

**Proceso Síncope**  
**Estándar de Calidad SEC**  
*Manual de Acreditación*

## **SEC-EXCELENTE. Manual Proceso Síncope**

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-Síncope**

- **Coordinador:** Ángel Moya Mitjans. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona
- **Miembros del grupo de trabajo:**
  - Jesús Martínez Alday. Hospital de Basurto, Bilbao
  - Felipe Rodríguez Entem. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
  - Blanca Coll Vinent Puig. Hospital Clínic. Barcelona.
- **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. Monitorización .....	5
2.4. Certificación .....	5
3. Documentación a remitir.....	6
4. Monitorización .....	7
<b>Tablas</b>	
Tabla 1. Documentación a remitir relativa al proceso .....	6
Tabla 2. Revisión documental de aspectos relativos a la Unidad de Síncope.....	6
Tabla 3. Aspectos a revisar en la monitorización “in situ” .....	7

## **1. Introducción**

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

## **2. Proceso de acreditación. Metodología**

El proceso de acreditación consta de cuatro fases: 1. Revisión de la documentación; 2. Informe; 3. Monitorización “in situ”; y 4. 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. Monitorización**

Una vez completada y revisada la documentación se pactará con el servicio un día para la monitorización “in situ”, que realizará un miembro del equipo consultor de la empresa contratada por la SEC para monitorizar la información recibida. La monitorización comprenderá:

- a) Entrevista con el responsable de la unidad.
- b) Entrevistas con los miembros del equipo de la unidad incluyendo, en su caso, responsables y miembros de otras unidades que, no siendo el servicio de cardiología, intervengan sobre el proceso y miembros del equipo directivo del hospital.
- c) Visitas a las instalaciones incluyendo, en su caso, a las no dedicadas al servicio de cardiología pero que intervienen en el proceso.
- d) Cierre de visita con el responsable de la unidad.

### **2.4. 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 relativa al proceso**

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>Estructura</b>		<b>Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante auditoría</b>
<b>SINC.E.1.</b> Proceso de síncope. 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
<b>SINC.E.2.</b> Existencia de <i>check-list</i> de actuación en el síncope.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	Revisión documental
<b>SINC.E.3.</b> Debe estar nombrado un responsable del proceso, miembro del equipo multidisciplinar.	Certificación del responsable del servicio o unidad de cardiología	Revisión documental
<b>SINC.E.4.</b> Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención al síncope, integrado, al menos, por un cardiólogo y un médico del 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
<b>Proceso</b>		<b>Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante auditoría</b>
<b>US.R.1.</b> El proceso debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico establecidos en este documento.	Documento del proceso	Revisión documental
<b>Resultados</b>		
<b>SINC.R.1.</b> % Diagnóstico etiológico al alta.		Registro Síncope SEC
<b>SINC.R.2.</b> % de ingresos hospitalarios.		Registro Síncope SEC
<b>SINC.R.3.</b> Tasa de mortalidad global al año.		Registro Síncope SEC

**Tabla 2. Revisión documental de aspectos relativos a la Unidad de Síncope**

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>Estructura</b>		
<b>US.E.1.</b> Debe estar nombrado un responsable de la unidad, miembro del equipo multidisciplinar.	Documento nombramiento	
<b>US.E.2.</b> Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención al síncope, integrado, al menos, por un cardiólogo y un médico del servicio de urgencias.	Disponer de un documento del proceso formalizado por todos los agentes implicados	
<b>US.E.3.</b> Proceso de síncope. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año), con los requisitos establecidos para el proceso.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<b>Revisión documental</b>
<b>US.E.4.</b> La unidad debe tener un plan de formación en la atención al paciente con síncope: § Centros de nivel I: asistencia de al menos un miembro del centro a un mínimo de un curso anual impartido por el centro de nivel II de referencia. § Centros de nivel II: asistencia de al menos un miembro del centro a un mínimo de un curso bianual impartido por representantes de la SEC.	Plan de formación	
<b>US.E.5.</b> La US debe publicar y/o participar en registros relacionados con la	Registros en los que participa	

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
atención al paciente con síncope.	la US	
<b>Recursos</b>		Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación " <i>in situ</i> ", mediante auditoría
<b>US.R.1.</b> Disponibilidad de consulta con una agenda ágil con frecuencia de programación por lo menos semanal o bi-semanal.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.2.</b> Capacidad de realizar masaje del seno carotídeo y test de ortostatismo activo.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.3.</b> Capacidad de realizar un sistema de monitorización.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.4.</b> Disponer de un sistema registrador de eventos externo.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.5.</b> Disponer de sistemas registradores de eventos implantables.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.6.</b> Disponer de mesa basculante.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.7.</b> Ecocardiografía o, en su defecto, V-SCAN en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.8.</b> Prueba de esfuerzo, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.9.</b> Laboratorio de electrofisiología en el centro, con posibilidad de realizar ablación e implantar marcapasos y dispositivos automáticos.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.10.</b> Laboratorio de hemodinámica, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.11.</b> Tomografía Axial Computerizada, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>US.R.12.</b> Estudio electrofisiológico, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación " <i>in situ</i> " (auditoría)
<b>Resultados</b>		
<b>SINC.R.1.</b> % Diagnóstico etiológico al alta.		Registro proceso
<b>SINC.R.2.</b> % de ingresos hospitalarios.		Registro proceso
<b>SINC.R.3.</b> Tasa de mortalidad global al año.		Registro proceso
<b>Sistema de información</b>		
<b>US.SI.1.</b> La unidad y el servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro RECALCAR, registro de marcapasos, registro de DAI, registro de ablación), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de <i>benchmarking</i> de indicadores de procesos y resultados con el resto de unidades.		RECALCAR y otros registros oficiales de la SEC
<b>US.SI.2.</b> Indicadores (Unidad de Síncope). Sistema de información (registro).		Registro proceso Síncope

#### 4. Monitorización

Los aspectos que se comprobarán en la visita de monitorización "in situ" serán los siguientes:

**Tabla 3. Aspectos a revisar en la monitorización "in situ"**

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>Estructura</b>		
<b>US.E.1.</b> Debe estar nombrado un responsable de la unidad, miembro del equipo multidisciplinar.	Documento nombramiento	Entrevista con el responsable de la US
<b>US.E.2.</b> Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención al síncope, integrado, al menos, por un cardiólogo y un médico del servicio de urgencias.	Disponer de un documento del proceso formalizado por todos los agentes implicados	Entrevista con el miembro del Servicio de Urgencias integrado en el equipo multidisciplinar
<b>US.E.3.</b> Proceso de síncope. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año), con los requisitos establecidos para el proceso.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los	

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
	estándares	
<b>US.E.4.</b> La unidad debe tener un plan de formación en la atención al paciente con síncope: § Centros de nivel I: asistencia de al menos un miembro del centro a un mínimo de un curso anual impartido por el centro de nivel II de referencia. § Centros de nivel II: asistencia de al menos un miembro del centro a un mínimo de un curso bianual impartido por representantes de la SEC.	Plan de formación	
<b>US.E.5.</b> La US debe publicar y/o participar en registros relacionados con la atención al paciente con síncope.	Registros en los que participa la US	
<b>Recursos</b>		Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante monitorización
<b>US.R.1.</b> Disponibilidad de consulta con una agenda ágil con frecuencia de programación por lo menos semanal o bi-semanal.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.2.</b> Capacidad de realizar masaje del seno carotídeo y test de ortostatismo activo.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.3.</b> Capacidad de realizar un sistema de monitorización.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.4.</b> Disponer de un sistema registrador de eventos externo.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.5.</b> Disponer de sistemas registradores de eventos implantables.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.6.</b> Disponer de mesa basculante.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.7.</b> Ecocardiografía o, en su defecto, V-SCAN en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.8.</b> Prueba de esfuerzo, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.9.</b> Laboratorio de electrofisiología en el centro, con posibilidad de realizar ablación e implantar marcapasos y dispositivos automáticos.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.10.</b> Laboratorio de hemodinámica, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.11.</b> Tomografía Axial Computerizada, en el centro.	Documento responsable de la US	Revisión documental Comprobación "in situ" (monitorización)
<b>US.R.12.</b> Estudio electrofisiológico, en el centro.	Documento responsable de la US	Comprobación "in situ" (monitorización)