

Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Nº de depósito legal: BI-1125-2016

Este documento es propiedad de GETECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa).

Han colaborado en su elaboración:

- Xavier Calvet. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital de Sabadell.
- María Chaparro. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa.
- Eugeni Domènech. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
- María Esteve. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital Mutua de Terrassa.
- Pilar Nos. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital Universitari y Politécnic la Fe.
- Julián Panés. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital Clínic de Barcelona.
- Javier P. Gisbert. Médico Especialista de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa.

Índice

1.	Introducción	5
2.	Indicadores de estructura	6
3.	Indicadores de proceso	12
4.	Indicadores de resultados	23

1. Introducción

La asistencia a los pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa requiere la acción coordinada de diversos profesionales sanitarios que forman parte de unidades funcionales de Atención Integral a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Como en cualquier otro campo de la medicina, es necesario disponer de un conjunto de indicadores que permitan analizar, de forma objetiva y sistematizada, la calidad de la asistencia prestada, para poder evaluar a las Unidades de Atención Integral, identificar áreas de mejora y, de este modo, lograr que la atención prestada a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sea homogénea y excelente.

La misión del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) es mejorar la vida de las personas afectas por la enfermedad inflamatoria intestinal, promoviendo, entre otras cosas, la excelencia asistencial. Para ello, uno de sus objetivos es conseguir que la asistencia prestada a los pacientes sea homogéneamente excelente en todo el territorio nacional. Por este motivo, GETECCU ha venido trabajando para identificar y establecer un conjunto de indicadores de calidad que ayuden a definir y evaluar dichas unidades. Esto permitirá, por una parte, estandarizar la atención a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a nivel nacional y, por otra, establecer un proceso de certificación que confirme la aptitud de las unidades para la atención de estos pacientes, lo que supondrá un elemento diferenciador, reconociendo la excelencia de aquéllas que cumplan los requisitos mínimos establecidos por GETECCU.

El punto de partida para la elaboración de esta norma ha sido el documento denominado “Declaración de consenso Delphi: Indicadores de calidad para unidades de atención integral de la enfermedad inflamatoria intestinal” (J Crohns Colitis 2014; 8: 240-251), promovido por GETECCU. En dicho documento se identificó un conjunto de indicadores de calidad básicos que podrían ser útiles para la evaluación y certificación de las Unidades de Atención Integral. Posteriormente, GETECCU ha elaborado el presente documento, que es el resultado de la normalización de dichos indicadores.

Esta norma creada por GETECCU pretende servir de guía para las unidades, estableciendo los indicadores de calidad de recomendado cumplimiento, con el objetivo de estandarizar la forma de trabajar y garantizar la prestación asistencial al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.

Desde un principio, se planteó que la norma debía estar centrada en la parte operativa y adaptada a la realidad de las unidades de enfermedad inflamatoria intestinal, evaluando los puntos críticos de éstas.

La norma consta de 53 indicadores con una estructura y unos apartados comunes: el requisito a cumplir, una breve definición, el indicador, el nivel objetivo de cumplimiento, las evidencias de cumplimiento y un punto final de aclaraciones para aquellos indicadores que pudieran necesitarlos. Estos indicadores están clasificados en: indicadores de estructura (referidos principalmente a los recursos, tanto humanos como de infraestructuras, necesarios para una adecuada prestación asistencial), indicadores de proceso (que incluyen los indicadores de diagnóstico y tratamiento) e indicadores de resultados (que miden el éxito de las actividades realizadas durante el proceso).

Como documentación de apoyo, se ha elaborado el protocolo de uso de fármacos y el protocolo específico para pacientes ingresados en el servicio de urgencias, entre otros documentos, con el objetivo de que sirvan de base a las unidades y puedan facilitar su adaptación y puesta en marcha.

El compromiso de las unidades con la mejora de la calidad será evaluado por una entidad certificadora externa, quien se encargará de llevar a cabo las correspondientes auditorías, para así comprobar el cumplimiento de los requisitos, garantizando la imparcialidad, el rigor y la transparencia del proceso de certificación.

En conclusión, con el presente documento GETECCU se compromete con la calidad de la asistencia a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, proponiendo un proceso de certificación que implique revisar los procedimientos, medir los indicadores e implementar planes de mejora tras el análisis de los resultados. El objetivo final de GETECCU es que las unidades de enfermedad inflamatoria intestinal compartan un enfoque de mejora continua de su calidad para alcanzar la excelencia.

2.

Indicadores de estructura

1. La UAI debe disponer de una consulta ambulatoria de enfermería especializada dedicada a la EII.

Definición: La UAI debe disponer de una consulta ambulatoria de enfermería especializada. La enfermería juega un papel clave en las intervenciones y programas encaminados a mejorar la calidad de vida del paciente con EII en las diferentes fases de la enfermedad.

Indicador: La existencia de una consulta ambulatoria de enfermería especializada.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se analizará la infraestructura y la organización del hospital, confirmando la existencia de la consulta.

Aclaraciones: No aplica.

2. La UAI debe disponer de instalaciones para la asistencia ambulatoria en las que puedan administrarse fármacos por vía intravenosa.

Definición: Es necesario que la UAI disponga de instalaciones para la asistencia ambulatoria que incluya la infusión de medicación intravenosa.

Indicador: La existencia de instalaciones para la asistencia ambulatoria en los que se puedan administrar fármacos por vía intravenosa.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se analizará la infraestructura de las instalaciones para la asistencia ambulatoria y la administración de fármacos por vía intravenosa en las mismas.

Aclaraciones: No aplica.

3. La UAI debe estar integrada en un hospital con Servicio de Urgencias.

Definición: Se considera necesario que la UAI esté integrada en un hospital con Servicio de Urgencias para garantizar la continuidad de la asistencia.

Indicador: Integración de la UAI en un hospital con Servicio de Urgencias.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se analizará la infraestructura confirmando que la UAI esté integrada en un hospital con Servicio de Urgencias.

Aclaraciones: No aplica.

2.

Indicadores de estructura

4. La UAI debe estar integrada en un Servicio de Aparato Digestivo que disponga de instalaciones de hospitalización.

Definición: Es necesario que la UAI esté integrada en un Servicio de Aparato Digestivo que disponga de instalaciones de hospitalización para garantizar la continuidad de la asistencia.

Indicador: La UAI está integrada en un Servicio de Aparato Digestivo que disponga de instalaciones de hospitalización, atendida por los médicos de dicho servicio.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se analizará la infraestructura del hospital para confirmar que la UAI esté integrada en un Servicio de Aparato Digestivo que cuente con camas de hospitalización.

Aclaraciones: No aplica.

5. La UAI debe estar integrada en un hospital con Unidad de Endoscopia.

Definición: La endoscopia tiene un papel fundamental en el manejo de la EII, tanto en el diagnóstico inicial como en el seguimiento de la misma. Por este motivo, es de gran importancia que la UAI esté integrada en un hospital con Unidad de Endoscopias dentro del Servicio de Aparato Digestivo. Los principales servicios que la Unidad de Endoscopia ofrece a los pacientes con EII son:

- ✓ Diagnóstico de la EII y valoración del brote de actividad.
- ✓ Cribado de displasia-cáncer colorrectal.
- ✓ Dilatación endoscópica/prótesis de estenosis.

Indicador: La UAI está integrada en un hospital con Unidad de Endoscopias dentro del Servicio de Aparato Digestivo.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se analizará la infraestructura del hospital para confirmar que la UAI esté integrada en un Servicio de Aparato Digestivo que cuente con Unidad de Endoscopias.

Aclaraciones: No aplica.

2.

Indicadores de estructura

6. Debe haber consultas externas ambulatorias especializadas para los pacientes con EII.

Definición: Debe haber consultas externas ambulatorias especializadas para realizar la valoración y el seguimiento de los pacientes con EII, ya que se ha demostrado que el manejo de los pacientes es mejor cuando se realiza en consultas específicas.

Indicador: Dispone de consultas externas ambulatorias especializadas para los pacientes con EII.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se analizará la infraestructura del hospital y se confirmará que la UAI cuente con consultas ambulatorias monográficas.

Aclaraciones: No aplica.

7. La UAI debe disponer de un servicio de consulta telefónica para los pacientes.

Definición: Todos los centros deben contar con la opción de acceso telefónico a la UAI para que los pacientes puedan tener acceso libre en el caso de presentar algún problema relacionado con la EII. Es una herramienta que proporciona a los pacientes la tranquilidad de poder contar siempre con un acceso rápido a la resolución de problemas y posibles dudas acerca de su patología, evitando que tengan que seguir el circuito habitual de acudir al médico de Atención Primaria, especialista en Aparato Digestivo y, finalmente, a la UAI, lo que mejora la eficiencia en la resolución de los problemas.

Indicador: Disponer de acceso telefónico para que los pacientes puedan acceder a la UAI.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Objetivar que en la UAI dispone de un teléfono para realizar consultas telefónicas e informar a los pacientes, dejándose registro de las llamadas atendidas. El teléfono debe ser atendido por una enfermera o médico de la UAI.

Aclaraciones: No aplica.

8. La UAI debe disponer de al menos un/a enfermero/a especializado/a en EII.

Definición: Es necesario que la UAI cuente con al menos un/a enfermero/a especializado/a en EII, ya que esta figura realiza una importante labor de educación del paciente y de su familia en distintos aspectos de su enfermedad, lo que hará que mejore significativamente el grado de aceptación de la enfermedad, su calidad de vida y la satisfacción con la atención sanitaria recibida. Además, el papel de la enfermería es fundamental en el adiestramiento para la administración de la medicación, en el control de la seguridad de los fármacos y en la atención telemática a estos pacientes.

Indicador: Existencia de un enfermero especializado en EII.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se confirmará si existe personal de enfermería entre los integrantes de la UAI y si cumple los requisitos definidos por GETECCU en la ficha de perfil del enfermero especializado en EII.

Aclaraciones: La ficha de perfil será definida por GETECCU/GETEII.

2.

Indicadores de estructura

9. La UAI debe incluir un cirujano o un equipo quirúrgico con experiencia en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con EII.

Definición: Contar con un equipo especializado y con experiencia en EII, garantiza el éxito de la intervención y disminuye el riesgo de complicaciones.

Indicador: Existencia de un equipo médico con experiencia en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con EII.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se confirmará si existen especialistas en cirugía colorrectal entre los integrantes de la UAI y si cumplen los requisitos definidos por GETECCU en la ficha de perfil de cirujano especializado en EII.

Aclaraciones: La ficha de perfil será definida por GETECCU/Asociación Española de Coloproctología.

10. La UAI debe incluir un radiólogo de referencia con experiencia en EII.

Definición: Contar con un radiólogo con experiencia en EII ayuda en la toma de decisiones en los casos clínicos complejos.

Indicador: Existencia de un radiólogo de referencia con experiencia en EII.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se confirmará si existe un radiólogo entre los integrantes de la UAI y si cumple los requisitos definidos por GETECCU en la ficha de perfil del radiólogo especializado en EII.

Aclaraciones: La ficha de perfil será definida por GETECCU.

11. La UAI debe tener acceso a la tomografía computarizada (TC).

Definición: La TC constituye una poderosa herramienta diagnóstica en la valoración de la EII, sobre todo para identificar complicaciones como fístulas o abscesos de forma urgente.

Indicador: La UAI tiene acceso a la TC.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se evidenciará si la UAI tiene acceso a la TC.

Aclaraciones: No aplica.

12. La UAI debe tener acceso a la resonancia magnética (RM).

Definición: La UAI debe tener acceso a la RM. La RM es en la actualidad una herramienta diagnóstica esencial para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con EII. Tiene la ventaja de no emplear radiaciones ionizantes, y permite valorar tanto las asas intestinales como las estructuras extraintestinales en un mismo acto.

Indicador: La UAI tiene acceso a la RM.

Nivel objetivo: Sí/No.

2.

Indicadores de estructura

Evidencias del cumplimiento: Se evidenciará si la UAI tiene acceso a la RM (incluyendo entero-RM y RM pélvica).

Aclaraciones: No aplica.

13. La UAI debe tener acceso a la ecografía abdominal.

Definición: La UAI debe tener acceso a la ecografía abdominal como herramienta diagnóstica. Esta técnica permite el estudio del intestino delgado y del colon, además de otros órganos del abdomen; es barata, rápida y accesible.

Indicador: La UAI tiene acceso a la ecografía abdominal.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se evidenciará si la UAI tiene acceso a la ecografía abdominal.

Aclaraciones: No aplica

14. La UAI debe tener acceso a la dilatación endoscópica terapéutica de estenosis intestinal.

Definición: La UAI debe tener acceso a la dilatación endoscópica, que se ha demostrado que es un tratamiento eficaz en el tratamiento de las estenosis (tanto de novo como postquirúrgicas) en la EII. Esto permite mejorar los síntomas obstructivos causados por la misma y evitar, con frecuencia, el tratamiento quirúrgico.

Indicador: la UAI tiene acceso a la dilatación endoscópica terapéutica de estenosis intestinal.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se confirmará que en la cartera de pruebas de endoscopia se incluye el tratamiento endoscópico (dilatación/prótesis) de las estenosis intestinales.

Aclaraciones: No aplica.

15. La UAI debe mantener sus propios protocolos actualizados o seguir guías internacionales sobre el manejo de la EII.

Definición: La UAI debe mantener unos protocolos estandarizados (o seguir guías internacionales) en los que se detalle el manejo de la EII, con la finalidad de lograr una asistencia normalizada según la mejor evidencia científica disponible.

Indicador: La UAI debe mantener y actualizar protocolos actualizados sobre el manejo de la EII o en su defecto seguir guías internacionales sobre el manejo de la misma.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se comprueba la existencia de protocolos o de guías internacionales y su cumplimiento.

Aclaraciones: No aplica.

2.

Indicadores de estructura

16. La UAI debe disponer de protocolos para el uso de fármacos.

Definición: La UAI debe disponer de un protocolo estandarizado para el uso de fármacos en el que se detallan cuándo se deben administrar estos fármacos, cómo valorar su eficacia, así como sus efectos secundarios.

Indicador: La UAI debe disponer de protocolos para el uso de fármacos.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Comprobar la existencia de los protocolos para el uso de fármacos.

Aclaraciones: Los protocolos de fármacos se refieren a grupos de fármacos (por ej. fármacos biológicos).

17. La UAI debe disponer de un protocolo específico para los pacientes con EII ingresados en el Servicio de Urgencias; el personal del Servicio de Urgencias debe tener pleno acceso a dicho protocolo.

Definición: La UAI debe disponer de este protocolo para garantizar una adecuada prestación asistencial al paciente cuando acude al Servicio de Urgencias.

Indicador: Disponer de un protocolo sobre el proceso de atención a los pacientes con EII que acuden al Servicio de Urgencias.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Comprobar que la UAI dispone de un protocolo específico para los pacientes con EII ingresados en el Servicio de Urgencias, y que éste es conocido por los miembros del Servicio de Urgencias.

Aclaraciones: No aplica.

18. La UAI debe tener una metodología para determinar la satisfacción del paciente.

Definición: La UAI debe conocer y evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con los servicios que prestan en la unidad.

Indicador: La UAI tiene definida una metodología para determinar la satisfacción del paciente.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: La UAI tiene definida una metodología para determinar la satisfacción del paciente, ya sea mediante encuestas de satisfacción o cualquier otro método. Esta metodología debe estar documentada.

Aclaraciones: No aplica

3-

Indicadores de proceso

19. La UAI debe disponer de un registro de todos los pacientes con EII.

Definición: La UAI debe disponer de un registro en el que se incluyan todos los pacientes con EII atendidos en la UAI.

Indicador: Disponer de un registro de todos los pacientes con EII.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: : Se confirmará la existencia del listado en el que estén registrados todos los pacientes con EII atendidos en la UAI.

Aclaraciones: No aplica.

20. La UAI debe disponer de un registro de los pacientes con EII que reciben fármacos biológicos.

Definición: La UAI debe disponer de un registro de pacientes que reciben fármacos biológicos para favorecer el seguimiento de los mismos.

Indicador: Disponer de un registro con todos los pacientes con EII de la UAI que reciben fármacos biológicos.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se comprobará la existencia del listado en el que estén registrados todos los pacientes que reciben fármacos biológicos.

Aclaraciones: No aplica.

21. La UAI debe brindar la posibilidad de una consulta ambulatoria urgente ante la presunción de que se ha producido un brote o una complicación. Debe disponer de una asistencia a demanda al menos de lunes a viernes.

Definición: La UAI debe disponer de una asistencia a demanda al menos de lunes a viernes con el objetivo de garantizar al paciente la atención por un especialista en EII.

Indicador: Existe la posibilidad de acceso a la UAI de forma urgente (de forma presencial o telemática) con asistencia de lunes a viernes.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se evidenciará si hay posibilidad de acceso urgente a la UAI y el horario de atención.

Aclaraciones: La asistencia a demanda al menos de lunes a viernes tiene como objetivo, como se indica en la definición del indicador, brindar la posibilidad de una consulta ambulatoria urgente. A estos efectos, se considerará asistencia a demanda no sólo la propia consulta ambulatoria presencial, sino también la consulta telemática, a condición de que esté disponible al menos de lunes a viernes. El seguimiento ulterior del paciente, tras esta consulta, se define en otros indicadores.

22. La UAI debe contar con un circuito de visitas preferentes para los pacientes que son remitidos por su médico general, el servicio de urgencias u otros profesionales de la salud por un diagnóstico reciente o un brote grave de EII.

Definición: Disponer de un circuito establecido para la derivación del paciente desde Atención Primaria, Urgencias o a través de otros profesionales a la UAI, mejora la comunicación entre éstos y facilita el acceso al tratamiento adecuado de los pacientes con EII, reduciendo demoras y evitando consultas innecesarias.

Indicador: Existe un circuito de visitas preferentes por un diagnóstico reciente o brote grave de EII.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se confirmará la existencia de un circuito de visitas preferentes para aquellos pacientes que sean remitidos por su médico general, el Servicio de Urgencias u otros profesionales de la salud por un diagnóstico reciente o brote grave.

Aclaraciones: No aplica.

23. A cada paciente con EII se le debe asignar un especialista en EII identificable encargado de su asistencia clínica.

Definición: Cada paciente debe tener asignado un especialista en EII específico e identificable, designado como el responsable de su asistencia.

Indicador: N° de pacientes con un especialista en EII asignado/N° total de pacientes.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas para comprobar la proporción de pacientes que tiene asignado un especialista en EII.

Aclaraciones: No aplica.

24. La UAI debe disponer de un programa de vigilancia clínica y de laboratorio para los pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor.

Definición: Los tratamientos con inmunosupresores se asocian a potenciales efectos secundarios, por lo que es necesario que la UAI disponga de un programa de vigilancia para prevenir, detectar y tratar precozmente dichos efectos secundarios.

Indicador: N° de pacientes con tratamiento inmunosupresor con monitorización clínica y de laboratorio adecuada/N° total de pacientes con tratamiento inmunosupresor.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: Este indicador se refiere a la existencia de un programa de vigilancia (clínica y de laboratorio) para los pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor; la descripción de lo que se considera seguimiento adecuado se especifica en el indicador 46.

3-

Indicadores de proceso

25. La UAI debe disponer de un programa de vigilancia clínica y de laboratorio para los pacientes que reciben tratamiento con fármacos biológicos.

Definición: Los fármacos biológicos son fármacos con un elevado coste que se asocian a potenciales efectos secundarios. Por esto es necesario que la UAI disponga de un programa de vigilancia para monitorizar la respuesta a estos tratamientos y prevenir, detectar y tratar precozmente sus efectos secundarios.

Indicador: N° pacientes con tratamiento biológico con monitorización clínica y de laboratorio adecuada/ N° total de pacientes con tratamiento biológico.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: Este indicador se refiere a la existencia de un programa de vigilancia (clínica y de laboratorio) para los pacientes que reciben tratamiento biológico; la descripción de lo que se considera seguimiento adecuado se especifica en el indicador 47.

26. El paciente debe recibir una tarjeta con los datos de contacto de la UAI, que incluirá el número de teléfono y el horario de atención.

Definición: Los pacientes deben conocer los nombres del personal que les atienden, así como los medios de acceso y horarios a la UAI para que, de este modo, puedan beneficiarse del acceso libre.

Indicador: Existe un modelo de tarjeta con los datos de la UAI.

Nivel objetivo: Sí/No.

Evidencias del cumplimiento: Se confirmará que existe una tarjeta con esta información y si habitualmente se entrega a los pacientes, obteniendo una copia de la misma y preguntando al personal.

Aclaraciones: No aplica.

27. La UAI debe disponer de un programa de vigilancia de cáncer colorrectal en los pacientes con EII, en consonancia con lo indicado por las guías internacionales.

Definición: Se ha descrito que el riesgo de displasia y cáncer colorrectal está aumentado en los pacientes con EII. Este riesgo es mayor cuanto más prolongado es el tiempo de evolución de la enfermedad.

Indicador: N° de pacientes que cumplen criterios de cribado de cáncer de colon y que han sido incluidos en programa de cribado/N° total de pacientes que cumplen criterios de cribado de cáncer de colon.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

28. Las decisiones de asistencia complejas, incluida la indicación de cirugía, deben tomarse en comités de EII, con la participación de gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos.

Definición: La UAI establecerá comités constituidos por especialistas en EII, contando con gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos, favoreciendo que la toma de decisiones ante una situación clínica compleja se realice de forma multidisciplinar.

Indicador: Existe un comité de EII constituido por gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos en el que se analizan los casos clínicos complejos en los que sea necesario un abordaje multidisciplinar.

Nivel objetivo: En caso de que, además del gastroenterólogo y cirujano, exista un radiólogo de referencia para la UAI con el que se consulten los casos complejos pero no esté presente en las reuniones del comité, este indicador se puntuará con un 0,5. En caso de que el radiólogo esté presente en las reuniones (junto con el gastroenterólogo y el cirujano), la puntuación será de 1. En cualquier otro caso, la puntuación será de 0.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las actas del comité y se revisarán algunas de las historias clínicas incluidas en las mismas.

Aclaraciones: La asistencia presencial del radiólogo en este comité no es indispensable, aunque sí altamente recomendable; por ello se ha graduado semicuantitativamente este indicador.

29. La cirugía electiva debe ser realizada exclusivamente por cirujanos de la UAI.

Definición: Una intervención quirúrgica se considera electiva cuando está programada con antelación porque no implica una emergencia médica. Al ser una cirugía programada debe realizarse sólo por cirujanos de la UAI especializados en EII.

Indicador: N° de intervenciones quirúrgicas electivas realizadas por cirujanos de la UAI/N° total de intervenciones quirúrgicas electivas realizadas.

Nivel objetivo: 90%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán historias clínicas, confirmando que las intervenciones quirúrgicas electivas han sido realizadas exclusivamente por cirujanos que cumplen los criterios de cirujanos expertos en EII definidos previamente.

Aclaraciones: El perfil de cirujano experto en EII lo definirá GETECCU/Asociación Española de Coloproctología.

30. Antes de una intervención quirúrgica que pueda comportar una ostomía temporal o permanente, el paciente con EII debe haber mantenido una entrevista con un enfermero/a especializado/a en ostomías.

Definición: El hecho de portar un estoma supone un fuerte impacto en la imagen corporal del paciente y puede interferir notablemente en su calidad de vida. Por esto, es importante que el paciente pueda mantener una entrevista previa con un enfermero/a en el cuidado de ostomías, o estomaterapeuta, para que pueda proporcionar al paciente información oral y escrita sobre las ostomías, aclarar dudas referentes a la higiene, dieta, tipos de dispositivos y demás particularidades del estoma.

3-

Indicadores de proceso

Indicador: N° de pacientes que han tenido entrevista con el enfermero previo a una intervención quirúrgica que pueda comportar una ostomía temporal o permanente/N° total de pacientes con una intervención quirúrgica que pueda comportar una ostomía temporal o permanente.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Evidencias del registro de la entrevista en la historia clínica.

Aclaraciones: Debido a que todas las cirugías abdominales de EII pueden derivar en una ostomía temporal, se recomienda que todos los pacientes que vayan a someterse a esta cirugía sean valorados por un/a enfermero/a especializado/a en ostomías.

31. El gastroenterólogo de la UAI debe participar activamente en el manejo del paciente con EII hospitalizado.

Definición: El ingreso hospitalario no debe interrumpir la continuidad de la asistencia: el equipo de la UAI debe supervisar el tratamiento y la asistencia durante la hospitalización.

Indicador: El gastroenterólogo de la UAI participa activamente en el manejo del paciente ingresado con EII.

Nivel objetivo: Sí/NO.

Evidencias del cumplimiento: Se realizarán entrevistas a los médicos responsables de la Unidad de hospitalización para evidenciar este indicador.

Aclaraciones: No aplica.

32. Los gastroenterólogos de la UAI deben participar, al menos una vez al año, en una actividad de formación sobre EII.

Definición: Los gastroenterólogos miembros de la UAI deben estar informados en los avances en el conocimiento de la EII para tratar a sus pacientes según la mejor evidencia científica disponible.

Indicador: Los gastroenterólogos miembros de la UAI han asistido a actividades formativas relacionadas con la EII en el último año.

Nivel objetivo: Al menos una actividad formativa relacionada con la EII por gastroenterólogo al año.

Evidencias del cumplimiento: Se auditará si existe un plan de formación que incluya las formaciones realizadas por los gastroenterólogos y se solicitarán los certificados de asistencia.

Aclaraciones: Se considerarán como “actividad de formación sobre EII” los cursos/congresos internacionales (tanto generales como monográficos de EII) o los cursos/congresos nacionales avalados por GETECCU.

33. La UAI debe llevar a cabo o participar en proyectos de investigación sobre la EII.

Definición: La UAI, además de la prestación asistencial, debe desarrollar actividades investigadoras.

Indicador: N° proyectos de investigación que lleva a cabo o en los que participa la UAI.

Nivel objetivo: Al menos un proyecto activo con inclusión de pacientes.

Evidencias del cumplimiento: Se auditará si la UAI participa en proyectos de investigación sobre la EII, incluyendo el registro ENEIDA.

Aclaraciones: No aplica.

34. Cuando a un paciente se le diagnostica una EII, debe realizarse un estudio completo de la extensión de la enfermedad, que incluirá una colonoscopia y una evaluación de la afectación del intestino delgado, si existe sospecha de enfermedad de Crohn.

Definición: La colonoscopia y el estudio radiológico del intestino delgado (en el caso de sospecha de enfermedad de Crohn) son imprescindibles en el diagnóstico inicial de la EII, para conocer su extensión y fenotipo.

Indicador: N° de pacientes con colonoscopia y evaluación de intestino delgado/N° de pacientes totales diagnosticados de EII; la evaluación del intestino delgado sólo aplica en caso de pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn.

Nivel objetivo: 90%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

35. Antes de iniciar un tratamiento con un fármaco biológico, en los pacientes con EII deben hacerse pruebas de detección de la tuberculosis de acuerdo a las recomendaciones vigentes.

Definición: En los pacientes en tratamiento inmunosupresor, principalmente anti-TNF, está aumentado el riesgo de reactivación de tuberculosis latente; por esto, se recomienda la realización de pruebas encaminadas a descartar la presencia de tuberculosis latente en estos pacientes.

Indicador: N° de pacientes en los que se han realizado las pruebas de detección de tuberculosis latente/N° total de pacientes con tratamiento biológico.

Nivel objetivo: 90%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán historias clínicas.

Aclaraciones: Pruebas de detección de la tuberculosis: radiografía de tórax y una prueba de tuberculina en caso de que el paciente no esté recibiendo corticoides ni inmunomoduladores; en caso de estar recibiendo alguno de estos fármacos, se realizará una prueba de tuberculina y una prueba inmunológica (si no estuviera disponible la prueba inmunológica, se deberán realizar dos pruebas de tuberculina consecutivas).

3-

Indicadores de proceso

36. En los pacientes con EII deben realizarse pruebas de detección de la hepatitis B en la primera visita del paciente a la UAI.

Definición: Los pacientes con EII en tratamiento con fármacos inmunosupresores tienen mayor riesgo de reactivación de hepatitis B crónica con consecuencias que pueden llegar a ser fatales. Por este motivo, es necesario conocer el estado serológico de los pacientes con respecto a la hepatitis B; en los pacientes con serología negativa, para administrar vacunación profiláctica y, en los pacientes con infección activa, para prescribir el tratamiento adecuado en el caso de que sea necesario, disminuyendo el riesgo de reactivación.

Indicador: N° de pacientes con pruebas de detección de la hepatitis B en el momento de la primera visita del paciente a la UAI/N° total de pacientes valorados por primera vez en la UAI.

Nivel objetivo: 90%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas para confirmar que en la primera visita del paciente a la UAI se solicitaron las pruebas para conocer el estado serológico de los pacientes con respecto a la hepatitis B.

Aclaraciones: Para no penalizar injustamente a los hospitales que reciben pacientes remitidos de otros centros en los que no se han realizado pruebas de detección de la hepatitis B, se considerará la evidencia de cumplimiento a partir de la primera visita del paciente a la UAI evaluada.

37. Todos los pacientes con EII deben ser vacunados contra la hepatitis B.

Definición: Se han descrito reactivaciones de la infección por el VHB, en ocasiones con resultados mortales, en los pacientes con marcadores positivos de infección por el VHB. Por tanto, aquellos pacientes que no muestren datos de contacto previo con el VHB deben ser vacunados.

Indicador: N° de pacientes con EII vacunados contra la hepatitis B/N° de pacientes con indicación de recibir vacuna.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas para evidenciar que todos los pacientes con EII con indicación de vacuna frente al VHB la han recibido.

Aclaraciones: No aplica.

38. En los pacientes con CU y un brote grave córtico-refractario, deben obtenerse biopsias rectales para descartar una infección por citomegalovirus

Definición: La reactivación de la infección por citomegalovirus podría ser una causa de refractariedad a los corticoides en la CU.

Indicador: N° de pacientes con brote grave de CU córtico-refractario en los que se realizan biopsias rectales/N° total de pacientes con brote grave córtico-refractario.

Nivel objetivo: 90%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas para evidenciar si en los pacientes con CU y un brote grave córtico-refractario, se han obtenido biopsias rectales para descartar infección por citomegalovirus.

Aclaraciones: No aplica.

39. Antes de iniciar un tratamiento con un fármaco biológico, los pacientes con EII con algún signo de tuberculosis latente (en la radiografía de tórax o en las pruebas de tuberculina o inmunológicas) deben recibir un tratamiento antituberculoso adecuado.

Definición: Los pacientes deben recibir un tratamiento antituberculoso adecuado previo a comenzar con un fármaco biológico, en el caso de que presenten tuberculosis latente, por el peligro de reactivación de la infección.

Indicador: N° de pacientes con signos de tuberculosis latente que han recibido un tratamiento antituberculoso antes de iniciar un tratamiento con fármaco biológico/N° de pacientes total con algún signo de tuberculosis que han comenzado un tratamiento con fármaco biológico.

Nivel objetivo: 100%

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

40. Todos los pacientes con EII positivos para HBsAg deben recibir fármacos antivirales mientras son tratados con un fármaco anti-TNF.

Definición: La reactivación del VHB se debe a un aumento de la replicación del virus en pacientes portadores inactivos o con infecciones pasadas. Esta reactivación puede producirse espontáneamente o ser secundaria a tratamientos inmunosupresores. La reactivación en pacientes en tratamiento inmunosupresor se ha asociado al desarrollo hepatitis agudas graves, en ocasiones con consecuencias fatales. El tratamiento profiláctico antiviral ha demostrado tener un efecto protector de la reactivación en los pacientes portadores inactivos y en algunos pacientes con infecciones pasadas por el VHB sometidos a ciertos tratamientos inmunosupresores.

Indicador: N° de pacientes con EII positivos para HBsAg con fármacos antivirales mientras que son tratados con un fármaco inmunosupresor/N° total de pacientes positivos para HBsAg que son tratados con un fármaco inmunosupresor.

Nivel objetivo: 100%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

41. En todos los pacientes con EII que han recibido dos o más tandas de corticoides durante el año anterior, debe haberse contemplado un tratamiento con un fármaco inmunosupresor.

Definición: Los esteroides se asocian a un gran número de efectos secundarios y no son eficaces para el mantenimiento de la remisión en los pacientes con EII. Los fármacos inmunosupresores están indicados en pacientes corticodependientes.

Indicador: N° de pacientes que hayan recibido más de dos tandas de corticoides sistémicos durante el año anterior en los que se ha contemplado el tratamiento inmunosupresor/N° total de pacientes con más de dos tandas de tratamiento de corticoides sistémicos durante el año anterior.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

3-

Indicadores de proceso

42. En los pacientes con brote grave de CU que no responden a los corticoides intravenosos, debe iniciarse un tratamiento con ciclosporina o con un fármaco anti-TNF en un plazo de 7 días.

Definición: En los pacientes con CU grave refractaria a esteroides debe iniciarse el tratamiento de rescate con ciclosporina o con infliximab. Ambos tratamientos son eficaces en los casos de brote grave de CU que no responde a los corticoides intravenosos.

Indicador: N° de pacientes con CU grave que han iniciado en un plazo de 7 días un tratamiento con ciclosporina o fármaco anti-TNF tras no responder a los corticoides intravenosos/N° total de pacientes con CU grave que no responden a los corticoides intravenosos.

Nivel objetivo: 90%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

43. Debe indicarse un tratamiento antitrombótico en todos los pacientes con EII mientras están hospitalizados.

Definición: El riesgo de complicaciones tromboembólicas está aumentado en los pacientes con EII, fundamentalmente durante las hospitalizaciones. De hecho, constituye una de las principales causas de mortalidad en estos pacientes. Por eso, en pacientes con EII hospitalizados se recomienda la profilaxis con tratamiento anticoagulante.

Indicador: N° de pacientes hospitalizados con EII y tratamiento antitrombótico/N° total de pacientes con EII hospitalizados.

Nivel objetivo: 100%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

44. Las pacientes con EII en tratamiento con tiopurinas deben mantener este tratamiento durante el embarazo. El rechazo del tratamiento debe ser documentado.

Definición: Dado que el mantenimiento de la remisión de la EII es primordial durante la gestación, el objetivo fundamental durante el embarazo de una paciente con EII es optimizar el control de su enfermedad mediante el tratamiento médico. Las tiopurinas son medicamentos utilizados para mantener la remisión de la EII. La inmensa mayoría de datos publicados sugieren que las tiopurinas son seguras para el feto y recién nacido, por lo que dicho tratamiento debe mantenerse durante el embarazo.

Indicador: N° de pacientes embarazadas en las que se continúa el tratamiento con tiopurinas/N° total de pacientes tratadas con tiopurinas en el momento del embarazo.

Nivel objetivo: 90%

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

45. Debe documentarse en la historia clínica que el paciente ha recibido la información adecuada respecto a los beneficios y riesgos antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor.

Definición: Este indicador pretende medir las acciones encaminadas a reforzar la autonomía del paciente, proporcionándole una información adecuada y permitiéndole así tomar sus propias decisiones informadas.

Indicador: N° de historias clínicas en las que se haya registrado que se ha informado al paciente sobre los beneficios y riesgos del tratamiento inmunosupresor/N° total de historias clínicas de pacientes con tratamiento inmunosupresor.

Nivel objetivo: 80%

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

46. Debe documentarse en la historia clínica que el paciente ha recibido la información adecuada respecto a beneficios y riesgos antes de iniciar un tratamiento biológico.

Definición: Este indicador pretende medir las acciones encaminadas a reforzar la autonomía del paciente, proporcionándole una información adecuada y permitiéndole así tomar sus propias decisiones informadas.

Indicador: N° de historias clínicas en las que se haya registrado que se ha informado al paciente sobre los beneficios y riesgos del tratamiento biológico/N° total de historias clínicas de pacientes con tratamiento biológico.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

47. Los pacientes tratados con fármacos inmunosupresores deben ser objeto de un seguimiento con hemogramas periódicos.

Definición: Se debe realizar una monitorización periódica y sistemática del hemograma en los pacientes tratados con fármacos inmunosupresores. En función de los diversos autores, existe una notable variación en la periodicidad con la que se recomienda realizar dichos controles analíticos. En general, se recomienda que, para tratamientos prolongados, sería adecuado realizarlos cada 3-6 meses.

Indicador: N° de pacientes tratados con fármacos inmunosupresores a los que se les realizan hemogramas en periódicos (cada 3-6 meses)/N° total de pacientes tratados con fármacos inmunosupresores.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: Por consenso, se considera que la periodicidad de realización de los controles cada 3-6 meses es adecuada.

3-

Indicadores de proceso

48. Los pacientes tratados con fármacos anti-TNF deben ser objeto de seguimiento con hemogramas periódicos.

Definición: Los fármacos anti-TNF se asocian a un elevado coste y a una variedad de potenciales efectos adversos. Por este motivo, se recomienda la monitorización periódica del tratamiento mediante la realización de analíticas de sangre de forma periódica (cada 4-6 meses).

Indicador: N° de pacientes tratados con fármacos anti-TNF a los que se les realizan hemogramas en periódicos (cada 4-6 meses)/N° total de pacientes tratados con fármacos anti-TNF.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: Por consenso, se considera que la periodicidad de realización de los controles cada 4-6 meses es adecuada.

49. Los reservorios ileoanales solamente deben realizarlos cirujanos que lleven a cabo un mínimo de 10 operaciones de este tipo al año

Definición: La cirugía de reservorios ileoanales deberá ser realizada exclusivamente por cirujanos que realicen más de 10 operaciones al año, ya que se ha demostrado que los cirujanos que acumulan esta experiencia tienen mejores tasas de éxito y menores complicaciones.

Indicador: N° de intervenciones de reservorios ileoanales realizadas por cirujanos con más de 10 operaciones al año/N° total de intervenciones de reservorios ileoanales.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

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

Definición: Este indicador pretende valorar las acciones para reforzar la autonomía del paciente, proporcionándole una información adecuada y permitiéndole así tomar sus propias decisiones informadas.

Indicador: N° de historias clínicas en las que se ha registrado que el paciente ha recibido la información adecuada sobre beneficios y riesgos antes de la cirugía/N° de pacientes operados por la EII.

Nivel objetivo: 80%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

4.

Indicadores de resultados

51. En los pacientes con EII a los que se practican intervenciones quirúrgicas electivas, las tasas de morbilidad grave que requieren ingreso en UCI deben ser menores del 5%.

Definición: La tasa de morbilidad grave que requiere ingreso en UCI tras una intervención quirúrgica electiva debe ser inferior al 5%, como indicador de calidad de resultados.

Indicador: N° de pacientes que requieren ingreso en UCI tras una intervención quirúrgica electiva/N° de intervenciones quirúrgicas electivas.

Nivel objetivo: <5%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

52. La mortalidad de la cirugía electiva debe ser inferior al 2%.

Definición: La mortalidad de la cirugía electiva debe ser inferior al 2%, como indicador de calidad de resultados.

Indicador: N° pacientes que fallecen tras una cirugía electiva/N° total de pacientes a los que se le ha realizado una cirugía electiva.

Nivel objetivo: <2%.

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica.

53. Los porcentajes de ileostomía temporal tras una resección ileocecal electiva deben ser inferiores al 20% .

Definición: Los porcentajes de ileostomía temporal tras una resección ileocecal electiva deben ser inferiores al 20%; tasas superiores a esta se consideran resultados inadecuados en este contexto.

Indicador: N° de ileostomías temporales tras una resección ileocecal electiva/N° total de resecciones ileocecales electivas.

Nivel objetivo: <20%

Evidencias del cumplimiento: Se auditarán las historias clínicas.

Aclaraciones: No aplica