**SEMI-Excelente**

**Manual de Acreditación para las Unidades de Medicina Interna de Insuficiencia Cardiaca (UMIPIC)**

***ACTUALIZACIÓN 2022***

1. INTRODUCCIÓN

Este documento debe manejarse conjuntamente con el de Criterios y Estándares para las Unidades de Medicina Interna de Insuficiencia Cardiaca.

1. REQUISITOS Y NIVELES DE ACREDITACIÓN

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

* Unidad asistencial.
* Unidad docente (referente para formar residentes médicos y de enfermería provenientes de otros hospitales).
* Unidad avanzada (referente para formar además facultativos y profesionales de enfermería provenientes de otros hospitales).

Los requisitos requeridos para todo tipo de UMIPIC y la documentación que se debe acompañar para su verificación se recogen en el Anexo 2 La solicitud deberá acompañarse del listado de comprobación que figura en el Anexo 3, señalando en qué documento/archivo de la documentación remitida se acredita el cumplimiento de cada requisito.

1. Procedimiento de evaluación
2. El Servicio de Medicina Interna que solicite la acreditación de la SEMI como UMIPIC remitirá al Equipo Coordinador de UMIPIC una propuesta normalizada (Anexos 1, 2 y 3.). La solicitud deberá ser firmada por el solicitante responsable de la UMIPIC y el jefe de servicio de Medicina Interna.
3. El Equipo Coordinador de UMIPIC 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 Equipo Coordinador de UMIPIC 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 Equipo Coordinador de UMIPIC 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 Insuficiencia Cardiaca**

Los Dres.:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UMIPIC), 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, así como en el RICA y, en su caso, los registros de IC que desarrolle la SEMI.

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

Fdo.:

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

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

**Información acompañante**

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

**Anexo 2. Requisitos y documentación para el reconocimiento de las unidades de Insuficiencia Cardiaca (UMIPIC).**

***Recursos Humanos***

* **Horas / semana dedicadas a la unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Dispone de enfermeras asignadas a la unidad (incluye a tiempo parcial):** **SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Nombramiento responsable de la Unidad: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Nombramiento enfermería: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***Recursos físicos. Equipamiento***

**Dispone de:**

* **Local de consulta: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Disponibilidad de Hospital de Día: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Disponibilidad de camas de hospitalización especificas de la Unidad: SÍ🞏; NO🞏**
* **Disponibilidad de solicitud de Péptidos Natriuréticos : SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Disponibilidad de solicitar ETT reglada: SÍ🞏; NO🞏**
* **Disponibilidad de ECG propio: SÍ🞏; NO🞏**
* **Disponibilidad de ecógrafo propio: SÍ🞏; NO🞏**

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

* **Población del ámbito de influencia de la unidad (número de habitantes):**
* **Tiempo de funcionamiento de la unidad**
* **Número de pacientes en seguimiento activo:**
* **Número de pacientes nuevos en el último año:**

***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 🞏 (en caso afirmativo se debe adjuntar)**
* **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)**
* **Comunicación no presencial con pacientes y AP: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Identificación de FEVI: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Realización de interconsultas en hospitalización: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***Requisitos de procesos***

* **Documento de adscripción al Programa UMIPIC: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Selección de pacientes: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Coordinación con Atención Primaria: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Coordinación con Urgencias: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Programa formativo de pacientes: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Atención médica integral: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***Indicadores de Resultado***

* **Indicador de mortalidad intrahospitalaria por IC del servicio: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Tasa de reingresos a 30 días por IC: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **Tasas de mortalidad y reingresos anual de pacientes en seguimiento en la UMIPIC: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***Formación***

* **¿El servicio está acreditado para formación MIR en Medicina Interna? : SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿Hay programa de formación MIR en la Unidad?: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿Hay programa de sesiones específicas de la unidad?: SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿La unidad dispone de un programa de formación continuada para los miembros adscritos a la UMIPIC:** **SÍ 🞏 ; NO 🞏 (adjuntar, en su caso, la documentación que se considere de interés)**
* **¿La unidad ha realizado talleres de formación en Atención Primaria y Enfermería?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (adjuntar, en su caso, la documentación que se considere de interés)**
* **¿La unidad dispone de algún programa de rotantes externos?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 (adjuntar, en su caso, la documentación que se considere de interés)**

***Investigación***

* **¿La unidad participa en algún registro de IC?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 En caso afirmativo, indíquese en cuál/es)**
* **¿La unidad participa en algún registro SEMI?: SÍ 🞏 ; NO 🞏 En caso afirmativo, indíquese en cuál/es)**
* **Comunicaciones en Congresos / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (año previo) (anexar a la documentación). Indicar si Congreso Internacional:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. Páginas** | **Factor impacto** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Anexo 3. Requisitos y documentación para el reconocimiento de las unidades de Insuficiencia Cardiaca (UMIPIC).**

|  | **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** |  | | |  |
| **Documento de adscripción al Programa UMIPIC** |  | | |  |
| **Teléfono de contacto** |  | | |  |
| **Email de contacto** |  | | |  |
| **Tiempo de funcionamiento de la unidad** | **≥ 1 año** | **≥ 3 años** | **≥ 6 años** | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Requisitos de estructura. Recursos Humanos** | **Dedicación mínima exigible para cada nivel del responsable de la unidad (expresar en horas/semana)** | **5 horas /semana** | **10 horas/semana** | **20 horas /semana** |
| **Nombramiento Responsable de Unidad** | SI | SI | SI |
|  | **Nombramiento Responsable de enfermería** | SI | SI | SI |
| **Requisitos de estructura. Recursos físicos y Equipamiento** | **Local de consulta** | SI | SI | SI |
| **Hospital de Día** |  | SI | SI |
| **Camas de hospitalización** |  | SI | SI |
| **Disponibilidad de otros recursos (pruebas de laboratorio o de imagen, otros servicios o unidades que deban estar en el hospital, etc.):** | | | |
| **Péptidos Natriuréticos** | SI | SI | SI |
| **ETT** | SI | SI | SI |
| **ECG propio** |  | SI | SI |
| **Ecógrafo propio de la Unidad o Servicio MI** |  | SI | SI |
| **Requisitos de estructura. Volumen de actividad** | **Población del ámbito de influencia de la unidad** | SI | 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** |
| **Número de pacientes en seguimiento activo** | 50 | 150 | 300 | **Información en sistema de información del hospital o cuadro de mandos** |
| **Número de pacientes nuevos valorados al año** | 20 | 50 | 75 |
| **Realización de Interconsultas en hospitalización** |  | 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 | SI | 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 | **Cuadro de Mandos** |
| **Memoria anual de la unidad** |  | SI | SI | **Memoria** |
| **Atención médica integral** | SI | 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** |
| **Identificación de FEVI** | SI | SI | SI |
| **Comunicación no presencial (con pacientes y con AP)** | SI | SI | SI |
| **Realización de interconsultas** |  | SI | SI |
| **Requisitos de procesos** | **Adscripción al Programa UMIPIC** | SI | SI | SI | **Documento acreditativo Grupo ICyFA** |
| **Selección de pacientes** | SI | SI | SI |
| **Coordinación con AP** |  | SI | SI |
| **Coordinación con URGENCIAS** | SI | SI | SI |
| **Programa de formación de pacientes** | SI | SI | SI |
| **Atención médica integral** | SI | SI | SI |
| **Indicadores de resultados** | **Tasa de mortalidad intrahospitalaria por IC del Servicio** |  |  | SI | **Información en sistema de información del hospital o cuadro de mandos** |
| **Tasa de reingreso a 30 días por IC del Servicio** |  |  | SI |
| **Tasa de mortalidad y reingresos anual de la UMIPIC** |  |  | SI |
| **Formación** | **Formación MIR (Medicina Interna) en el servicio** |  | 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** |
| **Programa de formación MIR en la unidad** |  | SI | SI |
| **Programa de sesiones específicas de la Unidad** |  | SI | SI |
| **Programa de formación continuada de los miembros de la unidad** |  | SI | SI |
| **Talleres formación AP y enfermería** |  |  | SI |
| **Programa Rotantes Externos** |  |  | SI |
| **Investigación** | **Participación en registros IC** | SI | SI | SI |
| **Participación en registros de SEMI** |  | SI | SI |
| **Comunicaciones en Congresos / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (3 últimos años)** |  | **≥** 1 al año | **≥** 2 al año | **Documento acreditativo** |
| **Factor impacto (3 últimos años)** |  |  | >15 puntos en últimos 3 años |  |

1. () Asistencial, docente, o avanzada [↑](#footnote-ref-1)