



**Procedimiento de certificación de**  
**Unidades Cardiorrenales**

## **SEC-EXCELENTE. Unidad Cardiorrenal. Manual de certificación**

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 esta.

### Comité SEC-Excelente-Unidad Cardiorrenal

- **Coordinadores y miembros del grupo de trabajo:**
  - Marta Cobo Marcos. Cardióloga Hospital Puerta de Hierro Majadahonda
  - Francisco Javier Díez. Nefrólogo, Clínica Universidad de Navarra
  - Julio Núñez Villota. Cardiólogo Hospital Clínico de Valencia
  - Borja Quiroga. Nefrólogo Hospital Universitario La Princesa. Madrid
  
- **Responsable SEC Excelente:** Rocío García Orta. Hospital Universitario Virgen de las Nieves
- **Coordinador proyectos de calidad:** Ángel Cequier Fillat. Hospital Universitari de Bellvitge
- **Presidente de la SEC:** Luis Rodríguez Padial. Hospital Universitario de Toledo
- **Secretaría Técnica:** Francisco Javier Elola Somoza. Director de Elola Consultores
- **Secretaría Administrativa:** Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón)

## **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 o Programa Cardiorrenal

## **2. Metodología**

El proceso de acreditación consta de las siguientes fases:

1. Revisión de la documentación
2. Informe provisional
3. Monitorización
4. Informe definitivo
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 se recoge en la tabla adjunta. Para facilitar la comprobación de que se ha revisado y adjuntado toda la documentación se recomienda seguir el listado de comprobación que deberá remitirse cumplimentado junto con el resto de la documentación.

La documentación se remitirá a la secretaría de SEC-Excelente: [lperez@secardiologia.es](mailto:lperez@secardiologia.es). La remisión de la documentación se acompañará 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/S.E.N, 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/S.E.N 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.

La monitorización comprenderá:

- a) Entrevista con el responsable de la unidad
- 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/SEN emitirá un certificado de acreditación del proceso en el servicio o unidad de cardiología correspondiente, reconociendo el cumplimiento de los estándares establecidos. La certificación podrá ser provisional por uno o dos años si precisa cumplir algún requisito que se considere necesario o definitiva por un período de cinco años. En este último caso la participación anual en el registro multicéntrico de pacientes con enfermedad cardiorrenal será un requisito necesario para mantener la certificación.

#### **3. Documentación a remitir y monitorización “in situ”**

La documentación a remitir y metodología de monitorización se recoge en la tabla. La documentación se adaptará al nivel de certificación: programa o unidad especializada, para lo que se seguirá el listado de comprobación correspondiente. La monitorización “in situ” se realizará en el proceso de certificación de las unidades cardiorrenales especializadas.

Documentación a remitir	Observaciones	Verificación "in situ"
<b>1. Documentación del proceso asistencial</b> de unidad cardiorrenal, formalizado por todos los agentes implicados, que contenga, como mínimo:		
Requisitos de <b>estructura</b>	1.1 Haber definido un comité operativo. 1.2 Tener establecido un organigrama de gestión.	Entrevista con un miembro del equipo directivo del hospital (Gerente, Director o Subdirector Médico)
Requisitos de <b>proceso</b>	1.3 El proceso o ruta asistencial debe estar consensuado con el equipo multidisciplinar y cumplir con criterios diagnósticos y recomendaciones de la guía ESC y KDIGO. 1.4 El documento debe definir los criterios y vías de inclusión en el programa. 1.5 El documento debe definir las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.	Entrevista con el responsable de la Unidad  Evaluación de la memoria de solicitud
<b>2. Cartera de Servicios</b>		
2.1 Ámbito geográfico y poblacional (incluyendo atención primaria)		Evaluación de la memoria de solicitud
2.2 Integración de todos los recursos útiles en el proceso de manejo del paciente con enfermedad CR		
2.3 Oferta de las modalidades asistenciales de atención de hospitalización, consulta externa y hospital de día.	Planta de hospitalización Cardiología Planta hospitalización Nefrología Hospital de día IC Unidad Cuidados intensivos	Comprobación de que la Unidad/Programa CR dispone de los recursos de hospitalización, consulta externa y hospital de día. No necesariamente debe tener asignados estos recursos, sino poder hacer uso de ellos
2.4 Oferta de consulta (paciente/cuidador) e interconsulta (otros profesionales sanitarios)	Especificar vía de comunicación	Entrevista con el responsable de la Unidad y evaluación memoria de solicitud
2.5 Posibilidad de interconsulta con servicios que puedan estar implicados en la atención del paciente CR		
2.6 Oferta y recursos de educación a paciente y cuidador		
<b>3. Recursos Humanos</b>		
3.1 Debe estar nombrados uno o dos responsables de la UCR.		Entrevista con un miembro del equipo directivo del hospital (Gerente, Director o Subdirector Médico)
3.2 Debe estar integrado por al menos un especialista en IC (procedente de cardiología o medicina interna) y un nefrólogo		
3.3 Debe contar con enfermería especializada en IC		
3.4 Debe contar con enfermería especializada en terapias de sustitución renal		

Documentación a remitir	Observaciones	Verificación "in situ"
3.5 Los miembros del equipo deben tener formación específica en patología cardiorrenal	Debe aportarse documentación pertinente	Comprobación in situ
3.6 Los miembros del equipo deben estar presentes durante la visita clínica		Entrevista con el responsable de la Unidad y evaluación memoria de solicitud
3.7 En el equipo debe incluirse una enfermera gestora de casos		
<b>4. Equipamiento/Procedimientos</b>		Comprobación in situ
4.1 Posibilidad de terapia de sustitución renal		
4.2 Disponibilidad de estudios analíticos de rutina		
4.3 Disponibilidad de determinación péptidos natriuréticos		
4.4 Disponibilidad de ECG		
4.5 Disponibilidad de ecocardiografía transtorácica y POCUS		
4.6 Disponibilidad de bioimpedancia		
4.7 Disponibilidad de terapias avanzadas cardiológicas	(terapia de resincronización, intervencionismo valvular, revascularización..)	
<b>5. Vías clínicas</b>		Entrevista con el responsable de la Unidad y evaluación memoria de solicitud
5.1 Proceso de planificación al alta y transición hospital-domicilio		
5.2 Protocolo de seguimiento ambulatorio en la unidad CR		
5.3 Criterios de derivación a la unidad CR		
5.4 Proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación		
5.5 Proceso específico para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida.		
5.6 Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC		
<b>6. Programa de formación continuada</b>		Entrevista con el responsable de la Unidad y evaluación de los programas de formación
6.1 Talleres de formación para médicos de familia y otros profesionales implicados en el proceso		
6.2 Rotaciones formativas		
6.3 Sesiones de actualización dentro del grupo de trabajo		
6.4 La UCR participará en el registro cardiorrenal español		Compromiso responsable de la Unidad

Documentación a remitir	Observaciones	Verificación "in situ"
<b>7. Indicadores de resultados</b>	En el caso de que la unidad no disponga de un cuadro de mandos con estos indicadores, bastará con el compromiso de participación en el registro multicéntrico de pacientes con enfermedad cardiorrenal	
7.1 Mortalidad a los 30 y 365 días	Total, cardiovascular, renal	Entrevista con el responsable de la unidad y evaluación de la memoria de los indicadores de la unidad
7.2 Hospitalización 30 y 365 días	Total, cardiovascular, renal	
7.3 Visitas a urgencias por causa renal (incluida hiperpotasemia) o cardiovascular		
7.4 Eventos renales mayores	Reducción mantenida del FG >40% Progresión a enfermedad renal en estadio final (FG <15) Inicio de terapia sustitución renal Muerte renal	
7.5 Eventos cardiovasculares mayores	Ingreso por Insuficiencia Cardíaca, Síndrome Coronario Agudo Accidente Cerebrovascular	
7.6 Trasplante cardíaco o renal		
7.7 Complicaciones derivadas de la técnica de diálisis peritoneal		
7.8 Tiempo desde la derivación hasta la valoración en la unidad CR	Debe ser menor a 7-10 días en el paciente de alto riesgo	
7.9 Tiempo desde el alta hospitalaria hasta la valoración en la unidad CR	Debe ser menor a 7-10 días	
<b>8. Sistemas de información</b>		
8.1 La unidad/programa y el servicio de cardiología y nefrología deben informar los registros de la SEC (Registro RECALCAR), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de benchmarking de indicadores de procesos y resultados		Compromiso firmado del responsable de la unidad
8.2 Informe de alta/consulta 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%	Incluye la identificación de la tipología de IC: insuficiencia cardíaca con FE reducida (ICFEr) -sistólica-; o insuficiencia cardíaca con FE preservada (ICFEp) -diastólica, así como diagnóstico y Pronóstico de la Enfermedad Renal Crónica según las categorías de filtrado glomerular y de albuminuria (KDIGO 2012).	Compromiso firmado del responsable de la unidad
8.3 La Unidad Cardiorrenal Especializada participará en el registro multicéntrico de pacientes con enfermedad cardiorrenal liderado por los grupos de trabajo SEC y S.E.N		Compromiso firmado del responsable de la unidad