**SEMI-Excelente**

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

**ECOGRAFÍA CLÍNICA**

***26.05.20***

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la ecografía clínica se ha constituido como una herramienta de uso habitual en la práctica clínica de la Medicina Interna aportando valor añadido en la atención de pacientes en multitud de contextos clínicos. Aunque su implantación dista mucho de ser completa, son múltiples los servicios de Medicina Interna que incorporan esta herramienta a su práctica clínica, docente e investigadora, en distintos modos y con organizaciones variables. Es por ello, que desde el Grupo de trabajo de Ecografía Clínica (GTEco) se ha considerado que se deben establecer los requisitos necesarios para acreditar qué servicios o unidades están capacitados para la realización de ecografía clínica en sus diferentes vertientes con los objetivos de:

* Asegurar la capacitación y calidad de las exploraciones realizadas en beneficio del paciente.
* Demostrar esta capacitación de cara a la institución en la que se integra el servicio o unidad y a instituciones externas.
* Homogeneizar, asegurar la calidad y promover la docencia en ecografía clínica. Facilitar la implantación de la ecografía clínica en nuevos servicios o unidades.
* Promover la investigación colaborativa en ecografía clínica.
* Elaborar un Registro Nacional de servicios o unidades acreditados.

Los criterios de acreditación han sido realizados bajo la coordinación de la Junta Directiva del GTEco con el asesoramiento de la Comisión creada a tal fin, y pretende establecer un sistema de acreditación de la capacitación para la realización, docencia e investigación en ecografía clínica de los servicios de Medicina Interna (con o sin la creación de unidades específicas dedicadas a la práctica de ecografía clínica).

**Junta Directiva**

* Luis M Beltrán Romero (coordinador GTEco).
* Santiago Rodríguez Suárez (secretario)
* Gonzalo García de Casasola (consultor)
* Juan Torres Macho (consultor)
* Máximo Bernabeu Wittel (vocal formación)
* Manuel Méndez Bailón (vocal investigación)
* Yale Tung Chen (vocal comunicación)
* Miguel Ángel López Zúñiga (vocal residentes)

**Comisión asesora**

|  |  |
| --- | --- |
| * José Chordá
 | * Santiago Pintos Martínez
 |
| * José David García Pedro
 | * José Manuel Porcel Pérez
 |
| * Juan García Puig
 | * Alfonso del Pozo Pérez
 |
| * Carlos Hernández Quiles
 | * Enrique Rodilla Sala
 |
| * Estíbaliz Jarauta
 | * Santiago Rodríguez Suárez
 |
| * Patricia Martín Rico
 | * Ana Torres do Rego
 |
| * María Dolores Nieto Martín
 |  |

1. REQUISITOS Y NIVELES DE ACREDITACIÓN

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

* 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 unidad monográfica de UEC 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 Ecografía Clínica**

Los Dres.:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable de la Unidad de Ecografía Clínica (UEC), 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 UEC que desarrolle la SEMI.

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

Fdo.:

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

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

**Información acompañante**

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

***Recursos Humanos***

* **Número de internistas y niveles de formación en ecografía clínica:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nivel de formación en ecografía clínica** | **Nº Internistas3** |
| **Básico1** |  |
| **Avanzado2** |  |
| **1** Formación básica: Curso y Taller de Ecografía Clínica básica de la SEMI o equiparables; Actividad ecográfica: realización de al menos 100 ecografías de las modalidades básicas objeto de evaluación en ese nivel.**2** Formación avanzada: Cursos de profundización en la ecografía clínica (avanzados, áreas específicas…), acreditados globalmente con al menos 30 créditos ECTS, 50 créditos de formación continuada (CFC) o 500 horas lectivas. Como ejemplos se valorarán positivamente el Curso de Extensión Universitaria de Ecografía Clínica-SEMI, el Diploma de Ecografía Clínica-SEMI, el Máster de Ecografía Clínica o cursos equiparables: Actividad ecográfica: al menos 200 ecografías de las modalidades básicas y las adicionales que son objeto de evaluación en ese nivel. 3 Adjuntar breve Curriculum Vitae de los médicos internistas con formación en ecografía clínica y declaración responsable de la actividad desarrollada. |

***Recursos físicos. Equipamiento***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recurso** | **Número** | **Marca, modelo, año de compra/antigüedad** |
| **Ecógrafos** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Sondas** | **Número** | **Marca, modelo, año de compra/antigüedad** |
| **Cónvex** |  |  |
| **Sectorial** |  |  |
| **Mixta** |  |  |
| **Lineal** |  |  |

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

* **Población del ámbito de influencia de la unidad (número de habitantes):**

***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)**

***Formación***

* **¿El servicio está acreditado para formación MIR en Medicina Interna? : SÍ 🞏 ; NO 🞏**
* **¿Hay programa de formación MIR en la unidad?: SÍ 🞏 ; NO 🞏**

***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 Ecografía Clínica**

|   | **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** |   |  |
| **Requisitos de estructura. Recursos Humanos** | **Número de Médicos Internistas con formación en ecografía clínica y nivel de formación** | **1 internista con formación básica** | * **1 internista con formación avanzada**
* **2 internistas con formación básica**
 | * **2 internistas con formación avanzada.**
* **2 internistas con formación básica**
 | **CV de los internistas con formación en ecografía clínica** |
| **Requisitos de estructura. Recursos Físicos y Equipamiento** | **Ecógrafos** | 1 ecógrafo  | 2 ecógrafos  | 10 horas/semana | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **Sondas** | Cónvex, sectorial (se acepta sonda mixta de uso combinado para abdomen y cardio) y lineal | Sondas cónvex, sectorial (se acepta sonda mixta de uso combinado para abdomen y cardio) y lineal  | 5 horas /semana | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna** |
| **Número y tipo de ecografías** |  | **250 ecografías al año. Al menos 40 ecografías de 3 de las 5 modalidades básicas principales\*:*** 40 ecocardioscopias
* 40 ecografías abdominales y/o urológica
* 40 ecografías de compresión venosa
* 40 ecografías pulmonares
* 40 ecografías vasculares (aorta abdominal, carótidas, femorales)
 | **750 ecografías al año. Al menos 75 ecografías de 4 de las 5 modalidades básicas principales\* y 50 procedimientos invasivos ecoguiados\*\*:*** 75 ecocardioscopias
* 75 ecografías abdominales y/o urológica
* 75 ecografías de compresión venosa
* 75 ecografías pulmonares
* 75 ecografías vasculares (aorta abdominal, carótidas, femorales)
* 50 procedimientos invasivos ecoguiados

  | **1000 ecografías al año. Al menos 100 ecografías de 4 de las 5 modalidades básicas principales\* y 75 procedimientos invasivos ecoguiados\*\*:*** 100 ecocardioscopias
* 100 ecografías abdominales y/o urológica
* 100 ecografías de compresión venosa
* 100 ecografías pulmonares
* 7100ecografías vasculares (aorta abdominal, carótidas, femorales)
* 75 procedimientos invasivos ecoguiados

   | **Declaración responsable de los internistas con formación en ecografía clínica** |
| **Requisitos de estructura. Organización y gestión** | **Manuel de organización y funcionamiento de la unidad** |   |   | SI | **Documento del Manual** |
| **Programa estructurado de sesiones específicas de la unidad** |   |  | 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** |   |  |  | **Cuadro de Mandos** |
| **Memoria anual de la unidad** |  |  | SI | **Memoria** |
| **Formación** | **Formación MIR (Medicina Interna) en el servicio** |   | SI | SI |  |
| **Programa de formación MIR en la unidad** |   | Al menos un MIR de Medicina Interna, en rotación establecida por ecografía clínica | Al menos 4 MIR de Medicina Interna -2 o más de ellos de otros hospitales-, en rotación establecida por ecografía clínica |  |
| **Programa de formación específica en ecografía**  |   | Anexo 3 GT en Ecografía Clínica. Requisitos de los programas de formación  | Anexo 3 GT en Ecografía Clínica. Requisitos de los programas de formación  | **Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro** |
| **Formación continuada** |   | Al menos uno de:* Participación u organización de cursos o seminarios locales.
* Participación en Reuniones Nacionales del GT Eco (docente y/o discente).
* Actividad en redes sociales, blogs y otras formas de formación y difusión de la ecografía clínica
 | * Participación u organización de cursos o seminarios locales.
* Organización o participación en actividades formativas en ecografía clínica acreditadas a nivel regional o nacional.
* Participación en Reuniones Nacionales del GT Eco (docente y/o discente).
* Actividad en redes sociales, blogs y otras formas de formación y difusión de la ecografía clínica
 | **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 líneas de trabajo y/o registros del GT de Ecografía Clínica** |  | Participación en alguna línea de trabajo y/o registro del GT Eco | Participación en alguna línea de trabajo y/o registro del GT Eco | **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 / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (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** |
| **Número de publicaciones indexadas (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** |
| **\*** Las ecografías multiórgano se contabilizarán como un procedimiento de la categoría implicada que se elija.\*\* Paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, canalización de accesos venosos y punciones o biopsias ecoguiadas de estructuras superficiales -abscesos, adenopatías…. |

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