

SCACEST. Listado de comprobación del cumplimiento de los requisitos

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
Estructura		<input type="checkbox"/>	
Sistema Regional de Atención al SCACEST		<input type="checkbox"/>	
SR.E.1. Documento escrito, revisable anualmente. Deben constar las personas que lo han elaborado/revisado y su filiación.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.2. Elaborado por todas las partes interesadas: representantes de los servicios / unidades de cardiología; del sistema de emergencias (centralita, movilidad); de los dispositivos de urgencias (tanto hospitalarios como no) y del Servicio de Salud respectivo.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.3. Debe existir un responsable del programa en el ámbito de la Comunidad	Nombramiento de responsable por la Consejería/Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma	<input type="checkbox"/>	
SR.E.4. Debe alcanzar al conjunto de la Comunidad Autónoma, tomando en consideración los tiempos de desplazamiento/traslado desde las distintas poblaciones	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.5. Debe establecer los hospitales receptores de SCACEST y el horario de alerta de los respectivos equipos de hemodinámica/intervencionismo, garantizando su estabilidad en el tiempo	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.6. Se debe sectorizar el territorio en función de isócronas de respuesta para cada hospital intervencionista de referencia	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.7. Debe disponer de protocolos y sistemas de ayuda a través de todo el proceso (sistemas de emergencia, servicios de urgencia, hospitales no receptores de pacientes con SCACEST y receptores de estos pacientes)	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.8. Debe disponer de personal, equipamiento y, si está previsto en el protocolo de activación, formación para realizar y transmitir ECG prehospitalario	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.9. Debe otorgar prioridad al tratamiento mediante angioplastia primaria frente a otras alternativas de revascularización	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.10. Debe prever la alerta al hospital intervencionista una vez establecida la sospecha diagnóstica de SCACEST, mientras el paciente es trasladado al hospital receptor de SCACEST	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.11. El equipo intervencionista debe estar en condiciones de llegar a la sala de hemodinámica en menos de 30 minutos	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.12. Debe evitar la asistencia del paciente con SCACEST en el servicio de urgencias del hospital receptor, derivándolo inmediatamente al laboratorio de hemodinámica e intervencionismo	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.13. Debe establecer un algoritmo estándar para la evaluación, cribado y tratamiento de los pacientes que acuden a los servicios médicos de emergencia	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.14. Debe crear un Comité de Supervisión del Proceso, de ámbito regional (se reúne y levanta actas), que revise periódicamente (calendario de reuniones) los indicadores y actualice el programa de conformidad con la experiencia local y la evidencia científica disponible	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
SR.E.15. Debe desarrollar indicadores de la calidad del proceso y su medición, incluyendo los tiempos de demora (cuadro de mandos integral del proceso con indicadores de Proceso y Resultados y sus desviaciones)	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
SR.E.16. Debe existir un programa de formación continuada que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal	Programa de formación continuada	<input type="checkbox"/>	
SR.E.17. Debe existir una página web fácilmente accesible de información para los profesionales sanitarios a los diferentes niveles que se constituya como núcleo de la actualización, tanto de la estructura como de posibles innovaciones e iniciativas de mejora. Además, de responder a las cuestiones y dudas que puedan suscitarse entre los profesionales. Esta web dependerá directamente del responsable del programa en el ámbito de la Comunidad	Página web	<input type="checkbox"/>	
SR.E.18. Debe, para garantizar los tiempos más cortos de acceso a la ICP-p, llegar a acuerdos con los Servicios de Salud de Comunidades Autónomas adyacentes para el traslado de pacientes con un SCACEST a unidades de referencia para ICP-p	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
Unidad Hospitalaria de Urgencias			
UHU.E.1. El Servicio de Urgencias debe estar integrado en el proceso SCA y utilizar el mismo protocolo de manejo del paciente con SCACEST que el Servicio o Unidad de Cardiología.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHU.E.2. El protocolo de manejo del paciente con SCACEST debe estar basado en las guías de práctica clínica aprobadas por la SEC.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHU.E.3. Los pacientes trasladados con diagnóstico de SCACEST <u>no deben</u> ser atendidos en el servicio de urgencias, siendo trasladado directamente a la unidad de hemodinámica.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHU.E.4. Todo paciente que consulte por dolor torácico no traumático debe tener realizado un ECG de 12 derivaciones en menos de 10' desde su entrada al servicio de urgencias.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHU.E.5. El paciente atendido en la UHU con ECG con elevación del ST o presentaciones atípicas del ECG debe ser trasladado de inmediato a una unidad de hemodinámica de referencia para ICP-p, sea en el propio hospital o en otro. Si se traslada al paciente a otro hospital se realizará mediante transporte medicalizado y avisará al centro coordinador de urgencias para que active a la unidad de hemodinámica del hospital receptor.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHU.E.6. Se debe estratificar el riesgo del paciente con sospecha de SCA, derivándose, de acuerdo con su ponderación a: unidad coronaria o de cuidados intensivos (riesgo alto o muy alto), planta con monitorización central (riesgo medio) o permaneciendo en observación en el área de urgencias o en la unidad de dolor torácico.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHU.E.7. Los pacientes con riesgo bajo, en observación en el área de urgencias deben tener sistematizada la repetición del ECG y marcadores de necrosis miocárdica, de conformidad con la guía, y realizar una prueba de esfuerzo antes de decidir la estrategia de revascularización y darle el alta.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
Unidad de referencia para ICPp			

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
UHI.E.1. Director del programa de ICP-p, nombrado por la gerencia a propuesta del responsable de la unidad o servicio de cardiología.	Nombramiento de responsable por la Gerencia del Hospital	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.2. Equipo multidisciplinar con representación del servicio de urgencias, la unidad de calidad, servicio de emergencias, unidad coronaria/unidad de cuidados intensivos y unidad de hemodinámica, que incluya un responsable médico y de enfermería.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.3. Programa de formación que incluya el entrenamiento práctico para sus miembros.	Programa de formación continuada	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.4. Cobertura de 24 horas al día, 7 días a la semana, los 365 días del año.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.5. El hospital donde esté ubicada la unidad de ICP-p, debe disponer de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de cuidados intensivos cardiológicos (recomendable) o de cuidados intensivos, que preste niveles de cuidados 2 y 3 de la Critical Care Society y cumpla con los estándares recomendables para este tipo de unidades. • Cirugía cardiovascular. En unidades que no disponen de servicio de cirugía cardiovascular en el mismo hospital debe existir un acuerdo formalizado con un servicio de cirugía cardiovascular para la transferencia rápida (< 60') de pacientes que puedan requerir cirugía cardíaca de emergencia. • Servicio o unidad de hematología y banco de sangre. • Diagnóstico por la imagen, incluyendo TAC. • Guardia de presencia física de cardiología. 		<input type="checkbox"/>	
UHI.E.6a. El equipo de guardia para ICP-p debe estar integrado por, al menos, 4 cardiólogos acreditados por la Sección de Hemodinámica e Intervencionismo de la SEC, que realicen, cada uno, 30 ICP-p por año. Debe haber un cardiólogo de guardia localizada 24 x 7 x 365.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardilogía	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.6b. Todos los profesionales de enfermería que entren dentro del programa de localizada de su centro deben conocer y dominar todas y cada una de las técnicas para la correcta realización del procedimiento en el contexto de la guardia localizada/código infarto. Se recomienda para este propósito, al menos, 2 enfermero/as de la plantilla de hemodinámica, siendo al menos 1 de ellos considerado profesional de enfermería experto en hemodinámica (según los criterios detallados en el documento al respecto)	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardilogía	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.7. El cardiólogo intervencionista y el resto del staff debe poder llegar al laboratorio de hemodinámica en un tiempo no superior a 30 minutos.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.8. Las unidades que formen parte de la red de ICP-p, deben realizar > 500 ICP por año, y > 50 ICP-p por año.	Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardilogía	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.9. La unidad receptora de ICP-p deben tener un Manual de Organización y Funcionamiento, que deben contener la guía de práctica clínica para el manejo del IAM avalada por la SEC, así como de procedimientos, adaptadas al entorno en el que se desempeña la unidad.	Manual de Organización y Funcionamiento	<input type="checkbox"/>	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
UHI.E.10. El Manual debe incorporar información sobre horas de funcionamiento, disponibilidad y responsabilidad de los miembros de la unidad, procedimiento de consentimiento informado y planes para manejar la isquemia recurrente, el reinfarto y las complicaciones del ICP.	Manual de Organización y Funcionamiento	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.11. La unidad receptora de ICP-p debe tener establecido un mecanismo de evaluación del desempeño, con indicadores de proceso (especialmente tiempos) y resultados, incluyendo complicaciones.	Cuadro de Mandos	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.12. La unidad receptora de ICP-p debe tener un proceso formalizado de mejora de la calidad y de seguridad del paciente, registrando los eventos adversos.	Proceso de mejora de la calidad y seguridad del paciente	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.13. La unidad receptora de ICP-p debe tener procesos formalizados de transición asistencial a unidades de hospitalización (niveles de cuidados 1 a 3) y, en su caso, al hospital de área del paciente.	Procedimiento formalizado para las transiciones asistenciales	<input type="checkbox"/>	
UHI.E.14. La unidad y el servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro de Actividad de la Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Registro RECALCAR), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de <i>benchmarking</i> de indicadores de procesos (especialmente tiempos) y resultados con el resto de unidades receptoras de ICP-p.		<input type="checkbox"/>	
Unidad de hospitalización			
UH.E.1. Disponer de procesos formalizados de transición asistencial, incluyendo el traslado desde la unidad de hemodinámica e intervencionismo y el alta hospitalaria del paciente a atención primaria.	Procedimiento formalizado para las transiciones asistenciales	<input type="checkbox"/>	
UH.E.2. Prestar una atención sistemática, asignándole un médico responsable de su atención, e iniciando, a su ingreso, el proceso de planificación del alta.	Proceso / vía clínica hospitalización	<input type="checkbox"/>	
UH.E.3. Asignar una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno	Proceso / vía clínica hospitalización	<input type="checkbox"/>	
UH.E.4. Desarrollar un sistema formalizado de intercambio de información entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente durante los cambios de turno, así como da de alta al paciente a otras unidades.	Proceso / vía clínica hospitalización	<input type="checkbox"/>	
UH.E.5. Tener criterios explícitos de admisión y alta de los pacientes.	Proceso / vía clínica hospitalización	<input type="checkbox"/>	
UH.E.6. Implantar sistemas de "seguimiento y activación".	Proceso / vía clínica hospitalización	<input type="checkbox"/>	
UH.E.7. Protocolizar la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos relacionados con el SCA. En el supuesto de unidades de nivel 3 no dependientes del servicio o unidad de cardiología del hospital, los protocolos de actuación deberán ser elaborados con el acuerdo entre ambos servicios.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares	<input type="checkbox"/>	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
<ul style="list-style-type: none"> UH.E.8. Las unidades con nivel de cuidados 2 y 3 deben: <ol style="list-style-type: none"> asegurar el cumplimiento sistemático de los siguientes estándares: Adoptar sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar diariamente los objetivos para cada paciente. - Higiene de las manos. - Identificación del paciente. - Instrucciones previas. Órdenes de no resucitación. - Prevención de caídas. - Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes. - Prevención de la infección asociada a catéter central. - Prevención de la infección asociada a sonda urinaria. - Prevención de los EA asociados a la ventilación mecánica Establecer un sistema formalizado de pase de visita conjunto entre médicos y enfermeras responsables de la atención al paciente, así como -en su caso- otros profesionales (dietista, farmacéutico, especialista consultor, trabajador social, fisioterapeuta, etc.). Disponer de técnicas de diagnóstico por la imagen cardiovascular para hacer una valoración morfo-funcional cardiaca. Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención. Adicionalmente, las unidades de cuidados agudos cardiológicos con nivel de cuidados 2 y 3 deben: <ul style="list-style-type: none"> • Tener un responsable médico y de enfermería de la unidad. • Mantener un médico responsable de la unidad de presencia física las 24 horas del día. • Mantener una relación de 2 a 1 enfermeras por paciente con necesidad de cuidados nivel 3 y de 3 a 1 enfermeras por paciente con necesidad de cuidados nivel 2. • Dotación de equipamiento que cumpla los estándares de la guía de la SEC. • > 2 camas por cada 100.000 habitantes en el ámbito de influencia del programa de ICP-p, para unidades receptoras y no < de 6 camas. 	<p>Manual de Organización y Funcionamiento</p> <p>Proceso / vía clínica hospitalización</p> <p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>	<input type="checkbox"/>	
UH.E.9. Todo paciente debe de ser incluido en la fase hospitalaria dentro de un programa multidisciplinar de rehabilitación cardiaca y plan de continuidad asistencial tras el alta.	Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA	<input type="checkbox"/>	
UH.E.10. Informe de alta 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%.	Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA	<input type="checkbox"/>	
Sistema de información			
SCACEST.SI.1. La unidad y el servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro RECALCAR), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de <i>benchmarking</i> de indicadores de procedimientos y resultados con el resto de las unidades.		<input type="checkbox"/>	
SCACEST.SI.2. La unidad participará en el registro de SCACEST.		<input type="checkbox"/>	

