

Proceso Síndrome Coronario Agudo

Sin Elevación del ST

Estándar de Calidad SEC

Manual de Acreditación

SEC-EXCELENTE. Manual del Proceso SCASEST

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-Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST

- **Coordinador:** Óscar Díaz Castro. Hospital Montecelo, Pontevedra.
- **Vocales:**
 - Jordi Bañeras Rius, Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona.
 - Emad Abu-Assi, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
 - Juan Sanchís Forés, Hospital Clínico de Valencia.
- **Coordinador de SEC Excelente:** Francisco Ruiz Mateas Área 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 “Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST” y debe utilizarse de forma conjunta con el documento: “Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST. 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 el proceso asistencial. 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
<i>Estructura</i>		Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante auditoría
<i>Proceso</i>		
SCAEST.E.1. Proceso / Ruta asistencial de SCAEST. 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
SCAEST.E.2. 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

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
SCASEST.E.3. Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención al SCASEST, 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
SCASEST.E.4. Los centros de atención primaria y los servicios de urgencia/emergencia médica (incluyendo los centros de coordinación de emergencias) deben disponer de protocolos de manejo del dolor torácico no traumático que garanticen: - La realización y valoración por un médico de un ECG de 12 derivaciones en menos de 10' desde el primer contacto médico. - Tratar al paciente con sospecha o diagnóstico cierto de SCA con AAS y tomar una vía venosa. - El traslado inmediato del paciente con sospecha de SCASEST al hospital de área. - Debe existir un programa de formación continuada que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	Revisión documental
SCASEST.E.5. Debe existir un programa de formación continuada, para todo el equipo multidisciplinar, que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal		
Servicio de Urgencias y Hospitalización		
SCASEST.E.6. El Servicio de Urgencias debe estar integrado en el proceso SCA, desarrollando un protocolo de manejo del paciente con SCASEST común con el Servicio o Unidad de Cardiología, adaptado a las características de cada centro. El protocolo de manejo del paciente con SCASEST debe estar basado en las guías de práctica clínica. Todo paciente que consulte por dolor torácico no traumático debe tener realizado un ECG de 12 derivaciones en menos de 10' desde su entrada al servicio de urgencias.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	Revisión documental
SCASEST.E.7. En hospitales con ≥ 1.500 ingresos en la unidad o servicio de cardiología con unidad de hemodinámica no satélite se recomienda la dotación de una guardia de presencia física.	Certificación del gerente del hospital (se trata de una recomendación, no es un estándar de cumplimiento obligatorio)	Revisión documental
SCASEST.E.8. UH.E.8. Las unidades con nivel de cuidados 1 deben mantener una relación enfermera paciente $> 1 : 6$ pacientes y la dotación de equipamiento que cumpla los estándares de la guía de la SEC.	Certificación del responsable de la unidad/servicio de cardiología	Revisión documental
SCASEST.E.9. Las unidades de cuidados agudos cardiológicos con nivel de cuidados 2 y 3 deben: • Tener un responsable médico y de enfermería de la unidad. • Disponer de guardia de presencia física de cardiología las 24 horas del día, si tipo 2 (Unidad Coronaria) y de la unidad, si tipo 3 (Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos). • Mantener una relación de 2 a 1 enfermeras por paciente con necesidad de cuidados nivel 3 y de 3 a 1 enfermeras por paciente con necesidad de cuidados nivel 2. • Dotación de equipamiento que cumpla los estándares de la guía de la SEC	Certificación del responsable de la unidad/servicio de cardiología	Revisión documental
Laboratorio de Hemodinámica e Intervencionismo		
SCASEST.E.10. La unidad de hemodinámica debe cumplir con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos establecidos por la SEC, de forma que garantice las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para realizar ICP.	Acreditación de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, o Certificación del responsable de la unidad/servicio de cardiología	Revisión documental
Proceso		
Servicio de Urgencias y Hospitalización		

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
SCAEST.P.1. Todo paciente que consulte por dolor torácico no traumático debe tener realizado un ECG de 12 derivaciones en menos de 10' desde su entrada al servicio de urgencias.	Documento del proceso	Revisión documental
SCAEST.P.2. Se debe tratar al paciente con sospecha o diagnóstico cierto de SCA con AAS y tomar una vía venosa. Otros tratamientos antitrombóticos se aplicarán en función del riesgo del paciente y el protocolo hospitalario establecido.	Documento del proceso	Revisión documental
SCAEST.P.3. Todos los hospitales deberían tener un protocolo que indicara la ubicación idónea de cada paciente en función de su riesgo. Se debe estratificar el riesgo del paciente con sospecha de SCA, derivándose, de acuerdo con su ponderación a: unidad de cuidados cardiológicos nivel 2 o 3 (riesgo alto o muy alto), planta con monitorización central (riesgo medio) o permaneciendo en observación en el área de urgencias o en la unidad de dolor torácico.	Documento del proceso	Revisión documental
SCAEST.P.4. Se recomienda estratificar los riesgos de complicaciones isquémicas y hemorrágicas de cada paciente para guiar la selección de tratamientos. Preferentemente se deben emplear herramientas validadas (Score GRACE y CRUSADE).	Documento del proceso	Revisión documental
SCAEST.P.5. Se debe planificar de forma anticipada el momento del alta hospitalaria así como elaborar un informe completo que recoja la información relativa a la hospitalización junto con los tratamientos indicados, los objetivos a conseguir y el seguimiento previsto.	Vía clínica conjunta de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio	Revisión documental
SCAEST.P.6. Se recomienda incluir a los pacientes en la fase hospitalaria dentro de un programa multidisciplinar de rehabilitación cardíaca y plan de continuidad asistencial tras el alta.	Documento del proceso Vía clínica conjunta de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio	Revisión documental
SCAEST.P.7. Se debe aconsejar / orientar sobre la interrupción del consumo de tabaco.	Documento del proceso	Revisión documental
SCAEST.P.8. Se debe aconsejar /orientar sobre los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular.	Documento del proceso	Revisión documental
Intervencionismo coronario percutáneo (PCI)		
PCI.1. El procedimiento debe estar debidamente documentado, incluyendo, como mínimo los siguientes elementos: - Prioridad (SCA, programado, urgente, emergencia/rescate). - Presencia y severidad de los síntomas anginosos (p.ej.: sistema de clasificación de la Canadian Cardiovascular SoSCAESTty). - 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. Debe de haber un protocolo de información para explicar a paciente y acompañante el proceso diagnóstico y terapéutico (consentimiento informado).	Documento de consentimiento informado	Revisión documental
Resultados		
SCAEST.R.1. Tasa de mortalidad intrahospitalaria ajustada a riesgo		CMBD (RECALCAR)
SCAEST.R.2. Tasa de reingresos ajustada a riesgo		CMBD (RECALCAR)
SCAEST.R.3. Tasa anual de PCI (IQI 27, AHRQ), si laboratorio de hemodinámica.		CMBD (RECALCAR)
SCAEST.R.4. Tasa anual de CABG (IQI 26, AHRQ), si servicio de cirugía cardiovascular.		CMBD (RECALCAR)
SCAEST.R.5. Mortalidad ajustada para la PCI, si laboratorio de hemodinámica.		CMBD (RECALCAR)

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
SCAEST.R.6. Mortalidad ajustada para el CABG, si servicio de cirugía cardiovascular.		CMBD (RECALCAR)
Sistema de Información e Indicadores		
SCAEST.I.1. La unidad o servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro RECALCAR, Registro de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de benchmarking de indicadores de procesos y resultados con el resto de unidades.		RECALCAR y otros registros oficiales de la SEC
SCAEST.I.2. Porcentaje de pacientes con ECG de 12 derivaciones disponible en menos de 10 minutos desde el primer contacto médico.		Sistema de información SCAEST
SCAEST.I.3. Porcentaje de pacientes con sospecha diagnóstica de SCAEST a los que se administra ASS.		
SCAEST.I.4. Porcentaje de pacientes con SCAEST con tiempo de permanencia en la UHU superior a 4h (excluye el tiempo en sala de observación o, en su caso, en unidad de corta estancia)		
SCAEST.I.5. Tiempo de estancia media hospitalaria del paciente con SCAEST sin complicaciones.		
SCAEST.I.5. Porcentaje de pacientes con SCAEST admitidos a camas con posibilidad de monitorización del riesgo cardiovascular.		
SCAEST.I.7. Porcentaje de pacientes con SCAEST a los que se realiza una estratificación inicial del riesgo isquémico (GRACE) y hemorrágico (CRUSADE)		
SCAEST.I.8. Porcentaje de pacientes con SCAEST de riesgo alto con coronografía precoz (<24h).		
SCAEST.I.9. Porcentaje de pacientes con SCAEST de riesgo intermedio con coronografía antes de 72h.		
SCAEST.I.10. Porcentaje de pacientes con revascularización (angioplastia o cirugía) en el ingreso.		
SCAEST.I.11. Porcentaje de pacientes con SCAEST con hemorragia mayor durante la hospitalización.		
SCAEST.I.12. Porcentaje de pacientes a los que en el informe de alta se les aconseja /orienta sobre la interrupción del consumo de tabaco.		
SCAEST.I.13. Porcentaje de pacientes con SCAEST a los que en el informe de alta se les aconseja /orienta sobre los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular.		
SCAEST.I.14. Porcentaje de pacientes a los que se les ha incluido en un programa de prevención secundaria.		
SCAEST.I.15. Medicación al alta:		
SCAEST.I.15.1. Porcentaje de pacientes con SCAEST dados de alta con doble antiagregación.		
SCAEST.I.15.2. Porcentaje de pacientes dados de alta con estatinas, si indicado.		
SCAEST.I.15.3. Porcentaje de pacientes dados de alta con beta bloqueantes, si indicado.		
SCAEST.I.15.4. Porcentaje de pacientes dados de alta con IECA, si indicado.		