

SEMI-Excelente
Criterios y estándares para las Unidades Monográficas de
Medicina Interna
ENFERMEDADES AUTOINMUNES

28.10.19

1. INTRODUCCIÓN

Se define una Unidad de EAS como una estructura funcional, donde la asistencia y seguimiento de estos pacientes está establecida y organizada en base a circuitos y procedimientos, con profesionales dedicados que mantienen una preparación más completa en el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades, mediante una dedicación y conocimiento suficientes. Estos profesionales tendrán las siguientes funciones:

- Aglutinar y asistir a estos pacientes.
- Ser referencia en el manejo y control de estos pacientes.
- Coordinar las acciones con otras especialidades.
- Servir de consultores para estos procesos.
- Organizar la formación continuada.
- Establecer las líneas y proyectos de investigación.

Las UEAS pueden disponer de diferentes niveles de gestión en función de la propia organización de cada Servicio de Medicina Interna. En el máximo nivel de desarrollo, las UEAS pueden llegar a considerarse Unidades de Gestión Clínica (UGC), disponiendo de su propio presupuesto o balance económico asistencial (BEA) y de un Contrato de Gestión propio con la Dirección del Hospital (objetivos e indicadores). Las UEAS son la unidad básica del programa para el Área de Capacitación Específica (ACE), junto con el Plan de Formación para acceder a la misma y los Criterios de Acreditación (GEAS y SEMI, Normativa publicada en el Boletín Oficial del Estado, BOE), y estarán integradas en los Servicios de Medicina Interna, sin que ello signifique que según su grado o nivel de autogestión, no puedan tener objetivos e indicadores propios.

2. REQUISITOS Y NIVELES DE ACREDITACIÓN

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

- 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).
- Unidad avanzada de referencia supra-regional (equivalente a lo que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar puede acreditar como CESUR).

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

3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

1. El Servicio de Medicina Interna que solicite la acreditación de la SEMI como unidad monográfica de EAS 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.
2. 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.
3. El Grupo de Trabajo valorará las propuestas y hará una recomendación de aprobación, o no, del reconocimiento, el tipo de unidad (asistencial, docente, avanzada o avanzada de referencia supra-regional) y, si procede, recomendaciones.
4. 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).
5. 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 Unidad de Enfermedades Autoinmunes

Los Dres.:

_____, Jefe de Servicio de Medicina Interna, y

_____, responsable de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes

(UEAS), del Hospital _____ (Nombre de Hospital recogido en el Catálogo Nacional de Hospitales),

SOLICITAN

La certificación de la unidad como _____⁽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 su caso, los registros de EAS que desarrolle la SEMI.

En _____, a __, de __, de _____

Fdo.:

Dr./Dra. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Dr./Dra. _____, responsable de la UEAS

⁽¹⁾ Asistencial, docente, avanzada o avanzada de referencia supra-regional.

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
- Si dispone de enfermeras, horas totales de dedicación a la semana:
- Dispone de secretaría asignada a la unidad (incluye a tiempo parcial): SÍ ; NO
- Si dispone de secretaría, horas totales de dedicación a la semana:
- Otros profesionales

Especialidad	Horas / semana

Recursos físicos. Equipamiento

Recurso	Horas / semana	
Consulta EAS	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Consulta enfermería	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Consulta rápida (atención preferente e imprevistos)	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Circuito rápido UEAS (avisos e interconsultas)	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Hospital de Día	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Hospitalización (propia o en la unidad de MI)	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de Nefrología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de Servicio de Inmunología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de Obstetricia y Ginecología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de Neonatología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	

Recurso		Horas / semana
Unidad de Dermatología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de Oftalmología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	
Unidad Reumatología	SÍ <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/>	

• **Otros recursos:**

Dispone de:

- **CAPILAROSCOPIA:** SÍ ; NO
- **OBTENCIÓN DE BIOPSIAS:** SÍ ; NO
- **RIESGO CARDIOVASCULAR (MAPA, ÍNDICE TB):** SÍ ; NO
- **ECOGRAFÍA** (dirigida para estudio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (muscular, esquelética, arteria temporal, glándulas salivales....) SÍ ; NO
- **¿ES CENTRO DE REFERENCIA PARA PROBLEMAS DE EAS?⁽²⁾:** SÍ ; NO

Ámbito de influencia y volumen de actividad de la unidad

- **Número de pacientes seguidos en la unidad desde su creación:**
- **Número de pacientes seguidos en la unidad en el último año:**
- **Número de consultas en el último año:**
- **Número de interconsultas en el último año:**
- **Número de sesiones en el hospital de día en el último año:**
- **Número de ingresos por EAS en el último año:**
- **¿Tiene consulta monográfica de EAS?:** SÍ ; NO
- **¿Realiza interconsulta de EAS?:** 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)

⁽²⁾ En el ámbito de la Comunidad Autónoma o suprarregional de uno o varios de los siguientes aspectos específicos de las UEAS: terapias Biológicas; Riesgo cardiovascular; Neumopatía e Hipertensión Pulmonar; Control y Planificación de la Gestación; Estudio e Investigación en entidades concretas: Lupus Eritematoso Sistémico; Síndrome de Sjögren; Esclerodermia; Miopatías inflamatorias; Vasculitis Sistémicas; Síndrome Antifosfolípido; Uveítis

- 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 algún proceso de EAS?: Sí ; NO (en caso afirmativo se debe/n adjuntar)

Indicadores de resultados³

-

Formación

- ¿El servicio está acreditado para formación MIR en Medicina Interna?: Sí ; NO
- ¿El centro está acreditado para formación MIR en Nefrología?: Sí ; NO
- ¿Hay programa de formación MIR en la unidad?: Sí ; NO
- ¿Rotan residentes de otras especialidades por la unidad?: Sí ; NO
- ¿Rotan residentes de otros centros (nacionales o extranjeros) por 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)
- Número de tesis doctorales del servicio sobre UEAS:

Investigación

- ¿La unidad participa en registros de EAS?: 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
- Comunicaciones en Congresos / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (3 últimos años) (anexar a la documentación):

Título de la comunicación	Denominación de la reunión	Año

⁽³⁾ Por definir.

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

- **Otras actividades de investigación**

Otras actividades de investigación
<i>Proyectos de investigación competitivos o ensayos clínicos (denominación y fuente de financiación)</i>
<i>Estudios no incluidos en ensayos clínicos, que hayan sido autorizados por el Comité de ética del hospital o realizados por la SEC (denominación y fuente de financiación)</i>
<i>Líneas de investigación propias</i>
<i>Rotación o Estancias de investigadores en la Unidad (Research Fellows)</i>
<i>Colaboración con Centros Extranjeros</i>

Otras actividades de investigación

Otras actividades de investigación

Anexo 2. Requisitos y documentación para el reconocimiento de las Unidades de Enfermedad Autoinmune Sistémica

	Documentación	Criterios				Requisito para la verificación del estándar (ejemplos)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada	Referencia Supra-regional	
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	6 años
Requisitos de estructura. Recursos Humanos	Dedicación mínima exigible para cada nivel del responsable de la unidad (expresar en horas/semana)	15 horas /semana	1 internista con, al menos, 20 horas/semana de dedicación	1 internista con, al menos, 30 horas/semana de dedicación	2 internistas con, al menos, 30 horas/semana de dedicación cada uno	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna
	Otros Médicos Internistas y dedicación mínima exigible para cada nivel (expresar en ETC)		1 internista con, al menos, 20 horas/semana de dedicación	1 internista con, al menos, 20 horas/semana de dedicación	1 internista con, al menos, 20 horas/semana de dedicación	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna
Requisitos de estructura. Recursos Físicos y Equipamiento	Consulta rápida (atención preferente e imprevistos)			Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna
	Hospital de Día			Sí (propio o compartido con otros servicios)	Sí (propio o compartido con otros servicios)	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Hospitalización (gestión y control de ingreso del paciente en el Hospital)		Sí	Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Equipamiento:	Consulta Externa de EAS	Consulta Externa de EAS	Consulta Externa de EAS	Consulta Externa de EAS	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Unidad de Nefrología en el centro		Sí	Sí	Sí	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 Servicio de inmunología (en el centro o de referencia)				Sí	Sí

	Documentación		Criterios				Requisito para la verificación del estándar (ejemplos)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada	Referencia Supra-regional		
				Sí	Sí		Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
			Al menos, dos entre:	Al menos, dos entre:	Al menos, dos entre:		Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
			Hospital de día (ya sea propio o compartido con otros Servicios)	Consulta Multidisciplinar	Consulta Multidisciplinar		
			Consulta rápida (atención preferente e imprevistos)	Servicio de Obstetricia y Ginecología	Servicio de Obstetricia y Ginecología		
			Circuito de contacto con la UEAS (Avisos e Interconsultas)	Unidad de Neonatología	Unidad de Neonatología		
				Unidad de Dermatología	Unidad de Dermatología		
				Unidad de Oftalmología	Unidad de Oftalmología		
				Unidad de Reumatología	Unidad de Reumatología		
					Al menos, una entre:		
					Capilaroscopia		
					Obtención de muestras (biopsias)		
					Riesgo CV (MAPA, Índice TB)		
					Ecografía Musculo--esquelético		
Requisitos de estructura. Volumen de actividad	Número de pacientes seguidos en la unidad	100 CASOS	200 CASOS	300 CASOS	500 CASOS		Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro

	Documentación	Criterios				Requisito para la verificación del estándar (ejemplos)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada	Referencia Supra-regional	
	Número de consultas (primeras e interconsultas) /año	60	80 (incluye también ingresos - hospitalización convencional y hospital de día)	100 (incluye también ingresos - hospitalización convencional y hospital de día)	200 (incluye también ingresos - hospitalización convencional y hospital de día)	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 EAS		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
	Técnicas /procedimientos			Al menos, una entre:		Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna
				Capilaroscopia	Sí	
				Biopsias	Sí	
				Riesgo cardiovascular (MAPA, índice TB)	Sí	
Requisitos de estructura. Organización y gestión	Manuel de organización y funcionamiento de la unidad			SI	SI	Documento del Manual
	Programa estructurado de sesiones específicas 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
	Cuadro de Mandos de la unidad		SI	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		Al menos 1	Al menos 2	Al menos 2	Documentos de los procesos, vías, etc.
Indicadores de resultados						
Formación	Sesiones monográficas de la UEAS		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

	Documentación		Criterios			Requisito para la verificación del estándar (ejemplos)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada	Referencia Supra-regional	
	Programa de formación MIR en el servicio de MI		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
	Programa de formación MIR en el servicio de Nefrología			Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Rotación por la UEAS		1 MIR (mínimo) al año en rotación por la UEAS	2 MIR (mínimo) al año en rotación por la UEAS (uno de MI)	3 MIR mínimo al año, en rotación por la Unidad (al menos 1 de MI)	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Rotación por MI de especialidades distintas a MI			Sí	Sí	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 continuada de los miembros de la unidad		Sí	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
	Doctorandos / Desarrollo de tesis doctorales				Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Sesiones monográficas de la unidad			Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Sesiones / Comités multidisciplinares		Sí	Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Actividades formativas en EAS fuera del centro			Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Participación en reuniones nacionales de EAS (docente/discente)			Sí	Sí	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Otras actividades formativas		Al menos, dos de: - Cursos / seminarios intrahospitalarios - Participación en reuniones nacionales de EAS (docente/discente) - Publicaciones en colaboración en revistas indexadas (últimos 3 años)			Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro

	Documentación	Criterios				Requisito para la verificación del estándar (ejemplos)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada	Referencia Supra-regional	
	Cursos / seminarios intrahospitalarios			Sí	Sí	
	Participación en reuniones nacionales de EAS (docente/discente)			Sí	Sí	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		Participación en alguna línea y/o mínimo un registro de GEAS	Participación mínima en alguna línea y dos registros de GEAS	Participación mínima en una línea y tres registros de GEAS	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	RECALMIN	
	Comunicaciones en Congresos Nacionales (3 últimos años)		1	3	3	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro
	Comunicaciones en Congresos Internacionales (3 últimos años)				1	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 (3 últimos años)			1	3	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
	Proyectos competitivos financiados (Investigador principal) (últimos 3 años)				1	