

Proceso “Cardiopatía Isquémica Estable”

Estándar de Calidad SEC

Manual de Acreditación

SEC-EXCELENTE. Manual Cardiopatía Isquémica Estable

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Comité SEC-Excelente-Cardiopatía Isquémica Estable

- **Coordinador:** Vivencio Barrios Alonso. Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.
- **Miembros del grupo de trabajo:**
 - Carlos Escobar Cervantes. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid.
 - Domingo Marzal Martín. Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Mérida.
 - Juan Cosin Sales. Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova (Valencia).
- **Coordinador de SEC Excelente: Francisco Ruiz Mateas Area de gestión de Cardiología,** Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol (Málaga).
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

Secretaría Técnica: Francisco Javier Elola Somoza. Director de Elola Consultores.

Secretaría Administrativa: Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón).

Índice

1. Introducción	5
2. Proceso de acreditación. Metodología	5
2.1. Revisión de la documentación	5
2.2. Informe	5
2.3. Certificación	5
3. Documentación a remitir	5

Tablas

Tabla 1. Documentación a remitir	5
--	---

1. Introducción

Este Manual es un instrumento para facilitar la relación entre los distintos agentes que intervienen en el proceso de acreditación del proceso “Cardiopatía Isquémica Estable” y debe utilizarse de forma conjunta con el documento: “Cardiopatía Isquémica Estable. Estándar de Calidad SEC. Proceso”.

2. Proceso de acreditación. Metodología

El proceso de acreditación consta de tres fases: 1. Revisión de la documentación; 2. Informe; y 3. Certificación.

2.1. Revisión de la documentación

A los servicios que hayan solicitado la evaluación se les remitirá este Manual junto con los documentos mencionados y se les solicitará, vía correo electrónico, la documentación precisa para acreditar la unidad y, en su caso, el proceso. La documentación precisa (véase el apartado 3. Documentación a remitir) se remitirá a la secretaría de SEC-Excelente: lperez@secardiologia.es

2.2. Informe

Se elaborará un informe de auditoría con observaciones y recomendaciones, tanto de mejora como la propuesta (o no) de acreditación de la unidad por la SEC, que será remitido a un miembro del Comité del Proceso. Con el informe del experto se elaborará un informe final con una descripción de los hallazgos y opciones (si indicado) de mejora, así como una propuesta de acreditación (o no) del proceso por la SEC al Comité Científico de SEC-Excelente.

2.3. Certificación

Si la valoración final del Comité Científico es favorable, la SEC emitirá un certificado de acreditación del proceso en el servicio o unidad de cardiología correspondiente, reconociendo el cumplimiento de los estándares establecidos.

3. Documentación a remitir

La documentación a remitir es la siguiente:

Tabla 1. Documentación a remitir

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
Estructura		Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante auditoría
CIE.E.1. Proceso de CIE. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año).	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	Revisión documental
CIE.E.2. Ruta asistencial. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año).		Revisión documental
CIE.E.3. Criterios de derivación y controles periódicos consensuados con atención primaria		Revisión documental

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
CIE.E.4. Debe estar nombrado un responsable del proceso en el ámbito de la unidad de cardiología.	Certificación del responsable del servicio o unidad de cardiología	Revisión documental
CIE.E.5. Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la CI, integrado, al menos, por un cardiólogo clínico, un representante del servicio de urgencias del hospital y un representante de los médicos de los equipos de atención primaria del ámbito de influencia del hospital.	Documento del proceso	Entrevista con miembros del equipo multiprofesional
CIE.E.6. El equipo multidisciplinar de atención a la CI deberá contar con el apoyo de unidades/profesionales de rehabilitación.	Documento del proceso	Revisión documental
Proceso		Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante auditoría
CIE.P.1. El proceso debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.	Documento del proceso	Revisión documental
CIE.P.2. El proceso debe garantizar un plazo inferior a cuatro semanas para la evaluación por un cardiólogo en aquellos pacientes referidos desde atención primaria con sospecha de CI. En el primer contacto con el cardiólogo se debe disponer de: <ul style="list-style-type: none"> Historia clínica completa, ECG de reposo y analítica completa (incluyendo perfil lipídico completo). Valoración para toma de decisiones, completando los 3 pasos: 1. Evaluación clínica. Valoración probabilidad pretest (PPT); 2. Pruebas no invasivas si PPT intermedia; y 3. Si se confirma CIE, instaurar tratamiento médico óptimo (TMO). Ante el diagnóstico de angina, clasificación gravedad de acuerdo con CCS. Ecocardiografía basal. Prueba diagnóstica no invasiva para detección isquemia. Estratificación del riesgo mediante clínica, función ventricular y respuesta a la prueba de esfuerzo. 	Documento del proceso	Revisión documental
CIE.P.3. El proceso debe garantizar que a las personas con CIE se les ofrece información personalizada, educación, apoyo y oportunidades a lo largo de su asistencia para ayudarles a entender su condición e involucrarse en su gestión, si lo desean.	Documento del proceso	Revisión documental
CIE.P.4. El proceso debe garantizar a las personas con CIE ser atendidas por un equipo multidisciplinar coordinado por un cardiólogo e integrado por profesionales con competencias adecuadas para la atención primaria y especializada.	Documento del proceso	Revisión documental
CIE.P.5. El proceso debe garantizar a las personas con CIE y sin otra condición que lo impida, que se les ofrece un programa de rehabilitación cardiaca basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.		Revisión documental Entrevista con el gestor del proceso
CIE.P.6. El proceso debe garantizar que las personas con CIE tienen una evaluación clínica cada 12 meses, con control de la presión arterial, del colesterol LDL, presencia de dolor anginoso y un plan asistencial para el control de la angina.	Documento del proceso	Revisión documental
CIE.P.7. El proceso debe garantizar que se ofrece consejo para dejar de fumar a aquellos pacientes fumadores.	Documento del proceso	Revisión documental
CIE.P.8. El proceso debe garantizar la prescripción de antiagregantes plaquetarios salvo contraindicaciones.	Documento del proceso	Auditoría "in situ". Revisión de historias clínicas
CIE.P.9. El proceso debe garantizar la prescripción de betabloqueantes si IM previo o FEVI < 40%.	Documento del proceso	Auditoría "in situ". Revisión de historias clínicas
Intervencionismo coronario percutáneo (PCI)		
PCI.1. El procedimiento debe estar debidamente documentado, incluyendo, como mínimo los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> Prioridad (SCA, programado, urgente, emergencia/rescate). Presencia y severidad de los síntomas anginosos (p.ej.: sistema de clasificación de la Canadian Cardiovascular Society). Utilización, en su caso, de terapias antianginosas 2 semanas antes de la intervención. Presencia, resultados y fecha del test de esfuerzo no invasivo, reserva fraccional de flujo o ecografía intravascular, si se han realizado. Severidad angiográfica de la estenosis en la lesión o lesiones tratadas. 	Documento del procedimiento	Revisión documental
PCI.2. Se debe haber evaluado la iniciación del tratamiento antiplaquetario doble y su duración antes del procedimiento (historia clínica).	Documento del procedimiento	
PCI.3. Al alta se debe haber prescrito el tratamiento médico óptimo.	Documento del procedimiento	Auditoría "in situ". Revisión de historias clínicas
PCI.4. Al alta se debe haber referido al paciente a un programa de rehabilitación.	Documento del procedimiento	Auditoría "in situ". Revisión de historias clínicas

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
PCI.5. El laboratorio de hemodinámica y el servicio de cardiología deben participar en los registros de la SEC y sus secciones científicas (RECALCAR, Registro Español de Hemodinámica e Intervencionismo, etc.).		CMBD (RECALCAR), Registro H&I SEC
PCI.6. Volumen anual de PCI (IQI 06, AHRQ), si laboratorio de hemodinámica.		Registro H&I SEC, CMBD
PCI.7. Volumen anual de CABG (IQI 05, AHRQ), si servicio de cirugía cardiovascular.		CMBD
Resultados		Sistema de información de la SEC / RECALCAR
CIE.R.1. % de pacientes > 18 años con CIE y presión arterial < 140/90 mm Hg, o que teniendo > 140/90 mm Hg tienen ≥ 2 antihipertensivos en la última consulta.		Registro CI SEC*
CIE.R.2. % de pacientes > 18 años con CIE que están en tratamiento con estatinas, independientemente del nivel de c-LDL, en ausencia de contraindicaciones o intolerancia a las estatinas.		Registro CI SEC*
CIE.R.3. % de pacientes > 18 años con CIE y resultados documentados de una evaluación del nivel de actividad y la presencia o ausencia de angina en la historia clínica y con un manejo apropiado de los síntomas anginosos.		Registro CI SEC*
CIE.R.4. % de pacientes > 18 años con CIE a los que se preguntó si eran fumadores y, en ese caso, recibieron consejo antitabáquico.		Registro CI SEC*
CIE.R.5. % de pacientes > 18 años con CIE con prescripción de aspirina o clopidogrel.		Registro CI SEC*
CIE.R.6. % de pacientes > 18 años con CIE e IM previo o FEVI < 40% con prescripción de betabloqueantes.		Registro CI SEC*
CIE.R.7. % de pacientes > 18 años con CIE con DM o FEVI < 40% con prescripción de inhibidor de la ECA o de la ARA.		Registro CI SEC*
CIE.R.8. % de pacientes > 18 años con CIE y que no han participado en un programa de prevención secundaria referidos a este programa.		Registro CI SEC*
CIE.R.9. Tasa anual de PCI (IQI 27, AHRQ), si laboratorio de hemodinámica.		CMBD (RECALCAR)
CIE.R.10. Tasa anual de CABG (IQI 26, AHRQ), si servicio de cirugía cardiovascular.		CMBD (RECALCAR)
CIE.R.11. Mortalidad ajustada para la PCI, si laboratorio de hemodinámica.		CMBD (RECALCAR)
CIE.R.12. Mortalidad ajustada para el CABG, si servicio de cirugía cardiovascular.		CMBD (RECALCAR)
* En fase de implantación. Se solicitará el compromiso del responsable del servicio o unidad de participar en el registro RECALCAR, así como en el registro específico de la SEC en Cardiopatía Isquémica Estable		