales relativos a las unidades multidisciplinarias de cáncer, descritos en los apartados 5.3.1. y 5.3.2. son aplicables a otro tipo de unidades multidisciplinarias vinculadas a procesos no oncológicos (por ejemplo: unidades de patología biliopancreática; enfermedad inflamatoria intestinal, etc).

### 5.3.1. Estructura y funcionamiento de la unidad/equipo multidisciplinar<sup>(32)</sup>

El NHS en sus manuales para servicios de cáncer, realiza un conjunto de recomendaciones para conformar las Unidades/equipos multidisciplinarios para cada tipo de cáncer, así como un conjunto de criterios o medidas de desempeño generales<sup>117(33)</sup>, que se resumen en los siguientes puntos, que podrían ser aplicables en unidades o equipos multidisciplinarios que no estén relacionados con el cáncer:

- Un clínico, miembro del equipo nuclear, debe ser nombrado responsable/director/coordinador de la unidad multidisciplinaria. El papel de este responsable no implica necesariamente mayor antigüedad, experiencia o conocimiento.
- La unidad debe proporcionar los nombres de los miembros del equipo nuclear, con su papel dentro de la unidad.
- El equipo debe celebrar sus reuniones periódicamente<sup>(34)</sup>, se debe registrar la asistencia de los miembros nucleares del equipo y tener un procedimiento escrito que establezca la forma de manejar las derivaciones que requieren una decisión de planificación del tratamiento antes de la próxima reunión (por ejemplo, correo electrónico o llamadas telefónicas entre algunos miembros y discusión retrospectiva en la próxima reunión programada).

<sup>(32)</sup> Los apartados se corresponden a los apartados del mismo título del documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del área del cáncer, conteniendo, por tanto, las peculiaridades relativas al cáncer, mientras que las características generales pueden ser compartidas por otros tipos de unidades vinculadas a distintos procesos.

<sup>(33)</sup> Existen algunas variaciones en los criterios establecidos para los equipos de las distintas localizaciones del cáncer.

<sup>(34)</sup> Dependiendo del número de casos.

- Deben estar nominados los sustitutos de los miembros del equipo nuclear.
- Los miembros del equipo nuclear o sus sustitutos deben asistir al menos a dos tercios de las reuniones.
- Además de las reuniones regulares para discutir los pacientes individuales, el equipo debe reunirse por lo menos una vez al año para discutir, revisar, ponerse de acuerdo y registrar al menos algunas políticas operativas.
- La unidad multidisciplinaria debe tener una política que garantice que el médico de atención primaria responsable del paciente es informado del diagnóstico.
- Debe haber una política operativa mediante la cual, se garantice que se identifica a un sólo trabajador clave<sup>(35)</sup>,<sup>118</sup> para la atención al paciente. El nombre y número de teléfono del profesional clave en cada momento se registra en las notas del caso. La responsabilidad de garantizar que el trabajador clave es identificado debe ser de la enfermera miembro del equipo. En ocasiones el profesional clave puede ser común para el equipo multidisciplinario y el de cuidados paliativos.
- La unidad multidisciplinaria debe contar con al menos una enfermera con formación avanzada.
- La unidad multidisciplinaria debe establecer una lista de las responsabilidades de cada enfermera del equipo, que incluye lo siguiente: contribuir a la discusión multidisciplinaria y a la evaluación y decisión de planificación de la asistencia del paciente en las reuniones periódicas del equipo; proporcionar asesoramiento y apoyo de expertos en enfermería a otros profesionales miembros del equipo; participar en la auditoría clínica; liderar los aspectos relativos al cuidado e información al paciente y la gestión de casos, actuando como profesional clave, o como responsable de su nombramiento, para el paciente que se relacione con el equipo;
- La unidad multidisciplinaria debe establecer una lista adicional de responsabilidades con al menos alguna de las enfermeras del equipo, que incluye lo siguiente: contribuir a la gestión del servicio y desarrollar investigación en el área de competencias de enfermería.

<sup>(35)</sup> De acuerdo con la guía NICE<sup>118</sup> sobre cuidados paliativos, una profesional clave es una persona que, con el consentimiento del paciente, tiene un papel clave en la coordinación de la atención del paciente y la promoción de la continuidad (por ejemplo asegurar que el paciente conoce cómo acceder a la información y asesoramiento). Generalmente se trata de la enfermera gestora de casos.

- Al menos aquellos miembros del equipo que tienen contacto clínico con los pacientes deben haber recibido formación avanzada en habilidades de comunicación.

### 5.3.2. Funciones de la unidad/equipo multidisciplinar

La unidad debe facilitar a los pacientes la oportunidad de un registro permanente o un resumen de la consulta entre el paciente y el médico cuando se discuten los siguientes aspectos: diagnóstico, opciones y plan de tratamiento y acuerdos relevantes durante el seguimiento (por ejemplo, el alta).

El equipo debe ofrecer un registro permanente de las consultas realizadas a lo largo del proceso del paciente. La unidad debe recoger, la opinión del pacientes atendidos (encuesta, grupo focal, etc.). Los resultados de esta opinión deben ser discutidos en el seno del equipo.

La unidad debe ofrecer a pacientes y cuidadores información escrita que incluya: cartera de servicios, grupos para la participación del paciente y grupos de autoayuda, servicios que oferta de carácter psicológico, social y de apoyo disponibles, información específica sobre la enfermedad y sus opciones de tratamiento (incluyendo los nombres y las funciones/roles del equipo), propuesta de estrategia de seguimiento y propuesta de prevención en familiares con riesgo.

La unidad debe, en sus reuniones periódicas, poner de acuerdo al equipo en el plan de tratamiento y mantener un registro individual de los planes para cada paciente. El registro debe incluir: la identidad de los pacientes discutidos en la reunión y las decisiones de plan de tratamiento.

La unidad debe disponer de una guía de práctica clínica para la red de referencia para el equipo multidisciplinar<sup>(36)</sup>.

La unidad debe disponer de criterios para manejar las emergencias. La unidad debe disponer de criterios de derivación de pacientes a otro equipo.

La unidad debe ponerse de acuerdo en el mismo conjunto mínimo de datos con equipos multidisciplinarios. El conjunto mínimo de datos debe incluir los datos necesarios para: control de los tiempos de espera, registro.

Para cada ensayo o estudio de investigación el equipo deberá decidir integrarse o, en caso contrario, razonar su no participación.

<sup>(36)</sup> Los manuales del NHS para la unidad multidisciplinar del cáncer establecen que el equipo debe asumir el cumplimiento de las GPC nacionales, cuando existan.

## 5.4. Regionalización

La regionalización de servicios obedece a criterios de aseguramiento de la calidad asistencial pues, como se ha comentado en el apartado 4.10, existe suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos médicos y quirúrgicos. Asimismo, consideraciones de eficiencia pueden justificar decisiones de regionalización (por ejemplo, número de profesionales para mantener un sistema de atención continuada las 24 horas, 365 días al año; número de estudios para obtener el óptimo rendimiento de un equipamiento).

**La relación entre regionalización de la asistencia especializada y el desarrollo de recursos hospitalarios a nivel local no es una opción entre alternativas contradictorias.** La concentración de tecnología y experiencia son precisos para lograr la máxima calidad, seguridad y eficiencia en el uso de los recursos, pero también para garantizar la equidad (acceso a la misma calidad de las prestaciones para la misma necesidad). De forma complementaria, mientras algunos servicios necesitan ser centralizados, otros deben continuar siendo provistos en los hospitales locales, e incluso en ámbitos más próximos al entorno del paciente. La creación de redes integrales de asistencia debe permitir el apoyo de gastroenterología en hospitales locales/áreas de salud de pequeño tamaño poblacional desde UAAD que tengan un ámbito poblacional suficiente para garantizar su calidad, seguridad y eficiencia<sup>119,(37)</sup>.

El Servei Català de la Salut recomendó un número mínimo de procedimientos quirúrgicos, relacionados con la cirugía del cáncer, para garantizar la calidad y seguridad<sup>(38)</sup>. La estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud señala la necesidad de regionalización de procedimientos de elevada complejidad y baja frecuencia. En el documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del área del cáncer se recoge una aproximación a aquellos procedimientos que deberían referirse a un ámbito regional ( $\cong$  1 millón de habitantes) o suprarregional, correspondiendo los siguientes al ámbito del aparato digestivo:

<sup>(37)</sup> El informe de la BSG recomienda un especialista en aparato digestivo cada 40.000 habitantes, lo que supondría un equipo de 6 especialistas para un hospital que tuviera como referencia un área de salud. La ratio puede ser superior en España, pues en el Reino Unido enfermeras entrenadas (enfermeras endoscopistas) realizan un número significativo de endoscopias de rutina (esófago-gastroscofia diagnóstica y sigmoidoscopia), con independencia de que en un futuro se prevea la introducción de esta figura en la sanidad española. El equipo de la UAAD puede tener su base en el hospital de área atendiendo a las necesidades de los hospitales vinculados a él mediante desplazamientos programados para realizar las interconsultas y procedimientos que se deban realizar en el hospital local.

<sup>(38)</sup> Documento de estándares y recomendaciones del área del cáncer<sup>108</sup>.

**Tabla 5.2. Procedimientos oncológicos digestivos de ámbito regional y suprarregional**

Procedimientos	Nº mínimo de procedimientos	Población de referencia
Cirugía con intención curativa de neoplasias de páncreas	≥ 11	≥ 2 millones de habitantes
Cirugía con intención curativa de neoplasias de esófago	≥ 6	60 casos, para una población ≥ 1 millón de hab. Es el número adecuado de procedimientos de la unidad multidisciplinar de cáncer esófago-gástrico.
Cirugía con intención curativa de neoplasias de estómago	≥ 11	60 casos, para una población ≥ 1 millón de hab. Es el número adecuado de procedimientos de la unidad multidisciplinar de cáncer esófago-gástrico.
Cirugía con intención curativa de neoplasias de recto	≥ 12	50 casos, para una población ≥ 2 millones de hab. Es el número adecuado de procedimientos de la unidad multidisciplinar de cáncer de recto.
Cirugía con intención curativa de metástasis hepáticas	≥ 11	≥ 2 millones de habitantes

La AEG ha elaborado para este documento una propuesta de regionalización de la atención a pacientes con procesos del aparato digestivo<sup>120</sup>. Basado en esta propuesta, una aproximación orientativa a una red asistencial de UAAD sobre bases regionales ajustada al esquema territorial de la Ley General de Sanidad puede ser la que se despliega en la tabla 5.3.

**Tabla 5.3. Regionalización de las unidades asistenciales del aparato digestivo**

Ámbito/Nivel asistencial	Actividad/Observaciones
Atención primaria	Prevenición factores de riesgo. Participación en el cribado poblacional del CCR. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes del aparato digestivo, con criterios de derivación acordados entre el equipo y la unidad asistencial del aparato digestivo de referencia. Diagnóstico precoz del cáncer y remisión al profesional del equipo multidisciplinar que sea el referente para cada bloque de procesos. Seguimiento y apoyo (plan de actuación conjunta) de los casos complejos con la unidad asistencial del aparato digestivo de referencia.
Hospital/ámbito local/comarcal < 100.000 habitantes	Apoyo a la atención primaria en el diagnóstico precoz y seguimiento de pacientes con cáncer y enfermedades crónicas del aparato digestivo. Medicina interna. Cirugía general. Tratamientos biológicos en hospital de día (si indicado por la UAAD y con supervisión de su personal). Equipo de soporte domiciliario. Rehabilitación.

Apoyo desde las UAAD del área de salud

**Tabla 5.3. Regionalización de las unidades asistenciales del aparato digestivo**

Ámbito/Nivel asistencial	Actividad/Observaciones
Hospital de área de salud ≅ 250.000 hab.	Atención aguda y de emergencia. Realización de procedimientos no regionalizados (capítulo 7. Cartera de servicios). Unidad multidisciplinaria del CCR. Gestión de casos. Unidad de cuidados paliativos de media/larga estancia <sup>7</sup> . Rehabilitación.
Regional ≥ 1 millón de hab.	Realización de procedimientos regionalizados (capítulo 7. Cartera de servicios). Unidad multidisciplinaria (vincula a profesionales que desarrollan su actividad principal en el ámbito del hospital de área de salud): Cáncer de recto. Esófago-gástrica. HPB. Enfermedad inflamatoria intestinal. Trastornos de la motilidad. Unidad de cuidados paliativos de corta estancia <sup>7</sup> .
Suprarregional	Cirugía cáncer esófago-gástrica. Cirugía cáncer HPB. Cirugía bariátrica. Realización de procedimientos de ámbito suprarregional (Tabla 5.1.). Unidades multidisciplinarias más sub-especializadas que las propuestas en el apartado 5.2.

Nota: los procedimientos realizados en ámbitos de población más reducidos se consideran incorporados en ámbitos más amplios. HPB: hepato-pancreático-biliar.

## 5.5. Estructura de gestión de la red de UAAD. Institutos o áreas de enfermedades del aparato digestivo

A lo largo del documento se utiliza el término unidad para referirse a estructuras organizativas que tienen muy distinta entidad dependiendo del hospital donde estén situadas, su cartera de servicios y el ámbito territorial que abarquen (local, de área de salud, regional o suprarregional). En el apartado 5.1 se ha hecho mención a los atributos de las unidades asistenciales. Se utiliza la ordenación de las UAAD específicas en: médica (UMAD), endoscopia (UDED) y quirúrgica (UCAD); esta ordenación no implica una clasificación jerárquica o administrativa, sino una aproximación funcional para poder abordar de forma sistemática las especificidades de cada una de estas unidades.

La estructura organizativa y de gestión de las UAAD, así como su agregación en unidades menos diferenciadas o su segmentación en otras más especializadas, dependerá de la organización y del sistema de gestión del ser-

vicio de salud, hospital o entidad (público o privada) en donde se inserten. Los aspectos específicos de la organización y gestión se tratan en los correspondientes apartados de este documento. Los atributos de una unidad requieren de la creación de una cierta estructura por lo que la agregación o diferenciación de las unidades se debe basar en la solución más eficiente en cada contexto. La creación de “institutos” o “áreas” de enfermedades del aparato digestivo, han mostrado eficacia en el manejo de recursos y en la mejora de la calidad asistencial<sup>121,122</sup>. El modelo organizativo de práctica asistencial de los institutos se basa en la coordinación-cooperación efectivas entre unidades y niveles asistenciales para lograr una mejor atención a los pacientes y una mayor satisfacción de los usuarios y profesionales.

En el marco de la creación de la red asistencial y la regionalización de la asistencia a pacientes con enfermedades del aparato digestivo (creación de “institutos”) se propone que:

1. Debe definirse y desarrollarse una estructura de gestión para la red de UAAD, con independencia de que cada una de las unidades asistenciales del área en la red mantenga su propia entidad. La estructura de gestión de la red debe contar con un director o coordinador (de entre los profesionales de las UAAD), así como un responsable de enfermería y un órgano colegiado en el que estén representadas todas las unidades integradas en la red. En ocasiones puede ser de interés desarrollar asociaciones más amplias (diagnóstico por la imagen, endocrinología, etc.)<sup>(39)</sup>.
2. La organización de la red de UAAD debe desarrollar los protocolos de atención, la integración, coordinación y desarrollo de la red asistencial y la discusión de casos con un enfoque pluridisciplinar, garantizando la calidad de la asistencia y seguridad del paciente.
3. La red de UAAD debe promover la formación continuada de los profesionales y el desarrollo de actividades de docencia y de investigación, innovación y desarrollo.
4. Si se configura como una unidad de gestión (área, instituto, etc.), su director debe tener autoridad y responsabilidad sobre el presupuesto, una remuneración adecuada, responder de su gestión y disponer de sistemas adecuados de información y soporte administrativo. Para ello es aconsejable asignar un responsable de otros servicios del hospital (económico-financiero, personal, servicios generales, etc.) como apoyo de la unidad de gestión, o que ésta los incorpore dentro de su plantilla.

<sup>(39)</sup> Por ejemplo si se refiere a las enfermedades del aparato circulatorio, integrando las cerebrovasculares y el vascular periférico.



5. Se considera relevante el soporte desde las UAAD del hospital de área de salud al hospital local. La vinculación entre el especialista de aparato digestivo y los médicos de atención primaria, dentro de un entorno geográfico y poblacional determinado, puede permitir un marco de funcionamiento más eficaz para ambos ámbitos asistenciales. Esta relación se debería extender, en ámbitos geográficos y poblacionales dispersos, al apoyo a los “hospitales locales”; en cuyo caso debería abarcar tanto la interconsulta a los servicios clínicos (especialmente de medicina interna) de este ámbito en los procesos del aparato digestivo, así como aquellas actividades que sea más eficiente realizarlas “in situ”.
6. Las UAAD de carácter regional (unidades monográficas de cáncer colorrectal, patología hepato-bilio-pancreática o cirugía bariátrica, por ejemplo), deben garantizar a todos los pacientes de ese ámbito geográfico y poblacional un acceso equitativo a sus prestaciones, con instrumentos de gestión de la demanda, garantía de calidad, etc. en este ámbito territorial. Deben implantarse sistemas para el retorno precoz del paciente transferido a estas unidades a su centro de origen, para evitar estancias innecesarias en el hospital de referencia.
7. La implantación de la EC-SNS y, por tanto, la creación de unidades multidisciplinares del cáncer, se benefician del desarrollo de una estructura de gestión de la red asistencial para los bloques de procesos conformados por cada tipo de cáncer, con los atributos que se han mencionado en los apartados 5.3.1. a 5.3.3.
8. La historia clínica compartida, la utilización de las TIC (teléfono móvil, correo electrónico, videoconferencia, etc.) y los sistemas de transporte son recursos esenciales para el desarrollo de las redes asistenciales (“institutos”) de las UAAD.

## 5.6. Manuales de organización y funcionamiento

La necesidad de dotarse de un manual, frecuentemente se visualiza como un requerimiento meramente administrativo. Sin embargo, es útil que en cada unidad, cada miembro de la plantilla reciba un manual que suministre información sobre los objetivos del servicio, su plantilla, su estructura de gestión, sus comités, uniformes y disciplina, líneas de responsabilidad y comunicación, directrices éticas, etc. El manual debe facilitar al personal clínico un

sentimiento de pertenencia. Las UAAD dispondrán de un manual de funcionamiento en el que se refleje el organigrama, la cartera de servicios, los protocolos, la disposición física de la unidad, los recursos estructurales y de equipamiento, la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales y la estructura del sistema de Información.

## 5.7. Tecnología de la Información y Comunicaciones (TIC)

En el marco descrito en este capítulo, promoviendo el desarrollo de redes asistenciales y regionalización de la asistencia, es preciso asegurar una comunicación eficaz y continuada entre los distintos recursos. La historia clínica compartida es un instrumento relevante para la buena comunicación entre los distintos profesionales, equipos, instituciones y ámbitos en los que se desenvuelve la atención integral a los pacientes con enfermedades digestivas.

Además de la historia clínica compartida, la utilización de tecnología de la información fácilmente accesible, como el teléfono móvil, el correo electrónico y la videoconferencia, deben facilitar la comunicación e intercambio de información entre los diferentes nodos de la red. Las UAAD deben asegurarse de disponer de estos recursos así como que existan en otros ámbitos que conforman la red: atención primaria, hospitales “locales”, etc. A los objetivos de compartir la información y garantizar la comunicación, se debe añadir el de evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes<sup>(40)</sup>.

La utilización de la historia clínica electrónica (EHR= *Electronic Health Records*) o “compartida”, según muestran los resultados de algunos estudios, puede incrementar de manera no significativa el tiempo de atención a los pacientes, especialmente en las consultas externas, frente al trabajo con soporte en papel<sup>123</sup>, mientras que puede contribuir en la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial, así como la disminución del número de errores<sup>124,125</sup>.

Es un objetivo del documento de estándares mejorar los resultados de calidad, incluyendo la transparencia de la información. Para ello es imprescindible que la red asistencial cuente con un sistema de información basado en estándares de documentación, nomenclatura, intercambio de datos (HL7) y de imágenes (DICOM), de modo que se garantice la disponibilidad de los datos para la toma de decisiones clínicas, así como para la comunica-

<sup>(40)</sup> En el desarrollo del sistema de comunicación se debe considerar el cumplimiento de los requisitos de confidencialidad y privacidad establecidos por la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

ción con el sistema de información del hospital, información obligatoria para las autoridades sanitarias, datos para facturación económica, etc. Debe preverse dentro de la red asistencial, la definición del acceso a la información, por ejemplo, el acceso a la información del paciente desde el hospital o atención primaria que envía a los pacientes a las UAAD de referencia; y el registro de información correspondiente a seguimientos, eventos, etc. En este momento, en general cada hospital tiene su sistema de información clínica independiente, con la información de los pacientes atendidos en el mismo. La red de UAAD, que trasciende los límites estrictos de los hospitales, no puede plantear sistemas de información absolutamente independientes para recoger/compartir información de los pacientes que circulan dentro de la red. El sistema de información de las UAAD debería estar abierto para los centros que configuran la red asistencial.

La configuración descrita de la información clínica en soporte electrónico introduce sin duda cambios en la forma en que el personal sanitario atiende a los pacientes, pero también en los procedimientos de custodia de la información. Es posible que sea necesaria una infraestructura (que puede existir ya en el hospital), para el mantenimiento de los servidores de información, realización de copias de seguridad, mantenimiento de la red, actualización del sistema de información, que debería ser objeto de gestión de la red asistencial.

En relación con el desarrollo de las TIC, se introduce la posibilidad de nuevos modelos asistenciales, que permiten la monitorización de determinados parámetros clínicos de los pacientes, a través de equipos instalados en sus domicilios que transmiten la información evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes.

El sistema de información debería contemplar los protocolos de comunicación necesarios para incorporar la información relevante de los seguimientos domiciliarios, pasando del “seguimiento remoto” a la “gestión remota del paciente”. Es decir, permitir que distintos parámetros sean controlados por diferentes unidades y facultativos, con un mínimo soporte común que permite detectar precozmente situaciones clínicas que pueden requerir la actuación/intervención del personal sanitario.

## 5.8. Sistema de información y gestión de pacientes

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los requerimientos de: gestión de pacientes, gestión económica-administrativa y evaluación.

La admisión y citación de pacientes debe estar integrada en el servicio de admisión y citas central del hospital. La identificación del paciente debe ser inequívoca y se recomienda una política de identificador único. Deberá evitarse la introducción manual de datos y exigirse la incorporación de los datos mediante las listas de trabajo emitidas por el sistema de información del hospital.

Cuando se solicite una consulta (por ejemplo, por el médico de atención primaria), en la solicitud (idóneamente mediante cita electrónica) el médico solicitante hará constar el motivo por el que pide el estudio así como algunos datos clínicos de interés. Se recomienda estructurar los motivos de solicitud. En el registro de pacientes atendidos se harán constar los datos para la identificación inequívoca del paciente, la fecha en la que ha sido atendido, los estudios que se han realizado en la unidad y el nombre del médico que los ha realizado.

Deberán atenderse los criterios locales de gestión de esperas. Se recomienda la introducción de criterios de lista de espera por procesos asistenciales en vez de por técnicas o procedimientos.

Todos los informes generados serán volcados en la red del hospital y asignados a la historia del paciente. Se adoptarán las medidas organizativas y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos, previstos en la Ley Orgánica de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Todo paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el caso concreto de la gestión de la información del paciente generada fuera del hospital, es posible que sea necesario recoger en un documento específico el consentimiento del paciente para el envío de información a través de Internet, envío de informes y/o actuaciones a través de medios electrónicos o teléfono móvil, etc.

La cesión de datos relativos a los pacientes requerirá el consentimiento expreso de los afectados, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria vigente.

El sistema de información debe poder incorporar un cuadro de mando de objetivos económicos, en el que se contemple el presupuesto de los servicios y unidades, así como pactos individualizados de consumos si los hubiera. Esta información se aplicaría tanto a la UAAD de forma individual como a la red, y podría elaborarse para el conjunto de la red (siendo cada una de las unidades centros de gestión) en el caso de que ésta tuviera entidad como unidad de gestión (área, instituto, etc.). De forma periódica, el sis-

tema debería obtener de los datos del hospital el estado actual de gastos del área y actualizar dicho cuadro de mandos. La información económica debería generar una “cuenta de resultados” periódica, como parte del cuadro de mandos.

Es importante que el sistema de información contenga un módulo para gestión del personal, dentro de las capacidades de gestión que le sean transferidas a las unidades y –si se configura como una unidad de gestión a la red– en todo caso debería informar sobre el personal adscrito (incluyendo residentes, becarios, personal investigador, etc.), su tipo de vinculación, etc.



## 6. Recursos clínicos polivalentes

El presente capítulo está dedicado a describir las relaciones entre las UAAD específicas con aquellas unidades y recursos clínicos no específicos, como atención primaria, o potencialmente no específicos, incluyendo en este concepto aquellos que, como las unidades de hospitalización, de urgencias, etc. pueden servir de soporte asistencial o prestar asistencia a pacientes con otros procesos distintos a los del cáncer, o aquellas unidades que, formando parte incluso del núcleo de los equipos multidisciplinares, sirven de soporte y/o atienden a otros procesos, como pueden ser las unidades de diagnóstico por la imagen, anatomía patológica, etc. Los recursos y unidades que se analizan en este capítulo, en cuanto a sus especificidades en relación con el aparato digestivo son: atención primaria, hospital de día, urgencias hospitalarias, hospitalización convencional, unidad de cuidados intensivos y el bloque quirúrgico.

### 6.1. Consulta externa. Relación con atención primaria

No existen datos agregados para el conjunto del SNS en relación con las demandas de frecuentación de consultas externas de digestivo, ni la relación entre primeras consultas y sucesivas. La BSG estimaba entre el 7,8% y el 10%, el porcentaje de consultas al médico general por problemas digestivos y el 10% de las derivaciones a atención especializada. Estos datos pueden ser diferentes en España<sup>49</sup>. El establecimiento de criterios consensuados de derivación contribuye a la mejor gestión de la demanda<sup>(41)</sup>.

<sup>(41)</sup> La difusión pasiva de protocolos de derivación y la incentivación económica aislada no se han mostrado eficaces en la adecuación de la derivación. Estudios realizados en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) encaminados a evaluar la adhesión al protocolo de derivación desde atención primaria a especializada en cirugía del aparato digestivo, han mostrado tasas medias de cumplimiento del 67,2%. Los protocolos habían sido previamente consensuados. El porcentaje de cumplimiento fue variable según la patología, elevado para la colelitiasis (79,6%), la hernia inguinal (75%) o la patología anorrectal (89,4%); más reducido para la sintomatología sospechosa de patología funcional digestiva como el reflujo gastroesofágico (39,3%) o la incontinencia anal (42,3%). Los médicos de atención primaria que mayor número de pacientes derivan a la atención especializada son los que tienen menor adhesión al protocolo de derivación. En este sentido, la realización de una segunda opinión en atención primaria, permite reducir un 30% las derivaciones. Es esencial la creación de formularios de derivación bien estructurados. José M<sup>a</sup> Fernández-Cebrián (comunicación personal).

El trabajo conjunto con atención primaria, especialmente para el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas debería situar la relación consultas primeras: consultas sucesivas en 1:1 para interconsulta con atención primaria, y 1:3 para diagnóstico <sup>(42)</sup>; para ello es recomendable que los médicos de atención primaria puedan contar con el apoyo de un especialista consultor definido, así como la protocolización del manejo de las enfermedades de preferencia clínica. La estratificación del riesgo de CCR, la implantación de programas de cribado, el establecimiento de circuitos rápidos ante la sospecha de cáncer, así como el seguimiento y control a largo plazo de pacientes que han sido tratados de cáncer, requieren asimismo la colaboración entre atención primaria y las UAAD<sup>49,126</sup>. La BSG estima 20-30 minutos las primeras consultas y 10-15 minutos las revisiones.

Existen varias alternativas de asistencia al paciente ambulatorio, cuya idoneidad depende del motivo de su implantación, de la cultura asistencial local y de las relaciones finales entre los actores del proceso. Como norma general se recomiendan estrategias tendentes a modificar el concepto tradicional o percepción de tarea menor o de bajo perfil asistencial de la consulta ambulatoria, adecuar la demanda y valorar el proceso asistencial con inicio y finalización que permita una gestión eficiente y reduzca la dependencia prolongada del paciente con la unidad especializada.

Deben propiciarse otras formas de interrelación y trabajo conjunto entre atención primaria y las UAAD como la interconsulta (por vía telefónica o correo electrónico), sesiones clínicas, etc. Se deben evitar las derivaciones, citas y revisiones meramente burocráticas, como las revisiones en fase estable y las citas para concertar exploraciones, entregar informes o cumplimentar recetas, de forma que el paciente tras su salida de las consultas externas o del hospital lleve tramitadas las peticiones de cuantas pruebas complementarias se deba realizar el paciente, así como la programación de recetas necesarias hasta la próxima revisión programada por el especialista, evitando así las consultas meramente burocráticas en el primer nivel asistencial y su sobrecarga, mejorando la atención sanitaria. La estructura administrativa de la unidad debe estar centrada en el paciente y se debe evitar que el paciente gestione mediante sus recursos los trámites administrativos.

Se considerará un valor añadido la realización de consulta de alta resolución, denominándose así a la consulta primera en la que se realicen, en el mismo acto, las exploraciones complementarias necesarias, llegando a un diagnóstico y estableciéndose un tratamiento, siempre que la patología y las exploraciones lo permitan. Con este sistema el paciente no debe regresar para recoger resultados o para prescribir un tratamiento y se alcanza mayor

<sup>(42)</sup> El *Royal College of Practitioners* estima una relación primeras/sucesivas de 1:3 en la unidad de gastroenterología<sup>119</sup>.



eficiencia en la gestión de las visitas, se beneficia al paciente por cuanto se evitan desplazamientos y se agiliza el tiempo hasta la obtención de los resultados y su prescripción terapéutica.

## 6.2. Hospital de día<sup>3</sup>

La unidad de endoscopia digestiva, así como eventualmente determinadas exploraciones, deben disponer de puestos de hospitalización de día, que permitan la recuperación del paciente y ser dados de alta a su domicilio o al centro de procedencia el mismo día de la exploración. Asimismo las UAAD requieren el apoyo del hospital de día para administrar determinados tratamientos (hierro i.v, terapias biológicas, transfusiones, etc.).

## 6.3. Urgencia hospitalaria<sup>9</sup>

El desarrollo de una atención sistemática al paciente crónico complejo y de un sistema integral de urgencias modifica de forma importante la relación de las UAAD con la unidad o servicio de urgencia hospitalario, en el sentido de evitar tanto las demandas innecesarias a urgencias, por derivación o acceso espontáneo del paciente, como las demoras de su atención en esta unidad.

## 6.4. Hospitalización convencional<sup>8</sup>

La hospitalización convencional se realiza en unidades de enfermería de hospitalización polivalente de agudos (UEH), que se define por ser una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos, no requieren soporte respiratorio avanzado o básico ni soporte a uno o más órganos o sistemas, y que se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (principalmente cuidados de enfermería y también de hostelería) a los pacientes que son atendidos (diagnóstico y/o tratamiento) por los servicios clínicos, generalmente médicos o quirúrgicos, y para cuyo correcto funcionamiento precisa de la integración y coordinación con prácticamente la

totalidad de las restantes unidades del hospital<sup>8</sup>. Algunas de las recomendaciones del documento de estándares y recomendaciones de las unidades de enfermería de hospitalización polivalente de agudos, que aplican a pacientes ingresados con enfermedades del aparato digestivo son las siguientes:

- Se debe garantizar al paciente ingresado: la asignación, presentación e identificación del médico responsable de su atención; la asignación, presentación e identificación de la enfermera responsable de su atención en cada turno; la evaluación inicial de enfermería y el registro de constantes vitales en el momento de su ingreso; el plan de monitorización que especifique las constantes y parámetros que deben ser registrados y su frecuencia.
- Se recomienda la utilización de un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control del paciente en UEH.
- La colaboración entre el servicio de cuidados críticos y la UEH para asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la unidad de atención mediante el servicio ampliado de cuidados críticos.
- La comunicación efectiva entre los profesionales implicados en la atención al paciente, especialmente en la visita diaria, el cambio de turno, el traslado de pacientes entre unidades y al alta del paciente.
- El pase de visita multidisciplinar debe formar parte de la rutina asistencial, por lo que debe haber un acuerdo entre profesionales para su realización. Es recomendable que el pase de visita comprenda al médico y a la enfermera responsables de la atención al paciente, al menos. La práctica diaria del pase de visita como medida para la calidad, seguridad y eficiencia de la asistencia en la UEH, lo que incluye su realización los sábados, domingos y festivos, evitando de esta manera la permanencia en la UEH del paciente en condiciones de ser dado de alta y una vez finalizado el proceso asistencial de acuerdo con el protocolo/vía clínica establecido. Se recomienda que el pase de visita se realice a primera hora de la mañana, lo que permitiría tramitar el alta cuando se produce mayor demanda de ingreso desde urgencias.
- Estandarizar y planificar el proceso de alta. Se debe ajustar la duración de la estancia en hospitalización convencional al tiempo estrictamente necesario, apoyándose en una red asistencial que incluye la atención primaria, la asistencia a domicilio, la consulta de alta resolución, la hospitalización de día o las unidades de convalecencia, que permite centrar en la hospitalización de agudos una atención intensiva, evitando estancias inadecuadas.

La enfermera responsable de la sala debe tener formación en enfermedades del aparato digestivo. Una relación especialista de aparato digestivo por paciente ingresado de 1:10-12 puede ser razonable<sup>(43)</sup>. Las especificidades en el manejo de este tipo de pacientes hacen aconsejable que siempre que se garantice una demanda asistencial suficiente –hospitales con ámbito poblacional de área de salud o superiores–, se dediquen unidades de enfermería para la atención a los pacientes con enfermedades del aparato digestivo.

En las UAAD de ámbito regional se puede considerar, en función de la demanda, la dotación, dentro de la hospitalización convencional, de unidades de nivel de cuidados 1, destinadas al manejo de las formas graves de enfermedad del aparato digestivo (hemorragia digestiva, pancreatitis aguda). Estas unidades se corresponden con un nivel de cuidados 1 de la Critical Care Society<sup>127</sup>. En este tipo de UEH la relación entre pacientes y plantilla de enfermería debe ser menor que la habitual, pudiendo situarse en el entorno de los 6-8 pacientes por equipo de enfermería (una enfermera y una auxiliar) en turnos de día y 12-13 pacientes en turnos de noche; asimismo la relación gastroenterólogo por paciente ingresado debe ser superior a la del nivel de cuidados 0 (1:10-12)<sup>(44)</sup>. La unidad de nivel de cuidados 1 de gastroenterología requiere adicionalmente<sup>128</sup>: profesionales de enfermería y gastroenterólogos específicamente entrenados en cuidados críticos, sistema de monitorización continua de constantes, incluida presión venosa central, equipamiento específico para sistemas de nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y parenteral por vía central, endoscopista expertos en técnicas de hemostasia, equipo de cirujanos y radiólogos vasculares intervencionistas para el tratamiento de rescate urgente de la hemorragia refractaria.

## 6.5. Cuidados críticos/intensivos<sup>10</sup>

La UCI deberá cumplir los estándares y recomendaciones para este tipo de unidad, entre los que se encuentran:

- La existencia de un director de la unidad de cuidados críticos.
- La existencia de un responsable de presencia física las 24 horas del día.

<sup>(43)</sup> Residentes de 4º y 5º año, computarían con un 50% de equivalente a tiempo completo. Se ha calculado una relación de 1:10 para una estancia media de 5 días. Si fuera superior, la relación tenderá a 1:12.

<sup>(44)</sup> Los residentes de 4º y 5º computarían como un 50% de equivalente a tiempo completo. La existencia de este tipo de unidades debe acompañarse de la presencia de un gastroenterólogo de guardia.

- La existencia de una responsable de enfermería de la unidad, responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la misma.
- La asignación de una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno. La relación paciente/enfermera dependerá del mix de complejidad de los pacientes atendidos en la unidad.
- La existencia de un sistema formalizado de intercambio de información entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente durante los cambios de turno, así como el alta en la UCI, y el traslado del paciente a otras unidades.
- Criterios explícitos de admisión y alta del paciente.
- La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos/realizados en la unidad.
- El cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y atención a los derechos del paciente. Existencia de protocolos para asegurarse el cumplimiento sistemático de estos estándares.
- La existencia de un sistema formalizado de pase de visita conjunto entre médico y enfermera, responsables de la atención al paciente, así como –en su caso– otros profesionales (dietista, farmacéutico, especialistas consultores, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.).
- Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.

## 6.6. Bloque quirúrgico<sup>6</sup>

Los quirófanos o sesiones quirúrgicas dedicadas a cirugía del aparato digestivo dependerán del volumen de casos atendidos y participan de las mismas características, en cuanto a sus estándares y recomendaciones, que el bloque quirúrgico general en el que están incluidos. El presente documento se remite a aquél para consulta. Algunos aspectos relevantes relativos a la organización y gestión del bloque quirúrgico aplicables a la cirugía del aparato digestivo son los siguientes:

- Los efectos adversos relacionados con el proceso quirúrgico representan el 40% de todos los efectos adversos informados en los hospitales. Las buenas prácticas en términos de seguridad del paciente requieren una organización orientada a la gestión del riesgo.

- La OMS ha desarrollado un manual para la implantación del listado de comprobación de la seguridad en cirugía (Surgical Safety Checklist), que ha sido adoptado por la AEC.
- Una comunicación eficaz en toda la organización es un elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano. La cultura organizativa debe hacer énfasis en el trabajo en equipo sustituyendo la relación jerárquica por la del liderazgo.
- Para ayudar a los hospitales a reducir las equivocaciones de paciente, área o procedimientos equivocados, la *Joint Commission* ha creado un protocolo universal, que está integrado por los siguientes componentes: 1. Realizar un proceso de verificación preoperatorio; 2. Marcar el área de incisión/intervención para identificarla de forma inequívoca; y 3. Realizar un proceso de verificación inmediatamente antes de comenzar el procedimiento. La *National Patient Safety Agency* y el *Royal College of Surgeons of England* recomiendan el marcado preoperatorio para indicar claramente el área quirúrgica para procedimientos quirúrgicos programados.
- La infección de localización quirúrgica representa el 14% de las infecciones nosocomiales. Su prevención comporta una estrategia basada en implementar unos principios higiénicos básicos para evitar la transmisión de microorganismos. El *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) ha publicado recientemente una guía para la prevención de la infección de localización quirúrgica.
- La evidencia reciente demuestra que el lavado sin cepillado puede ser tan o más eficaz que el lavado con cepillado tradicional. El MSC ha elaborado una publicación en la que se resumen las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria.
- En relación con los factores ambientales, los elementos más relevantes son: calidad del aire y ventilación, limpieza del quirófano, limpieza del equipamiento y limpieza de la ropa. La presurización del área de BQ debe garantizar que el movimiento del aire se dirige desde los espacios más limpios a los menos limpios.
- Varios estudios han demostrado que la tasa de infección es inferior en pacientes que no han sido rasurados. Cuando una organización elabora una política sobre la eliminación del vello, debe considerar este procedimiento solo cuando sea necesario. No deben utilizarse cuchillas de afeitar, que deberían eliminarse en todo centro sanitario.
- Los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) han publicado unas directrices para prevenir la infección nosocomial. La eficacia del uso de antibióticos descansa en tres factores críticos: 1. La adecua-

da selección del antibiótico; 2. El momento adecuado para la primera dosis, que debe suministrarse no más de 30-60 minutos antes de la incisión quirúrgica, y 3. El momento adecuado para suspender la profilaxis, que deberá estar también contemplado en el protocolo.

- NICE ha publicado recientemente una guía de prevención de la trombosis venosa profunda que recomienda, para aquellos pacientes con factores de riesgo, medidas de prevención mecánica combinada con heparina de bajo peso molecular. Se debe disponer de un protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos antiagregantes y anticoagulantes, pues es uno de los problemas que más incidentes causa y que es causa frecuente de cancelaciones de la cirugía.
- Se debe evitar el almacenamiento de soluciones hiper o hipotónicas o con potasio en el BQ. Estas soluciones deben estar centralizadas en el servicio de farmacia y solicitarse para su utilización individual.
- Se recomienda disponer de buenas prácticas para el recuento de gasas, agujas e instrumentos. Los pacientes con mayor riesgo de retención de cuerpos extraños son los que experimentan cirugía de urgencia, sufren una alteración no planificada en el procedimiento quirúrgico y los que tienen un elevado Índice de Masa Corporal (un 10% por cada unidad de incremento del IMC).
- Se debe maximizar la polivalencia de los quirófanos. Se recomienda que, en general, no se asignen quirófanos por especialidad, distribuyendo las sesiones quirúrgicas en función de los criterios de programación.
- El centro con BQ debe conocer los tiempos medios de sus procedimientos quirúrgicos y disponer de la información adecuada para establecer una buena gestión de su programación quirúrgica.
- El paciente que accede al BQ puede proceder de su domicilio, del servicio de urgencias o de la sala de hospitalización. Es aconsejable programar la actividad quirúrgica evitando esperas innecesarias, especialmente en el paciente quirúrgico procedente de su domicilio, que debe disponer de un espacio destinado específicamente para la espera.
- En el área de preparación prequirúrgica se seguirá un protocolo de recepción de pacientes que incluya la comprobación de la identidad del paciente (pulsera identificativa con los datos del paciente, diagnóstico y procedimiento quirúrgico) y la revisión de la historia clínica completa y pruebas complementarias.
- Todo paciente que haya sufrido un procedimiento anestésico debe tener planificado, por parte del anestesiólogo, el área de destino

más probable tras la intervención y el protocolo específico de recuperación anestésica.

- Para conseguir un buen rendimiento de quirófanos es importante que el primer caso del día comience a la hora prevista, que el tiempo entre caso y caso sea mínimo, que la tasa de cancelaciones sea baja, que los errores de programación sean escasos y la programación esté bien ajustada.
- Se debe procurar la máxima utilización del BQ. Un objetivo razonable para la utilización de los quirófanos programados podría ser de diez horas los días laborables (siete horas los viernes), lo que permitiría una utilización de 47 horas por quirófano y semana.
- La tasa de cancelaciones puede reducirse utilizando un adecuado protocolo preoperatorio, desarrollando una gestión integral del proceso, incorporando a todas las partes implicadas en el mismo, y dotando de un área de preparación preoperatoria para ingresos el mismo día de la cirugía.
- Es importante que cada paciente sea trasladado a la unidad en la que pueda recibir el nivel de cuidados adecuado a su situación y a la intervención realizada, para evitar traslados posteriores y para que una prolongación de su estancia en la unidad no impida el acceso a la misma de otros pacientes y sea motivo de suspensión de actividad quirúrgica.
- La *National Enquiry into Patient Outcome and Death* (NCEPOD) ha publicado varios informes demostrando que existe un mayor riesgo de muertes perioperatorias cuando el paciente había sido intervenido por la noche (a partir de las 21:00 horas), recomendando diferir la cirugía para realizarla dentro de las primeras 24 horas (cirugía urgente), siempre que sea posible.
- El *Royal College of Surgeons of England* ha propuesto una mayor centralización de los servicios de urgencia quirúrgicos, con mayor cobertura poblacional, y hacer factible la disponibilidad de un servicio de referencia para las urgencias con quirófanos dedicados las 24 horas a operaciones de urgencia.
- El 80% de las urgencias quirúrgicas pueden ser atendidas durante el día laboral normal, siempre que se provea de sesiones quirúrgicas especialmente dedicadas a esta actividad, adecuadamente dotadas de recursos humanos y de equipamiento.

En el anexo 7 se recogen las necesidades de equipamiento de un quirófano de cirugía del aparato digestivo, que hacen posible la cirugía laparoscópica.

Son relevantes otros aspectos relativos a la seguridad del acto quirúrgico, tales como las torres/equipos de laparoscopia a ser posible integradas dentro del propio quirófano para favorecer la movilidad-trasporte del paciente y del personal sanitario, la seguridad dentro del quirófano evitando cables y conexiones y la eficiencia en la disponibilidad del material tanto en cirugía programada como en la urgente.

Se recomienda el uso de lámparas de quirófano que eviten reflejos y desprendan calor dotadas con tecnología LED, fuentes de energía para bisturís ultrasónicos o para selladores de vasos y otros equipos para uso intraoperatorio como la ecografía intraoperatoria con terminales para cirugía abierta o laparoscópica, la ecografía endoanal o las exploraciones endoscópicas del tracto digestivo.

El quirófano debería disponer de dispositivos (inventariables) de compresión venosa intermitente como medio no invasivo y más barato de prevención del tromboembolismo. Igualmente se debería disponer del material fungible necesario (grapadoras, aspiradores, terminales de bisturís, etc.).

Todas estas necesidades deben especificarse minuciosamente en el parte quirúrgico y analizarse y planificarse en las reuniones semanales del comité de quirófano para optimizar la preparación del quirófano y evitar demoras por falta de equipamiento, material fungible o estéril.



## 7. Unidad médica de aparato digestivo (UMAD)<sup>120</sup>

La UMAD se puede definir como una organización de profesionales de la salud, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico del paciente con enfermedades del aparato digestivo. Se distingue de las unidades específicas multidisciplinares por estar integrada por una sola especialidad médica (aparato digestivo), aunque para desarrollar adecuadamente su función requiere el concurso de otros profesionales, especialmente de enfermería, así como el de otras unidades asistenciales.

La AEG señala que la organización de las UMAD debería sustentarse en cuatro principios básicos: la capacidad de los especialistas para resolver de un modo eficiente la mayoría de los problemas comunes en la práctica clínica (versatilidad), la oportunidad de adquirir una capacitación específica en disciplinas con un peso específico importante dentro de la especialidad (hepatología, endoscopia avanzada, enfermedad inflamatoria, oncología, motilidad...) (especialización) y el principio de la asistencia personalizada (un enfermo, un médico responsable), sin renunciar por ello al potencial beneficio y a las bondades del trabajo en equipo (asistencia multidisciplinar). Estos principios son de aplicación a toda unidad asistencial médica.

### 7.1. Organización y funcionamiento

Los criterios generales que sobre los manuales de organización y funcionamiento, TIC y sistemas de información y gestión de pacientes se recogen en los apartados 5.5. a 5.7. de este documento son aplicables a la UMAD. A continuación se presentan algunas especificidades de esta unidad.

#### Cartera de servicios

La cartera de servicios de la UMAD se puede definir por los procesos que son atendidos en la unidad (GRD) o por los recursos (modalidades asistenciales), que integra: consulta (médica y de enfermería), hospitalización polivalente de agudos, hospital de día, cuidados paliativos, etc. (capítulo 6). De todos estos recursos, el gabinete o unidad de endoscopias tiene unas caracte-

terísticas más específicas, por lo que se ha optado por tratarlo específicamente en el capítulo 8.

Una aproximación a la cartera de servicios de las UAAD (incluye UMAD y otras unidades) por los ámbitos poblacionales que estableció la Ley General de Sanidad, se recoge en la Tabla 7.1.

<b>Tabla 7.1. Cartera de servicios de las UMAD por ámbitos asistenciales</b>			
<b>Ámbito/Nivel asistencial</b>	<b>Actividad/Observaciones</b>		
<b>Atención primaria</b>	<p>Prevención factores de riesgo.</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas más frecuentes, con criterios de derivación acordados entre el equipo y la unidad asistencial de aparato digestivo de referencia.</p> <p>Diagnóstico precoz del cáncer colorrectal y otras enfermedades del aparato digestivo y remisión al profesional del equipo multidisciplinar que sea el referente para cada bloque de procesos.</p> <p>Seguimiento y apoyo (plan de actuación conjunta) de los casos complejos con la UAAD de referencia.</p>		
<b>Hospital/ Ámbito local/ comarcal &lt; 100.000 hab.</b>	Apoyo a atención primaria (diagnóstico precoz y seguimiento del paciente con enfermedad crónica del aparato digestivo).		
	Medicina interna.		
	Cirugía general.		
	<table border="1"> <tr> <td>Técnicas y procedimientos<sup>(45)</sup></td> <td> <p>Ecografía abdominal diagnóstica.</p> <p>Gastroscoopia.</p> <p>Colonoscopia.</p> <p>Esclerosis hemostática de úlceras sangrantes.</p> <p>Colocación de hemoclips con fines hemostáticos.</p> <p>Aplicación de gas argón con fines hemostáticos.</p> <p>Colocación de sondas para nutrición enteral.</p> <p>Terapéutica básica (garantizando un volumen adecuado que asegure la calidad): Polipectomía, Dilatación de estenosis, Gastrostomía endoscópica percutánea.</p> </td> </tr> </table>	Técnicas y procedimientos <sup>(45)</sup>	<p>Ecografía abdominal diagnóstica.</p> <p>Gastroscoopia.</p> <p>Colonoscopia.</p> <p>Esclerosis hemostática de úlceras sangrantes.</p> <p>Colocación de hemoclips con fines hemostáticos.</p> <p>Aplicación de gas argón con fines hemostáticos.</p> <p>Colocación de sondas para nutrición enteral.</p> <p>Terapéutica básica (garantizando un volumen adecuado que asegure la calidad): Polipectomía, Dilatación de estenosis, Gastrostomía endoscópica percutánea.</p>
Técnicas y procedimientos <sup>(45)</sup>	<p>Ecografía abdominal diagnóstica.</p> <p>Gastroscoopia.</p> <p>Colonoscopia.</p> <p>Esclerosis hemostática de úlceras sangrantes.</p> <p>Colocación de hemoclips con fines hemostáticos.</p> <p>Aplicación de gas argón con fines hemostáticos.</p> <p>Colocación de sondas para nutrición enteral.</p> <p>Terapéutica básica (garantizando un volumen adecuado que asegure la calidad): Polipectomía, Dilatación de estenosis, Gastrostomía endoscópica percutánea.</p>		
	Apoyo desde las UAAD del área de salud		
<b>Hospital/ Ámbito Área de salud ≅ 250.000 hab.</b>	Atención aguda y de emergencia.		
	Atención a pacientes en hospital de día.		
	Atención a pacientes en hospitalización convencional.		
	<table border="1"> <tr> <td>Técnicas y procedimientos:</td> <td> <p>Biopsia convencional y macrobiopsia del tracto gastrointestinal.</p> <p>Biopsia hepática.</p> <p>Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p> <p>Colocación de endoprótesis biliares.</p> <p>Colocación de prótesis esofágicas y enterales.</p> <p>Consulta de enfermedad inflamatoria intestinal.</p> <p>Consulta de gastroenterología.</p> <p>Consulta de hepatología.</p> <p>Dilatación de estenosis del tubo digestivo.</p> <p>Dilatación de la vía biliar mediante CPRE.</p> </td> </tr> </table>	Técnicas y procedimientos:	<p>Biopsia convencional y macrobiopsia del tracto gastrointestinal.</p> <p>Biopsia hepática.</p> <p>Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p> <p>Colocación de endoprótesis biliares.</p> <p>Colocación de prótesis esofágicas y enterales.</p> <p>Consulta de enfermedad inflamatoria intestinal.</p> <p>Consulta de gastroenterología.</p> <p>Consulta de hepatología.</p> <p>Dilatación de estenosis del tubo digestivo.</p> <p>Dilatación de la vía biliar mediante CPRE.</p>
Técnicas y procedimientos:	<p>Biopsia convencional y macrobiopsia del tracto gastrointestinal.</p> <p>Biopsia hepática.</p> <p>Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p> <p>Colocación de endoprótesis biliares.</p> <p>Colocación de prótesis esofágicas y enterales.</p> <p>Consulta de enfermedad inflamatoria intestinal.</p> <p>Consulta de gastroenterología.</p> <p>Consulta de hepatología.</p> <p>Dilatación de estenosis del tubo digestivo.</p> <p>Dilatación de la vía biliar mediante CPRE.</p>		

<sup>(45)</sup> En función de la experiencia del profesional que realiza la exploración (véase apartado 4.10)

**Tabla 7.1. Cartera de servicios de las UMAD por ámbitos asistenciales. (Continuación)**

Ámbito/Nivel asistencial	Actividad/Observaciones	
Hospital/ Ámbito Área de salud ≅ 250.000 hab.	Técnicas y procedimientos:	Dilatación endoscópica de acalasia esofágica. Ecografía digestiva terapéutica convencional. Esclerosis y ligadura con bandas de varices esofágicas. Esfinterotomía endoscópica mediante CPRE. Extracción de cálculos biliares. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo. Gastrostomía endoscópica percutánea. Granulocitoaféresis. Manometría anorrectal y esofágica. Registro de pHmetría ambulatoria de 24 horas. Test de aliento para evaluación de función pancreática. Test de aliento para la detección de <i>Helicobacter pylori</i> . Test de aliento para la detección de malabsorción de azúcares (lactosa, fructosa y sorbitol). Test de aliento para la detección de sobrecrecimiento bacteriano. Test de marcadores radiopacos en colon Test de ureasa para la detección de <i>Helicobacter pylori</i> .
Regional ≥ 1 millón de hab.	Unidad de cuidados nivel 1.	
	Técnicas y procedimientos	Biofeedback. Colocación de balón intragástrico. Consulta de motilidad digestiva. Consulta de oncología digestiva y alto riesgo. Consulta de patología bilio-pancreática. Disección submucosa. Drenajes nasoquísticos de colecciones pancreáticas. Electrogastrografía. Electromiografía anal. Enteroscopia. Enteroscopia con cápsula endoscópica. Estudio hemodinámico hepático. Estudios con barostato de estómago y recto. Impedanciometría. Manometría antroduodenal. Manometría del colon. Manometría del esfínter de Oddi. Necrosectomía endoscópica. Sondaje duodenal y estudio de microlitiasis biliar. Test de saciedad. Ultrasonografía endoscópica digestiva.
Suprarregional	Centro integral de patología hepato-biliar.	
	Técnicas y procedimientos:	Trasplante hepático. Trasplante hepático de vivo (CSUR SNS). Trasplante de páncreas (CSUR SNS). Trasplante de intestino infantil y adulto (CSUR SNS).

Nota: los procedimientos realizados en ámbitos de población más reducidos se consideran incorporados en ámbitos más amplios.

CSUR SNS: patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud.

En el anexo 1 se recogen las características de algunas de las unidades monográficas contempladas en la cartera de servicios, referidas a gastroenterología y elaboradas por la AEG<sup>120</sup>. Un documento similar ha sido elaborado por la BSG<sup>46</sup>. La Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) ha desarrollado un manual de acreditación de unidades de hepatología<sup>20</sup>. En el documento de la BSG se recogen los criterios para la creación y desarrollo de centros de patología hepato-biliar (anexo 2).

## Responsable de la unidad

La UMAD debe tener un responsable<sup>(46)</sup>, facultativo especialista en aparato digestivo. En todo momento se debe conocer públicamente quién es el responsable y persona en que, en su caso, delegue esta función. Este aspecto debe recogerse en las normas de funcionamiento de la unidad. Se debe tener en consideración el tiempo dedicado por el responsable de la unidad a las funciones generales del responsable de la unidad, como son las siguientes:

- Organizar al conjunto de profesionales sanitarios en un marco protocolizado y consensuado, con una adecuada utilización de los recursos asignados.
- Establecer los mecanismos de coordinación, asignación de recursos, planificación de actividades..., con las unidades multidisciplinares del área del cáncer o cualquier otra en las que participe.
- Promover un sistema de gestión de calidad y ser responsable ante la administración de su desarrollo e implantación.
- Desarrollar un programa de formación continuada para los componentes de la unidad.
- Impulsar la investigación, así como las acciones de innovación y desarrollo.
- Elaborar una memoria anual que incluya un análisis de la actividad asistencial, basada en los indicadores proporcionados por la propia institución, establecer propuestas para la solución de problemas y describir el conjunto de actividades promovidas y desarrolladas por la Unidad en el ámbito de la docencia, la investigación y la calidad.

Estimaciones de tiempos de dedicación por actividad<sup>119</sup>:

- Consulta externa: 20-30 minutos en el paciente nuevo y 10-15 minutos, en consulta sucesiva, revisión o resultados.
- Interconsulta: 20 minutos.

<sup>(46)</sup> Dependiendo de la cartera de servicios del área de digestivo (ámbito poblacional).

- Hospital de día: 15-30 minutos por paciente/sesión (evaluación y prescripción).
- Hospitalización: 20 minutos<sup>(47)</sup>.

En el capítulo 8 se recogen los tiempos estimados para cada tipo de exploración endoscópica.

## 7.2. Recursos humanos

Las UMAD trabajan en equipo multidisciplinar, cuya composición indicativa se ha descrito en el apartado 5.3. y anexos 3 a 5, así como en los anexos 1 y 2 (unidades monográficas). Miembros integrantes de la unidad son:

- Facultativos especialistas en aparato digestivo: la plantilla de la unidad dependerá de la carga de trabajo y cartera de servicios. Las comparaciones de estándares de dotación de plantillas entre países están condicionadas por las diferentes estructuras de categorías profesionales, especialidades y competencias interprofesionales.
- Enfermeras con formación avanzada en patología digestiva: responsables de coordinar los tratamientos, exploraciones e información. Sus funciones incluyen los cuidados de enfermería y administración de tratamientos, el asesoramiento a los pacientes acerca de su diagnóstico y explicación de las opciones de tratamiento y sus consecuencias. Son el punto de contacto para pacientes y familiares para discutir temas relacionados con el diagnóstico o tratamiento y de apoyo emocional.
- Apoyo administrativo: administrativos con la titulación correspondiente similar al resto del hospital. Su dedicación a la unidad dependerá de la carga de trabajo de la misma. La integración de la información en servidores, la historia clínica informatizada y los sistemas de reconocimiento de voz, han hecho disminuir progresivamente la necesidad de auxiliares administrativos, aumentando por el contrario la necesidad de gestores de datos.
- Celador: su dedicación a la unidad dependerá de la carga de trabajo y tipo de pacientes de la unidad.

<sup>(47)</sup> Seguimiento. El día de admisión y alta puede requerir, como promedio y sumando ambos, unos 90' por ingreso.



## 8. Unidad de endoscopia digestiva (UDED)

Las UAAD deben disponer de una UDED con el equipamiento y los recursos humanos necesarios para realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se requieren para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo. Las UDED han incrementado notablemente su actividad impulsadas por la demostración del coste-efectividad del cribado de cáncer colorrectal<sup>129</sup>. La GPC sobre prevención de CCR concluye con las siguientes recomendaciones<sup>116</sup>:

- El cribado de CCR debería ofrecerse a todos los individuos sin factores de riesgo, a partir de los 50 años de edad.
- En nuestro medio y en consonancia con las directrices establecidas (Europa, España, CC.AA.) se debería realizar cribado poblacional de CCR con la prueba de detección de sangre oculta en heces (SOH) en hombres y mujeres de 50 a 69-74 años cada dos años.
- La prueba de cribado en los programas poblacionales debería ser SOH y cuantitativa con un punto de corte positivo que garantice un balance óptimo entre sensibilidad y especificidad, teniendo en cuenta la disponibilidad de colonoscopias.
- La elección de otras pruebas de cribado (SOHg anual o bienal, sigmoidoscopia cada 5 años, o colonoscopia cada 10 años) podría estar justificada dependiendo, entre otros factores, de la aceptabilidad y de la disponibilidad de recursos. Los individuos susceptibles del cribado de CCR deben estar informados del beneficio y riesgo de las diferentes estrategias disponibles.
- Los individuos pertenecientes a grupos de mayor riesgo deberían ser identificados para que se puedan beneficiar de medidas específicas.

El cribado del cáncer colorrectal no está exento de riesgo<sup>130</sup>. La tasa de perforación intestinal o hemorragia es de 1-5 casos por 1.000 exploraciones<sup>116,131</sup>. Como se ha comentado en el apartado 4.10. existe una relación entre experiencia del endoscopista y morbilidad, triplicándose el riesgo de perforación si el endoscopista realiza menos de 300 procedimientos por año.

La estimación de la carga del cribado del CCR en el SNS aplicando estos criterios depende de numerosos factores: población diana, sensibilidad de la prueba de SOH, aceptación de la colonoscopia, etc. Las estimaciones de la carga de trabajo de endoscopia digestiva, tanto alta como baja, realizadas por la BSG son las siguientes<sup>46</sup>:

- Una tasa de 0,8% de endoscopia alta, siguiendo las directrices de las guías NICE.
- Sigmoidoscopia flexible: 1%.
- Colonoscopia: 1%.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) diagnóstica: 0,2%.
- Ultrasonografía endoscópica digestiva: 0,2%.

## 8.1. Tipología de unidades de endoscopia digestiva

No existe una clasificación normalizada y generalmente aceptada de las unidades de endoscopia digestiva. La *Gastroenterological Society of Australia* ha establecido estándares de las UDED, que diferencia en tres tipos: intrahospitalaria, independiente (*free standing unit*) y servicio de endoscopia en zonas lejanas o rurales<sup>28</sup>. El *College of Physicians and Surgeons* de Ontario, establece estándares distintos para la UDED autónoma, dependiendo de los tipos de anestesia que pueden aplicar (tópica; tópica con sedación; y anestesia general o loco-regional). En función de estos aspectos, así como otros organizativos y de gestión adaptados al SNS, se propone la clasificación que se recoge en la Tabla 8.1.

		Cartera de servicios	Responsable de la unidad	Servicio/ Unidad de Anestesia	Servicio/ Unidad de Cirugía Digestiva
Intrahospitalaria		Dependiendo del ámbito de referencia (área, regional o supra-regional) de la UAAD	Recomendado si más de 4.000 endoscopias/año	Sí	Sí
Independiente	Sin anestesia general/regional	Exploraciones que no requieren anestesia general/regional y que ésta no es demandada (endoscopia digestiva alta; sigmoidoscopia)	Sí	No	No
	Con anestesia general/regional	Exploraciones que requieren sedación o que ésta es demandada; no procedimientos con riesgo de complicaciones quirúrgicas (exéresis de pólipos)	Sí	Sí	No
UHD satélite		Restricciones clínicas y por tipo de procedimientos	No (el responsable de la UAAD o UDED de área o regional de referencia)	Sí	Sí



Las características estructurales y funcionales de las unidades de endoscopia digestiva, de conformidad con la tipología definida, se resumen en la Tabla 8.2.

**Tabla 8.2. Características estructurales y funcionales de la unidad de endoscopia digestiva**

	Intrahospitalaria o Independiente con anestesia general/ loco-regional	Independiente sin anestesia general/ loco-regional	Satélite
Personal médico acreditado para la realización de endoscopias digestivas de acuerdo con un programa de formación validado por la Comisión Nacional de Especialidades	Sí	Sí	Sí
Espacio e instalaciones adecuadas (véase: capítulo 10)	Sí	Sí (menos exigentes)	Sí
Equipamiento de monitorización del paciente, incluyendo tensiómetro, ECG y pulsioxímetro. El correcto funcionamiento de este equipamiento debe ser comprobado el día antes de la endoscopia	Sí	Sí	Sí
Al menos un local de endoscopia está exclusivamente dedicado a endoscopia digestiva	Sí	Sí	Sí
El equipo para la administración de anestesia está disponible, con adecuado mantenimiento y limpieza	Sí	Sí	Sí
Equipo de aspiración disponible en todo momento en la sala de endoscopia y en la de recuperación. Es preciso un segundo equipo de aspiración	Sí	Sí	Sí
Equipo de resucitación*	Sí	Sí	Sí
Medios para la realización de traqueotomía o cricotiroidectomía	Sí	Sí	Sí
Equipo apropiado para la administración I.V.	Sí	Sí	Sí
Fuente eléctrica de emergencia para iluminación, con comprobación semanal de su funcionamiento	Sí (que pueda mantener la fuente durante > 4 h.)	Sí (que pueda mantener la fuente durante > 4 h.)	Sí (que pueda mantener la fuente durante > 4 h.)
Anestesiólogo presente en todos los procedimientos con anestesia general o regional. El anestesiólogo está presente hasta que el último paciente recupere la consciencia**	Sí	No	Sí
Una máquina de anestesia que solo utilice anestésicos no explosivos. Analizador de CO2 expirado	Sí	No	Sí

**Tabla 8.2. Características estructurales y funcionales de la unidad de endoscopia digestiva.** (Continuación)

	Intrahospitalaria o Independiente con anestesia general/ loco-regional	Independiente sin anestesia general/ loco-regional	Satélite
Sala de endoscopia libre de patógenos (toma de cultivos dos veces al año).	Sí	No	Sí
Esterilización de instrumental. Utilización del <i>bacillus stearothermophilus</i> para comprobar esterilización***	Sí	Sí	Sí
Sala de recuperación postanestésica con espacio adecuado (capítulo 10). Tomas de oxígeno y vacío. La sala no se utiliza para otro propósito	Sí	Puestos de recuperación	Sí
Medicación disponible para el tratamiento de la hipertermia y shock anafiláctico	Sí	Sí	Sí
Sistema de evacuación al quirófano para tratamiento de posibles complicaciones	Sí	< 15 min.	Sí
* Desfibrilador, laringoscopios, tubos endotraqueales, fuentes de oxígeno con capacidad de presión positiva, medicamentos de emergencia, bombonas de oxígeno.			
** La UDED debe aplicar necesariamente métodos de sedación consciente para aliviar el dolor o las molestias inevitablemente ligadas a la mayoría de técnicas endoscópicas <sup>132,133</sup> . Es preciso el concurso de anestesistas –o de un equipo de médicos y enfermeras especialmente entrenados en sedoanalgesia <sup>(48),36</sup> para garantizar la realización de los procedimientos endoscópicos con las mínimas molestias para el enfermo.			
*** Las UDED deben establecer los sistemas de coordinación con la unidad central de esterilización para ofrecer la máxima seguridad al paciente <sup>12,134</sup> . Las unidades de endoscopia deben disponer de un número suficiente de endoscopios para hacer compatible el proceso de desinfección completo con la carga asistencial diaria. Es importante, a su vez, disponer de 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 <sup>135</sup> .			
Fuente: Modificado de <i>Independent Health Facilities. Clinical Practice Parameters and Facility Standards. Endoscopy. College of Physicians and Surgeons of Ontario. March, 2006.</i>			

Todas las salas de endoscopia deben estar dotadas de sistemas informáticos para el procesamiento y almacenamiento de imágenes y la redacción de informes estandarizados.

(48) La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* señala que la administración de propofol por no anestesistas (gastroenterólogos o enfermeras con formación en sedoanalgesia) es comparable en eficacia y seguridad a la suministrada por anestesistas. El entrenamiento adecuado, así como los criterios de selección de pacientes son cruciales para la sedación no realizada por anestesista<sup>36</sup>.

## 8.2. Organización y funcionamiento

### Cartera de servicios

Cada unidad debe definir su cartera de servicios, es decir, la oferta de prestaciones de endoscopia que se realizan en ella, en función de las necesidades asistenciales de su área de influencia, de las demandas asistenciales que se hayan identificado, de los recursos tecnológicos que disponga, de las características organizativas y de gestión y de la experiencia de sus profesionales.

### Responsable de la unidad de endoscopia

La unidad de endoscopia debe tener, a partir de 4.000 exploraciones anuales, un responsable, facultativo especialista con formación avanzada en endoscopia digestiva. Además contará con experiencia y cualidades organizativas para programar el desarrollo del trabajo, establecer el control de la calidad de la asistencia y realizar tareas administrativas. En todo momento se debe conocer públicamente quién es el responsable y la persona que, en su caso, se delegue, por lo que este aspecto deberá consignarse en las normas de funcionamiento de la unidad.

Entre las diferentes funciones que debe desempeñar se incluyen una evaluación de las funciones y actuaciones del personal y la regulación de la actividad de la unidad, delimitando el papel y las prioridades de la asistencia, formación e investigación.

Se debe tomar en consideración el tiempo dedicado por el responsable de la unidad a las actividades de gestión de la unidad, que son, entre otras las siguientes:

- Organizar al conjunto de profesionales sanitarios en un marco protocolizado y consensado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados.
- Programar la unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles.
- Coordinación con el resto de las UAAD para la elaboración conjunta de protocolos de estudio.
- Controlar la calidad de los diagnósticos y procedimientos.
- Asegurar la recogida de resultados para poder ofrecer datos fiables de su unidad que puedan ser incluidos en los registros oficiales.

## 8.3. Proceso de atención al paciente

Las UDED deben cumplir los siguientes criterios de calidad<sup>21,47</sup>:

- Las derivaciones deben cumplir los protocolos y guías aprobados localmente.
- Se deben establecer criterios de priorización consensuados entre la UDED y sus clientes principales (atención primaria, otras UAAD).
- La derivación deberían acompañarse de una solicitud estandarizada que contuviera un conjunto mínimo de datos.
- Se precisa soporte administrativo y de TIC para comunicar la fecha de exploración, al médico general y paciente, dentro de los siete días de la recepción de la solicitud. La notificación al paciente debe incluir información sobre el procedimiento, posibles complicaciones y previsiones para el alta de la UDED.
- Se debe utilizar un modelo de consentimiento informado.
- La responsabilidad clínica sobre el paciente debe estar claramente definida.
- Debe haber suficiente personal entrenado en la UDED para informar al paciente al ingreso, así como facilitarle, al alta de la unidad, los resultados de la exploración. El “*gold estándar*” es suministrar a todo paciente, y especialmente al que ha sido sedado, un informe escrito al alta y establecer la cita para el seguimiento.
- Sistema de registro y almacenamiento. El informe de endoscopia debe ser remitido al médico que ha derivado al paciente en el mismo día de la exploración, preferiblemente por vía electrónica.
- La UDED debe tener protocolos para el manejo de pacientes. El sistema informático debe permitir incorporar el resultado de la biopsia, así como capturar los resultados de los especímenes remitidos a anatomía patológica.

## 8.4. Gabinetes de exploraciones del aparato digestivo

En el capítulo 10 se recogen los aspectos referidos a los recursos físicos de las UAAD, incluyendo los referidos a los gabinetes de exploraciones del aparato digestivo. En el anexo 6 se recoge un ejemplo de programa funcional.

## 8.5. Recursos humanos

### Personal médico

Se debe requerir formación avanzada en endoscopia digestiva para la práctica independiente (no supervisada) tanto de estudios diagnósticos como intervencionistas. En una UDED, dependiendo de su tamaño, puede haber un número variable de médicos en distintos niveles de formación avanzada, tanto de plantilla como no, que ejercen su labor tutorizados por el personal acreditado. La BSG estima los tiempos por procedimiento<sup>119</sup> que se recogen en la Tabla 8.3.

Procedimiento	Tiempo (minutos) *
Endoscopia GI alta diagnóstica	30
Sigmoidoscopia diagnóstica	30
Endoscopia GI alta terapéutica	30-40
Sigmoidoscopia terapéutica	30-40
Colonoscopia diagnóstica y terapéutica	30-40
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)	50
Ultrasonografía endoscópica digestiva	60

\*Incluye todo el proceso: sedación, procedimiento e informe. Modificado de la BSG.

### Personal de enfermería

Las recomendaciones de la BSG para un hospital de área ( $\cong$  250.000 habitantes), que realice 2.500 procedimientos al año son las siguientes:

- 1 enfermera y 1 auxiliar por sala de endoscopia. Un auxiliar para limpieza y desinfección (que puede atender a cada dos salas).
- Si la sala es de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se requieren 2 enfermeras y 1 auxiliar o 1 enfermera y dos auxiliares.
- 1 enfermera por cada 8 pacientes y 1 auxiliar por cada 12 pacientes en la zona de recuperación (puestos de hospital de día asociados a la UDED). El tiempo de recuperación de pacientes con propofol es muy breve, pudiendo estimarse en una media de una hora.



## 9. Unidad de cirugía del aparato digestivo (UCAD)<sup>136</sup>

La UCAD se puede definir como una organización de profesionales de la salud, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del paciente con enfermedades del aparato digestivo. Se distingue de las unidades específicas multidisciplinares por estar integrada por una sola especialidad médica (cirugía del aparato digestivo), aunque para desarrollar adecuadamente su función requiere el concurso de otros profesionales, especialmente de enfermería, así como el de otras unidades asistenciales.

La especialidad de cirugía general y digestivo abarca los procesos quirúrgicos relativos a patología abdominal, del aparato digestivo, del sistema endocrino, de la cabeza y cuello, de la mama y de la piel y partes blandas. La comisión nacional de la especialidad ha propuesto una ordenación de su contenido en capítulos específicos, correspondiendo a la UCAD los de cirugía esofagogástrica, cirugía HPB, cirugía colorrectal, cirugía laparoscópica avanzada y cirugía mayor ambulatoria.

La UCAD colabora estrechamente con todas las UAAD, unificando criterios de diagnóstico y tratamiento, optimizando la utilización de recursos y estableciendo programas de control y mejora de la calidad asistencial. En la medida que existe una notable tendencia a la especialización en áreas específicas de dedicación o subespecialidades quirúrgicas, avalada por una mejora de los resultados en función del acumulo de experiencia por cirujanos y centros, así como de un acercamiento multidisciplinar, existe una notable tendencia a la creación de unidades multidisciplinares médico-quirúrgicas. En el capítulo 5 se ha hecho referencia a la relación entre procesos, redes asistenciales, unidades multidisciplinares y regionalización de la asistencia, basada en la demostrada relación entre volumen de actividad y resultados.

La actividad de la UCAD es interdependiente con el servicio de anestesia, la organización del bloque quirúrgico, y las unidades de diagnóstico y tratamiento por la imagen, laboratorio y anatomía patológica, entre otras.

## 9.1. Organización y funcionamiento

### Cartera de servicios

La cartera de servicios de la UCAD se puede definir por los procesos que son atendidos y los procedimientos que se realizan en la unidad (GRD), los recursos (modalidades asistenciales) que integra como son la consulta, hospitalización polivalente de agudos, bloque quirúrgico; la cirugía que realiza (convencional, laparoscópica o cirugía mayor ambulatoria); o las unidades multidisciplinarias en las que participa.

Como se ha señalado en el capítulo 4, existe suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos quirúrgicos, lo que conlleva en ocasiones a una sub-especialización. Este hecho ha llevado a la creación de unidades monográficas, generalmente multidisciplinarias, para el manejo clínico y abordaje quirúrgico de determinadas patologías, entre ellas:

- El cáncer colorrectal<sup>59,137,138</sup>, especialmente el cáncer de recto<sup>61</sup>, siendo especialmente recomendable que los cirujanos pertenecientes a la unidad tengan formación avanzada en cirugía del mesorrecto<sup>57</sup>.
- Los cánceres de hígado y páncreas<sup>139,140,141,142</sup>, recomendándose la creación de centros de patología hepato-pancreático-biliar (anexo 2), con un ámbito poblacional de 2 millones de habitantes.
- Los cánceres de esófago<sup>64</sup> y estómago<sup>60</sup>.
- La cirugía bariátrica<sup>143</sup> (anexo 5).

### Regionalización

En el documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del área del cáncer se hace una aproximación a aquellos procedimientos oncológicos de ámbito regional y suprarregional que, complementados con los mencionados, pueden proporcionar los siguientes criterios de regionalización para los procedimientos de cirugía digestiva.



**Tabla 9.1. Procedimientos de cirugía digestiva de ámbito regional y suprarregional**

Procedimientos	Nº mínimo de procedimientos/año	Población de referencia
Cáncer colorrectal <sup>3</sup>	≥60 (≥20 por cirujano)	
Cirugía con intención curativa de neoplasias de páncreas	≥11	≥2 millones de habitantes
Cirugía con intención curativa de neoplasias de esófago	≥6	≥2 millones de habitantes
Cirugía con intención curativa de neoplasias de estómago	≥11	
Cirugía con intención curativa de neoplasias de recto	≥12	
Cirugía con intención curativa de metástasis hepáticas	≥11	≥2 millones de habitantes
Cirugía bariátrica (centro de excelencia)	≥100 (50 por cirujano)	

## Responsable de la unidad

La UCAD debe tener un responsable<sup>(49)</sup>, facultativo especialista en cirugía general y del aparato digestivo. En todo momento se debe conocer públicamente quien es el responsable y la persona que, en su caso, se delegue por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad. Se debe tomar en consideración el tiempo dedicado por el responsable de la unidad a las funciones generales, entre las que se encuentran las siguientes:

- Organizar al conjunto de profesionales sanitarios en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados.
- Establecer los mecanismos de coordinación, asignación de recursos, planificación de actividades, etc., con las unidades multidisciplinarias del área del cáncer o cualquier otra en las que participe.
- Controlar la calidad del servicio y ser responsable ante la administración del funcionamiento del mismo.
- Desarrollar un programa de formación continuada para los componentes de la unidad.
- Impulsar la investigación, así como las acciones de innovación y desarrollo.

<sup>(49)</sup> Dependiendo de la cartera de servicios del área de digestivo (ámbito poblacional).

## 9.2. Recursos humanos

La UCAD trabaja en equipo multidisciplinar cuya composición indicativa se ha descrito en el apartado 5.3. y anexos 3 a 5, así como en los anexos 1 y 2 (unidades monográficas). Miembros integrantes de la unidad son:

- Facultativos especialistas en cirugía del aparato digestivo: la plantilla de la unidad dependerá de la carga de trabajo y cartera de servicios.
- Enfermeras con formación avanzada en patología digestiva: responsables de coordinar los tratamientos, exploraciones e información. Sus funciones incluyen los cuidados de enfermería y administración de tratamientos, el asesoramiento a los pacientes acerca de su diagnóstico y explicación de las opciones de tratamiento y sus consecuencias. Son el punto de contacto para pacientes y familiares para discutir temas relacionados con el diagnóstico o tratamiento y de apoyo emocional.
- Apoyo administrativo: administrativos con la titulación correspondiente similar al resto del hospital. Su dedicación a la unidad dependerá de la carga de trabajo de la misma. La integración de la información en servidores, la historia clínica informatizada y los sistemas de reconocimiento de voz, han hecho disminuir progresivamente la necesidad de auxiliares administrativos, aumentando por el contrario la necesidad de gestores de datos.
- Celador: su dedicación a la unidad dependerá de la carga de trabajo y tipo de pacientes de la unidad.

Estimaciones de tiempos de dedicación por actividad en consulta externa son de 20 minutos en el paciente nuevo y 10 minutos en revisiones. La interconsulta se estima en 20 minutos. La hospitalización se estima en 20 minutos. Los tiempos de actividad quirúrgica se recogen en el apartado 9.4.

## 9.3. Otros criterios organizativos y de gestión

A la UCAD le son aplicables los criterios generales que sobre los manuales de organización y funcionamiento, TIC y sistemas de información y gestión de pacientes se recogen en los apartados 5.5. a 5.7. de este documento.

## 9.4. Recursos en cirugía del aparato digestivo

Los recursos necesarios para desarrollar la actividad de cirugía del aparato digestivo son las consultas externas, que se organizan de forma similar y con los mismos recursos que en otras áreas que ya han sido descritas.

La actividad quirúrgica se puede desarrollar en quirófanos situados en un bloque quirúrgico general<sup>6</sup> o dedicados a CMA<sup>2</sup>. Desde la década de los 90 hay dos claras tendencias dentro de la cirugía que mejoran su eficiencia. La primera es la cada vez mayor ambulatorización de procesos, que para algunos procedimientos como la colecistectomía o la cirugía proctológica programadas se debería convertir en el sistema preferente<sup>exl</sup>. La segunda es la introducción del acceso laparoscópico como alternativa a la cirugía del tracto digestivo, aportando una mejor recuperación del paciente, con menos dolor y morbilidad, lo que le concede un mayor índice de calidad y reducción de la estancia hospitalaria con igualdad de resultados clínicos para la patología correspondiente (gástrica<sup>145</sup>, colelitiasis<sup>146</sup>, cáncer colorrectal<sup>147</sup> o cirugía bariátrica<sup>148,149</sup>). Condiciones para que este tipo de cirugía tenga buenos resultados son la indicación correcta para la intervención y la adecuada experiencia del cirujano con un mínimo de intervenciones realizadas según la patología de que se trate.

El tiempo quirúrgico y el número de cirujanos que debe intervenir en cada operación depende de la lesión y la técnica empleada. No existen tiempos quirúrgicos estandarizados en el SNS. El documento de estándares y recomendaciones del bloque quirúrgico recomendó realizar este estudio<sup>6</sup>, estimando en 90 minutos el tiempo medio de una intervención. Para la elaboración del documento de estándares y recomendaciones de las unidades de cirugía mayor ambulatoria se realizó, con la participación de los expertos del grupo de trabajo, una aproximación a los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el listado A, que recogen aquellos que deben realizarse preferentemente con CMA. El tiempo medio de una laparoscopia se estimó en 75 minutos. Ambos estándares de tiempos quirúrgicos son muy groseros, recomendándose avanzar en el estudio de tiempos quirúrgicos propuesto.

Al finalizar el procedimiento quirúrgico, el registro clínico del paciente debe mostrar los tiempos empleados en todas las fases del procedimiento, identificar a todos los profesionales involucrados en el mismo y sus responsabilidades, e incluir<sup>(50)</sup>: informe quirúrgico, informe de anestesia e informe de enfermería.

(50) Véase: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. MSSSI. 2009<sup>2</sup>.

El personal necesario para realizar un procedimiento de cirugía digestivo incluye un mínimo de dos cirujanos, ambos especialistas en cirugía del aparato digestivo. En procedimientos complejos son necesarios tres cirujanos, al menos dos de ellos especialistas en cirugía del aparato digestivo, al menos un especialista de anestesiología con especial interés, dedicación y preparación en cirugía del aparato digestivo, al menos una enfermera instrumentista con especial preparación y dedicación en cirugía del aparato digestivo, al menos una enfermera circulante de apoyo con preparación en cirugía de aparato digestivo.

Los resultados del procedimiento quirúrgico dependen en gran medida de la calidad de los cuidados postoperatorios. La complejidad de la evolución de una parte de los pacientes requiere la atención de un personal altamente especializado. Por otro lado, un grupo importante de pacientes de bajo riesgo evolucionan de forma rápida, pueden ser extubados precozmente y pueden ser atendidos en unidades menos especializadas.

La disponibilidad de camas de intensivos postoperatorios<sup>(51)</sup> es muy dependiente de la organización y estructura de cada hospital. Los programas de recuperación rápida postcirugía (*fast track*) muy activos y eficientes pueden modular tanto las necesidades de camas como su distribución en niveles de cuidados.

La unidad de hospitalización<sup>(52)</sup> de UCAD tiene características similares a las del resto de unidades de hospitalización polivalente.

## 9.5. Calidad en cirugía del aparato digestivo

El documento de estándares y recomendaciones del bloque quirúrgico propone el conjunto de indicadores de calidad, aplicables a la actividad de la UCAD, que se recogen en la Tabla 9.5.

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica	1. Cancelación de procedimientos.	% (cancelaciones/pacientes programados).
	2. Estancia media pre-operatoria para cirugía programada con hospitalización convencional.	Período (días) desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica.
	3. Estancia media pre-operatoria para cirugía urgente con hospitalización convencional.	Período (días) desde el ingreso en urgencias hasta la intervención quirúrgica.

<sup>(51)</sup> Véase: Unidad de cuidados intensivos. MSSSI 2010<sup>10</sup> y Bloque quirúrgico. MSSSI 2009<sup>2</sup>. Para URPA: Bloque quirúrgico.

<sup>(52)</sup> Véase: Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. MSSSI. 2010.

**Tabla 9.5. Indicadores de calidad aplicables a cirugía en el aparato digestivo. (Continuación)**

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica	4. Mortalidad intraoperatoria.	Acontecimiento centinela.
	5. Tasa de Acontecimientos adversos.	Nº de acontecimientos adversos/Nº intervenciones.
Utilización	6. Utilización bruta de quirófano.	% ( $\Sigma$ tiempos quirúrgicos/horas de quirófano disponible).
	7. % Sesiones quirúrgicas canceladas.	% (sesiones canceladas/ sesiones totales programadas) (cirugía programada).
Seguridad del paciente	8. % de pacientes que reciben la profilaxis antibiótica una hora antes de la incisión quirúrgica.	% (pacientes que reciben la profilaxis antibiótica una hora antes de la incisión quirúrgica/ pacientes quirúrgicos totales).
	9. % de pacientes quirúrgicos que reciben una profilaxis antibiótica adecuada según el conocimiento actual.	% (pacientes quirúrgicos que reciben una profilaxis antibiótica adecuada según el conocimiento actual/ pacientes quirúrgicos totales).
	10. % de pacientes quirúrgicos a los que se les ha discontinuado la profilaxis antibiótica 24 horas después del final de la cirugía (48 horas en pacientes cardíacos).	% (pacientes quirúrgicos a los que se les ha suspendido la profilaxis antibiótica 24 horas después del final de la cirugía (48 horas en pacientes cardíacos)/ pacientes quirúrgicos totales).
	11. % de pacientes quirúrgicos con eliminación de vello adecuada.	% (pacientes quirúrgicos con eliminación de vello adecuada/ pacientes quirúrgicos totales).
	12. % de pacientes quirúrgicos que necesitan profilaxis contra la trombosis venosa profunda y la reciben.	% (pacientes quirúrgicos que necesitan profilaxis contra la trombosis venosa profunda y la reciben/ pacientes quirúrgicos que necesitan profilaxis trombosis venosa profunda).
	13. % de pacientes quirúrgicos que reciben profilaxis adecuada de la trombosis venosa profunda 24 horas antes de la cirugía-24 horas después.	% (pacientes quirúrgicos que reciben profilaxis adecuada de la trombosis venosa profunda 24 horas antes de la cirugía -24 horas después/ pacientes quirúrgicos que necesitan profilaxis contra la trombosis venosa profunda).
	14. % Tromboembolismo pulmonar relacionado con cirugía.	% (pacientes quirúrgicos con tromboembolismo pulmonar intraoperatorio o dentro de los 30 días de cirugía/ pacientes quirúrgicos totales).
Calidad percibida por el usuario	15. Índice de satisfacción.	% en cada categoría de respuesta.

Fuente: Palanca I (Dir), Colomer J (Coord. Científ.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social; 20096.



# 10. Estructura y recursos materiales de las unidades del área de digestivo

El área del aparato digestivo requiere el concurso de diversas unidades asistenciales, unas centrales y otras específicas para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo. Éstas son las siguientes: Unidad del Aparato Digestivo (UMAD), Unidad de Cirugía del Aparato Digestivo (UCAD), Unidad de Endoscopia Digestiva (UEDD).

En el presente capítulo se desarrollarán los criterios de localización, y de organización de los recursos físicos de estas unidades.

Existen algunos criterios esenciales y previos para la organización física y la determinación de las características de cada una de esas unidades, y de las zonas y locales que forman parte de ellas. En primer lugar, el área tiene un componente de trabajo multidisciplinar, con la integración de medicina y cirugía digestiva. Otro aspecto básico, es el de la necesidad de organizar las unidades asistenciales en función de las necesidades del paciente, especialmente en relación con la continuidad de los cuidados a lo largo del proceso, con la provisión de una atención personalizada y con la disposición de los recursos del área, definida con objeto de que se facilite el reconocimiento y se favorezca su accesibilidad, por parte del paciente.

Un último criterio básico de organización de los recursos es el de organizar los mismos en relación con el ejercicio de la actividad clínica, integrando en una misma zona del hospital, los diferentes recursos físicos de las unidades específicas del área del aparato digestivo, así como aquellas de carácter polivalente (o centrales) que sirven a la actividad asistencial de las mismas y que responden a las necesidades derivadas de la atención a los procesos asistenciales de los pacientes del área del aparato digestivo.

Un elemento específico de la disposición física de las UAAD es el área de gabinetes de exploraciones, que determina de forma esencial la localización y distintas alternativas de organización de la misma. En esta área se atiende tanto a pacientes ambulatorios (en torno al 80 % del total) como a pacientes ingresados, lo que la define como un área “central”; y con requerimientos específicos respecto a las principales circulaciones intrahospitalarias (circulación ambulatoria y circulación interna). El desarrollo de otras unidades con características topológicas y funcionales de características similares, con la demanda de otras unidades funcionales ambulatorias de carácter polivalente (hospitales de día), están configurando un nuevo mode-

lo de hospital, con un área ambulatoria de mayor complejidad que permite una mayor resolución de las necesidades asistenciales del paciente.

## 10.1. Programa funcional

Los trabajos de redacción de programación funcional son previos a la definición de los locales de las distintas unidades que integran el área del aparato digestivo. Estos trabajos incluyen los siguientes análisis, estudios y productos, expresados de forma secuencial:

- Análisis de la población en sus aspectos demográficos, sanitarios y socioeconómicos, incorporando un estudio proyectivo de un ámbito temporal en torno a 10 años.
- Análisis de los recursos existentes del área del aparato digestivo en el ámbito de población de referencia.
- Estudio de la estimación de la demanda con un plazo máximo de 10 años, sobre la base de la proyección de la población y las tendencias en cuanto a demanda y aplicación de técnicas endoscópicas diagnósticas y terapéuticas.
- Cartera de servicios.
- Modelo de atención y criterios de organización y funcionamiento de los recursos del área del aparato digestivo: integración de la unidad multidisciplinar de consultas con la unidad de gabinetes de exploraciones, política de logística y de tratamiento de esterilización, relaciones funcionales con otras unidades hospitalarias, horario de funcionamiento de las unidades, etc.
- Programa de unidades, zonas y locales.
- Estimación de costes de inversión y funcionamiento, y análisis de la viabilidad.

## 10.2. Criterios de localización del área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo en el hospital y relaciones funcionales con otras unidades

Las unidades funcionales que de forma específica forman parte del área del aparato digestivo deben localizarse de la forma más integrada posible, de manera que favorezca la continuidad de los procesos asistenciales de los



pacientes, y el trabajo del equipo multidisciplinar. La localización de las UAAD depende, además, de la actividad, pacientes y tipo de usuarios que atienden.

En el área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo se atiende tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes ingresados en el hospital, lo que determina su ubicación entre las circulaciones externa (pacientes ambulatorios) e interna (pacientes ingresados en cama, camilla o silla de ruedas, personal, servicios y suministros). Esta área incluye una zona de salas de endoscopia, y la conveniencia de que se encuentre próxima o integrada con los recursos ambulatorios de las UAAD, determina la localización de los recursos específicos de las UAAD en el conjunto del hospital.

Ese criterio de localización implica asimismo, la necesidad de disponer en su proximidad de recursos de hospital de día, así como de comunicación con otras unidades funcionales hospitalarias, tales como, hospitalización polivalente, laboratorio central, anatomía patológica, unidad central de esterilización, servicios generales, etc.

La accesibilidad de los pacientes debe considerarse desde las fases iniciales de diseño, en particular en relación con los pacientes que requieren una estancia más prolongada como consecuencia de un procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento en el área de gabinetes de exploraciones. Esta accesibilidad debe estar resuelta no solo dentro del hospital sino en el recorrido del paciente desde el aparcamiento de vehículos o punto de acceso del transporte público. En este sentido, el acceso general del área ambulatoria debe disponer de una zona para el aparcamiento temporal y descarga de pacientes cuya estancia en el hospital está programada para unas horas.

Por otra parte, señalar que el centro debe garantizar el cumplimiento de lo previsto en la exigencia básica SUA 9, del Documento Básico de Seguridad de Utilización y Accesibilidad (DB SUA), del Código Técnico de la Edificación (CTE).

### 10.3. Criterios de organización física de las unidades del área del aparato digestivo

Las UAAD prestan diferentes modalidades de asistenciales como son las consultas externas, el hospital de día, gabinetes de exploración, hospitalización polivalente o urgencias. Entre los distintos modelos de organización física existentes, se recomienda aquel que facilite la orientación del paciente, integrando los diferentes recursos y zonas de trabajo de los distintos profesionales del área del aparato digestivo (consultas externas y gabinetes de exploraciones).

No se ha considerado en este documento el caso de la UAAD autónoma (*freestanding*), solución que se presenta en entornos con un cierto nivel de desarrollo de centros ambulatorios independientes físicamente de un hospital. En este tipo de unidades autónomas (frecuentemente asociadas a estructuras de cirugía mayor ambulatoria) resulta obligado disponer de una conexión asegurada al hospital de agudos en un tiempo máximo de 15 minutos, para resolver cualquier situación de emergencia o crítica.

## 10.4. Área ambulatoria de las UAAD: zonas y locales

Las zonas que integran el área ambulatoria de las UAAD son: zona de recepción y admisión, zona de consulta externa (área ambulatoria), zona de hospital de día (compartido en hospital de día polivalente próximo o con el de la unidad de endoscopia digestiva), zona de apoyos comunes y zona de personal (espacio de trabajo para el equipo multidisciplinar).

La relación de locales por cada una de estas zonas, es la siguiente:

### Zona de recepción y admisión

Los recursos de esta zona pueden ser compartidos para otras especialidades afines. Se recomienda que sean compartidos para la UMAD, UDED y UCAD.

Los locales que se localizan en esta zona son el vestíbulo, el mostrador de recepción y trabajo administrativo de admisión, la sala de espera general del paciente/acompañante, despacho de información, aseos públicos y almacén de silla de ruedas.

- Vestíbulo, para acceso a la unidad desde la circulación general ambulatoria del hospital.
- Mostrador de recepción y trabajo administrativo de admisión. Control del acceso y sala de espera de pacientes y acompañantes. El mostrador de recepción debe estar adaptado para personas en silla de ruedas, con superficie de trabajo dotada de infraestructura de voz y datos y espacio para equipamiento (teléfono, fax, ordenadores,...), así como archivo de material.

En este local se realiza el trabajo de recepción, admisión y registro de paciente y acompañante. Por ello, el diseño del mostrador no debe aportar la idea de barrera, sino de acogimiento. Este espacio se debe asociar al local de trabajo administrativo de la unidad, y debe estar comunicado con el despacho de entrevistas e información.

- Sala de espera general del paciente ambulatorio/acompañante, con acceso desde el vestíbulo y control del mostrador de recepción y admisión de la unidad y dimensionada en función de la actividad de la unidad y del funcionamiento de la cita previa. Con espacio libre para pacientes en sillas de ruedas. En función de su dimensión, debe disponer de espacio específico para una instalación de fuente de agua y alguna máquina dispensadora de alimentos y bebidas ligeras.

En el caso de que la unidad atienda a pacientes en edad pediátrica, debe existir una sala de espera diferenciada con espacio para el juego de niños. Esta situación puede darse en hospitales generales que no dispongan de un área pediátrica desarrollada por la dimensión de la población infantil que es atendida en él.

Las salas de espera deben disponer de iluminación natural y un ambiente (iluminación, color, acústica, etc.), que ayude a la relajación. Una instalación de televisión/video puede ayudar a ello.

- Despacho de información, para los procesos de admisión y citación en condiciones de privacidad, así como para información médica a familiares.
- Aseos públicos adaptados, asociados a las salas de espera, para pacientes y acompañantes. Adaptados a situaciones de discapacidad.
- Almacén de sillas de ruedas, para estacionamiento de sillas de ruedas para los pacientes de la unidad.

## Zona de consultas externas (área ambulatoria)

En esta zona se localizan las diferentes consultas externas de medicina y cirugía digestiva. Las consultas externas de digestivo específicas para cáncer pueden localizarse en esta unidad o en las del área del cáncer (recomendado) en función del ámbito de población asignado y de la actividad programada en ésta unidad.

Los locales que se encuentran integrados en esta unidad son las consultas de digestivo, de pre-anestesia, de enfermería, la sala de curas y la sala de espera.

- Consultas de digestivo (enfermedad inflamatoria, hígado, esófago-gástrica, etc.), con espacio para mesa de trabajo y entrevistas, y para la exploración del paciente.

Instalación para el lavado de manos y almacenamiento de material clínico, próximos a la camilla de exploración. Las condiciones del local (acústica y visual) deben asegurar la privacidad del local de consulta y facilitar la

entrevista del especialista con paciente y acompañante. Local dotado de infraestructuras de voz y datos.

Los locales de consulta que, en su caso, se programen vinculados al cáncer se localizan en la unidad multidisciplinar del cáncer, referencia del área del cáncer.

- Consulta de pre-anestesia<sup>(53)</sup>, para la evaluación pre-anestésica del paciente, en caso de que la técnica endoscópica (diagnóstica o terapéutica) requiera algún tipo de sedación y con las características descritas en el apartado 2.1.
- Consulta de enfermería, para exploración y evaluación del paciente y con las características descritas en el apartado 2.1.
- Sala de curas, para cuidados y realización de curas y técnicas sobre los pacientes. Generalmente en el centro del local se ubica la camilla. Debe disponer de lavado de manos y espacio para armarios clínicos de material.
- Sala de espera. En función de la dimensión general de la unidad, si ésta dispone de un número elevado de consultas, resulta adecuado disponer (además de la sala de espera general vinculada a la recepción de la unidad), contar con algún o algunos espacios reducidos, para 6 u 8 personas, vinculados a las consultas externas.

## Zona de apoyos comunes

Los recursos de esta zona pueden ser comunes a otros recursos ambulatorios para especialidades afines. Esta situación se plantea en general para unidades con recursos reducidos por el ámbito de población que tengan asignados. En unidades más especializadas, lo recomendado es disponer una zona de apoyos comunes para el área ambulatoria de las UAAD y el área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo. Los locales que integran esta zona son el oficio sucio y clasificación de residuos, el oficio de limpieza, el almacén de lencería y el almacén general.

- Oficio sucio y clasificación de residuos. Local próximo al conjunto de las consultas, dotado de lavado y vertedero, con espacio para contenedores que permitan una adecuada clasificación de residuos generados en la unidad. Puede servir como estacionamiento temporal del carro de textil usado.

<sup>(53)</sup> Cada vez con mayor frecuencia se utiliza la entrevista telefónica como sustitutiva de la visita presencial de valoración pre-anestesia y posterior seguimiento en la cirugía ambulatoria, habiendo mostrado su eficacia. En la mayoría de centros no se requiere visita preanestésica para la endoscopia, pudiendo efectuarse la entrevista telefónica.

- Oficio de limpieza. Local con lavabo, vertedero y espacio para almacenamiento de material y equipos de limpieza.
- Almacén de lencería, para el almacenamiento de carros de textil limpio.
- Almacén general, para el almacén de material fungible de la unidad.

## Zona de personal (espacios de trabajo para el equipo multidisciplinar)

En el supuesto recomendado de la integración de las unidades del área del aparato digestivo, los recursos de personal de las mismas se localizarían en una misma zona y compartirían algunos recursos. Su localización en este caso se situaría en el interior de la unidad, en proximidad con la circulación interna del hospital.

Los locales que integran esta zona son el despacho clínico, la sala de reuniones polivalente, la secretaría y los aseos y vestuarios de personal.

- Despacho clínico, para el responsable de la unidad. Local con capacidad para mesa de despacho y para reuniones reducidas a 3 o 4 personas. Debe estar dotado de infraestructura de voz y datos.
- Sala de reuniones polivalente. Local para la celebración de sesiones clínicas, seminarios, docencia, etc., que puede servir asimismo como biblioteca. Debe estar dotada con infraestructura de voz y datos, así como instalación para equipamiento de imagen.
- Secretaría, para el desarrollo del trabajo administrativo de la unidad. Con infraestructura de voz y datos, y espacio para archivo.
- Aseos y vestuarios de personal, para el personal de la unidad, y ubicado en proximidad a la entrada a la misma desde la circulación interna del hospital. Con dos ambientes independientes para aseos y vestidor con taquillas. La zona de aseos debe disponer de ducha. En su dimensionamiento debe considerarse la proporción de mujeres/hombres que trabajan en la unidad.

## 10.5. Área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo: zonas y locales

Los procesos diagnósticos y terapéuticos que se realizan en las salas técnicas de endoscopias requieren condiciones de asepsia, pero no con los niveles exigibles en los quirófanos. Los pacientes atendidos en el área de

gabinetes son dados de alta en su mayor parte el mismo día, siendo trasladados a un hospital de día o a una unidad de hospitalización.

Aunque la realización de las técnicas endoscópicas más básicas se pueden llevar a cabo en locales externos al área, esta opción no se recomienda y por ello no se trata en este documento, donde se plantea la necesidad de la configuración de una unidad específica en la que se concentren la totalidad de los gabinetes de exploraciones del aparato digestivo que se realizan en el hospital.

Se trata por tanto de una unidad central que sirve tanto a pacientes ambulantes como ingresados. La circulación de ambos tipos de pacientes, así como la necesidad de diferenciar la circulación de los pacientes ambulantes de la del personal, servicios y suministros, plantea la necesidad de que se disponga la unidad entre la circulación general pública del área ambulatoria, y la circulación interna del hospital. En función de la dimensión de los recursos de las UAAD, además del acceso de pacientes ambulantes (asociado a la circulación ambulatoria del hospital), puede disponer de dos accesos conectados con la circulación interna del hospital, una para personal y pacientes ingresados o que se trasladan al hospital de día, y otra destinada a suministros y servicios.

Este modelo de localización es el mismo que debe plantearse cuando las consultas externas de las UAAD y los gabinetes de exploraciones se encuentran integrados en un mismo espacio dentro del hospital.

En el área de gabinetes de exploraciones se realizan la totalidad de las endoscopias digestivas, excepto algunas técnicas endoscopias especiales como, por ejemplo, la endoscopia colangiopancreatográfica retrógrada (ERCP) que se puede realizar en la unidad de diagnóstico por la imagen.

Se recomienda realizar la endoscopia en paciente pediátrico en una sala específica de gabinetes multidisciplinarios dentro del área pediátrica del hospital. En el caso de que no existiera, debe programarse una sesión específica para los pacientes pediátricos con el fin de asegurar una adecuada segregación entre éstos (que han de poder estar acompañados de sus padres) y los pacientes adultos.

Un aspecto básico del funcionamiento de la unidad, que se debe reflejar tanto en la programación de espacios como en el diseño de los mismos, es la necesidad de garantizar la privacidad y dignidad del paciente, especialmente cuando se comparten recursos (como en la zona de recuperación o en la sala técnica de endoscopia) disponiendo cabinas y aseo en espacios próximos.

La unidad debe disponer de iluminación natural y un ambiente tanto interno como externo, que favorezca la privacidad y contribuya a la relajación del paciente.

Las zonas que integran el área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo son recepción y admisión; gabinetes de exploraciones centrales (área ambulatoria e interna), que incluye preparación y salas técnicas;

recuperación, que incluye control de enfermería y sala de espera de pacientes ingresados y ambulantes; hospital de día médico polivalente, en unidad próxima, para readaptación al medio y conectado con la circulación interna del hospital; apoyos comunes (servicios generales) y personal.

La relación de zonas y locales que se expone en este documento es extensiva, refiriéndose a una unidad de ámbito regional que permite la diferenciación de locales de exploraciones que a continuación se recoge. Para unidades de ámbito asistencial menor se producirá una mayor concentración de locales y, por tanto, una menor especialización de los mismos, llegando incluso –en hospitales o ámbitos locales– a compartir el local de endoscopias por varias unidades asistenciales (broncoscopias/endoscopias digestivas). La misma consideración es aplicable al resto de las zonas de la unidad (recepción, recuperación, apoyos comunes y zona de personal).

## Zona de recepción y admisión

En esta zona se localizan el acceso al área así como los recursos administrativos de atención al paciente. La zona de recepción y admisión de ésta servirá para todos los pacientes que acudan tanto a consultas como a los gabinetes de exploraciones.

En el dimensionado de los diferentes locales de esta zona se debe considerar la aplicación de la cita previa de los pacientes. Se debe garantizar la necesaria privacidad en los procesos de admisión mediante la disposición de despachos de entrevistas e información vinculados a la recepción de la UDED.

Los espacios y equipamiento fijo (mostrador de recepción) de esta zona deben estar diseñados pensando en las personas que tienen movilidad reducida y que usen silla de ruedas. Este criterio debe considerarse en la totalidad de los recursos de la unidad.

Los locales de esta zona se integran con los del área ambulatoria de las UAAD, que dispone de una zona de recepción y admisión.

- Vestíbulo, para acceso a la unidad desde la circulación general ambulatoria del hospital.
- Mostrador de recepción y trabajo administrativo de admisión. Control del acceso y sala de espera de pacientes y acompañantes. El mostrador de recepción debe estar adaptado para personas en silla de ruedas, con superficie de trabajo dotada de infraestructura de voz y datos y espacio para equipamiento (teléfono, fax, ordenadores,...), así como archivo de material.

En este local se realizan los trabajos de recepción, admisión y registro de pacientes y acompañantes. Por ello, el diseño del mostrador no debe aportar la idea de barrera, sino de acogimiento.

Este espacio se debe asociar al local de trabajo administrativo de la unidad, y debe estar comunicado con el despacho de entrevistas e información.

- Sala de espera de pacientes ambulatorios y acompañantes, con acceso desde el vestíbulo y control del mostrador de recepción y admisión de la unidad. Dimensionada en función de la actividad de la unidad y del funcionamiento de la cita previa. Con espacio libre para pacientes en sillas de ruedas. En función de su dimensión, debe disponer de espacio específico para una instalación de fuente de agua y alguna máquina dispensadora de alimentos y bebidas ligeras.

En el caso de que la unidad atienda a pacientes en edad pediátrica, dependiendo del volumen asistencial se recomienda una sala de espera diferenciada con espacio para el juego de niños. Esta situación puede darse en hospitales generales que no dispongan de un área pediátrica desarrollada por la dimensión de la población infantil que es atendida en él.

Las salas de espera deben disponer de iluminación natural y un ambiente (iluminación, color, acústica, etc.), que ayude a la relajación. Una instalación de televisión/video puede ayudar a ello.

- Despacho de entrevista e información, para los procesos de admisión y citación en condiciones de privacidad, así como para información médica a familiares.
- Aseos públicos adaptados, asociados a las salas de espera, para pacientes y acompañantes. Adaptados a situaciones de discapacidad.
- Almacén de sillas de ruedas, para estacionamiento de sillas de ruedas para los pacientes de la Unidad.

## Zona de gabinetes de exploraciones centrales (área ambulatoria e interna) del aparato digestivo. Incluye preparación y salas técnicas

El diseño de esta zona, y en general de toda la unidad, debe ser secuencial, de manera que el paciente ambulatorio, tras la preparación y realización de la técnica endoscópica, pase a la zona de recuperación y posteriormente al hospital de día (ubicado en su proximidad), para, posteriormente, salir del hospital a través del área ambulatoria por la que accedió a la unidad. Esta organización secuencial permite ordenar la gestión de los pacientes, evitando interferencias y cruces indeseables en el interior de la unidad.

Una organización secuencial implica la disposición de zonas más abiertas y otras de acceso restringido. En este caso la zona de salas técnicas



y de recuperación, se consideran de uso restringido, lo que debe reflejarse en el diseño (sectorización, señalización, etc.).

Una posible disposición (recomendada) de los gabinetes de técnicas de endoscopias es contar con una doble circulación. Por una accede el paciente (ingresado o ambulante), y en ella se ubicarían las cabinas para la preparación del paciente antes de la realización de la técnica. Por la otra, accede el personal que dispone de un espacio específico (que puede compartirse para dos salas de técnicas anexas) para la preparación (lavado de manos), así como para la ubicación de los equipos de lavado y desinfección de endoscopios. Esta doble circulación permite gestionar la actividad sin interferencias, y puede ayudar a mantener los criterios de asepsia requeridos en la realización de las endoscopias.

Asimismo, se considera válido el acceso y salida de los diferentes usuarios de las salas a través de un único acceso, solución que puede aplicarse en unidades con un número limitado de gabinetes.

En todo caso, la preparación del paciente que requiera algún tipo de anestesia se realiza habitualmente en el interior de la sala de endoscopia.

La mayoría de las salas deberían ser multifuncionales. Los locales que integran la zona de salas de técnicas endoscópicas son:

- Sala de endoscopia, para la realización de gastroscopia y endoscopia gastrointestinal (alta).

El acceso a la sala de endoscopia se realiza a pie o en silla de ruedas desde las cabinas de preparación, y el paciente ingresado en silla de ruedas o en camilla.

El acceso a la sala se realiza a través del pasillo de circulación interior de la unidad, con una puerta de paso con una anchura que permita la circulación de camas, camillas y equipamiento.

Se recomienda puertas de doble hoja de 82 cm cada una, o de 1,20 cuando se disponga puerta de una sola hoja. La mirilla en las puertas debe asegurar el mantenimiento de la privacidad en la sala desde el pasillo de circulación.

La camilla (hidráulica) del paciente se ubica en el centro de la sala durante la realización de la endoscopia, debiendo existir un espacio libre de cualquier obstáculo a su alrededor de 1,20 metros, para asegurar el acceso al paciente desde cualquier punto por parte del personal clínico (medicina y enfermería).

La sala virtualmente se organiza en dos zonas en función de la posición del personal médico y del de enfermería. El equipo de endoscopia se localiza en el lado opuesto del personal médico para permitir realizar la técnica sin obstáculos. El personal de enfermería se localiza en la zona de la cabeza del paciente (endoscopia alta)

o en la zona de los pies del paciente (endoscopia baja), y en su zona debe disponer de un acceso fácil a los dispositivos, suministros y material estéril almacenados en armarios clínicos dentro de la sala. La sala de endoscopia incorpora generalmente una instalación para el lavado de manos y un puesto de trabajo con ordenador, que se colocan en la zona de la sala ocupada por el médico.

En la zona de enfermería de la sala se localiza el acceso al local de lavado y desinfección de endoscopios, así como el almacenamiento de dispositivos preparados para su uso.

La sala debe disponer de tomas de oxígeno y vacío, aire a presión, CO<sub>2</sub>, así como una instalación de llamada de emergencia para intervención del personal de la unidad.

En general se recomienda que el equipamiento (lámparas, torre de endoscopia, gases, luminarias, cámaras de video y televisión, etc.) de la sala se instale mediante estructuras auxiliares de fijación al forjado del techo de manera que no se impida el libre movimiento alrededor del paciente. En el interior de la sala, debe existir un espacio reservado para un equipo portátil de intensificación de imagen (en la zona del local de uso por parte de enfermería), con monitor de televisión y grabación de imágenes. Por otra parte, resulta necesario disponer, en la misma zona de enfermería o en una zona próxima al conjunto de las salas de endoscopias bajo control de enfermería, de un espacio para equipo de emergencias (en función de la dimensión de la unidad y de los criterios de organización de la misma) que cuente con: carro de fármacos, ambú, pulsioxímetro, monitor de ECG y desfibrilador.

Resulta asimismo recomendable que la sala de técnica de endoscopias disponga de iluminación natural controlada, o referencia de ella. La iluminación artificial, más allá de la necesaria para la realización del procedimiento, deberá proporcionar un ambiente alejado del quirúrgico.

La sala de técnica endoscópica debe disponer de un sistema de climatización que permita un mínimo de 6 renovaciones por hora, así como un criterio de diferencias de presión entre locales limpios (la sala de endoscopia) y sucios (aseo, local de lavado y desinfección de endoscopios).

Se recomienda una superficie útil mínima de 24 m<sup>2</sup> para salas de endoscopia en nuevas unidades. Su tamaño dependerá asimismo de si la unidad tiene una función docente muy desarrollada.

- Sala de ecoendoscopia. En esta sala se realizan técnicas de endoscopia (diagnóstica y terapéutica) gastrointestinal mediante un endoscopio gastrointestinal, que lleva incorporada una sonda de

ultrasonido (ecografía endoscópica). Este dispositivo se puede pasar a través de la boca o del ano.

La técnica permite la punción diagnóstica o terapéutica. Con las mismas características que las descritas para el local 2.1.

- Sala de CPRE. La colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es una técnica que combina la endoscopia y el uso de rayos X, para examinar el árbol biliar y pancreático.

La sala debe disponer de las mismas características que las descritas para la sala 2.1., con espacio para un equipo portátil con arco de radiología, lo que implica disponer de una mayor superficie útil (se recomienda un mínimo de 32 m<sup>2</sup>). El uso de esta técnica implica contar con una sala protegida contra radiaciones ionizantes.

- Sala de ecografía diagnóstica y terapéutica. La ecografía-doppler abdominal es una técnica de imagen que permite el examen de los órganos internos del abdomen (hígado, vesícula biliar, bazo, páncreas y riñones). Se realiza con el paciente tumbado en una camilla. Asimismo se aplica para guiar procedimientos intervencionistas, como las punciones con aguja de las lesiones abdominales, para la realización de análisis microbiológico o diagnóstico histológico. La sala debe disponer de un aseo que sirve como vestidor.

- Sala de pH-metría, impedancia, manometría y pruebas funcionales digestivas. La realización de las pruebas diagnósticas de gastroenterología, de pH-metría (registro de niveles de acidez del estómago) y de manometría (estudio de movimientos del esófago y del esfínter esofágico inferior) se pueden realizar en una misma sala organizada con los puestos (dotados de sillones cómodos) que sean necesarios en función con la actividad programada, debiendo mantener condiciones de privacidad.

Ambas técnicas, que se realizan sin sedación, consisten en la colocación de una sonda (conectada a un equipo de grabación) desde la nariz hasta el tramo inferior del esófago (pH-metría) y del interior del estómago (manometría).

La sala (40 m<sup>2</sup>) debe disponer de dos cabinas, aseo accesible desde su interior, y espacio para almacenamiento de dispositivos y material en armarios clínicos.

En esta sala se pueden realizar asimismo, otras pruebas digestivas mínimamente invasivas como la impedanciometría esofágica o el tiempo de tránsito colónico, así como las pruebas funcionales digestivas (curvas de gastrina, test del aliento, etc.).

- Sala de ecografía endoanal. En esta sala se realiza el estudio anatómico del canal anal, recto distal, estructuras genitales, urológicas y

musculares, y de sus relaciones funcionales con el suelo pélvico, mediante la ecografía endoanal con sonda electrónica de 360 °. La técnica de exploración se realiza sin sedación ni anestesia local. La sala debe disponer de un aseo que sirve como vestidor.

- Cabina vestidor asociada a cada sala de endoscopias se deben programar cabinas que sirven para el cambio de ropa del paciente. Con un diseño de agrupación de salas de endoscopias, este local puede servir para un par de salas. A las cabinas se accede desde el pasillo interior de la unidad.

En el caso de unidades de gabinetes de endoscopias del aparato digestivo de un tamaño importante, puede programarse una zona común de vestuarios de pacientes, con características similares a las que se programan en la unidad de cirugía mayor ambulatoria u otras unidades ambulatorias de características similares.

La cabina vestidor ha de ser cómoda y amplia, y estar dotada de asiento, perchas, espejo,..., que faciliten la preparación del paciente. Debe permitir el acceso de una persona en silla de ruedas, así como, en su caso, la presencia de un acompañante.

- Aseo para pacientes. Cada sala de técnicas endoscópicas debe disponer de un aseo directamente accesible desde la misma para uso de los pacientes, antes y después de la prueba. El aseo debe disponer de lavabo e inodoro. La apertura de la puerta del aseo debe ser hacia el exterior, y el local debe disponer de un sistema de llamada de emergencia.
- Preparación del personal. Se debe disponer de una instalación para el lavado de manos previa a la realización de la endoscopia. Esta instalación se puede realizar en el interior de la sala de endoscopia o, en función de la disposición y número de salas, si se diseña un pasillo interior para el acceso del personal desde la zona de vestuarios, en éste y en proximidad al acceso a las salas se puede disponer de un espacio para el lavado de manos.
- Lavado y desinfección de endoscopios. Al local de lavado y desinfección de endoscopios se accede directamente desde la sala de endoscopia. Habitualmente, el local de lavado y desinfección se ubica entre dos salas de endoscopias, con una superficie recomendada de unos 10 m<sup>2</sup> útiles. Cuando la dimensión de salas de la unidad es grande (a partir de las 6 u 8 salas de técnicas), se puede disponer de un local central de lavado y desinfección, organizándose el grupo de salas en torno a dos pasillos interiores de la unidad: uno para el acceso de pacientes (ingresados y ambulantes) y otro para el personal y apoyo técnico, comunicado con la preparación

del personal y con el local de lavado y desinfección de endoscopios. La disposición de un doble pasillo no debe impedir la posibilidad de que la sala de endoscopia disponga de una referencia deseable de iluminación natural que, por ejemplo, puede lograrse mediante una ventana fija dando al pasillo, con posibilidad de oscurecimiento (cortinilla).

En cualquier caso, para proceder a la organización física del conjunto de los gabinetes de exploraciones, resulta necesario definir previamente el proceso de organización y gestión de esterilización del material. En relación con la esterilización de dispositivos de endoscopios, consúltese el documento de estándares y recomendaciones de la unidad central de esterilización<sup>12</sup>.

El local debe disponer de una instalación para el lavado de manos y otra para el lavado manual de instrumental, así como máquinas automáticas de lavado y desinfección de material de endoscopios. El local debe contar con una toma de vacío para el lavado manual de dispositivos.

En el local debe disponerse un espacio para depósito de material limpio. En función de la dimensión de la unidad, si este local es único para el conjunto de salas técnicas, se puede disponer de dos espacios que separen la actividad de lavado manual, y la del depósito de material desinfectado, con máquinas de lavado y desinfección automática entre ambos espacios (ver documento de EE. y RR. de la UCE).

El sistema de climatización de la unidad debe proporcionar una ventilación con un mínimo de 10 renovaciones por hora en este local.

- Consulta/despacho. Para la exploración del paciente antes de la realización de la técnica endoscópica, así como comprobación de datos, tramitación del consentimiento informado, y del seguimiento adecuado de la preparación requerida para la realización de la técnica endoscópica o exploración funcional digestiva necesaria en cada caso. La programación de este local no resulta necesaria cuando el área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo se encuentra integrada con el área ambulatoria de UAAD.
- Consulta de enfermería. Para la preparación del paciente, realización de pruebas previas, información sobre las mismas y acompañamiento a la cabina vestidor asociada a la sala de endoscopia. La programación de este local no resulta necesaria cuando el área de gabinetes de exploraciones del aparato digestivo se encuentra integrada con el área ambulatoria de UAAD.

- Sala de espera. En función de la dimensión del área de gabinetes, del número de salas de técnicas endoscópicas y de su extensión, se pueden programar pequeñas salas de espera distribuidas en esta zona, que se ubicarían en proximidad a las consultas y cabinas para la preparación de los pacientes.

## Zona de recuperación (Incluye control de enfermería y sala de espera de pacientes ingresados y ambulatorios)

Después de la realización de la endoscopia, el paciente ambulatorio que requiera recuperación, es trasladado a esta zona bajo supervisión del personal de enfermería de la unidad, para posteriormente ser trasladado al hospital de día polivalente localizado en un espacio próximo a la unidad. El paciente ingresado en el hospital que es atendido en el área de gabinetes, una vez realizada la técnica endoscópica y una vez recuperado en la sala de recuperación de endoscopias, es trasladado a su unidad de hospitalización a través de la circulación interna del hospital.

Los locales que integran esta zona son:

- Puesto de recuperación de paciente, para la recuperación del paciente tras la realización de la técnica (diagnóstica o terapéutica) realizada en la sala de endoscopia, con la que debe tener fácil comunicación a través de un pasillo interno de la unidad. Tras la recuperación el paciente puede pasar al hospital de día para su proceso de readaptación al medio y salida del hospital acompañado a través del área ambulatoria.

Los puestos en general deben disponer de espacio para un sillón reclinable cómodo, con la posibilidad de contar con privacidad. Cada puesto debe tener una instalación de gases medicinales, con tomas de oxígeno y vacío. Es recomendable disponer al menos dos puestos con suficiente espacio para camillas/camas.

Se recomienda una superficie de 8 m<sup>2</sup> útiles por cada puesto con sillón reclinable y una de 10 m<sup>2</sup> para pacientes en camilla. Los pacientes deben guardar una separación mínima de 1,80 m.

La sala en la que se localizan los puestos de recuperación y el control de enfermería, debe disponer de iluminación natural para facilitar la recuperación de los pacientes.

- Control de enfermería. Mostrador y espacio de trabajo del personal de enfermería localizado de forma que se disponga de los diversos puestos de recuperación de los pacientes que han pasado por las salas de endoscopias, así como de los pacientes ingresados que acuden al área de gabinetes.

En el puesto de control de enfermería se localizan los sistemas de alarma, comunicaciones, y estación terminal de tubo neumático. Asimismo, debe disponer de puntos para el lavado de manos y/o dispositivos de dispensación de solución hidroalcohólica.

- Carro de paradas. Espacio específico y libre de obstáculos junto al control de enfermería, para material de emergencias: carro de fármacos, ambú, pulsioxímetro, monitor de ECG y desfibrilador.
- Oficio limpio. Local asociado al control de enfermería con lavabo clínico, depósito y espacio para la preparación de medicamentos.
- Oficio sucio y clasificación de residuos. Local próximo al control de enfermería, y dotado de lavado, lavacuanas y vertedero, con espacio para contenedores que permitan una adecuada clasificación de los residuos generados en la zona de recuperación.
- Aseo de pacientes. Aseo adaptado para los pacientes de la zona, con lavabo, inodoro y bidet. La puerta de acceso debe abrir hacia el exterior del aseo. Con espacio suficiente para vestidor del paciente recuperado de la exploración endoscópica, antes de trasladarse al hospital de día próximo.
- Aseo de personal con ducha, próximo al control de enfermería se debe programar un aseo para el personal que trabaja en la zona de recuperación, con lavabo, inodoro y ducha.
- Espera de pacientes encamados. Local próximo al control de enfermería para espera de pacientes ingresados que han sido trasladados en cama desde hospitalización a la unidad. El local debe disponer de tomas de oxígeno y vacío por cada puesto, así como espacio para localizar camillas y sillas de ruedas.

El acceso a este local debe diferenciarse del usado por pacientes ambulantes trasladados a la sala de recuperación desde las salas de endoscopia.

## Zona de hospital de día

La localización del hospital de día médico en un espacio próximo al área de gabinetes permite la readaptación al medio del paciente sometido a alguna técnica endoscópica (diagnóstica o terapéutica) y evitar su ingreso en una unidad de hospitalización convencional. Además, la UAAD requiere el apoyo del hospital de día para algunos tratamientos (hierro i.v, terapias biológicas, transfusiones, etc.).

La conexión del área de gabinetes con el hospital de día se realiza a través de la circulación interna del hospital. El hospital de día debe asimis-

mo encontrarse comunicado con la circulación externa, ambulatoria, para el acceso, en su caso, de los acompañantes a la sala de readaptación al medio.

Este recurso, por el número de puestos que requiere la actividad de los gabinetes de exploraciones del aparato digestivo no es específico del área del aparato digestivo, sino que generalmente es compartido por otras unidades funcionales. La unidad del hospital de día ha sido desarrollada en un documento específico de estándares y recomendaciones, al que se remite para el detalle de los criterios de organización y relación de locales y características de los mismos<sup>3</sup>.

- Puestos de hospital de día para la readaptación del paciente ambulante, tras la realización de una técnica endoscópica. Estos puestos se gestionan desde la unidad de hospital de día polivalente ubicada en un espacio próximo al área de gabinetes de exploraciones, preferiblemente en el mismo nivel, y conectadas a través de la circulación interna del hospital.

Los puestos de la unidad de hospital de día son asignados al área del aparato digestivo en función de la actividad programada en la misma. Los puestos se encuentran bajo la supervisión del puesto de control de enfermería.

## Zona de apoyos comunes (servicios generales)

La disposición y dimensionado de los diferentes locales de apoyo (almacén de material estéril, de material fungible, de lencería, oficinas, residuos, etc.) se encuentra en función con la gestión y sistema de logística (frecuencia de suministro, que se aplique a la unidad y al conjunto del hospital, que debe ser previamente definida).

La relación de la unidad y en particular de esta zona con la circulación interna del hospital, resulta importante para asegurar una distribución desde las distintas unidades como la central de logística, la unidad central de farmacia hospitalaria, la unidad central de esterilización, la unidad de lencería y la unidad de gestión central de residuos.

Algunos procesos de limpieza y desinfección de endoscopios que no resultan adecuados realizar en la unidad central de esterilización, se realizan en la propia UDED, lo que requiere disponer de espacio para equipamiento específico (lavado de endoscopios).

Los locales integrados en esta zona son:

- Almacén general de material. Para el almacén de material fungible de la unidad, con espacio para bultos grandes.
- Almacén de equipos (Rx). Para equipos portátiles de radiología, intensificadores de imagen con monitor de televisión y grabación



de video, etc., con una puerta de acceso con anchura suficiente para el movimiento de los mismos (por ejemplo, puerta de doble hoja de 82 cm.). Local ubicado en proximidad a las salas técnicas de endoscopias.

- Almacén de material estéril. Para depósito de material estéril, próximo a las salas técnicas de endoscopia. En función de la organización de la distribución, este material puede depositarse directamente en los armarios clínicos de cada una de las salas de endoscopias.
- Almacén de lencería. Para el almacenamiento de carros de textil limpio.
- Oficio sucio y clasificación de residuos. Local próximo al conjunto de las salas técnicas, y dotado de lavado y vertedero, con espacio para contenedores que permitan una adecuada clasificación de residuos generados durante la realización de las técnicas endoscópicas. Puede servir como estacionamiento temporal del carro de ropa usada.
- Oficio de limpieza. Local con lavabo, vertedero y espacio para almacenamiento de material y equipos de limpieza.

## Zona de personal

En esta zona se localizan los espacios de trabajo clínico y organización administrativa del personal, en una parte de la unidad bien definida y diferenciada de las zonas asistenciales.

Los locales con presencia continuada de personal, deben disponer de iluminación natural controlada de manera que no existan reflejos o deslumbramientos que impidan una correcta visión de pantallas de ordenadores y de equipos de imagen.

Una de las funciones básicas de la unidad, es la de la docencia para lo que debe disponer de recursos físicos, que pueden ser polivalentes, y equipamiento específico.

Se considera recomendable que los espacios para vestuarios y aseos para el personal, se dispongan dentro de la misma unidad, de manera que se facilite el cambio de ropa apropiada para el trabajo.

Los locales que conforman esta zona son:

- Despacho médico. Para el responsable de la unidad. Local con capacidad para mesa de despacho y para reuniones reducidas a 3 o 4 personas. Debe estar dotado de infraestructura de voz y datos.

- Sala de trabajo clínico. Sala para diversos puestos de trabajo clínico equipados con infraestructura de voz y datos.
- Sala de reuniones polivalente. Local para la celebración de sesiones clínicas, seminarios, docencia, etc., que puede servir asimismo como biblioteca. Debe estar dotada con infraestructura de voz y datos, así como instalación para equipamiento de imagen que permita la observación en directo de las salas técnicas de endoscopia (circuito cerrado de televisión).
- Despacho de supervisión de enfermería. Para la organización del trabajo de enfermería de la unidad. Local con capacidad para mesa de despacho y para reuniones reducidas a 3 o 4 personas. Debe estar dotado de infraestructura de voz y datos.
- Estar de personal. Local para el descanso del personal de la unidad, asociado al oficio para el refrigerio del mismo.
- Oficio refrigerio. Local dotado de lavabo, instalación para pequeños electrodomésticos (frigorífico, microondas, tetera, etc.), así como para almacenamiento de alimentos y bebidas ligeras, y vajilla. Comunicado con el estar de personal.
- Vestuarios y aseos para el personal de la unidad, ubicado en proximidad a su acceso desde la circulación interna del hospital. Con dos ambientes independientes para aseos y vestidor con taquillas. La zona de aseos debe disponer de duchas. Debe considerarse la proporción de mujeres/hombres que trabajan en la unidad. Este local se encuentra unificado en el caso de integración de las UAAD.

## 10.6. Consideraciones sobre condiciones ambientales e instalaciones de las UAAD

En este apartado se seleccionan algunos de los aspectos más importantes relativos a las condiciones ambientales de las diferentes zonas y locales de las unidades del aparato digestivo, así como criterios de diseño y dimensionado de sistemas constructivos e instalaciones principales de las mismas.

### Espacio para instalaciones

Las instalaciones de fluidos, energía y conductos de climatización deben disponer de un espacio específico y definido, con el criterio de distribución de las mismas por canales horizontales y patios verticales, que se ubiquen en los espacios comunes de las unidades, pasillos de circulación interior y sec-

tores de incendio. Se debe evitar que esa distribución pase por locales específicos en lugar de por elementos comunes. Asimismo, no deben existir elementos de saneamiento en los falsos techos de las salas técnicas de endoscopias, consultas, o zona de recuperación de pacientes.

Las instalaciones (espacios de distribución verticales y horizontales, equipos y terminales), deben integrarse con el diseño y distribución de las diferentes zonas y locales de las unidades funcionales, de manera que aporten las condiciones funcionales requeridas para cada actividad, con un fácil acceso para su mantenimiento (techos registrables en pasillos de circulación, o puertas de registro en patinillos), de forma que no interfiera con la actividad asistencial.

## Infraestructura de comunicaciones y TIC

Son una infraestructura básica del área del aparato digestivo para soportar el sistema de información que permita una adecuada gestión de pacientes, la realización de las diferentes técnicas endoscópicas, gestión de la imagen obtenida en la exploración, información estadística, evaluación de resultados, transmisión de informes a otras unidades asistenciales dentro del hospital (anatomía patológica, unidad multidisciplinar del cáncer, etc.), así como a otros recursos externos a él como los centros de salud.

La gestión y control de la información, así como mantenimiento de la infraestructura de comunicaciones es responsabilidad del área de tecnologías de la información y comunicaciones.

## Electricidad

Las salas técnicas, y su equipamiento (endoscopios, iluminación, etc.) deben tener asegurado su funcionamiento en caso de fallo del servicio eléctrico, mediante su conexión con el grupo eléctrico de emergencia.

Las tomas eléctricas de las salas de exploraciones deben ser suficientes para la realización de las mismas. Algunas pueden instalarse en torres sujetas al techo de la sala. Todas las tomas deben disponer de su correspondiente puesta a tierra.

## Iluminación natural y artificial

Los espacios ocupados por pacientes y personal de manera continua (esperas, recuperación, consultas y despachos) deben disponer de iluminación natural, siendo recomendable que los pasillos de circulación interior de la unidad cuenten asimismo con una referencia de luz natural.

La orientación solar y en su caso, las protecciones, deben contribuir a dotar a los espacios de la unidad de iluminación natural, evitando reflejos y ganancias térmicas de calor.

La iluminación natural se considera especialmente importante en la zona de recuperación de la UGADG ya que ayuda al despertar y readaptación del paciente. La iluminación artificial debe ser suficientemente intensa en las zonas de trabajo clínico y suave, e incluso indirecta, en aquellas estancias de tipo público.

Las luminarias que proporcionan iluminación general a las estancias en las que se encuentran los pacientes (consultas externas, zona de recuperación, hospital de día, etc.) no deben localizarse en la vertical de la ubicación del paciente. Para la observación clínica de los pacientes deben existir otras luminarias (fijas o portátiles) de alta intensidad y bajo contraste.

En aquellos locales interiores que requieran una buena iluminación, y en los que se encuentran pacientes, debe realizarse un diseño atento de la iluminación artificial, de manera que se colabore en la relajación del mismo durante la realización de la técnica endoscópica. En ese tipo de locales, se recomienda valorar la instalación de un alumbrado artificial con características similares a las de la luz de día, así como sistemas de imágenes iluminadas en techo y/o paredes, (fijas o con movimiento), que colaboren en la relajación del paciente durante intervenciones delicadas.

En general, se recomiendan luminarias fluorescentes.

## Climatización

El diseño de la climatización de la unidad debe alcanzar una ventilación de 6 renovaciones por hora en las salas técnicas de endoscopias y de 10 renovaciones por hora en las salas de lavado y desinfección de endoscopios.

Las salas técnicas de endoscopias deben tener una temperatura entre 20 y 23 ° C y una humedad relativa entre el 30 y el 60 %.

Las condiciones exigibles a las salas técnicas de endoscopias no son las aplicables a quirófanos, siendo posible (aunque no recomendada) la recirculación del aire, y el uso de filtros con una eficiencia del 95 %.

## Agua desionizada

El uso de agua desionizada se emplea en el local de lavado y desinfección de la zona de gabinetes, para el enjuague final de los endoscopios tras la aplicación de glutaraldehído. El suministro de agua desionizada puede realizarse mediante contenedores, sin necesidad de disponer de una instalación de producción in situ.

## Acústica

Deben cumplirse los requisitos normativos (CTE) en relación con las condiciones acústicas de los locales con objeto de garantizar la privacidad en las diferentes actividades. En general, no deben superarse los 45 dB entre salas de técnicas endoscópicas, entre consultas y entre zona de recuperación y pasillo interior de la unidad.

La instalación de ventilación debe diseñarse considerando los niveles de ruidos que produce, aplicando sistemas de baja velocidad.

## Acabados

Los acabados de los distintos paramentos (suelos, techos, paredes) deben ser resistentes al uso intensivo (personas, carros, camas, etc.), así como a golpes accidentales y a los procesos de limpieza cotidianos con productos químicos y desinfectantes.

Los suelos deben ser antideslizantes. En las salas técnicas, zona de recuperación y otros locales de apoyo (lavado de endoscopios, preparación del personal, etc.), los suelos deben ser continuos, sin juntas, para permitir el movimiento de carros, equipos, camas, etc., así como una fácil limpieza con productos químicos y desinfectantes.

Los techos en salas de técnicas, lavado y desinfección y otros locales restringidos, deben ser estancos, antibacterianos y lavables. Por ello, no se deben emplear techos con elementos modulares, rugosos o perforados.

Las paredes deben ser lavables, y en salas técnicas, sin juntas.

Los colores de los acabados deben ser ligeros, sin que se produzcan distorsiones de luz o reflejos de las luminarias y lámparas, especialmente en las consultas, salas de endoscopias y zona de recuperación de pacientes.

Las puertas de sectorización no deben limitar el uso normal de la unidad, por lo que deben ubicarse en espacios que no limiten la anchura de paso de pasillos, y en los que se ubique el retenedor electromagnético.

Las puertas de locales destinadas a pacientes deben tener un ancho accesible de 0,90 m. Las puertas de las salas técnicas deben disponer de puertas de doble hoja, de 82 cm y, en el caso de hojas de una puerta (solución menos recomendable), el ancho debe ser de 1,20 m. Las puertas de doble hoja deben tener unas ventanas que no interfieran con las condiciones de privacidad necesaria en cada sala.

Las puertas (especialmente las de las salas técnicas de endoscopias, local de lavado de endoscopios y sala de recuperación), deben ser resistentes y fácilmente lavables.

Las puertas de aseos de pacientes deben tener la apertura hacia el exterior, con un ancho accesible para silla de ruedas (0,82 m).

Se recomienda que el ancho de los pasillos por los que se plantea la circulación del paciente ingresado sea de 2,20 metros. Cuando esté destinado a pacientes ambulantes se plantea un mínimo de 1,60 m. En el caso de pasillos de circulación estrictamente destinados a zona de personal, el ancho mínimo del pasillo puede reducirse a 1,20 m.

## Seguridad

El diseño y características constructivas e instalaciones de las unidades del área del aparato digestivo deben mantenerlas en condiciones de seguridad para todos los usuarios, pacientes y profesionales sanitarios. En particular deben cumplirse las especificaciones que en materia de protección contra incendios y de seguridad de utilización y accesibilidad, establece el Código Técnico de la Edificación (CTE: DB-SI y DB-SUA).

Un aspecto específico de seguridad en las unidades de gabinetes de exploraciones es la necesidad de protección con el uso del glutaraldehído, empleado como potente desinfectante bactericida en el local de lavado y desinfección de endoscopios, lo que implica una protección específica del personal, así como unas condiciones de ventilación adecuadas (10 renovaciones/hora) del mismo.

Cuando la técnica endoscópica requiera la aplicación de equipos de radiología portátil, resulta necesario disponer de salas protegidas contra las radiaciones ionizantes.

Asimismo, debe asegurarse la continuidad en el funcionamiento de las salas de endoscopia ante un problema de continuidad del suministro eléctrico a las mismas.

# 11. Recursos humanos

Este capítulo del documento recoge aspectos generales de las UAAD, ya que la aproximación a la composición de las unidades multidisciplinares, cargas de trabajo y dimensionado se ha realizado a lo largo del mismo.

## 11.1. Registro de personal sanitario

En el hospital deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros datos sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada año, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Constará en el registro de profesionales sanitarios la adscripción de cada profesional a las unidades funcionales en que preste servicio y, específicamente a las UAAD.

## 11.2. Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal que se encuentre en la situación de pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

### 11.3. Funciones y competencias

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables<sup>(54)</sup>.

### 11.4. Identificación y diferenciación del personal

El hospital adoptará las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría profesional.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función.

### 11.5. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, y en función de su categoría profesional, los centros facilitarán al personal sanitario que preste servicio en las UAAD, los siguientes recursos:

- El acceso a la historia clínica del paciente.
- Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas.
- La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

<sup>(54)</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.



## 11.6. Formación

Las UAAD tienen una especial responsabilidad en la formación de profesionales de otras especialidades y de atención primaria del mismo u otros centros, especialmente de su red asistencial. Deberán facilitar planes de docencia que incluya las bases teóricas y prácticas del diagnóstico, tratamiento de los pacientes con enfermedades del aparato digestivo y el seguimiento de los mismos. De igual forma, participarán en la formación sobre aparato digestivo de otros profesionales no médicos, pero relevantes asistencialmente en el manejo intra y extrahospitalario de estos pacientes, especialmente de la enfermería.

Las UAAD deben adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada y de investigación y docencia de sus profesionales. Para ello dispondrán de un programa de formación continuada para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a las nuevas modalidades de tratamiento, la seguridad del paciente y la calidad, adaptado a sus características.

## 11.7. Criterios para el cálculo de los recursos

Las comparaciones de estándares de dotación de plantillas y otros recursos (por ejemplo, camas) entre países están condicionadas por la diferente estructura de categorías profesionales, especialidades y competencias interprofesionales, además de por factores epidemiológicos y la diversidad de estructuras organizativas y de funcionamiento de los sistemas sanitarios, incluyendo los incentivos a una mayor o menor producción de servicios. La estructura organizativa y de gestión (redes asistenciales) y la estrategia elegida para la derivación y alta de estos pacientes influyen de forma determinante en la gestión de la demanda y por lo tanto en las necesidades de recursos humanos.

El funcionamiento integrado del equipo multidisciplinar debe evitar que el paciente sea citado, revisado, sometido a pruebas diagnósticas, etc. de forma reiterativa, redundante e innecesaria. La utilización de la historia clínica compartida por toda la red, incluyendo el ámbito de atención primaria contribuirá al logro de este objetivo, así como la utilización de las TIC (teleimagen, videoconferencia, etc.) pueden evitar desplazamientos innecesarios del paciente.



## 12. Calidad

Desde el punto de vista administrativo la autorización de las UAAD descansa en la del centro hospitalario del que dependen.

Las UAAD abarcan, como se ha descrito a lo largo del documento, un conjunto de recursos y unidades. Algunos de estos recursos han sido analizados en otros documentos de estándares y recomendaciones, los cuales contienen sus respectivos indicadores de calidad. Se recomienda utilizar estos indicadores, adaptados a la situación de cada unidad asistencial de aparato digestivo en relación con: bloque quirúrgico<sup>6</sup>, hospital de día<sup>3</sup>, hospitalización convencional<sup>8</sup>, unidad de cuidados intensivos<sup>10</sup> y la unidad de urgencias hospitalarias<sup>9</sup>.

En los capítulos dedicados a cada tipo de unidad en la que se han clasificado funcionalmente las UAAD se han propuesto estándares de funcionamiento, producción y rendimiento, así como de volumen y seguridad que pueden servir de base para establecer, para cada una de estas unidades, los indicadores de calidad.

### Indicadores de red asistencial de las UAAD

La creación de redes asistenciales y la regionalización de servicios son aspectos reiteradamente destacados en este documento de estándares y recomendaciones, por lo que parece recomendable proponer una relación de indicadores que informen sobre la existencia de esta red y sus atributos. Estos criterios son de especial aplicación a las “áreas” o “institutos” del área de digestivo, es decir a la integración de la UMAD, UDED y UCAD en una unidad multidisciplinar (capítulo 5).

**Tabla 12.1. Atributos de gestión de la red de UAAD**

<b>Estructura de gestión para la red de UAAD</b>	Dispone de un manual de organización y funcionamiento
	Especifica las unidades que están integradas
	Existe un coordinador/director de la red
	Existe un responsable de enfermería de la red
	Existe un órgano colegiado de coordinación/dirección de la red, integrado por representantes de las unidades
	El órgano colegiado tiene reuniones periódicas y sus principales conclusiones se recogen en actas

**Tabla 12.1. Atributos de gestión de la red de UAAD. (Continuación)**

<b>Red específica</b>	Se ha definido y está en funcionamiento, con ámbito regional, la atención multidisciplinar al cáncer de colon
	Se ha definido y está en funcionamiento, con ámbito regional, la atención multidisciplinar al cáncer esofagogástrico
	Se ha definido y está en funcionamiento, con ámbito regional, la atención multidisciplinar al cáncer hepato-biliar
	Se ha definido y está en funcionamiento, con ámbito regional, la atención multidisciplinar para otros procesos asistenciales del aparato digestivo (obesidad mórbida, trastornos de la motilidad intestinal, etc.)
<b>Instrumentos de gestión clínica</b>	Dispone y aplica guías / procesos asistenciales integrados / protocolos / vías clínicas comunes en los dispositivos integrados en la red
	Se discuten los casos clínicos complejos con la participación de las unidades implicadas
	Dispone y aplica una política de seguridad del paciente para el conjunto de la red. Se recogen y analizan periódicamente los eventos adversos y se adoptan medidas de corrección
	Se han elaborado y aplican criterios de indicación de uso para el conjunto de la red
<b>Formación continuada, docencia y de investigación, innovación y desarrollo</b>	Existe un programa de formación continuada dirigido al personal vinculado con unidades del área de digestivo (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)
	Existe un programa de formación continuada dirigido a profesionales de atención primaria vinculados a la/s red/es
	Existe un programa de docencia de formación especializada
	Existe un programa de I+D+i para el conjunto de la red
<b>Formalización de la gestión</b>	Existe un presupuesto de ingresos y gastos para la red de UAAD
	Se dispone de contabilidad analítica
	En cada una de las unidades que integran la red
	En cada proceso asistencial que gestiona la red
	Existe un cuadro de mandos para el conjunto de la red de UAAD
	Se toman en consideración, para la elaboración de este cuadro de mandos, los indicadores de progreso de la estrategia de ictus del SNS
<b>Gestión de personal</b>	Existe un plan estratégico para la red de UAAD, aprobado por el órgano colegiado de coordinación/dirección de la red
	Se desplaza a los hospitales locales personal procedente de los hospitales de área o de referencia regional:
	- médicos
	- enfermeras
- técnicos	

**Tabla 12.1. Atributos de gestión de la red de UAAD. (Continuación)**

<b>Sistema de información y comunicaciones</b>	Se dispone de un SI compartido por todas las unidades de la red de UAAD
	La red dispone de HCE accesible desde todas las unidades de la red
	El acceso a la HCE incluye:
	- analítica
	- imagen (eco, radiología, TC, RM)
	- exploraciones neurofisiológicas
	- otras exploraciones
La red dispone de un sistema de comunicación definido para la conexión entre los profesionales de las distintas unidades	
<b>Plan de gestión de Calidad</b>	La red tiene un plan de gestión de calidad para la red de UAAD, aprobado por el órgano colegiado de coordinación / dirección de la red y evaluado periódicamente
	El plan de calidad incorpora un conjunto de indicadores de evaluación.
	Las unidades integradas en la red de UAAD están acreditadas (sistema de acreditación)
	La red tiene procedimiento de auditoria interna o externa



## 13. Criterios de revisión y seguimiento

Se recomienda que **se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a cinco años.**

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UAAD en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda:

- Un análisis sistemático de los indicadores de las UAAD, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en este informe.
- La publicación, por hospital, del volumen y los resultados de los procedimientos quirúrgicos e intervencionistas, utilizando un método de estandarización adecuado.
- Un análisis de los datos sobre la dotación de recursos humanos y tiempos de dedicación, contemplando la necesidad de que se considere el tiempo dedicado a actividades asistenciales vinculadas al trabajo conjunto con atención primaria (interconsulta telefónica, correo electrónico, videoconferencia, etc.).
- Se recomienda la regionalización de las UAAD, así como impulsar la creación de redes asistenciales.





# Anexo 1. Características de las unidades monográficas del aparato digestivo<sup>120,(55)</sup>

## Enfermedad inflamatoria intestinal

Las UAAD deberían disponer de profesionales con especial dedicación a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con recursos humanos específicos de medicina y enfermería con capacidad para ejercer una labor de liderazgo y coordinación con otros estamentos asistenciales implicados en la atención de estos pacientes. En hospitales de ámbito regional debe existir una unidad específica de EII. Una función de esta unidad será actuar como punto de referencia loco-regional, tanto para el resto de las UAAD, como para atención primaria. La infraestructura mínima necesaria es: un local de consulta fácilmente identificable por los pacientes; un sistema informático con conexión permanente a Internet; un teléfono.

La unidad de EII debe tener acceso a hospitalización convencional, hospital de día, endoscopias, ecografía abdominal (si es posible con contraste), enterorresonancia, TC abdominal, pruebas analíticas que incluyan biomarcadores (específicamente calprotectina fecal), pruebas serológicas, pruebas microbiológicas y técnicas inmunológicas.

Las UAAD colaborarán con cirujanos expertos en el tratamiento de la EII en el mismo centro o en centros de referencia, de acuerdo con criterios de experiencia, eficiencia y calidad. En centros de tercer nivel, al menos un cirujano debe formar parte de la unidad de enfermedad inflamatoria. Asimismo las UAAD, y en su caso la unidad de enfermedad inflamatoria, coordinarán la colaboración con otros profesionales (médico de atención primaria, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo, oftalmólogo, reumatólogo, dermatólogo) actuando siempre como punto de acceso y referencia para el paciente con EII y asegurando la continuidad en la asistencia durante todo el proceso.

<sup>(55)</sup> Adaptado de: Mearin F, Nos P, Gispert JP, Naranjo A, Jover R, Serra J, Molina J, Gomollón F, Gines A, Madaria E, Alcedo J, Montoro MA. Propuestas y aportaciones de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) para la redacción de estándares y recomendaciones en el diseño y desarrollo de las Unidades Asistenciales de Aparato Digestivo (UAAD). Asociación Española de Gastroenterología. Julio, 2011.

## Tracto digestivo superior (esófago-estómago-duodeno)

Es deseable que en una UAAD haya facultativos con especial interés en enfermedades que son frecuente motivo de derivación desde la atención primaria de salud, especialmente la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la dispepsia no investigada (DNI) y la infección por *Helicobacter Pylori* (Hp). Igualmente importante es el concurso de personal de enfermería especialmente familiarizado en determinados procedimientos diagnósticos que puedan facilitar consultas de alta resolución (por ejemplo, test del aliento para el diagnóstico de la infección por Hp). Igualmente importante es la relación con cirujanos con experiencia en el manejo quirúrgico de la ERGE.

La UAAD debe tener protocolos consensuados con atención primaria para el abordaje diagnóstico-terapéutico y seguimiento ambulatorio de las enfermedades más comunes del tracto digestivo superior, especialmente la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la dispepsia y la infección por *H. pylori*. La UAAD debe incorporar el protocolo de diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca promovido por el MSSSI<sup>150</sup>.

Acceso a: técnicas de endoscopia diagnóstica con posibilidad de llevar a cabo el diagnóstico de la infección por *Helicobacter Pylori* por métodos invasivos (a menudo implicado en la patogénesis de lesiones histológicas duodenales similares a las encontradas en la ESG) y biopsias de duodeno.

Disponibilidad de patólogos experimentados en el reconocimiento de formas histológicamente “leves” de enteropatía sensible al gluten (Marsh I-II y IIIa) y disponibilidad de tinciones con hematoxilina-eosina e inmunotinciones para linfocitos CD3.

Acceso a servicio de Inmunoematología y/o genética con capacidad para la determinación de los haplotipos DQ2-DQ3 del sistema HLA.

Conexión con nutricionista para asesoramiento sobre el buen cumplimiento de la dieta sin gluten (DSG) y/o revisión de la dieta en caso de no respuesta o respuesta parcial a la dieta.

Disponibilidad de test del aliento para el diagnóstico de condiciones clínicas asociadas a la ESG (intolerancia a lactosa, fructosa y sobrecrecimiento bacteriano) y que deben ser consideradas (y tratadas) antes de catalogar una enfermedad celíaca como refractaria.

Acceso a la colonoscopia con posibilidad de biopsias escalonadas (e inmunotinciones para linfocitos CD8) para la exclusión de colitis linfocítica (condición clínica más prevalente entre la población de enfermos celíacos) como causa responsable de la persistencia de síntomas.

## Páncreas y vías biliares

La unidad de atención al paciente con enfermedades del páncreas y vías biliares debería estar equipadas con recursos humanos y materiales de atención al paciente semicrítico para el manejo de la pancreatitis aguda grave<sup>(56)</sup>.

La unidad donde se atiende a pacientes con enfermedades del páncreas y vías biliares debe estar provistas de protocolos consensuados con otros estamentos asistenciales que intervienen en su manejo, incluyendo staff de urgencias, UCI, cirugía y radiodiagnóstico<sup>151</sup>.

La unidad que atiende al paciente con enfermedad del páncreas debe disponer de sistemas fiables para el diagnóstico y monitorización de la insuficiencia exocrina del páncreas<sup>152</sup> y acceso a medición de la elastasa fecal y de grasa en heces y test de aliento con triglicéridos marcados.

Debe contar con el apoyo de una unidad funcional dedicada al manejo del dolor<sup>153,15</sup>.

## Trastornos motores y funcionales digestivos

Las UAAD deberán promover y colaborar en la organización de actividades para garantizar que los profesionales de los centros de atención primaria, internistas, cirujanos, enfermería, etc., desarrollen actividades de formación continuada en trastornos funcionales digestivos.

Las UAAP de los hospitales de referencia deberán tener una unidad de trastornos motores y funcionales digestivos que incluya en su cartera de servicios como mínimo las siguientes pruebas diagnósticas<sup>154</sup>: manometría esofágica, manometría anorrectal, pH-metría de 24 horas, pH-impedanciometría de 24 horas, tratamiento de rehabilitación y reeducación esfinteriana mediante biofeedback anorrectal y medición del tiempo de tránsito colónico.

Precisa un local acondicionado con sala de exploraciones, camilla, zona de aguas para limpieza y aseo con baño para los pacientes. Zona de enfermería para la preparación de las sondas y despacho con los softwares apropiados para cada técnica.

Preferiblemente debería ser, además, el emplazamiento para la realización del resto de técnicas inherentes a un laboratorio de pruebas selectivas para la exploración de malabsorción de azúcares y sobrecrecimiento bacteriano intestinal.

Las UAAD colaborarán con cirujanos coloproctólogos, urólogos y ginecólogos en la creación de unidades integrales para el tratamiento de patología del suelo pélvico<sup>155,156</sup>.

<sup>(56)</sup> Véase apartado 6.3. Unidades de cuidados nivel 1.



## Anexo 2. Características de las unidades monográficas de hepatología<sup>(57)</sup>

Los servicios de patología hepato-pancreático-biliar (HPB) se prestan en todos los hospitales de área de salud y universitarios que tratan enfermedades comunes, como litiasis, pancreatitis aguda no complicada y evaluación de pacientes con enfermedad HPB. Algunos hospitales tienen más experiencia y realizan alguna cirugía HPB más complicada que los anteriores, pero no son centros especializados en páncreas y pueden no estar asociados a una unidad de hepatología. Hay hospitales docentes con unidades de hepatología, que no realizan trasplante hepático y centros de trasplante hepático.

La cirugía hepatobiliar (HPB) requiere un alto nivel de experiencia multidisciplinar y quirúrgica para optimizar resultados. Los procedimientos de cirugía del cáncer hepatobiliar conllevan un elevado riesgo de mortalidad, que está relacionada con el volumen de actividad del cirujano y centro. Al menos tres o cuatro cirujanos deben trabajar en equipo.

El informe prevé la creación de 10-15 redes asistenciales de atención a las enfermedades HPB para el Reino Unido (1 red para cada 4-6 millones de habitantes).

Enfermeras especialistas para proporcionar terapia antiviral y coordinar el cuidado de los pacientes. El informe estima la necesidad de gestionar el tratamiento de 50 pacientes.

Cada centro de hepatología debe poder proporcionar los siguientes servicios: asesoramiento al hospital de área en el manejo de la enfermedad hepática compleja; la admisión, diagnóstico y tratamiento de enfermedades hepáticas raras o complejas, la admisión, diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular y colangio-carcinoma; mantenimiento y asesoramiento del paciente que necesite un trasplante de hígado; la admisión y el tratamiento del paciente con hemorragia por vórices recurrente; la colocación de una derivación portosistémica transyugular intrahepática (TIPS) en caso de estar indicado para la hemorragia por varices, ascitis resistente a diuréticos o hidrotórax hepático; soporte renal si está indicado para el paciente con síndrome hepatorenal; 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; y

<sup>(57)</sup> Adaptado de referencia 46. *Liver & pancreatic disease*.

enlace con una de las unidades de hígado pediátricas para el tratamiento de los niños y adolescentes.

Cada centro de patología HPB debe atender a una población de 2 a 4 millones de personas, disponer de instalaciones completas de diagnóstico y de imagen, incluyendo la radiología intervencionista y ecografía endoscópica y ser capaz de proporcionar los siguientes servicios en relación con el páncreas: realizar el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades benignas y malignas de HPB y el trauma; interactuar, diariamente si es necesario, con los hospitales de referencia (teleconferencia, reunión del equipo multidisciplinar para la enfermedad maligna y benigna); proporcionar traslado de emergencia del paciente; manejar la enfermedad biliar que incluye la enfermedad de cálculo biliar complicada, cánceres del tracto biliar, la reparación y resecciones del conducto biliar; realizar procedimientos complejos pancreato-biliares y endoscopia; realizar la gestión clínica del paciente con enfermedad pancreática, incluyendo la resección pancreática para enfermedades benignas y malignas y de la enfermedad HPB complicada (inflamatoria, neoplasias); manejar la pancreatitis severa y la pancreatitis crónica complicada; manejar la enfermedad hepática como cáncer de hígado primario y secundario; realizar la resección hepática y la ablación de tumores en el hígado y la cirugía paliativa de algunos tipos de cáncer HPB; realizar cirugía de la hipertensión portal; manejar trauma HPB incluyendo trauma penetrante y complicaciones de procedimientos endoscópicos y quirúrgicos.

# Anexo 3. Unidad/equipo multidisciplinar del cáncer colorrectal<sup>157,(58)</sup>

La unidad multidisciplinar requiere un área de influencia de un millón de habitantes aproximadamente, con una actividad mínima anual de 80 nuevos casos de cáncer de colon y 50 casos de cáncer de recto.

El equipo básico específico de la unidad multidisciplinar de cáncer colorrectal debe incluir unos o varios de los siguientes especialistas:

- Cirujano colorrectal<sup>(59)</sup>.
- Oncólogo médico.
- Oncólogo radioterápico.
- Especialista en diagnóstico por imagen.
- Anatomopatólogo, con especial formación y dedicación a la patología digestiva.
- Especialista en aparato digestivo<sup>(60)</sup>.
- Enfermera con formación en el manejo del cáncer colorrectal (estomatoterapeuta).
- Un coordinador administrativo.
- Un miembro del equipo debe tener responsabilidades sobre aspectos relacionados con el trato e información a pacientes y familiares.
- El equipo multidisciplinar “ampliado”, incluye además uno o varios de los especialistas siguientes:
  - Un cirujano, preferiblemente de un equipo o unidad multidisciplinar de HPB, que realice resecciones hepáticas/metastectomías, para asesorar sobre metastectomía hepática.
  - Un cirujano torácico que tenga experiencia en metastectomía pulmonar.

<sup>(58)</sup> Se ha adaptado el equipo propuesto por el NHS a la estructura de especialidades y categorías profesionales del SNS. La composición del equipo multidisciplinar tiene carácter indicativo, debiendo adaptarse a las condiciones específicas de cada servicio de salud u organización sanitaria.

<sup>(59)</sup> Para los cirujanos y otros miembros del equipo se requiere formación en exéresis total del mesorrecto. Imprescindible experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

<sup>(60)</sup> Experto en diagnóstico precoz y tratamiento endoscópico de lesiones colónicas.

- Un radiólogo o especialista de digestivo competente en la colocación de endoprótesis intestinales inferiores.
- Un miembro del equipo de cuidados paliativos (médico o enfermera).
- Un dietista/nutricionista.
- Una enfermera estomaterapeuta.
- Un especialista en genética clínica.
- Un psico-oncólogo/psiquiatra.
- Un rehabilitador.
- Un responsable para la entrada de pacientes atendidos por la unidad en ensayos clínicos.
- Si la unidad está especializada en cáncer rectal, con un volumen mínimo de actividad de 50 procedimientos año, deben añadirse los siguientes miembros al equipo ampliado:
  - Un cirujano adicional<sup>(61)</sup>. Los miembros del equipo quirúrgico deben tener experiencia contrastada en extirpación completa del mesorrecto y en la microcirugía transanal endoscópica<sup>158</sup>.
  - Un cirujano plástico.

<sup>(61)</sup> El cirujano es una variable pronóstica independiente en los resultados de la cirugía del cáncer de recto, especialmente cuando se analizan la proporción de resecciones curativas, la tasa de amputaciones abdominoperineales, la mortalidad operatoria y la morbilidad anastomótica, así como la tasa de recidivas locales y la supervivencia.



## Anexo 4. Unidad/equipo multidisciplinar del cáncer esófago-gástrico<sup>(62)</sup>

Los datos de mortalidad recogidos en el documento Estrategia y prioridades en cáncer en Cataluña. Plan Director de Oncología: Objetivos 2010, comunican una mortalidad perioperatoria para el cáncer de esófago de 11,7% con una gran variabilidad de 4,3 a 25%, una incidencia de casos dispar y por debajo de la mayoría de los estándares más lógicos de regionalización de procedimientos complejos (de 1 a 14 casos). Para cáncer de estómago, con 589 casos al año, la mortalidad es de 9,1% (de 0 a 35,9% y con experiencias que van de 2 a 33). Ninguna de estas mortalidades es admisible hoy día en centros de referencia. No se comunican los resultados de supervivencia a largo plazo, que podemos suponer que serán inferiores a los estándares reconocidos.

En la Comunidad de Madrid, en datos no publicados extraídos de la codificación de los informes de alta, se recogió la experiencia de la cirugía del cáncer de esófago en dos grupos, grupo 1 (6 hospitales) que englobaba hospitales de menos de 600 camas y que no atendían a todas las especialidades (hospitales de 2º nivel) y grupo 2 (8 hospitales) que reunía a los hospitales considerados de tercer nivel con todas las especialidades. En los años 2005-2006 los hospitales del grupo 1 intervinieron 18 cánceres de esófago y los del grupo 2, 78 cánceres de esófago. La mortalidad global fue de 15.6% (referencia EEUU 8.5%). El número de casos por año en los 14 hospitales variaron de 1 caso (4 hospitales) a 9 casos (1 hospital)<sup>(63)</sup>.

En el Reino Unido, se han creado centros de cirugía gastroesofágica que prestan servicio a poblaciones de poco más de un millón de personas, pero como la tasa de resección se ha reducido a un 20% aproximadamente, y los tratamientos definitivos sin cirugía, tales como la quimioterapia o la radiación, han ganado popularidad, la población necesaria para justificar un centro oncológico se acerca ahora a los 2 millones de personas. Esta población debería generar alrededor de 150 resecciones gastroesofágicas al año. En Ontario (Canadá) se han seleccionado 15 centros para cirugía del cáncer

<sup>(62)</sup> El contenido de este apartado ha sido aportado por José Ignacio Landa.

<sup>(63)</sup> Landa JI. XII Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía. Symposium Nacional Cirugía Oncológica. Mesa sobre controversias en cirugía oncológica (regionalización de procedimientos) (Zaragoza, Junio, 2008).

de esófago y el porcentaje alcanzado por estos hospitales en 2010 recoge ya el 90% de los cánceres de esófago. Ningún centro debe hacer menos de siete casos al año<sup>(64)</sup>.

La unidad multidisciplinar requiere un área de captación, como mínimo, de 1 millón de habitantes y realizar un mínimo de 60 procedimientos sobre cáncer esofagogástrico.

Referente al cáncer gástrico, la Asociación Española de Cirujanos opina:

1. El cáncer gástrico es un problema de salud grave, que representa la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo y la cuarta en la Unión Europea, a pesar de que su incidencia ha disminuido en los últimos años.
2. El tipo intestinal de Lauren, no así el difuso, tiene relación con la secuencia de Correa (metaplasia-displasia-adenocarcinoma), así como con la exposición a factores carcinogénicos como la alimentación o el *H. pylori*, por lo que predomina en áreas geográficas de alta incidencia.
3. El cáncer gástrico se diagnostica sobre todo en pacientes sintomáticos, que suelen presentar formas avanzadas de la enfermedad (60% en Estadios III o IV). Por ello, su pronóstico resulta globalmente pobre, con supervivencias del 10 al 30% a los 5 años de la cirugía.
4. El tratamiento del adenocarcinoma gástrico localmente avanzado es multimodal (Nivel de evidencia 1), por lo que la toma de decisiones unilateral está claramente desaconsejada.
5. En las instituciones dedicadas al tratamiento de esta patología, equipos multidisciplinarios formados por cirujanos, oncólogos, digestólogos, radioterapeutas, radiólogos y anatomopatólogos deben reunirse con una frecuencia semanal o quincenal. Se recomienda igualmente la participación o el apoyo de personal de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, y otros servicios.
6. Dada la complejidad del proceso diagnóstico-terapéutico, la coordinación de los recursos<sup>(65)</sup> y la adecuada información al paciente son fundamentales para optimizar los resultados.

El equipo básico específico de la unidad multidisciplinar de cáncer esofagogástrico debe incluir uno o varios de los siguientes especialistas: oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta, cirujano con experiencia en cirugía esofagogástrica, especialista en diagnóstico por imagen, anatomopa-

<sup>(64)</sup> Integración de las unidades y centros que atienden a estos pacientes en una red asistencial.

<sup>(65)</sup> <http://www.cancercare.on.ca/qualityindex/>

tólogo con especial dedicación y formación a la patología digestiva, digestólogo con experiencia en endoscopia diagnóstica y terapéutica de tramo digestivo alto, incluyendo ecoendoscopia y colocación de endoprótesis, enfermera con formación en el manejo del cáncer esofagogástrico y enfermera gestora de casos.

El equipo multidisciplinar ampliado incluye, además, uno o varios de los especialistas siguientes: dietista/nutricionista, especialista en consejo de cáncer genético y familiar, psico-oncólogo/psiquiatra, trabajador social, un miembro del equipo de cuidados paliativos (médico o enfermera), un coordinador administrativo.

Un miembro del equipo debe tener responsabilidades sobre aspectos relacionados con el trato e información a pacientes y familiares. Debe identificarse al miembro del equipo responsable para la entrada de pacientes atendidos por la unidad en ensayos clínicos.



## Anexo 5. Características de las unidades de cirugía bariátrica<sup>(66),159</sup>

La unidad de cirugía bariátrica tiene todas las características de las unidades multidisciplinarias:

- Participación de equipos multidisciplinarios (cirujanos, endocrinos, gastroenterólogos, psicólogos/psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, etc.).
- Agrupa a diferentes procesos asistenciales (endocrino, cirugía, anestesiología, etc.).
- Continuidad asistencial (red asistencial) entre paciente, atención primaria y especializada.
- Gran prevalencia y demanda ciudadana.
- Relación directa entre resultados y volumen de actividad.
- Regionalización de actividades.
- Recursos específicos adaptados a estos pacientes tanto en consulta, hospitalización y quirófano.

La obesidad mórbida es una condición crónica, incurable y de tendencia epidémica en los países industrializados, con una prevalencia del 0,5% de los adultos en España pero que tiende a duplicarse cada 5-10 años. Se asocia a una serie de comorbilidades graves (diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hiperlipidemia, los trastornos del sueño, etc.) que reducen significativamente la expectativa de vida del paciente además de provocar importantes repercusiones familiares, sociales y laborales.

Cuando en el paciente obeso mórbido fracasa con la dieta, el ejercicio físico, la terapia conductual y/o el tratamiento farmacológico, la cirugía representa la última posibilidad terapéutica. La cirugía bariátrica es el único método que mantiene el descenso de peso a largo plazo, mejorando las enfermedades asociadas, la calidad de vida y la autoestima del paciente.

La Conferencia del *National Institutes of Health* de 1991<sup>160</sup>, las recomendaciones de la *Consensus Statement* de la ASBS<sup>161</sup> y de las sociedades científicas españolas como la SEEDO<sup>162</sup> y la propia SECO (Declaración de Salamanca)<sup>163</sup> recomiendan una estrategia multidisciplinar para la evaluación, preparación perioperatoria y seguimiento del paciente obeso mórbido. Además del cirujano bariátrico y del especialista en endocrinología, el equi-

<sup>(66)</sup> Adaptado de las referencias 143 y 159 y aportaciones para este documento de J.C. Ruiz de Adana.

po multidisciplinar debe incluir a anestesiólogos, psiquiatras/psicólogos, cirujanos plásticos, enfermeras, dietistas y trabajadores sociales. Igualmente, el equipo requiere la participación de otros especialistas para evaluar y tratar la patología asociada a la obesidad mórbida como cardiólogos, neumólogos y gastroenterólogos, sin olvidar la colaboración de radiólogos expertos en técnicas bariátricas con equipos adaptados a las características morfológicas de los pacientes con grados extremos de obesidad.

Cualquier técnica quirúrgica bariátrica es una herramienta para cambiar los hábitos alimentarios. Este cambio hacia un estilo de vida activo, introduciendo modificaciones en los hábitos alimentarios hace que sea esencial que los candidatos tengan un exhaustivo conocimiento de todos los aspectos relativos a la cirugía y de los mecanismos de pérdida de peso para que puedan evitar que vuelvan a ganar peso y las complicaciones tardías. Por este motivo, la cirugía bariátrica ha sido calificada como “cirugía del comportamiento”, en la cual un resultado satisfactorio requiere más educación pre y postoperatoria del paciente que cualquier otra. Por tanto, el equipo multidisciplinar debe asegurarse que un paciente candidato comprende y sabe interpretar todos estos factores que influyen en el éxito del tratamiento.

Una vez que el equipo decida que el paciente es adecuado para la intervención quirúrgica, el cirujano bariátrico debe explicar al paciente la técnica propuesta, revisando los mecanismos de pérdida de peso, los resultados generales y las tasas de morbilidad y mortalidad esperadas. Las principales complicaciones deben describirse con detalle, presentando un análisis de la relación riesgo-beneficio.

La labor del equipo multidisciplinar es esencial en el tratamiento quirúrgico y en los cuidados perioperatorios del paciente con el objetivo de disminuir las complicaciones postoperatorias, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La optimización preoperatoria o de mejora de la comorbilidad del paciente (apnea del sueño, insuficiencia cardiaca, etc.).
- La sistematización y protocolización de la técnica quirúrgica mediante un abordaje laparoscópico.
- Los cuidados anestésicos y la preparación del quirófano suponen una estrecha colaboración del equipo quirúrgico con el anestesiólogo experto en cirugía bariátrica y el resto de personal enfermería y auxiliar de quirófano.
- La recuperación postoperatoria es otra parte esencial de este proceso continuo que supone la cirugía bariátrica y por tanto la implicación del personal de enfermería es esencial para la vigilancia y los cuidados perioperatorios. Al igual que ocurre con el quirófano (mesa operatoria, instrumental extralargo, etc.), el resto del hospi-

tal debe estar equipado adecuadamente con habitaciones y baños más amplios y seguros, camas bariátricas especiales, equipos de radiología abiertos y dispositivos de traslado (grúas y sillas de ruedas) adecuados a las características de estos pacientes.

- La gestión de la programación quirúrgica y la priorización de pacientes en lista de espera dada la demanda creciente con el consiguiente alargamiento en los tiempos de espera de los pacientes candidatos a cirugía requiere, de acuerdo con la Declaración de Salamanca de la SECO, el establecimiento de criterios de priorización basados en el grado de obesidad, comorbilidad mayor asociada, repercusión social y otros factores de riesgo.

La misión del equipo multidisciplinar no finaliza con el alta hospitalaria tras la intervención quirúrgica. El éxito de todo este complejo proceso no se conseguirá si el paciente no se adapta paulatinamente a los cambios en el estilo de vida derivados de la cirugía. Los programas de cirugía bariátrica deben proporcionar un seguimiento sistemático a largo plazo para mantener los hábitos alimenticios, la actividad física, la prevención de déficit nutricionales, el diagnóstico de complicaciones postoperatorias tardías y la corrección de las secuelas dermogradas tras pérdida masiva de peso como parte esencial en la recuperación de la calidad de vida y satisfacción del paciente operado.

El personal de enfermería y de dietética experto en nutrición debe mantener una atención continuada y coordinar la asistencia sanitaria que requieran estos pacientes en cada momento, que puede complementarse con trabajadores sociales que coordinen las necesidades que demande el paciente.

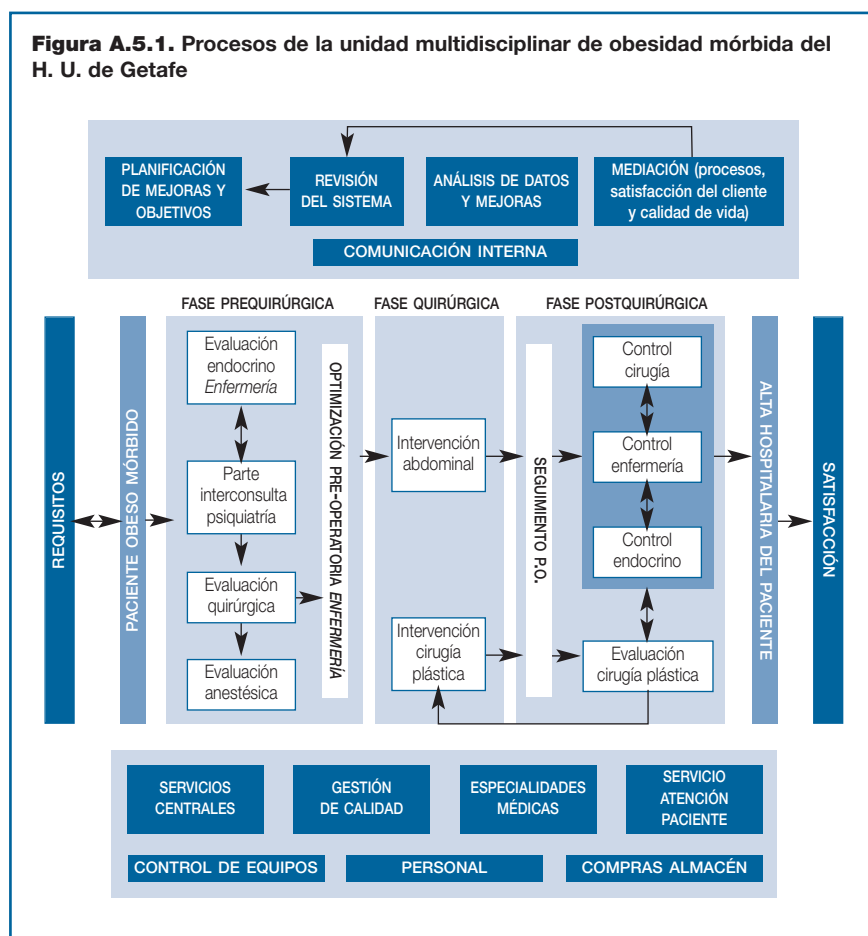
Todos los pacientes deben recibir una información personalizada y completa del proceso asistencial: ventajas e inconvenientes de la cirugía, efectos secundarios, riesgos y beneficios.

El consentimiento informado es necesario en todos los casos. El paciente debe aceptar por escrito el documento que describe el procedimiento bariátrico. No obstante, la SECO en la Declaración de Salamanca “anima a hacer evolucionar este concepto pasivo hacia un Contrato médico-paciente que incluya el compromiso de seguimiento indefinido, controles establecidos y modificación de hábitos de vida”.

En resumen, el paciente obeso debe ser el centro de toda la atención sanitaria que proporciona el equipo multidisciplinar de acuerdo a sus necesidades y al grado de satisfacción percibida. Cada centro debe definir el circuito perioperatorio, desde atención primaria hasta el especialista en endocrinología y nutrición, psiquiatría y cirugía, incluyendo las interconsultas necesarias para mejorar o compensar la comorbilidad asociada antes y

después de la intervención. La gestión de procesos es un modo de integrar todas estas actividades del equipo multidisciplinar de la unidad de obesidad mórbida con la misión de establecer un sistema de mejora continua de la calidad del sistema sanitario. En el gráfico se expresa el mapa de procesos de la unidad multidisciplinar de obesidad mórbida del Hospital Universitario de Getafe, que identifica todas las actividades asistenciales y establece una serie de indicadores de resultados para conocer la eficacia y funcionamiento de todo el proceso de atención integral al paciente obeso mórbido.

**Figura A.5.1. Procesos de la unidad multidisciplinar de obesidad mórbida del H. U. de Getafe**





## Tipología de unidades de cirugía bariátrica<sup>164</sup>

Su principal objetivo es minimizar las posibles consecuencias negativas de la fase de aprendizaje. Los requisitos exigidos serían básicamente los descritos como “mínimos” en el apartado correspondiente, aunque adaptados a procedimientos simples en pacientes menos complejos. En concreto, la *European Accreditation Council for Bariatric Surgery (EAC-BS)*. *IFSO-EC Centre of Excellence Program*. aconseja no incluir superobesos, pacientes con comorbilidad importante o cirugía de revisión durante los primeros 1-2 años, o al menos en los primeros 50 casos.

### Instituciones bariátricas propiamente dichas

En este grupo se encuentran los centros que ya realizan cirugía bariátrica de complejidad variable, con el objetivo de mejorar la calidad de los mismos.

Los requisitos necesarios, además de los que corresponden a las instituciones primarias, son: cuidados intensivos, además de especialistas que puedan precisarse en la optimización de las patologías ligadas al obeso mórbido; endoscopia y radiología intervencionistas; mobiliario adaptado al superobeso; consentimiento informado con detalles sobre la técnica, resultados, complicaciones, etc.; mantener una base de datos individualizada; participación activa en reuniones científicas (comunicar la experiencia propia), sociedades y suscripción a publicaciones específicas; coordinador del equipo con >5 años de experiencia; volumen de actividad: más de 50 casos al año, incluyendo cirugía de revisión; compromiso en el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos.

### Centros de excelencia en cirugía bariátrica (COEBI)

Comprometido con el máximo nivel de excelencia en el manejo del obeso mórbido, mantiene además un programa de formación continua dirigido a residentes y personal con menos experiencia y realiza más de 100 intervenciones al año (al menos 50 por cada cirujano que forma parte del equipo).

Paradójicamente, aunque se acerca más a la realidad del volumen de actividad propio de las instituciones bariátricas europeas, que sólo en contadas excepciones alcanzan las cien intervenciones al año, el EAC-BS reduce a la mitad el volumen anual de actividad necesario para alcanzar el grado de centro de excelencia. Así, entre los requisitos institucionales que figuran en su página Web se señalan 50 intervenciones al año, incluyendo revisiones, y 25 por cirujano. El seguimiento debe superar el 75% de los pacientes intervenidos.



# Anexo 6. Programa de locales de las unidades del área del aparato digestivo

Se desarrolla un ejemplo de programa de zonas y locales del área ambulatoria de las UAAD, incluyendo el área gabinetes de exploraciones del aparato digestivo, que funcionarían secuencialmente desde la circulación ambulatoria hasta la circulación interna del hospital que conecta con el resto de unidades del hospital (hospitalización, hospital de día polivalente, bloque quirúrgico, diagnóstico por imagen, unidad central de esterilización, etc.).

Se ha considerado una unidad de referencia con objeto de ilustrar una unidad con un máximo desarrollo de zonas y locales, y que por tanto dispondría de una cartera de servicios y recursos para un ámbito importante de población (unos 300.000 habitantes), disponiendo de técnicas especializadas que servirían a una población de referencia de 1.000.000 de habitantes.

Dimensionado del número de salas en función del número de consultas (primeras y totales), organización, rendimiento y duración media de consultas y de realización de la técnica endoscópica.

El tiempo estándar de consulta es de 20-30 minutos (primera consulta) y 15-20 minutos (segunda consulta).

Se estima en 30/1.000 hab./año, la frecuentación de primeras consultas de la UMAD y en 70/1.000 hab./año la de segundas. Representa una relación de 2,3 consultas segundas/primeras<sup>(67)</sup>.

Para la UCAD la frecuentación estimada de primeras consultas es de 20/1.000 hab./año, y la de segundas, de 40/1.000 hab./año; con una relación de 2,0<sup>(68)</sup>segundas/primeras. Se ha considerado que la atención pediátrica (consultas y exploraciones) se desarrolla en el área pediátrica del mismo hospital de referencia.

Criterios de dimensionado de algunos locales:

- Sala de espera general, deben programarse 6 asientos por cada consulta, y otros 6 por cada sala de endoscopia.

<sup>(67)</sup> Esta relación puede ser alta. Como se ha señalado en el apartado 6.1., el trabajo conjunto con atención primaria, especialmente para el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas debería situar la relación primeras consultas: sucesivas por debajo de 1. Por el contrario, el *Royal College of Practitioners* estima una relación primeras : sucesivas de 1:3 para las unidades de gastroenterología<sup>119</sup>.

<sup>(68)</sup> Esta relación puede ser alta.

- Sala de recuperación. El tiempo medio de estancia en la sala de recuperación es de unos 60 minutos. Se recomienda programar 1,5 puestos de recuperación por sala de endoscopia que atienda al paciente con alguna técnica invasiva que requiriera algún tipo de sedación. Esta cifra debe ajustarse en función de la extensión y complejidad de las técnicas diagnósticas y terapéuticas aplicadas en la unidad, así como el nivel de invasión de las mismas. En cualquier caso, la unidad debe disponer de un hospital de día en su proximidad, para la readaptación al medio de los pacientes (estancia media de 30 minutos) y su salida del hospital.
- Salas de endoscopia (alta y baja). El número de salas de endoscopias depende de la cartera de servicios. Las salas técnicas de endoscopias alta y baja pueden dimensionarse en función de la carga de trabajo esperado y el rendimiento de los locales. Una sala de endoscopia que trabaja en turno de mañana puede atender a unos 16 pacientes, dependiendo del “mix” de complejidad<sup>(69)</sup>. Considerando 240 días laborables y un rendimiento del local de 0,8, una sala puede atender a unos 3.000 pacientes al año. La unidad que se expone como ejemplo, que tendría un ámbito de referencia para ciertas técnicas (CPRE, ecografía endoanal,...), podría realizar hasta un total de 18.000 técnicas de endoscopias diagnósticas y terapéuticas anuales.

La tabla siguiente contiene la relación de zonas y locales del área ambulatoria de las UAAD. Algunos locales del área no computan en superficie al no encontrarse localizados en la misma (consultas de cáncer digestivo), o porque existen en otras zonas de la unidad integrada.

<sup>(69)</sup> Véanse tiempos estimados por exploración en tabla 8.3.

**Tabla Anexo 6.1. Programa de locales de las unidades asistenciales del aparato digestivo**

<b>ÁREA AMBULATORIA DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL APARATO DIGESTIVO</b>				
<b>ZONA</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Nº</b>	<b>Sup.</b>	<b>Sup. Total</b>
<b>1. Recepción y admisión</b>	1.1. Vestibulo	1	10	10
	1.2. Mostrador de recepción y admisión	1	18	18
	1.3. Sala de espera de pacientes ambulantes y acompañantes	1	70	70
	1.4. Aseos adaptados	2	10	20
	1.5. Almacén de sillas de ruedas	1	3	3
	1.6. Despacho de entrevista e información	1	12	12
Total Zona 1				<b>133</b>
<b>2. Consultas externas</b>	2.1. Consultas de digestivo (enfermedad inflamatoria, hígado, digestivo general)	6	18	108
	2.2. Consulta de cáncer digestivo (en la unidad multidisciplinar del cáncer)	2	-	-
	2.3. Consulta de cirugía digestivo	2	18	36
	2.4. Consulta de pre-anestesia	1	18	18
	2.5. Consulta de enfermería	1	18	18
	2.6. Sala de curas	1	24	24
	2.7. Sala de espera	3	12	36
Total Zona 2				<b>240</b>
<b>3. Salas de endoscopias y otros gabinetes</b>	3.1. Sala de endoscopia alta	2	24	48
	3.2. Sala de endoscopia baja	3	24	72
	3.3. Sala de ecoendoscopia	1	24	24
	3.4. Sala de CPRE	1	32	32
	3.5. Ecografía diagnóstica	1	18	18
	3.6. Ecografía terapéutica	1	18	18
	3.7. Ph metría y manometría	1	40	40
	3.8. Ecografía endoanal	1	24	24
	3.9. Cabina vestidor	22	3	66
	3.10. Aseos para pacientes	8	4	32
	3.11. Preparación del personal	4	3	12
	3.12. Lavado y desinfección de endoscopios	4	10	40
	3.13. Consulta / despacho	1	-	-
	3.14. Consulta de enfermería	1	-	-
	3.15. Sala de espera	3	12	36
Total Zona 3				<b>462</b>

**Tabla Anexo 6.1. Programa de locales de las unidades asistenciales del aparato digestivo. (Continuación)**

<b>ÁREA AMBULATORIA DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL APARATO DIGESTIVO</b>				
<b>ZONA</b>	<b>LOCAL</b>	<b>Nº</b>	<b>Sup.</b>	<b>Sup. Total</b>
<b>4. Hospital de Día</b>	4.1. Puestos de hospital de día (en la unidad de hospital de día polivalente)	8	8	64
Total Zona 4				<b>64</b>
<b>5. Recuperación</b>	5.1. Puesto de recuperación de paciente	12	8	96
	5.2. Control de enfermería	1	12	12
	5.3. Carro de paradas	1	2	2
	5.4. Oficio limpio	1	6	6
	5.5. Oficio sucio	1	4	4
	5.6. Aseo de pacientes	2	4	8
	5.7. Aseo de personal con ducha	1	4	4
	5.8. Espera de pacientes encamados	1	24	24
Total Zona 5				<b>156</b>
<b>6. Apoyos comunes</b>	6.1. Almacén general de material	1	12	12
	6.2. Almacén de equipos (Rx)	1	12	12
	6.3. Almacén de material estéril	1	8	8
	6.4. Almacén de lencería	1	6	6
	6.5. Oficio sucio y clasificación de residuos	1	8	8
	6.6. Oficio de limpieza	1	6	6
Total Zona 6				<b>52</b>
<b>7. Personal</b>	7.1. Despacho médico	2	16	32
	7.2. Sala de trabajo clínico	3	18	54
	7.3. Sala de reuniones polivalente	1	30	30
	7.4. Despacho de supervisión de enfermería	1	16	16
	7.5. Estar de personal	1	18	18
	7.6. Oficio refrigerio	1	4	4
	7.7. Vestuarios y aseos	2	20	40
Total Zona 7				<b>194</b>
<b>Total superficie útil</b>				<b>1.301</b>
Superficie construida	<b>Fc = 1,35</b>			1.756

# Anexo 7. Avanzar hacia el quirófano del futuro<sup>(70),165</sup>

Los quirófanos deben ser espacios amplios con una superficie mínima de 35 m<sup>2</sup> y una altura útil de 3 m. Esa altura es muy importante para expandir su capacidad verticalmente con la utilización de brazos articulados desde el techo que permitan la suspensión de aparatos quirúrgicos y anestésicos. Debe haber un sobretecho compartimentado de los espacios adyacentes para prevenir riesgos y contaminaciones ambientales, por el que se canalicen la conducción eléctrica, gases (anestésicos, CO<sub>2</sub>, aspiración, etc.) y la señal de videotelevisión hasta los terminales y las conexiones correspondientes.

Los quirófanos para cirugía mínimamente invasiva deben permitir la máxima visualización del campo operatorio aumentar el espacio disponible para los equipos de endoscopia y disponer de una red de conducción de CO<sub>2</sub>. La suspensión desde el techo de la mayoría de los dispositivos y aparatos por medio de brazos articulados móviles con giros de 270-360° es el único diseño que permite actualmente expandir la capacidad disponible y separar los monitores del resto de los elementos, facilitando la óptima visualización del campo operatorio por todos los componentes del equipo quirúrgico. Este sistema elimina las bombonas de CO<sub>2</sub> y los cables por zonas de paso, aumentando la seguridad al disminuir el riesgo de accidentes y desconexiones imprevistas de la red.

Para avanzar hacia el quirófano del futuro es indispensable que los hospitales introduzcan las lámparas con tecnología de luz xenón o iluminación LED o las mesas operatorias eléctricas para mover los tableros, así como nuevos aparatos de uso clínico aceptado y generalizado, como el bisturí de ultrasonidos, el sellador de vasos, el cavitron, el coagulador de argón, el ecógrafo, la endoscopia intraoperatoria, etc., que deben ser definitivamente incluidos en la dotación tecnológica del área quirúrgica.

La cirugía laparoscópica de complejidad media y alta requiere cámaras digitales de alta definición, monitores planos y grabación digital como parte de la documentación clínica del enfermo.

En centros avanzados se están construyendo *quirófanos inteligentes* en los que la cámara es de alta definición y todos los componentes están interconectados por vía informática para que el cirujano tenga el control directo de todos los parámetros (luz, TV, insuflador, posición de la mesa, intensidad

(70) Referencia 165, actualizada por el autor.

de los bisturís, etc.) por medio de una pantalla táctil estéril. Para la docencia y la formación continuada, la imagen del quirófano debe integrarse en una red de comunicación y transmisión audiovisual para teleconferencias, retransmisiones en tiempo real, cursos interactivos, así como permitir la conexión a salas de actos, o aulas de formación que permiten formación en directo para los profesionales, residentes y estudiantes.



# Anexo 8. Índice alfabético de definiciones y términos de referencia

## **Acreditación**

*“Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos”.* Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

## **Atención Domiciliaria**

Unidad asistencial pluridisciplinar que, bajo la supervisión o indicación de un médico, desarrolla actividades para prestar atención sanitaria a personas enfermas en su propio domicilio.

## **Auditoría de la calidad: Auditoría**

*“Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados”.* Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

## **Autorización/Habilitación**

Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Fuente: R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

## **Bloque quirúrgico (BQ)**

El BQ se define, desde el punto de vista estructural, como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los equipamientos y características

necesarios para llevar a cabo todos los procedimientos quirúrgicos previstos. El BQ comprende los locales donde se desarrolla el proceso asistencial del procedimiento quirúrgico (quirófano y unidad de recuperación postanestésica) y los locales de soporte que precisa.

Desde la perspectiva organizativa el BQ se define como: una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar esta actividad.

### **Cartera de servicios**

Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

Fuente: R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

### **Centro sanitario**

Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Fuente: R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

### **Código ético**

Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

### **Consentimiento informado**

Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

### **Consulta externa**

Local de un centro sanitario dedicado a la asistencia de pacientes ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un enfermo, que no requieren atención continuada médica o de enfermería.

**Corta estancia**

Estancia en hospitalización convencional entre 24-72 horas.

**Cuidados críticos**

Es un sistema integral que atiende las necesidades de aquellos pacientes que están en riesgo de enfermedad crítica, durante el transcurso de la enfermedad, así como aquellos que se han recuperado. Su provisión depende de la disponibilidad, de un continuo de experiencias y facilidades, dentro de y entre hospitales, con independencia del lugar o especialidad.

Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.

**Documentación clínica**

Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

**Efecto adverso**

Todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos. El incidente, no causa lesión ni daño, pero puede facilitarlos.

Para reunir esta condición, tendrá que darse una lesión o complicación, prolongación de la estancia, tratamiento subsecuente, invalidez al alta o éxitus, consecuencia de la asistencia sanitaria y desde moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa a total evidencia.

Fuente: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

**Emergencia**

La demanda de atención no programada, motivada por condiciones con riesgo vital.

**Historia clínica**

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un

paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

### **Hospitalización convencional**

Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas.

### **Hospitalización a domicilio**

Modalidad asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en el hospital y por un plazo limitado de tiempo.

### **Informe de alta**

Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: informe clínico de alta; informe de alta médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

### **Interdisciplinar**

Dicho de un estudio o de otra actividad que se realiza con la cooperación de varias disciplinas (RAE).

Véase la declaración de la OMC: fronteras internas del ejercicio profesional, aprobado por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de mayo de 2007, elaborado por la Comisión Central de Deontología.

### **Intervención o procedimiento en consulta**

Intervención o procedimiento realizado en una consulta médica que reúna las condiciones adecuadas de diseño, equipamiento y seguridad.

### **Multidisciplinar**

Que abarca o afecta a varias disciplinas (RAE).

**Paciente ambulatorio**

Paciente tratado exclusivamente en la consulta externa, incluyendo procedimientos ambulatorios, radiología intervencionista, radioterapia, oncología, diálisis renal, etc.

**Paciente de HdD**

Paciente que debe ser sometido a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

**Paciente Ingresado**

Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

**Pluripatología**

La coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales); demanda, además, que en la mayoría de las ocasiones será imposible programar (urgente).

**Procedimiento ambulatorio**

Intervención o procedimiento realizado en la consulta o sala de tratamiento o diagnóstico de un hospital, sin internamiento.

**Puesto hospital de día**

Plazas diferenciadas destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnóstico, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital.

No se incluyen los puestos dedicados a servicios de urgencias. Fuente: Indicadores clave del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Diciembre 2007.

**Red asistencial**

Integración de diferentes recursos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, unidades de convalecencia, etc.) proporcionando asistencia con el servicio más adecuado (apoyo domiciliario, consulta, hospitalización de día, hospitalización convencional, cirugía, unidades de media o larga estancia, hospitalización a domicilio, etc.), de tal forma que se garantice la calidad, continuidad e integralidad de la atención de la forma más eficiente.

Una red asistencial debe: tener un marco geográfico y poblacional definido para cada bloque de procesos; conocer la relación (criterios de derivación, alta y gestión conjunta) y características de los recursos que están integrados en la misma (unidades asistenciales); disponer de instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados (protocolos, vías, procesos asistenciales integrados, etc.), conocidos y utilizados por los profesionales de la red asistencial; integrar a los equipos y profesionales en los aspectos funcionales (especialmente de sistemas de información) y clínicos (gestión por procesos, gestión de enfermedades).

### **Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios**

Conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas administraciones sanitarias.

Fuente: R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

### **Registro de pacientes**

Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial.

### **Requisitos para la autorización**

Requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Fuente: R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

### **Sistema de información**

Conjunto de procesos, sean o no automáticos, que, ordenadamente relacionados entre sí, tienen por objeto la administración y el soporte de las diferentes actividades que se desarrollan en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como el tratamiento y explotación de los datos que dichos procesos generen.

### **Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)**

Una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos quirúrgicos mayores mediante cirugía sin ingreso, y que

cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

### **Unidad de Cirugía de Aparato Digestivo (UCAD)**

Una organización de profesionales de la salud, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del paciente con enfermedades del aparato digestivo.

### **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren: a) soporte respiratorio avanzado; o b) que precisan soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos órganos o sistemas; así como c) todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

### **Unidad de Enfermería de Hospitalización Polivalente de Agudos (UEH)**

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 con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos agudos, no precisan o solamente requieren un nivel 1 de cuidados críticos, pero no superior.

### **Unidad de Hospitalización de Día (UHdD)**

Una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante hospitalización de día, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

### **Unidad Médica de Aparato Digestivo (UMAD)**

Una organización de profesionales de la salud, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico del paciente con enfermedades del aparato digestivo.

**Unidad de urgencias hospitalarias**

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable que, no estando ingresados en el hospital, generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata.

**Unidades asistenciales**

Se utiliza el término unidad para referirse a una estructura organizativa asistencial cuya entidad depende del centro sanitario u hospital donde esté situada, su cartera de servicios y el ámbito territorial y poblacional que abarque. La definición de unidad esta basada en un concepto organizativo y de gestión, debiendo tener la unidad los siguientes atributos: un responsable, recursos humanos, físicos (locales, equipamiento) y económicos asignados; cartera de servicios (técnicas, procedimientos) a ofertar; clientes finales (pacientes) o intermedios (otras unidades asistenciales); un sistema de información con indicadores de proceso y resultados.

**Urgencia**

La demanda de atención no programada, con independencia del riesgo que para la salud tenga el motivo de la demanda.



# Anexo 9. Abreviaturas y acrónimos

<b>AC-SNS</b>	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
<b>AEC</b>	Asociación Española de Cirujanos.
<b>AECP</b>	Asociación Española de Coloproctología.
<b>AEEH</b>	Asociación Española para el Estudio del Hígado.
<b>AEG</b>	Asociación Española de Gastroenterología.
<b>AEEP</b>	Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva.
<b>AHRQ</b>	Agency of the Health Research and Quality.
<b>AMFE</b>	Análisis Modal de Fallos y Efectos.
<b>ASBS</b>	American Society for Metabolic and Bariatric Surgery.
<b>ASGE</b>	American Society for Gastrointestinal Endoscopy.
<b>BQ</b>	Bloque Quirúrgico.
<b>BSG</b>	British Society of Gastroenterology.
<b>CC.AA.</b>	Comunidades Autónomas.
<b>CCR</b>	Cáncer Colorrectal.
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention.
<b>CMA</b>	Cirugía Mayor Ambulatoria.
<b>CMBD</b>	Conjunto Mínimo Básico de Datos.
<b>CPRE</b>	Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica.
<b>CSUR-SNS</b>	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.
<b>CTE</b>	Código Técnico de la Edificación.
<b>DNI</b>	Dispepsia no Investigada.
<b>DSG</b>	Dieta sin Gluten.
<b>EA</b>	Efectos Adversos.
<b>EAC-BS</b>	European Accreditation Council for Bariatric Surgery.
<b>ECG</b>	Electrocardiograma.
<b>EHR</b>	Electronic Health Records.
<b>EII</b>	Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
<b>ERCP</b>	Endoscopia Colangiopancreatográfica Retrógrada.
<b>ERGE</b>	Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.
<b>ESGE</b>	European Society of Gastrointestinal Endoscopy.
<b>GI</b>	Gastrointestinal.

<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica.
<b>GRD</b>	Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
<b>HCE</b>	Historia Clínica Electrónica.
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization.
<b>Hp</b>	Helicobacter Pylori.
<b>HPB</b>	Hepato-Pancreático-Biliar.
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal.
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>MSC</b>	Ministerio de Sanidad y Consumo.
<b>MSSSI</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
<b>NCEPOD</b>	National Enquiry into Patient Outcome and Death.
<b>O.M.</b>	Orden Ministerial.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>NHS</b>	National Health Service (Reino Unido).
<b>NICE</b>	National Institute for Clinical Excellence (Reino Unido).
<b>NQF</b>	National Quality Forum.
<b>PC-SNS</b>	Plan de Calidad para el SNS.
<b>RD</b>	Real Decreto.
<b>RM</b>	Resonancia Magnética.
<b>SAGES</b>	Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.
<b>SECO</b>	Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas.
<b>SEED</b>	Sociedad Española de Endoscopia Digestiva.
<b>SEEDO</b>	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad.
<b>SEMERGEN</b>	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
<b>SEMI</b>	Sociedad Española de Medicina Interna.
<b>SEPD</b>	Sociedad Española de Patología Digestiva.
<b>SOH</b>	Sangre Oculta en Heces.
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud.
<b>TC</b>	Tomografía Computarizada.
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información.
<b>TIPS</b>	Derivación Portosistémica Transyugular Intrahepática.
<b>UAAD</b>	Unidad/es asistencial/es del Aparato Digestivo.
<b>UCAD</b>	Unidad de Cirugía del Aparato Digestivo.
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos.
<b>UCE</b>	Unidad Central de Esterilización.
<b>UCMA</b>	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

<b>UDED</b>	Unidad de Endoscopia Digestiva.
<b>UE-EII</b>	Unidad Específica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
<b>UEH</b>	Unidad de Enfermería de Hospitalización Polivalente de Agudos.
<b>UHdD</b>	Unidad de Hospitalización de Día.
<b>UMAD</b>	Unidad Médica de Aparato Digestivo.
<b>UOC</b>	Universidad Oberta de Catalunya.
<b>UpP</b>	Úlceras por Presión.
<b>UUH</b>	Unidad Hospitalaria de Urgencias.



# Anexo 10. Bibliografía

1. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
2. 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.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
3. 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.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
4. Palanca I (Dir), Medina Asensio J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
5. Palanca I (Dir), Santamaría R (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Atención hospitalaria al parto. Maternidades hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
6. Palanca I (Dir), Colomer J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
7. Palanca I (Dir), Pascual A (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
8. 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.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>
9. Palanca I (Dir), Mejía F (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
10. Palanca I (Dir), Esteban A (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

11. Palanca I (Dir), Conde J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades de depuración extrarrenal. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
12. Palanca I (Dir), Ortiz J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad central de esterilización. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
13. Palanca I (Dir), Castro A (Coord. Cientif.), Macaya C (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del corazón. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011.
14. Palanca I (Dir), Barbe F (Coord. Cientif.), Puertas FJ (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del sueño. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011.
15. Palanca I (Dir), Puig M (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades de tratamiento del dolor. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011.
16. Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
17. Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 2. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
18. Murillo A (Coord.). Dolor abdominal. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.
19. Ruiz P, Alcalde J, Landa JI (Eds.). Gestión clínica en cirugía. AEC. Asociación Española de Cirujanos. Editorial Arán. 2004.
20. Clemente G, Córdoba J, de la Mata M, Herrero JI, Jara P, Planas R, Prieto M y cols. Asociación Española para el Estudio del Hígado. Escuela Andaluza de Salud Pública. Manual de criterios de acreditación de servicios y unidades de hepatología. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.
21. Jover R (Coord). Grupo de trabajo AEC-SED. Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia del cribado del cáncer colorrectal. AEC-SED. 2011.  
[http://www.aegastro.es/docs/cribado\\_colon.pdf](http://www.aegastro.es/docs/cribado_colon.pdf)
22. Beilenhoff U, Neumann CS, Rey JF, Biering H, Blum R, Cimbri M, Kampf B, Rogers M, Schmidt V, and the ESGE Guidelines Committee. ESGE - ESGENA guideline: Cleaning and disinfection in gastrointestinal endoscopy. Update 2008. *Endoscopy* 2008;40:939-957.
23. Ladas SD, Triantafyllou K, Spada C, Riccioni ME, Rey JF, Niv Y, Delvaux M, Francis R, Costamagna G and the ESGE Clinical Guidelines Committee. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE): Recommendations (2009) on clinical use of video capsule endoscopy to investigate small-bowel, esophageal and colonic diseases. *Endoscopy* 2010;42:220-227.
24. Rey JF, Beilenhoff U, Neumann CS, Dumonceau JM. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: the use of electrosurgical units. *Endoscopy* 2010;42:764-72.

25. Winawer S, Classen M, Lambert R (Chairs). Colorectal cancer screening. World Gastroenterology Organisation/International Digestive Cancer Alliance. Practice guidelines. 2007.  
[http://www.worldgastroenterology.org/radiation\\_protection\\_in\\_the\\_endoscopy\\_suite.html](http://www.worldgastroenterology.org/radiation_protection_in_the_endoscopy_suite.html).
26. Uradomo L, Cohen H, Fried M, Petrini J, Rehani. Radiation protection in the endoscopy suite. Minimizing radiation exposure for patients and staff in endoscopy: a joint ASGE/IAEA/WGO guideline. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. 2009.  
[www.worldgastroenterology.org/.../guidelines/06\\_colorectal\\_cancer\\_screening.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/.../guidelines/06_colorectal_cancer_screening.pdf)
27. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. European Union. 2010.  
[www.europacoln.com/Documents%5Cuploaded%5C34-Documents-Screening-Guidelines-Feb-2011.pdf](http://www.europacoln.com/Documents%5Cuploaded%5C34-Documents-Screening-Guidelines-Feb-2011.pdf)
28. Standards for endoscopic facilities and services. Gastroenterological Society of Australia. 3rd edition 2006.
29. Independent health facilities. Clinical practice parameters and facility standards. Endoscopy. College of Physicians and Surgeons of Ontario. March, 2006.
30. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals – volume, mortality, and utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. June, 2002 version 3.1 (march 12, 2007).  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
31. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. American College of Gastroenterology. Guidelines for colorectal cancer screening 2008. *Am J Gastroenterol* 2009;104:739-750.
32. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010. A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening. *Cancer J Clin* 2010;60:99-119.
33. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2008;67:791-798.
34. Endoscopy by nonphysicians. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;69:767-770.
35. EUS. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007;66:425-434.
36. Position statement: nonanesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;70:1053-1059.
37. SAGES Guidelines for office endoscopic services. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. November, 2008.
38. Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, Dunlop MG, Thomas HJW, Evans GD, Eaden JA, Rutter MD, Atkin WP, Saunders BP, Lucassen A, Jenkins P, Fairclough PD, Woodhouse CRJ, developed on behalf of The British Society of Gastroenterology, and the Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *Gut* 2010;59:666-690.
39. Teague R on behalf of the Endoscopy Section Committee of the British Society of Gastroenterology. Safety and sedation during endoscopic procedures. Updated from 1991.[www.bsg.org.uk](http://www.bsg.org.uk)

40. Allison MC, Sandoe JAT, Tighe R, Simpson IA, Hall RJ, Elliott TSJ, prepared on behalf of the Endoscopy Committee of the British Society of Gastroenterology. Antibiotic prophylaxis in gastrointestinal endoscopy. *Gut* 2009;58:869–880. [www.bsg.org.uk](http://www.bsg.org.uk)
41. Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ, McAlindon ME. Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut* 2008;57:125-136.
42. Green J. Complications of gastrointestinal endoscopy. British Society of Gastroenterology. Guidelines in Gastroenterology. 2006. [www.bsg.org.uk](http://www.bsg.org.uk)
43. BSG Guidelines for decontamination of equipment for gastrointestinal endoscopy. The report of a working party of the British Society of Gastroenterology Endoscopy. Committee. February, 2008. [www.bsg.org.uk](http://www.bsg.org.uk)
44. Williams EJ, Taylor S, Fairclough P, Hamlyn A, Logan RF, Martin D, Riley SA, Veitch P, Wilkinson M, Williamson PR, Lombard M on behalf of participating units, BSG Audit of ERCP. Are we meeting the standards set for endoscopy? Results of a large-scale prospective survey of endoscopic retrograde cholangio-pancreatograph practice. *Gut* 2007;56:821-829.
45. Guidance for obtaining a valid consent for elective endoscopic procedures. A report of the working party of the British Society of Gastroenterology. April 2008. [www.bsg.org.uk](http://www.bsg.org.uk)
46. Care of patients with gastrointestinal disorders in the United Kingdom. A strategy for the future. British Society of Gastroenterology. March, 2006.
47. 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.
48. Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of GB&I (AUGIS) and Association of Coloproctology of GB&I (ACPGBI). Recommendations for endoscopic training for gastrointestinal surgeons. April 2010.
49. The care of gastrointestinal disorders outside of hospital. A report by a working party of the Primary Care Society for Gastroenterology. March, 2006.
50. Laparo-endogastric surgery. National Institute for Clinical Excellence. December, 2003.
51. Interventional procedure overview of laparoendogastric surgery. National Institute for Clinical Excellence. November, 2002.
52. NICE clinical guideline 64. Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. March, 2008. [www.nice.org.uk/CG064](http://www.nice.org.uk/CG064)
53. Implementing NICE guidance. Commissioning guide. Upper GI endoscopy service. December, 2007. [www.nice.org.uk/UpperGIEndoscopyServiceUpdateCommissioningTool](http://www.nice.org.uk/UpperGIEndoscopyServiceUpdateCommissioningTool)
54. NQF. Safe practices for better healthcare—2006 Update: a consensus report. Washington, DC: National Quality Forum; 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: [http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe\\_practices\\_2006.asp](http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp).
55. The National Council for Palliative Care. Advance decisions to refuse treatment. A guide for health and social care professionals. Department of Health. September, 2008.
56. Rodríguez-Cuellar E, Ruiz López P, Romero Simó M, Landa García JI, Roig Vila JV, Ortiz Hurtado H. Analysis of the quality of surgical treatment of colorectal cancer, in 2008. A national study. *Cir Esp* 2010;88:238-46.



57. Ortiz H. La escisión total del mesorrecto, un proceso docente y auditado de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. 2007;82:193-4.
58. R Dudley, M L Johansen, M Brand, D J Rennie, A Milstei .Selective referral to high-volume hospitals estimating potentially avoidable deaths.*JAMA* 2000;283;9:1159-1166.
59. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.
60. Hannan EL, Radzyner M, Rubin D, Dougherty J, Brennan MF. The influence of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality for colectomy, gastrectomy, and lung lobectomy in patients with cancer. *Surgery* 2002;131:6-15.
61. Schrag D, Panageas KS, Riedel E, et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictors of outcome following rectal cancer resection. *Ann Surg* 2002;236:583-92.
62. Urbach DR, Baxter NN. Does it matter what a hospital is “high volume” for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data. *Qual Saf Health Care* 2004;13:379-383.
63. Tjarda van Heek N, Kuhlmann KFD, Scholten RJ, de Castro S, Busch O, van Gulik TM. Hospital volume and mortality after pancreatic resection. A Systematic Review and an Evaluation of Intervention in The Netherlands. *Annals of Surgery* 2005;242:781-790.
64. Wouters MWJM, Karim-Kos HE, le Cessie S, Wijnhoven BPL, Stassen LPS, Steup WH, Tilanus HW, Tollenaar RAEM. Centralization of esophageal cancer surgery: does it improve clinical outcome? *Ann Surg Oncol* 2009;16:1789–1798.
65. Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *Med Clin N Am* 2002;86:847-67.
66. World Health Organization. World alliance for patient safety. Forward programme 2005. Disponible en: [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety).
67. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- making it happen! Luxembourg declaration on patient safety. 5 April 2005.
68. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
69. Agencia de Calidad del SNS. “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud” Marzo, 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
70. Terol E, Agra Y, Fernández MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B, García MJ, del Peso P. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. *Medicina Clínica* 2008;131;Nº Extra 3:4-11.
71. National Quality Forum (NQF). Safe practices for better healthcare–2009 update: a consensus report. Washington, DC: NQF; 2009.
72. Prácticas seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
73. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.

74. Kizer KW. Large system change and a culture of safety. En: Proceedings of enhancing patient safety and reducing errors in health care, Rancho Mirage, CA, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation; 1999. p. 31-3.
75. Institute for Healthcare Improvement. Safety briefings. 2004. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.wsha.org/files/82/SafetyBriefings.pdf>
76. Bodenheimer T. Coordinating care — a perilous journey through the Health Care System. *N Engl J Med* 2008;358;10 ([www.nejm.org](http://www.nejm.org) march 6, 2008). Downloaded from [www.nejm.org](http://www.nejm.org) at BIBLIOTECA VIRTUAL SSPA on January 27, 2009.
77. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a discharge checklist for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*. 2006;(1):354-360.
78. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1, Solución 3. Mayo 2007. Disponible en: World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.jcpatientsafety.org/14685/>
79. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals Hospital Program. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
80. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Mar 2006;32(3):167-175.
81. The Care Transitions Program. Checklist for patients. <http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf>
82. Estudio nacional sobre los EA ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)
83. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
84. Zapatero A, Barba A, Ruiz JM, Losa JE, Marco J, Plaza S, Canora J. Acontecimientos adversos causados por medicamentos en pacientes ingresados en medicina interna. *Rev Clin Esp* 2010;210:263-269.
85. Rozich JD, Resar RK. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Management* 2001;8:27-34.
86. Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R et al. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Qual Saf Health Care* 2007;16:90-94.
87. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>

88. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica* 2006;17(3):154-172.
89. JCAHO. Strategies for preventing pressure ulcers. The Joint Commission perspectives on patient safety. January 2008. Vol 8; issue 1.
90. Pi-Sunyer T, Navarro M, Freixas N, Barcenilla F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. *Med Clin Monogr (Barc)* 2008;131(Supl 3):56-9.
91. Pittet D, Hugonnet S, Harbath S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV, members of the Infection Control Programme. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet* 2000;356:1307-1312.
92. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en atención sanitaria. Resumen. MSC. 2006.
93. Yokoe DS, Mermel LA, Anderson DJ, Arias KM, Burstin H, Calfee DP, Coffin SE, et al. Executive summary: a compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2008;29:S1,S12-S21.
94. Marschall J, Mermel LA, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2008;29:S1,S22-S30.
95. Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:S31-S40.
96. Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:S41-S50.
97. Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Burstin H, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:S51-S61.
98. Calfee DP, Salgado CD, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, et al. Strategies to prevent transmission of methicillin-resistant staphylococcus aureus in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:S62-S80.
99. Dubberke ER, Gerding DN, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, et al. Strategies to prevent clostridium difficile infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:S81-S92.
100. Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar C, Casyan S, Ferrer JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med. Clin. (Barc.)* 2008;131(3):72-78.
101. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. Effective health care. Nuffield Institute for Health, University of Leeds, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. December, 1996.
102. Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality. Hewitt M, for the Committee on Quality of Health Care in America and the National Cancer Policy Board. Workshop summary by Institute of Medicine, Washington, D.C. 2000.

103. AHRQ. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals – volume, mortality, and utilization. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007) (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>).
104. Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. *Med Care* 2003;41:1129-41.
105. 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.
106. Alonso S, Dorcaratto D, Pera M, et al. Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados de su tratamiento en un hospital universitario. *Cir Esp* 2010;88:41–5.
107. Davis R. Patient involvement in patient safety - the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?. NLH Patient and Public Involvement Specialist Library . (<http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273565&tabID=289>). Consultado el 05.01.09.
108. Palanca Sánchez I (Dir), Borrás JM (Coord. Cientif.), Elola Somoza FJ (Dir), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades Asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.
109. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *JAGS* 2002; 50:1108–1112.
110. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003;289(18):2387-2392 (doi:10.1001/jama.289.18.2387).
111. Edwards N. Clinical networks. Advantages include flexibility, strength, speed, and focus on clinical issues. *BMJ* 2002;324:63.
112. IOM. Performance measurement: Accelerating improvement. National Academic Press. 2006. <http://www.nap.edu>.
113. Hornbrook MC, Hurtado AV, Johnson RE. Health care episodes: definition, measurement and use. *Med Care Res Rev* 1985;42:163-218.
114. National Quality Forum (NQF). Measurement framework: evaluating efficiency across patient-focused episodes of care. Washington, DC: NQF; 2009.
115. Ferlie E, Shortell SM. “Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change”; *The Milbank Quarterly* 2001;79(2):281-316.
116. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre prevención del cáncer colorectal. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Actualización 2009. <http://www.guiasgastro.net>
117. National cancer peer review programme. Colorectal specific measures. National cancer action team. NHS. Revised July 2006.
118. National Institute for Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adult patients with cancer, 2004. <http://guidance.nice.org.uk/csgsp>.

119. Consultant physicians working with patients. The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine. 4th edition. Gastroenterology. The Royal College of Physicians of London. 2008.
120. Mearin F, Nos P, Gispert JP, Naranjo A, Jover R, Serra J, Molina J, Gomollón F, Gines A, Madaria E, Alcedo J, Montoro MA. Propuestas y aportaciones de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) para la redacción de estándares y recomendaciones en el diseño y desarrollo de las Unidades Asistenciales de Aparato Digestivo (UAAD). Asociación Española de Gastroenterología. Julio, 2011.
121. Castells A. Gestión hospitalaria basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona. En: Colomer J, Llano J (Eds.). III Congreso de gestión clínica. Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, abril 2011. p. 105-109.
122. Prat A, Bertrán MJ, Santiñà M, Vilella A, Asenjo MA, Trilla A. Organización en institutos de gestión clínica (centros orientados al paciente): descripción de la utilización hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:21-5.
123. Lo HG. Electronic health records in specialty care: a time-motion study. *J Am Med Inform Assoc*. 2007;14:609-615.
124. Chaudhry B. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006;144:742-752.
125. Walsh MN. Electronic health records and quality of care for heart failure. *Am Heart J*. 2010;159:635-642.
126. Peña E (Ed.). Guía de prevención y manejo del cáncer colorrectal en atención primaria. 2009.
127. Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.
128. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. Primer consenso español en el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Med Clin (Barc)* 2010;135:608-13.
129. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Detección del cáncer colorrectal con la prueba de sangre oculta en materia fecal (Hemoccult) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
130. Segura A. Cribado del cáncer colorrectal: no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado. *Gac Sanit*. 2011;25:331-332.
131. Rabeneck L, Paszat L, Hilsden R, et al. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology* 2008;135:1899-906.
132. González-Huix F, Igea F. Sedación en endoscopia digestiva. En: Ponce J, Gomollón F, Castells A, Martín de Argila C, Molero X, Vázquez Sequeiros E. (eds) Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. (3ª edición). Elsevier Ed. Barcelona. 2011. p. 479-89.
133. Cohen LB, Delegee MH, Aisenberg J, et al. AGA Institute review of endoscopic sedation. *Gastroenterology* 2007;133:675-701.
134. Santolaria S, Ducons J, Bordas JM. Documento de consenso: Limpieza y desinfección en endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol* 2007;30:25-35.
135. Standards of infection control in reprocessing of flexible gastrointestinal endoscopes. Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. (SGNA). 2009.

136. Aguallo JL, Morales G, Aguilar J. Memoria de especialidad y de gestión de un servicio de cirugía general y del aparato digestivo. En: Ruiz P, Alcalde J, Landa JI. Gestión clínica en cirugía. AEC. Madrid: Arán; 2005. p. 429-469.
137. Rea JD, Lu KC, Diggs BS, Cone MM, Hardiman KH, Herzig DO. Specialized practice reduces inpatient mortality, length of stay, and cost in the care of colorectal patients. *Diseases of the Colon&Rectum* 2011;54:780-786.
138. Biondo S, Kreisler E, Millan M, Fracalvieri D, Golda T, Frago R, Miguel B. Impact of surgical specialization on emergency colorectal surgery outcomes. *Arch Surg* 2010;145:79-86.
139. Tjarda van Heek N, Kuhlmann KFD, Scholten RJ, de Castro S, Busch O, van Gulik TM. Hospital volume and mortality after pancreatic resection. A systematic review and an evaluation of intervention in the netherlands. *Annals of Surgery* 2005;242:781-790.
140. Langer B. Role of volume outcome data in assuring quality in HPB surgery. *Surgical oncology, Cancer care Ontario, ON, Canada. HPB (Oxford)* 2007;9:330-334.
141. Balzano G, Zerbi A, Capretti G, Rocchetti S, Capitanio V, Di Carlo V. Effect of hospital volume on outcome of pancreaticoduodenectomy in Italy. *Br J Surg.* 2008;95:357-62.
142. Topal B, Van de Sande S, Fieuw S, Penninckx F. Effect of centralization of pancreaticoduodenectomy on nationwide hospital mortality and length of stay. *Br J Surg* 2007;94:1377-81.
143. Díez del Val, Martínez C. Formación y acreditación en cirugía bariátrica y metabólica de los autores. En: Ruiz de Adana JC, Sánchez R (Edit.). *Fundamentos en cirugía bariátrica y metabólica.* Madrid: AEC. 2010. p. 79-93.
144. NHS Modernization Agency. 10 high impact changes for service improvement and delivery. Agosto, 2004.
145. NICE. IPG25. Laparo-endogastric surgery. Guidance. December, 2003.
146. NICE. Interventional procedure guidance 346. Single-incision laparoscopic cholecystectomy. May, 2010.
147. NICE. TA105 Colorectal cancer - laparoscopic surgery (review): quick reference guide. 23 August 2006.
148. ASBS, SAGES. Guidelines for laparoscopic and open surgical treatment of morbid obesity. *Obes Surg* 2000;10:378-379.
149. Buchwald H, Cowan Jr G, Pories WJ. *Tratamiento quirúrgico de la obesidad.* Barcelona: Elsevier; 2009.
150. Polanco I (Coord.). Grupo de trabajo sobre "Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca". *Diagnóstico precoz de la enfermedad celiaca.* Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
151. Navarro S, Amador J, Argüello L, Ayuso C, Boadas J, de las Heras G, Farré A y cols. Recomendaciones del Club Español Pancreático para el tratamiento de la pancreatitis aguda. *Gastroenterol Hepatol* 2010;33:563-8.
152. Hammer HF. Pancreatic exocrine insufficiency: diagnostic evaluation and replacement therapy with pancreatic enzymes. *Dig Dis* 2010;28:339-43.
153. Braganza JM, Lee SH, McCloy RF, McMahon MJ. Chronic pancreatitis. *Lancet.* 2011;377:1184-97.

154. Parkman HP, Orr WC. The gastrointestinal motility laboratory. *Gastroenterol Clin North Am* 2007;36:515-29.
155. NICE clinical guideline 49. Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. NICE, 2007.
156. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1510-1518.
157. National cancer peer review programme. Colorectal specific measures. National cancer action team. NHS. Revised July 2006.
158. Serra Aracil X. Microcirugía endoscópica transanal y cáncer de recto: realidad o quimera. *Cir Esp*. 2007; 82:251-3.
159. Ruiz de Adana JC, Sánchez Santos R. Fundamentos en cirugía bariátrica y metabólica. AEC: Madrid; 2010.
160. Gastrointestinal surgery for severe obesity. NIH Consensus development conference. *Ann Int Med* 1991; 115:956-960.
161. ASBS, SAGES. Guidelines for laparoscopic and open surgical treatment of morbid obesity. *Obes Surg* 2000;10:378-379.
162. Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clín* 2000;115: 587-597.
163. Declaracion de Salamanca Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir Esp*. 2004;75:312-4.
164. ASBS. Bariatric centers of excellence. *Obes Surg* 2003;13:240.
165. Ruiz de Adana JC. Avanzar hacia el quirófano del futuro. *Cir Esp* 2004;76:127-9.

Este documento recoge las recomendaciones de calidad sobre "Unidades asistenciales aparato digestivo", elaboradas por un grupo de expertos en el marco de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estas recomendaciones no tienen carácter normativo y su objeto es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores públicos y privados, y profesionales, todos aquellos elementos que contribuyen a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de la Unidad asistencial del aparato digestivo



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

[www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)