**SEMI-Excelente**

**Criterios y estándares para las Unidades Monográficas de Medicina Interna**

**RIESGO VASCULAR**

***30.05.19***

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Riesgo Vascular (URV) son una realidad en nuestra especialidad. En ellas se ejerce la asistencia, la docencia, la investigación y el conocimiento en las enfermedades cardiovasculares. Desde el grupo de Riesgo vascular de SEMI consideramos de interés definir que entendemos por URV, sus recursos y competencias. Además, el objetivo es conseguir su acreditación por nuestra sociedad de medicina interna. Se pretende establecer todas las posibilidades de desarrollo que puede tener una URV, de forma que sirva como guion para la acreditación para cualquiera de las actuales o futuras URV.

1. Unidades de Riesgo Vascular

Son estructuras funcionales que atienden de forma organizada con internistas dedicados a las enfermedades cardiovasculares con especial capacitación para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Estos profesionales tendrán las siguientes funciones:

* Referente en el manejo y control de estos pacientes.
* Consultor para las enfermedades cardiovasculares.
* Organizar la formación continuada y docencia de postgrado.
* Establecer las líneas y proyectos de investigación.

1. REQUISITOS Y NIVELES DE ACREDITACIÓN

La solicitud de certificación de la URV deberá ser firmada por el jefe del servicio de Medicina Interna, especificando a que tipología de URV aplica (Anexo 1). Para la obtención de la certificación es necesario acreditar el cumplimiento de unos requisitos, que dependen de la tipología de URV:

* Unidad asistencial.
* Unidad docente (referente para formar residentes provenientes de otros hospitales).
* Unidad avanzada (referente para formar residentes y médicos internistas provenientes de otros hospitales).

Los requisitos requeridos para cada tipología de unidad y la documentación que se debe acompañar para su verificación se recogen en el Anexo 2.

1. Procedimiento de evaluación
2. El Servicio de Medicina Interna que solicite la acreditación de la SEMI como URV remitirá al Grupo de Trabajo una propuesta normalizada (Anexos 1 y 2). La solicitud deberá ser firmada por el responsable de la unidad monográfica y el jefe de servicio de Medicina Interna.
3. El Grupo de Trabajo evaluará las propuestas, analizando la documentación acreditativa acompañante, pudiendo solicitar -en su caso- aclaraciones o documentación que falte. No podrá participar en la evaluación un profesional que trabaje en la unidad solicitante.
4. El Grupo de Trabajo valorará las propuestas y hará una recomendación de aprobación, o no, del reconocimiento, el tipo de unidad (asistencial, docente o avanzada) y, si procede, recomendaciones.
5. Una vez valorada la propuesta por el Grupo de Trabajo y en caso de propuesta favorable, se remitirá a la Comisión de Calidad de la SEMI para su aprobación definitiva y emisión del certificado correspondiente, publicándose en la web del Grupo de Trabajo. La aprobación podrá tener carácter definitivo (5 años) o provisional (1 año, pendiente del cumplimiento del algún requisito necesario).
6. El reconocimiento definitivo se otorgará por un plazo máximo de cinco años, transcurridos los cuales deberá renovar la solicitud. Pasados tres años, la unidad podrá solicitar la revisión de su nivel de certificación, si considera que -a su juicio- reúne los requisitos para modificarlo.

**Anexo 1. Solicitud de certificación de la Unidad de Riesgo Vascular**

Los Dres.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Jefe de Servicio de Medicina Interna, y

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable de la Unidad de Riesgo Vascular (UrV), del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre de Hospital recogido en el Catálogo Nacional de Hospitales),

**SOLICITAN**

La certificación de la unidad como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_([[1]](#footnote-1)), para lo que se comprometen en facilitar la información que se requiere para garantizar que se cumplen los requisitos establecidos, así como a la veracidad de la información facilitada. Asimismo, el servicio se compromete a participar en el registro RECALMIN, y, en su caso, los registros de RV que desarrolle la SEMI.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_, de \_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fdo.:

Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable de la URV

**Información acompañante**

* **Teléfono de contacto**:
* **Correo electrónico**:
* **Año de puesta en funcionamiento de la unidad**:

***Recursos Humanos***

* **Horas / semana dedicadas a la unidad por su responsable:**
* **Horas / semana dedicadas a la unidad por otros médicos internistas distintos del responsable de la unidad:**
* **Dispone de enfermeras asignadas a la unidad (incluye a tiempo parcial): SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Otros profesionales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialidad** | **Horas / semana** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Recursos físicos. Equipamiento***

**Dispone de / Realiza**

* **Índice tobillo-brazo (ITB): SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Monitorización arterial de la presión arterial (MAPA)**([[2]](#footnote-2))**: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Ecografía vascular**(2)**: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Laboratorio de lípidos**(2)**: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***Ámbito de influencia y volumen de actividad de la unidad***

* **Población del ámbito de influencia de la unidad (número de habitantes):**
* **Número de pacientes seguidos en la unidad en el último año:**
* **¿Tiene consulta monográfica de RV?: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿Realiza interconsulta de RV?: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***Organización y gestión***

* **Manual de organización y funcionamiento de la unidad: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (en caso afirmativo se debe adjuntar)**
* **Programa estructurado de sesiones específicas de la unidad: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Cuadro de Mandos de la unidad: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (en caso afirmativo se debe adjuntar)**
* **Memoria anual de la unidad: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (en caso afirmativo se debe adjuntar)**

***Procesos***

* **¿Está formalizado el proceso o la vía clínica o ruta asistencial de valoración del riesgo vascular?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (en caso afirmativo se debe adjuntar)**

***Formación***

* **¿El servicio está acreditado para formación MIR en Medicina Interna? : SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿Hay programa de formación MIR en la unidad?: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿La unidad dispone de un programa de formación continuada para los miembros adscritos a la unidad: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (adjuntar, en su caso, la documentación que se considere de interés)**

***Investigación***

* **¿La unidad participa en algún registro de RV?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 En caso afirmativo, la participación de la unidad en los registros (una sola respuesta):**
  + **Está iniciándose: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
  + **Colabora desde hace más de un año: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
  + **Colabora desde hace más de tres años: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿La unidad tiene alguna línea activa de investigación en RV?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 En caso afirmativo, especificar las líneas de investigación en las que participa la URV:**

|  |
| --- |
| **Líneas de investigación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* **¿La unidad participa en proyectos públicos de investigación competitivos o ensayos clínicos en RV?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 En caso afirmativo, especificar los proyectos/ensayos en los que participa o ha participado la URV en los 4 últimos años:**

| **Líneas de investigación** |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* **Comunicaciones en Congresos / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (3 últimos años) (anexar a la documentación):**

| **Título de la comunicación** | **Denominación de la reunión** | **Año** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Número de publicaciones indexadas (3 últimos años) (anexar a la documentación):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cita del artículo (Autores. Título. Revista. Año. Volumen. Página** | **Factor impacto** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Anexo 2. Requisitos y documentación para el reconocimiento de las Unidades de Riesgo Vascular**

|  | **Documentación** | **Criterios** | | | **Requisito para la verificación del estándar (ejemplos)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Asistencial** | **Docente** | **Avanzada** |
| **Identificación de la unidad** | **Nombre del Hospital (utilizar en el del CNH)** |  | | |  |
| **Nombre del Jefe de Servicio de MI** |  | | |  |
| **Tipología de la unidad** |  | | |  |
| **Nombre del responsable de la unidad** |  | | |  |
| **Teléfono de contacto** |  | | |  |
| **Email de contacto** |  | | |  |
| **Fecha de puesta en funcionamiento de la unidad** | **≥ 1 año** | **≥ 3 años** | **≥ 6 años** |  |
| **Requisitos de estructura. Recursos Humanos** | **Dedicación mínima exigible para cada nivel del responsable de la unidad (expresar en horas/semana)** | **7,5 horas /semana** | **7,5 horas/semana** | **12,5 horas /semana** | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **Otros Médicos Internistas y dedicación mínima exigible para cada nivel (expresar en ETC)** |  | **7,5 horas /semana** | **17,5 horas /semana** | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **Enfermeras (expresar en ETC)** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **Otros profesionales (expresar en ETC): OTROS ESPECIALISTAS DIFERENTE A MI** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **Requisitos de estructura. Recursos Físicos y Equipamiento** | **Consulta (horas semana)** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **Hospital de Día (horas semana)** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Camas (si dedicadas a la UMOMI)** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Equipamiento:** | 1 CONSULTA | 1 CONSULTA | 1 CONSULTA | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Disponibilidad de otros recursos (pruebas de laboratorio o de imagen, otros servicios o unidades que deban estar en el hospital, etc.):** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **ITB** | ITB | ITB | ITB |  |
| **MAPA** | MAPA | MAPA | MAPA |  |
| **Ecografía vascular** |  |  | SI |  |
| **Laboratorio de lípidos** |  |  | SI |  |
| **Requisitos de estructura. Volumen de actividad** | **Población del ámbito de influencia de la unidad** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Número de pacientes seguidos en la unidad desde su creación** | 200 CASOS | 300 CASOS | 400 CASOS | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Número de consultas/interconsultas en la unidad en el último año** | 100 CASOS | 150 CASOS | 200 CASOS | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Otros requisitos de actividad (pruebas, etc.):** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **CONSULTA MONOGRÁFICA RV** | SI | SI | SI | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **INTERCONSULTAS** |  | SI | SI | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **Requisitos de estructura. Organización y gestión** | **Manual de organización y funcionamiento de la unidad** |  |  | SI | **Documento del Manual** |
| **Programa estructurado de sesiones específicas de la unidad** |  | SI | SI | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Cuadro de Mandos de la unidad** |  | SI | SI | **Cuadro de Mandos** |
| **Memoria anual de la unidad** | SI | SI | SI | **Memoria** |
| **Requisitos de procesos** | **Procesos, vías clínicas, rutas asistenciales, que deban tener formalizados** |  |  |  | **Documentos de los procesos, vías, etc.** |
| **Riesgo vacsular** |  | SI | SI | **Documento del proceso, vía clínica, etc…** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | SI | SI | **Documento del proceso, vía clínica, etc…** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |
| **Indicadores de resultados** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Formación** | **Formación MIR (Medicina Interna) en el servicio** |  | SI | SI |  |
| **Programa de formación MIR en la unidad** |  | SI | SI |  |
| **Programa de formación continuada de los miembros de la unidad** |  | Sesiones monográficas | Sesiones monográficas | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Tesis doctorales** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Investigación** | **Participación en registros de SEMI** |  | COLABORACIÓN EN REGISTROS RV | COLABORACIÓN EN REGISTROS RV | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
|  | RECALMIN | RECALMIN | RECALMIN |  |
| **Líneas de investigación activas** |  | Al menos 1 | Al menos 2 |  |
| **Proyectos públicos competitivos/ensayos clínicos** |  |  | Al menos 3 en los 4 últimos años |  |
| **Comunicaciones en Congresos / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (3 últimos años)** |  | **≥** 1 en los 3 últimos años | **≥** 2 al año | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Número de publicaciones indexadas** |  |  | **≥** 8 en los 4 últimos años | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Factor impacto (3 últimos años)** |  |  |  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |

1. () Asistencial, docente, o avanzada [↑](#footnote-ref-1)
2. (9 No es un requisito que se realice en la URV [↑](#footnote-ref-2)