

## Los servicios de digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente

Javier Crespo<sup>1</sup>, Fernando Carballo<sup>2</sup>, Fernando Alberca<sup>3</sup>, Conrado Fernández<sup>4</sup>, María Isabel Vera<sup>5</sup>, Marcos Gómez Ruiz<sup>6</sup> y Francisco Javier Elola Somoza<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME). <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>4</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. <sup>5</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>7</sup>Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria. Madrid

**Recibido:** 02/12/2019 · **Aceptado:** 02/12/2019

**Correspondencia:** Francisco Javier Elola Somoza. Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria. Madrid

**e-mail:** javier.elola@imasfundacion.es

### RESUMEN

La Sociedad Española de Patología Digestiva ha elaborado un documento de consenso sobre los estándares y recomendaciones que considera fundamentales en la organización de las unidades de digestivo para desarrollar sus actividades con eficiencia y calidad. Se han definido cuatro grupos de procesos clave: la atención al paciente adulto agudamente enfermo, la endoscopia digestiva ambulatoria, la consulta e interconsulta en patología digestiva y la asistencia integral del paciente con patología digestiva crónica compleja. Como procesos de soporte se han identificado la estructura y el funcionamiento de las unidades de digestivo y, como procesos estratégicos, la formación e investigación. Se han elaborado, asimismo, los estándares para algunas unidades funcionales y monográficas de digestivo: Unidad de Endoscopia Digestiva, Unidad de Hepatología y Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, así como para determinados procedimientos: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colonoscopia y gastroscopia. Los estándares serán ampliados a otras unidades y procedimientos en la medida en que se vayan desarrollando. Los estándares elaborados deben ser revisados en el plazo máximo de cinco años.

**Palabras clave:** Sociedad Española de Patología Digestiva. Unidades de Digestivo. Procesos asistenciales. Estándares. Calidad.

### INTRODUCCIÓN

El proyecto RECALAD puso de relieve no solamente la alta actividad asistencial de las unidades de digestivo (UD), sino también la notable variabilidad en actividad e indicadores de resultados entre hospitales y servicios de salud de las comunidades autónomas (1). La variabilidad encontrada por RECALAD es difícilmente justificable solamente por condicionantes epidemiológicos o variaciones al azar, por

lo que puede atribuirse en parte a la variabilidad de la práctica clínica, incluida la forma de organizar y gestionar la calidad de la asistencia sanitaria en las UD. Por este motivo, la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) ha acometido el proyecto de elaboración de los estándares de calidad de las UD, que puede consultarse en su versión íntegra en la página web de la SEPD. El objetivo de este artículo es describir el enfoque y la metodología del proyecto, así como ilustrar algunos de los aspectos más relevantes de los estándares elaborados.

Como antecedente inmediato a estos estándares de la SEPD para las UD se debe citar el documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del aparato digestivo, elaborado por el Ministerio de Sanidad con la colaboración de la SEPD y otras entidades profesionales y expertos (2). Asimismo, la SEPD ha publicado estándares de calidad para la endoscopia digestiva (3), la colonoscopia (4), la gastroscopia (5) y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (6). Siguiendo la terminología del documento del Ministerio de Sanidad, se utiliza el término "unidades", en lugar del más común de "servicios", por ser más comprensivo e incluir las unidades y áreas de gestión clínica u otras formas organizativas en la prestación de servicios de aparato digestivo. Unidad asistencial se define como "una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de

Crespo J, Carballo F, Alberca F, Fernández C, Vera MI, Gómez Ruiz M, Elola Somoza FJ. Digestive units in the National Health System of the 21st century. Los servicios de digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente. *Rev Esp Enferm Dig* 2020;112(2):144-149

**DOI:** 10.17235/reed.2020.6778/2019

seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes y que tienen unas características determinadas que condicionan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad". Las UD son, dentro de esta definición, aquellas unidades asistenciales dedicadas a atender específicamente (recursos especializados) a pacientes con enfermedades del aparato digestivo (Capítulo 11 K00-K95, de la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10.<sup>a</sup> Revisión Modificación Clínica).

## OBJETIVOS

Los objetivos del documento de estándares de las UD son:

- *Identificar las funciones* y, en función de ellas, *la organización* de los servicios y UD, dependiendo del entorno donde estén ubicados.
- Definir unos *estándares de organización y funcionamiento* de las UD.

## METODOLOGÍA Y ORIENTACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE ESTÁNDARES

La SEPD estableció tres niveles de participación: creación de un Comité de Estándares, Junta Directiva y consulta (vía web) a los jefes de servicio y unidades de digestivo. Una vez alcanzado un acuerdo en el seno del Comité, y que la propuesta fue aprobada por la Junta Directiva de la SEPD, se expuso en la página web de la SEPD, donde se solicitaron aportaciones de los jefes de servicio. La Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria realizó el soporte técnico y metodológico.

Para adaptarse a la diversidad de configuraciones organizativas y complejidad de las UD, así como para que los estándares establecidos se puedan aplicar a las distintas tipologías de UD, se han elaborado estándares en varios niveles:

- Estándares de la Unidad de Digestivo.
- Estándares de las unidades monográficas de digestivo.
- Estándares de procesos.
- Estándares de procedimientos.

Los estándares elaborados no abarcan la totalidad de unidades, procesos y procedimientos dentro del alcance de las UD. Se centran en los más relevantes o en aquellos de los que se disponía de propuestas de estándares de calidad, como los ya citados (2-6) o elaborados por otras entidades científicas-médicas nacionales (7,8) e internacionales (9-18). El proceso de desarrollo de estándares para unidades, procesos y procedimientos de las UD debe ser progresivo, basado en la evidencia científica disponible en cada momento, por lo que cada uno de los estándares debería ser revisado periódicamente. El alcance de los estándares, asimismo, se irá ampliando, en la medida que disponga de estándares para un mayor número de unidades monográficas, procesos y procedimientos. En este primer desarrollo se han elaborado los estándares para la Unidad de Digestivo, la Unidad de Endoscopia Digestiva, la Unidad de

Hepatología y la Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, así como estándares para los procesos que se han identificado como "clave" de la unidad y algunos de los procedimientos endoscópicos más frecuentes. Los estándares elaborados servirán para certificar la calidad de las UD bajo el sello "SEPD-Excelente".

## UNIDAD DE DIGESTIVO. DEFINICIÓN

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

## PROCESOS ASISTENCIALES. MAPA DE PROCESOS DE LAS UNIDADES DE DIGESTIVO

La propuesta de estándares se organizó identificando los procesos clave, estratégicos y de soporte de las UD. La forma más habitual de definir el mapa de procesos de un servicio es relacionarlo con las modalidades asistenciales; es decir, con la estructura donde se realizan (hospitalización, consulta externa, etc.) (19). En este documento la SEPD ha tratado de vincular, en la medida de lo posible, estándares a los procesos asistenciales que atienden las UD. Se han identificado los siguientes procesos (Fig. 1):

1. *Procesos asistenciales clave*
  - Atención al paciente hospitalizado.
  - Endoscopia digestiva ambulatoria.
  - Consultoría a Atención Primaria u otras especialidades.
  - Atención al paciente crónico complejo.
2. *Procesos de soporte*: estructura organizativa y de gestión de las UD.
3. *Procesos estratégicos*
  - Formación.
  - Investigación.

## ESTÁNDARES

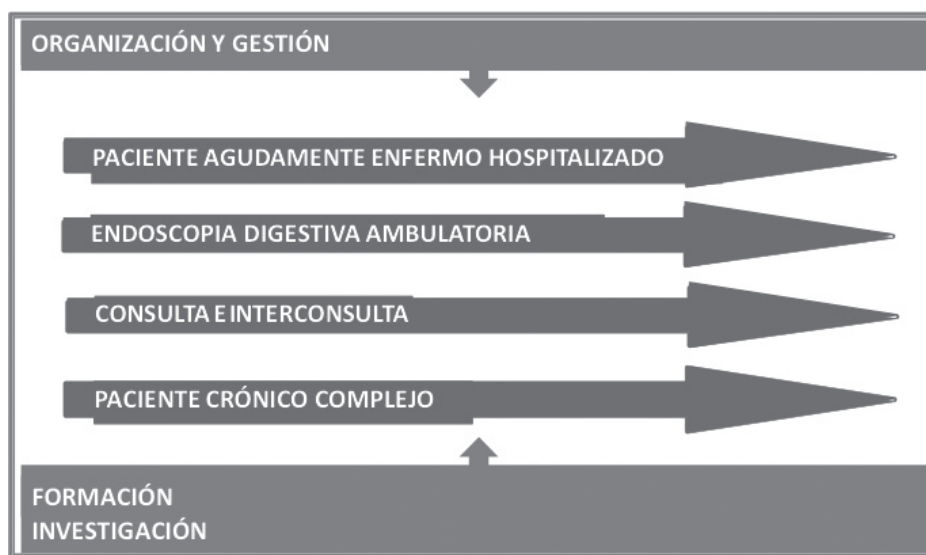
Los estándares elaborados para la UD y para la Unidad de Endoscopia Digestiva, que integran el núcleo de lo que se ha definido como Unidad de Digestivo, se exponen en las tablas 1 y 2, respectivamente. El documento completo, que incluye los estándares de las unidades monográficas, el proceso de endoscopia digestiva ambulatoria y los procedimientos endoscópicos más frecuentes, se puede consultar en la web de la SEPD (20). Se ha seguido la clasificación de Donabedian, diferenciando estándares de estructura, proceso y, en la medida de lo posible, de resultados (21,22).

**Tabla 1. Estándares de la Unidad de Digestivo**

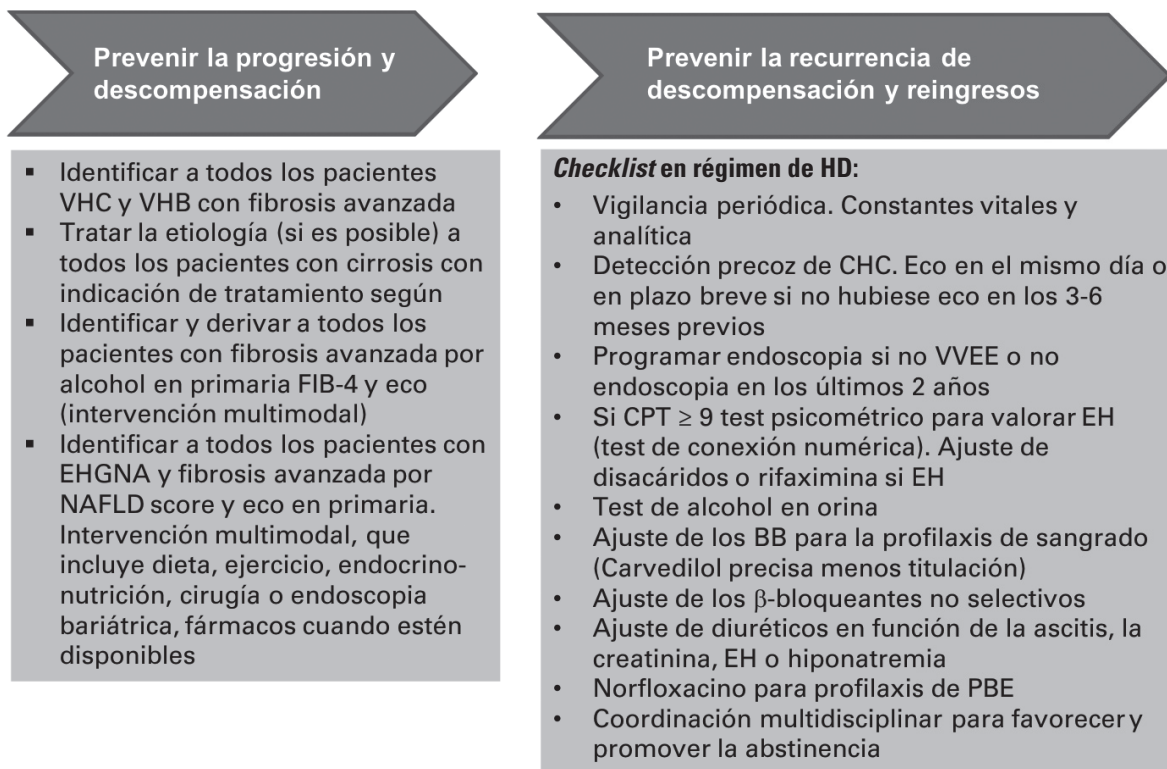
<b>UNIDAD DE DIGESTIVO (UD)</b>	
<b>Organización y gestión</b>	
1. La UD debe disponer, al menos, de una unidad de endoscopia y estar integrada por un equipo de, como mínimo, seis especialistas en aparato digestivo con título de especialidad reconocido	
2. La UD debe tener asignado un responsable, especialista en aparato digestivo, con dedicación en función de la complejidad del equipo asistencial	
3. La UD debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recojan el organigrama de la UD, la cartera de servicios, la plantilla, la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran la UD, los protocolos asistenciales y el sistema de información y cuadro de mandos de la unidad	
4. La cartera de servicios de la UD deberá especificar las unidades funcionales que integra, así como las técnicas/procedimientos que realiza	
5. La UD debe elaborar una memoria anual que recoja la actividad desarrollada y la estrategia de futuro	
6. La UD/el centro debe disponer de un sistema de registro de complicaciones	
7. La UD debe realizar periódicamente (al menos, dos veces al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella (p.ej., enfermería, farmacia hospitalaria/farmacología clínica, etc.), en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención	
8. La UD debe disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas. Al menos una semanal	
9. La UD debe dotarse de un sistema de indicadores, incluidos los de calidad y seguridad, centrado (en la medida de lo posible) en resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos	
10. La UD debe evitar intervenciones de bajo valor, manteniendo actualizado y disponible para todos los miembros de la unidad el listado de estas intervenciones para evitar su práctica. En el mencionado listado deben estar comprendidas las propuestas por la SEPD	
11. El informe de alta debe cumplir con los requisitos del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada	
12. La UD debe disponer de un registro de reclamaciones y desarrollar una sistemática para mejorar los servicios en base a las mismas	
<b>Procesos</b>	
<b>Atención al paciente al paciente agudo hospitalizado</b>	
13. La historia de ingreso en una UD de un paciente procedente de Urgencias ha de describir con el detalle suficiente el motivo de ingreso, los antecedentes, la exploración, los resultados relevantes de las exploraciones realizadas y un juicio diagnóstico	
14. La UD debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización. Se recomienda establecer criterios de ingreso del paciente en la UD consensuados con el resto de unidades que intervienen en la asistencia al paciente hospitalizado por patología digestiva	
15. Debe evitarse, en lo posible, la transferencia de los pacientes desde las unidades de críticos a la UD entre las 22:00 y las 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario, debe documentarse como un incidente adverso	
16. La UD debe protocolizar y desarrollar vías clínicas para, al menos, los tres procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización	
17. La UD debe asignar un médico referente durante el periodo de hospitalización que el paciente ha de reconocer como responsable de su atención	
18. La UD debe garantizar que se realicen, al ingreso, las actividades descritas en la guía NICE 50 ( <i>Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital</i> )	
19. Es imprescindible el pase de visita diario. Se recomienda que incluya los sábados, domingos y festivos	
Se debe dotar a las salas de las UD de personal de enfermería ajustado a las necesidades de niveles de cuidados	
20. Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos	
21. El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico. El informe de alta se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria)	
22. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación, ajustando todos los fármacos que lleve el enfermo para evitar repeticiones u olvidos	
<b>Proceso de apoyo de consultoría a Atención Primaria y otras especialidades (interconsulta)</b>	
23. Deben haberse implantado sistemas de comunicación estables con Atención Primaria, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada	
24. La UD debe establecer circuitos rápidos para el diagnóstico de pacientes con rápido deterioro de su condición o presuntamente más graves. Para ello, es recomendable pactar tiempos de demora cortos con servicios de diagnóstico (imagen, endoscopia, etc.) para patologías graves. La masa abdominal o el dolor abdominal de origen no conocido tras el estudio inicial pueden considerarse consultas de circuito rápido para las UD	
25. Es recomendable que la UD disponga de sistemas estables de interconsultas no presenciales capaces de evitar consultas de urgencia o desplazamientos innecesarios de los pacientes	
26. La consulta debe incluir historia completa, exploración sistemática (no dirigida) y solicitud de los estudios adecuados y generar un informe al finalizar el proceso de consulta/interconsulta con un esquema básico que incluya los estudios realizados, la orientación diagnóstica y el plan/tratamiento a seguir	
<b>Atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial</b>	
27. Se recomienda que la UD disponga de un sistema estructurado de relación con los equipos de Atención Primaria del área de influencia del hospital, dirigido a la gestión compartida de los pacientes crónicos complejos que deban ser seguidos también por las UD	
<b>Formación</b>	
28. Las UD deben disponer de un plan de formación continuada adaptado a sus integrantes, basado en el desarrollo de competencias profesionales adecuadas a la cartera de servicios de la unidad	
29. Cada profesional de la UD debe haber completado, al menos, 40 horas (1,5 ECTS -European Credit Transfer and Accumulation System) (7,5 ECTS en un periodo de cinco años)	
<b>Investigación</b>	
30. La UD deberá participar en el registro RECALAD	
31. Toda UD debería, al menos, tener a alguno de sus miembros como firmante de un artículo publicado en una revista científica indexada al año	

**Tabla 2.** Estándares de la Unidad de Endoscopia Digestiva

<b>UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (UED) Organización y gestión</b>
1. La UED debe tener asignado un responsable, especialista en aparato digestivo, con dedicación en función de la complejidad del equipo asistencial
2. La UED debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recojan el organigrama de la UD, la cartera de servicios, la plantilla, la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran la UD, los protocolos asistenciales y el sistema de información y cuadro de mandos de la unidad
3. La cartera de servicios de la UED deberá especificar las unidades funcionales que integra, así como las técnicas/procedimientos que realiza
4. La UED debe elaborar una memoria anual que recoja la actividad desarrollada y estrategia de futuro
5. La UED debe realizar periódicamente (al menos, una vez al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella, en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención
6. La UED debe disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas (al menos una semanal)
7. La UED debe dotarse de un sistema de indicadores, incluidos los de calidad y seguridad, centrado (en la medida de lo posible) en resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos
<b>Estándares de estructura</b>
8. Los especialistas en aparato digestivo que realicen endoscopias digestivas deberán realizar, al menos, 200 gastroscopias y 200 colonoscopias al año
9. La UED debe tener definido un protocolo de sedoanalgesia/anestesia que garantice la seguridad del paciente y que los operadores tienen las competencias necesarias para la sedación y mantenimiento de la vía aérea
10. Espacio e instalaciones adecuadas, que reúnan, al menos, los requisitos establecidos por la SEPD
11. Debe disponer de una enfermera responsable del cuidado de estos pacientes durante la recuperación postsedación
<b>Estándares de procesos y procedimientos</b>
12. La UED debe cumplir con los estándares para el proceso de endoscopia digestiva ambulatoria
13. La UED debe cumplir con los estándares establecidos para los procedimientos que desarrolle
<b>Indicadores de resultados</b>
14. La UED debe establecer indicadores de resultados específicos para cada procedimiento



**Fig. 1.** Mapa sintético de procesos de la UD.



**Fig. 2.** Manejo del paciente cirrótico en el Hospital de Día.

Los estándares del proceso de atención al paciente hospitalizado se han basado en los elaborados por el Ministerio de Sanidad para las unidades de enfermería de hospitalización convencional (23) y la guía NICE de estándares para la atención al paciente aguda y críticamente enfermo (24), incluida la implantación de mecanismos de “alerta y activación” (25).

El proceso de atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial participa de diversas modalidades asistenciales, incluidos la hospitalización (21) y el Hospital de Día (26), y tiene por objeto la atención sistemática a pacientes en los que, en numerosas ocasiones, convive la cronicidad con la dependencia y fragilidad asociadas a las etapas avanzadas de la vida (27). Las experiencias internacionales muestran que la asistencia sistemática de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias y disminuye la tasa de consultas urgentes y el consumo de medicamentos (28-31). Los fundamentos para prestar una atención sistemática a estos pacientes están recogidos en la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad (32). Pacientes que pueden beneficiarse de una atención sistemática al paciente crónico complejo son aquellos con alta frecuencia de reingresos (tres o más al año) o de consultas de urgencia (cirróticos descompensados con paracentesis ambulatorias, las hemorragias crónicas politransfundidas, etc.). La figura 2 muestra esquemáticamente el manejo del paciente cirrótico en el Hospital de Día (8).

Los estándares del proceso de endoscopia digestiva ambulatoria comparten numerosos aspectos con los de otros procedimientos intervencionistas ambulatorios (33), incluyendo el uso de listados de comprobación de seguridad del procedimiento, habiéndose basado en los elaborados por la SEPD para los distintos procedimientos endoscópicos de aparato digestivo (4-6).

Las UD deben tener una estructura organizativa adecuada a su tamaño y funciones. Las cuestiones claves son: tener un responsable (con dedicación en función de la complejidad del equipo asistencial); y haber elaborado una cartera de servicios, manual de organización y funcionamiento y un sistema de indicadores, incluidos los de calidad y seguridad, centrado en la medida de lo posible en resultados. La UD debe elaborar una memoria anual y disponer de un registro de complicaciones y de un cuadro de mandos que permita realizar el seguimiento de la actividad. Las UD deben evitar intervenciones de bajo valor, como las propuestas por la SEPD (34), y cumplir con las obligaciones legales relativas a los sistemas de información. Se recomienda seguir las recomendaciones para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas (35).

Los estándares elaborados para la Unidad de Endoscopia Digestiva la conciben como una “unidad asistencial” integrada en la UD, por lo que debe tener un responsable, así como haber elaborado su cartera de servicios, manual de organización y funcionamiento, memoria anual, etc., elementos que pueden estar integrados en los de la UD de la que forman parte. Los especialistas en aparato digestivo que practiquen endoscopias digestivas deberán realizar, al menos, 200 gastroscopias y 200 colonoscopias al año. En relación con la estructura y equipamiento de estas unidades, los estándares recogen los propuestos por la SEPD (3). Como indicadores de resultados para las unidades de endoscopia digestiva se proponen: la tasa de reingresos urgentes, visitas a la Unidad de Urgencias del hospital o estancias en Hospital de Día en los siete días posteriores al procedimiento; las tasas de modificación, interrupción o terminación de procedimientos programados debido a eventos relacionados con la sedación; y la tasa de eventos adversos dentro de los 14 días de un procedimiento endoscópico (36).

## REVISIÓN

El documento de la SEPD ha de ser revisado en el plazo máximo de cinco años, así como actualizarse en la medida que se vaya disponiendo de estándares para otras unidades monográficas, procesos y procedimientos de digestivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, et al.; para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). RECALAD. La asistencia al paciente en las unidades de Aparato Digestivo en el Sistema Nacional de salud. Estudio piloto, 2015. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110(1):44-50. DOI: 10.71235/reed.2017.5316/2017
- Bernal JL, Colomer J, Elola FJ, et al. Unidades asistenciales del aparato digestivo. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Consultado el 28 de octubre de 2019. Disponible en: [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Aparato\\_Digestivo\\_EyR.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Aparato_Digestivo_EyR.pdf)
- López-Picazo J, Alberca de las Parras F, Sánchez del Río A, et al.; en nombre del Grupo de Trabajo de "Indicadores de calidad en endoscopia" de la SEPD. Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: introducción a los indicadores comunes de estructura, proceso y resultado. *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109:435-50.
- Sánchez del Río A, Pérez Romero S, López-Picazo J, et al.; en nombre del Grupo de Trabajo de "Indicadores de calidad en endoscopia" de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Indicadores de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la colonoscopia. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110:316-26. DOI: 10.71235/reed.2018.5408/2017
- Pérez Romero S, Alberca de las Parras F, Sánchez del Río A, et al. Indicadores de calidad en gastroscopia. Procedimiento de la gastroscopia. *Rev Esp Enferm Dig* 2019;111(9):699-709. DOI: 10.71235/reed.2020.6023/2018
- Alberca de las Parras F, López Picazo J, Pérez Romero S, et al. Indicadores de calidad en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Procedimiento de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110(10):658-66. DOI: 10.71235/reed.2018.5652/2018
- Calvet X, Chaparro M, Domènech E, et al. Normalización de los indicadores de calidad para unidades de atención integral a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. GETECCU. 2016. Consultado el 26 de marzo de 2019. Disponible en: <http://geteccu.org/contenidos/up/2016/12/Documento-1.pdf>.
- Ricote GC, Pérez- Lázaro JJ, Tejedor M, et al.; y Grupo de Estudio de Calidad en Hepatología de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Sistema Español de Acreditación de Unidades de Hepatología. Una propuesta de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. *Gastroenterol Hepatol* 2007;30:612-7. DOI: 10.1157/13112595
- Valori R, Cortas G, Lange T, et al. Performance measures for endoscopy services: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2018;50:1186-204.
- Gastroenterological Society of Australia. Standards for endoscopic facilities and services. 3<sup>rd</sup> edition. 2006.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Colonoscopy. Clinical Care Standard. 2018. Consultado el 28 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications/colonoscopy-clinical-care-standard/>
- ASGE Standards of Practice Committee, Jain R, Ikeberry SO, et al. Minimum staffing requirements for the performance of GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2010;72:469-70. DOI: 10.1016/j.gie.2010.02.017.
- ASGE Ensuring Safety in the Gastrointestinal Endoscopy Unit Task Force, Calderwood AH, Chapman FJ, et al. Guidelines for safety in the gastrointestinal endoscopy unit. *Gastrointest Endosc* 2014;79:363-72. DOI: 10.1016/j.gie.2013.12.015
- Harris A. Gastroenterology and hepatology. En: Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients. Revised 5<sup>th</sup> edition (online update). Londres: RCP; 2013. pp. 99-110.
- Dunkley I, Griffiths H, Follows R, et al. UK consensus on non-medical staffing required to deliver safe, quality-assured care for adult patients undergoing gastrointestinal endoscopy. *Frontline Gastroenterol* 2019;10(1):24-34. DOI: 10.1136/flgastro-2017-100950
- Rees CJ, Gibson ST, Rutter MD, et al. UK Key Performance Indicators & Quality Assurance Standards for Colonoscopy. Consultado el 28 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.bsg.org.uk/resource/uk-key-performance-indicators-and-quality-assurance-standards-for-colonoscopy.html>
- Mowat C, Clole A, Windsor A. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2011;60(5):571-607. DOI: 10.1136/gut.2010.224154
- Barrison IG, Bramble MG, Wilkinson M, et al.; 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.
- Audicana A, Letona J, Pérez MJ, et al. Guía de gestión por procesos ISO9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Subdirección de Calidad Asistencial, Osakidetza; 2004.
- Carballo F, Crespo J, Vera MI, et al. Los Servicios de Digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente. SEPD, Fundación IMAS; 2019.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44(Suppl):166-206. DOI: 10.2307/3348969
- Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:966-70. DOI: 10.1056/NEJM199609263351311
- Palanca I, Elola FJ, González Cabezas L. Unidad de Enfermería de Hospitalización Polivalente de Agudos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Consultado el 28 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50; 2007. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50>
- National Patient Safety Agency. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London: NHS, National Patient Safety Agency; 2007.
- Palanca I, Elola FJ, Bernal JL, et al.; Grupo de Expertos. Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Disponible en: <http://www.msbs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
- The National Service Framework for Longterm Conditions. Department of Health; 2005.
- Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. 2004. Disponible en: [www.natpact.nhs.uk](http://www.natpact.nhs.uk)
- Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003. Disponible en: [www.natpact.nhs.uk](http://www.natpact.nhs.uk)
- Dixon J, Lewis R, Rosen R, et al. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience? King's Fund Research Paper; 2004.
- Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving chronic disease management. An Anglo-American exchange. King's Seminar Report; 2007.
- Ferrer C, Orozco D, Román P. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- Palanca I, Elola FJ, Bernal JL, et al.; Grupo de Expertos. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Consultado el 28 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.msbs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
- Recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Interna. Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España, 2013. Consultado el 28 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www0.sepd.es/file/SEPDRecomendacionesDeNoHacer2013.pdf>
- Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)* 2010;134:505-10. DOI: 10.1016/j.medcli.2009.12.002
- Cotton PB, Eisen GM, Aabakken L, et al. A lexicon for endoscopic adverse events: Report of an ASGE workshop. *Gastrointest Endosc* 2010;71(3):446-54. DOI: 10.1016/j.gie.2009.10.027