



# **Unidad Avanzada de Insuficiencia**

## **Cardiaca**

### **Estándar de Calidad SEC**

#### ***Manual de Acreditación***

Versión II, agosto 2019

## Comité SEC-Excelente- Insuficiencia cardiaca

- **Presidente:** Manuel Anguita. Presidente de la SEC. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía (Córdoba).
- **Coordinador:** José Luis Lambert. Presidente de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante. Hospital Universitario Central de Asturias.
- **Vocales:**
  - Ramón Bover. Hospital Clínico Universitario de Madrid.
  - Josep Comín. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).
  - María G. Crespo. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
  - Francisco González Vilchez, Hospital Marqués de Valdecilla (Santander).
  - Nicolás Manito. Hospital de Bellvitge (Barcelona).
  - Javier Segovia. Secretario de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante. Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid).
- **Coordinador SEC-Calidad:** Andrés Íñiguez Romo. Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo, Pontevedra)
- **Coordinador de SEC Excelente:** Francisco Ruiz Mateas. Área de Gestión de Cardiología, Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol (Málaga).
- **Secretaría Técnica:** Francisco Javier Elola Somoza. Director de Elola Consultores.
- **Secretaría Administrativa:** Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón).

## SEC-EXCELENTE. Proceso Insuficiencia Cardiaca (IC)

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

## Índice

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Proceso de acreditación. Metodología .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.1. Revisión de la documentación .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.2. Auditoría .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.3. Informe .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>2.4. Certificación .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>3. Documentación a remitir .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>4. Auditoría .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Tablas

<b>Tabla 1. Documentación a remitir .....</b>	<b>5</b>
<b>Tabla 2. Aspectos a revisar en la auditoría .....</b>	<b>7</b>

## 1. Introducción

Este Manual es un instrumento para facilitar la relación entre los distintos agentes que intervienen en el proceso de acreditación de una Unidad Avanzada de Insuficiencia Cardíaca (UAIC) y debe utilizarse de forma conjunta e inseparable del documento: Insuficiencia Cardíaca. Estándar de Calidad SEC. Proceso.

## 2. Proceso de acreditación. Metodología

El proceso de acreditación consta de las siguientes fases: 1. Revisión de la documentación; 2. Informe provisional; 3. Monitorización<sup>(1)</sup>; 4. Informe definitivo; y 5. 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](mailto:lperez@secardiologia.es).

La remisión de la documentación se acompañará, **en archivo aparte**, del listado de comprobación que se adjunta con la remisión de la invitación. Es importante que se recoja en el listado de comprobación qué estándares cumple el servicio o unidad (para obtener la certificación no es imprescindible cumplir todos y cada uno de los requisitos), así como en qué lugar de la documentación remitida por la unidad se puede comprobar que reúne el requisito necesario para cumplir con el estándar.

### 2.2. Informe

Se elaborará un informe 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 <sup>(1)</sup>. La monitorización comprenderá:

- a) Entrevista con el responsable de la unidad.

---

<sup>(1)</sup> En la II Fase del proyecto la monitorización “in situ” se realizará de forma aleatoria en un 10-20% de unidades que soliciten su certificación.

- 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**

Documentación a remitir	Observaciones
<b>1. Documento del proceso asistencial de insuficiencia cardiaca, formalizado por todos los agentes implicados que contenga, como mínimo:</b>	
<b>Requisitos de estructura</b>	1.1. Haber definido un comité operativo que englobe a los elementos de ese programa. 1.2. Tener establecido un organigrama de gestión.
<b>Requisitos de proceso</b>	1.4. El proceso o ruta asistencial debe estar consensuado con los miembros del equipo multidisciplinar y debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.
	1.5. El documento debe definir los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, incluyendo la derivación desde las UIC Comunitarias y Especializadas.
	1.6. El documento debe definir las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.
<b>2. Cartera de Servicios</b> En el mismo documento que el estándar del proceso asistencial o en uno complementario deberá recogerse la Cartera de Servicios de la Unidad, con las siguientes especificaciones:	
2.1. Oferta de las modalidades asistenciales de atención de hospitalización, consulta externa y hospital de día.	
2.2. Guardia de presencia física de cardiología 24/7/365.	
2.3. Oferta de consulta (paciente/cuidador con el gestor de casos) e interconsulta (profesional sanitario de atención primaria) mediante, al menos, correo electrónico o teléfono móvil, así como otras tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).	
2.4. Disponibilidad de estudios hematológicos y de análisis clínicos de rutina. Electrocardiografía.	
2.5. Disponibilidad de determinación de péptidos natriuréticos.	
2.6. Disponibilidad de ecocardiografía transtorácica y transesofágica.	
2.7. Biopsia endomiocárdica y disponibilidad de anatomía patológica de endomiocardio.	
2.8. Disponibilidad de laboratorio de hemodinámica y electrofisiología.	
2.9. Unidad de cuidados críticos cardiológicos -recomendable- o unidad de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la Critical Care Society).	
2.10. Disponibilidad de RM Cardiaca y TAC coronario.	
2.11. Administración de fármacos inotrópicos intravenosos.	
2.12. Disponibilidad de implantación y seguimiento de DAI/Resincronizador.	

Documentación a remitir	Observaciones
2.13. Disponibilidad de asistencia ventricular mecánica (AVM).	
2.14. Disponibilidad de trasplante cardíaco y cirugía compleja de remodelado ventricular.	
2.15. Oferta de educación del paciente y cuidador.	
2.16. Oferta de rehabilitación, propia o en su centro de referencia, a aquellos pacientes sin otra condición o dispositivo que lo impida, basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.	
2.17. Servicios de farmacia, geriatría/medicina interna, psicología clínica, nutrición y recursos de cuidados paliativos.	
<b>3. Recursos Humanos</b> En el mismo documento que el estándar del proceso o en uno complementario deberá recogerse la estructura de recursos humanos de la Unidad, con las siguientes especificaciones:	
3.1. Debe estar nombrado un responsable de la UAIC. El responsable del proceso debe tener formación en insuficiencia cardíaca.	Documento de nombramiento
3.2. Debe haber una enfermera gestora de casos / enfermera de enlace, entrenada en cardiología, asignada a la UAIC.	
3.3. Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la IC, integrado, al menos, por un cardiólogo con formación avanzada en IC; un cirujano cardiovascular especializado en cirugía de la IC avanzada; un anestesiólogo especializado en cirugía cardíaca y manejo de la enfermedad tromboembólica intraoperatoria; un médico intensivista especialista en el manejo de pacientes post-cirugía cardíaca, trasplante cardíaco y AVM; un hematólogo especialista en hemostasia para el manejo de la antiagregación y anticoagulación post-implante de la AVM; un médico rehabilitador; un dietista/nutricionista/endocrinólogo para optimización del estado nutricional pre y post-implante; una enfermera gestora de casos entrenada en cardiología; un farmacólogo clínico; un geriatría; un psicólogo clínico; y un especialista en cuidados paliativos.	
<b>4. Programa de formación continuada de la UAIC, que incluya:</b>	Programa de formación
4.1. Programa estructurado de formación continuada de todos los miembros del equipo multidisciplinar, adecuado a las competencias profesionales requeridas por cada uno de ellos.	
4.2. Sesiones de actualización durante las reuniones periódicas del equipo multidisciplinar (como mínimo semestrales).	
<b>5. Listado de Equipamiento / Procedimientos</b>	
5.1. Local de consulta dedicado a la UIC.	
5.2. Puestos de hospital día específicos de la unidad.	
5.3. Camas dedicadas de cardiología.	
5.4. Unidad de cuidados críticos cardiológicos o de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la clasificación de la Critical Care Society).	En el hospital o en la unidad/servicio de cardiología
5.5. Disponibilidad de ecógrafo / ecografía transesofágica.	En la unidad/servicio de cardiología
5.6. ECG de 12 derivaciones.	En la unidad/servicio de cardiología
5.7. Laboratorio de Hemodinámica.	En la unidad/servicio de cardiología
5.8. Laboratorio de Electrofisiología.	En la unidad/servicio de cardiología
5.9. RM Cardíaca y TAC coronario.	En la unidad/servicio de cardiología
5.10. Implantación de DAI y Resincronización cardíaca.	En la unidad/servicio de cardiología
5.11. Disponibilidad de asistencia ventricular mecánica (AVM).	En la unidad/servicio de cardiología/hospital
5.12. Disponibilidad de trasplante cardíaco y cirugía compleja de remodelado ventricular.	En el hospital
<b>6. Vías clínicas / Protocolos</b>	En la unidad/servicio de cardiología
6.1. Proceso asistencial para el manejo de la IC, consensuado con los miembros del equipo multidisciplinar, que debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.	Documento del proceso
6.2. Proceso específico para la indicación y seguimiento de pacientes tributarios de dispositivos o soluciones avanzadas para la IC (Heart Team).	Documento del proceso
6.3. Definición de los flujos de pacientes dentro del proceso asistencial y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión en el proceso asistencial.	Documento del proceso
6.4. Definición de los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, incluyendo la derivación a la UIC Avanzada.	Documento del proceso
6.5. Definición de las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.	Documento del proceso
6.6. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de atención en domicilio.	Documento de vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de atención en domicilio.

Documentación a remitir	Observaciones
6.7. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes en seguimiento con telemedicina.	Documento de vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de seguimiento mediante telemedicina.
6.8. Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito de hospital de día.	Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito del hospital de día
6.9. Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio.	Vía clínica conjunta de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio.
6.10. Proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente frágil mediante una vía clínica específica basada en la intervención domiciliaria (gestoras de casos).	Vía clínica de seguimiento estructurado del paciente frágil específica basada en la intervención domiciliaria (gestoras de casos).
6.11. Protocolo para evaluar, seleccionar y seguir a los pacientes con trasplante cardíaco y AVM	Protocolo para evaluar, seleccionar y seguir a los pacientes con trasplante cardíaco y AVM
6.12. Proceso específico para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida.	Proceso específico para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida.
6.13. Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento de la IC.	Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC
<b>7. Sistema de información</b>	
7.1. La unidad y el servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro RECALCAR), 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 UIC.	Informe del responsable del servicio de cardiología Compromiso del responsable de la unidad
7.2. La unidad participará en el registro de IC de la SEC.	Compromiso firmado del responsable de la unidad
7.3. Informe de alta que cumple los requisitos mínimos de la Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta y correcta codificación del CMBD > 95%, incluyendo la identificación de la tipología de IC: insuficiencia cardíaca con FE reducida (ICFEr) -sistólica-; o insuficiencia cardíaca con FE preservada (ICFEp) -diastólica	Compromiso firmado del responsable de la unidad y del servicio de codificación del hospital

#### 4. Monitorización

Los aspectos que se comprobarán en la visita de auditoría serán los siguientes:

**Tabla 2. Aspectos a revisar en la monitorización**

Elementos de la auditoría	Observaciones	Mecanismo de verificación
<b>1. Cartera de Servicios</b>		
1.1. Oferta de las modalidades asistenciales de atención de hospitalización, consulta externa y hospital de día.	En hospitales con ámbitos poblacionales inferiores a los 250.000 habitantes, el hospital de día y la hospitalización convencional puede ser los médico-quirúrgico generales.	Comprobación de que la UAIC dispone de los recursos de hospitalización, consulta externa y hospital de día. No neceseramiento la UAIC debe tener asignados estos recursos, sino poder hacer uso de ellos
1.2. Oferta de consulta (paciente/cuidador con el gestor de casos) e interconsulta (profesional sanitario de atención primaria) mediante, al menos, correo electrónico o teléfono móvil, así como otras tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).		Entrevista con el gestor/a de casos y responsable de la UAIC
1.3. Disponibilidad de estudios hematológicos y de análisis clínicos de rutina. Electrocardiografía.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.4. Disponibilidad de determinación de péptidos natriuréticos.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.5. Disponibilidad de ecocardiografía transtorácica / transesofágica.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.7. Biopsia endomiocárdica y disponibilidad de anatomía patológica de endomiocardio.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.8. Disponibilidad de laboratorio de hemodinámica y electrofisiología.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.9. Unidad de cuidados críticos cardiológicos -recomendable- o unidad de medicina intensiva (niveles 1 o 3 de la Critical Care Society).		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.10. Disponibilidad de RM Cardíaca y TAC coronario.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.11. Administración de fármacos inotrópicos intravenosos.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.12. Disponibilidad de implantación y seguimiento de DAI/Resincronizador.		Entrevista con el responsable de la UAIC
5.13. Disponibilidad de asistencia ventricular mecánica (AVM).		Entrevista con el responsable de la UAIC
5.14. Disponibilidad de trasplante cardíaco y cirugía compleja de remodelado ventricular.		Entrevista con el responsable de la UAIC
1.15. Oferta de educación del paciente y cuidador.		Entrevista con el gestor/a de casos

Elementos de la auditoría	Observaciones	Mecanismo de verificación
1.16. Oferta de rehabilitación, propia o en su centro de referencia, a aquellos pacientes sin otra condición o dispositivo que lo impida, basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.		Entrevista con el gestor/a de casos y responsable de la UAIC
1.17. Servicio de farmacia y posibilidad de interconsulta con los servicios, propios o en hospital de referencia, de geriatría/medicina interna, psicología clínica, nutrición, asistencia social y recursos de cuidados paliativos.		Entrevista con el responsable de la UAIC
<b>2. Recursos Humanos</b>		
2.1. Debe estar nombrado un responsable de la unidad.		Entrevista con un miembro del equipo directivo del hospital (Gerente, Director o Subdirector Médico)
2.2. Debe haber una enfermera gestora de casos / enfermera de enlace, entrenada en cardiología, asignada a la unidad.		Entrevista con el gestor/a de casos
2.3. Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la IC, integrado, al menos, por un cardiólogo con formación avanzada en IC; un cirujano cardiovascular especializado en cirugía de la IC avanzada; un anestesiista especializado en cirugía cardíaca y manejo de la enfermedad tromboembólica intraoperatoria; un médico intensivista especialista en el manejo de pacientes post-cirugía cardíaca, trasplante cardíaco y AVM; un hematólogo especialista en hemostasia para el manejo de la antiagregación y anticoagulación post-implante de la AVM; un médico rehabilitador; un dietista/nutricionista/endocrinólogo para optimización del estado nutricional pre y post-implante; una enfermera gestora de casos entrenada en cardiología; un farmacólogo clínico; un geriatría; un psicólogo clínico; y un especialista en cuidados paliativos.		Entrevista con el responsable de la Unidad Entrevista con el gestor/a de casos Entrevista con el médico internista integrado en el equipo multidisciplinar Entrevista con el cirujano cardiovascular integrado en el equipo multidisciplinar
<b>2. Equipamiento / Procedimientos</b>		
2.1. Local de consulta dedicado a la UIC.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita al local de consulta)
2.2. Puestos de hospital día específicos de la unidad.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita al hospital de día)
2.3. Camas dedicadas de cardiología.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita a hospitalización convencional)
2.4. Unidad de cuidados críticos cardiológicos o de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la clasificación de la Critical Care Society).	En el hospital o en la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita a la unidad de cuidados críticos)
2.5. Disponibilidad de ecógrafo.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita al local de ecocardiografía)
2.6. ECG de 12 derivaciones.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita al local de electrocardiografía)
2.7. Disponibilidad de laboratorio de hemodinámica y electrofisiología.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita a la/s salas de hemodinámica y de electrofisiología)
2.8. Disponibilidad de RM Cardíaca y TAC coronario.	En la unidad/servicio de cardiología	Comprobación "in situ" (visita a las salas de TAC y RM) Entrevista con el responsable de diagnóstico por imagen
<b>3. Programa de formación continuada de la UAIC, que incluya:</b>		
3.1. Talleres de formación para el equipo multidisciplinar.		Entrevista con el médico internista o geriatra integrado en el equipo multidisciplinar Entrevista con el gestor/a de casos