



**Proceso Síndrome Coronario Agudo**  
**Con Elevación del ST**  
**Estándar de Calidad SEC**  
*Manual de Acreditación*

## Comité SEC-Excelente-Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST)

- **Coordinador:** Fernando Lozano Ruiz-Poveda. Hospital Universitario de Ciudad Real.
- **Vocales:**
  - Dr. Joan Antoni Gómez Hospital, Hospital Universitario de Bellvitge.
  - Dr. Iván Javier Núñez Gil, Hospital Clínico San Carlos.
  - Dra. Miren Tellería Arrieta, Hospital Universitario de Donostia.
- **Coordinador de SEC Excelente:** Francisco Ruiz Mateas Área de gestión de Cardiología, Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol (Málaga).
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.
- **Secretaría Técnica:** Francisco Javier Elola Somoza. Director de Elola Consultores.
- **Secretaría Administrativa:** Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón).

### SEC-EXCELENTE. Proceso \_\_\_\_\_

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 la misma.

## Índice

1. Introducción .....	4
2. Proceso de acreditación. Metodología .....	4
2.1. Revisión de la documentación .....	4
2.2. Informe .....	4
2.3. Monitorización .....	4
2.4. Certificación .....	5
3. Documentación a remitir .....	5
4. Monitorización .....	11

## Tablas

Tabla 1. Documentación a remitir .....	5
Tabla 2. Aspectos a revisar en la monitorización “in situ” .....	11

## 1. Introducción

Este Manual es un instrumento para facilitar la relación entre los distintos agentes que intervienen en el proceso de acreditación del proceso “Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST” y debe utilizarse de forma conjunta con el documento: “Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST. Estándar de Calidad SEC. Proceso”.

## 2. Proceso de acreditación. Metodología

El proceso de acreditación consta de cuatro fases: 1. Revisión de la documentación; 2. Informe; 3. Monitorización “in situ”; y 4. 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 (véase el apartado 3. Documentación a remitir) se remitirá a la secretaría de SEC-Excelente: [lperez@secardiologia.es](mailto:lperez@secardiologia.es). La remisión de la documentación se acompañará, **en archivo aparte**, del listado de comprobación que se adjunta con la remisión de la invitación (tabla 1). 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 de auditoría con observaciones y recomendaciones, tanto de mejora como la propuesta (o no) de acreditación de la unidad por la SEC, 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 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<sup>(1)</sup>. La monitorización comprenderá:

- a) Entrevista con el responsable de la unidad.

---

<sup>(1)</sup> En la II Fase del proyecto la monitorización “in situ” se realizará de forma aleatoria en un 10-20% de unidades que soliciten su certificación.

- 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 emitirá un certificado de acreditación del proceso en el servicio o unidad de cardiología correspondiente, reconociendo el cumplimiento de los estándares establecidos.

### 3. Documentación a remitir

La documentación a remitir es la siguiente:

**Tabla 1. Documentación a remitir**

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>Estructura</b>		Revisión documental ( <i>check list</i> cumplimentado por el responsable de la unidad) y comprobación "in situ", mediante auditoría
<b>Sistema Regional de Atención al SCACEST</b>		
<b>SR.E.1.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.2.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.3.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.4.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.5.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.6.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.7.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.8.</b> 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	Revisión documental

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>SR.E.9.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.10.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.11.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.12.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.13.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.14.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.15.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.16.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.17.</b> 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	Revisión documental
<b>SR.E.18.</b> 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	Revisión documental
<b>Unidad Hospitalaria de Urgencias</b>		
<b>UHU.E.1.</b> 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	Revisión documental
<b>UHU.E.2.</b> 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	Revisión documental
<b>UHU.E.3.</b> 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	Revisión documental
<b>UHU.E.4.</b> 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	Revisión documental

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>UHU.E.5.</b> 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	Revisión documental
<b>UHU.E.6.</b> 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	Revisión documental
<b>UHU.E.7.</b> 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	Revisión documental
<b>Unidad de referencia para ICPp</b>		
<b>UHI.E.1.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.2.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.3.</b> Programa de formación que incluya el entrenamiento práctico para sus miembros.	Programa de formación continuada	Revisión documental
<b>UHI.E.4.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.5.</b> El hospital donde esté ubicada la unidad de ICP-p, debe disponer de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 (&lt; 60') de pacientes que puedan requerir cirugía cardiaca de emergencia.</li> <li>• Servicio o unidad de hematología y banco de sangre.</li> <li>• Diagnóstico por la imagen, incluyendo TAC.</li> <li>• Guardia de presencia física de cardiología.</li> </ul>		Revisión documental (check list cumplimentado por el responsable de la unidad) y monitorización "in situ"
<b>UHI.E.6a.</b> 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 Acreditación de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología	Revisión documental Entrevista con el responsable de la unidad de hemodinámica Entrevista con el responsable del servicio / unidad de cardiología
<b>UHI.E.6b.</b> Todos los profesionales de enfermería que entren dentro del programa de localización 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 Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología	Revisión documental Entrevista con la supervisora de la unidad de hemodinámica Entrevista con el responsable del servicio / unidad de cardiología

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>UHI.E.7.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.8.</b> 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 cardiología	Revisión documental Registro de Hemodinámica y CI
<b>UHI.E.9.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.10.</b> 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 reinfarcto y las complicaciones del ICP.	Manual de Organización y Funcionamiento	Revisión documental
<b>UHI.E.11.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.12.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.13.</b> 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	Revisión documental
<b>UHI.E.14.</b> 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.		RECALCAR, Registro de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista
<b>Unidad de hospitalización</b>		
<b>UH.E.1.</b> 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	Revisión documental
<b>UH.E.2.</b> 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	Revisión documental
<b>UH.E.3.</b> Asignar una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno	Proceso / vía clínica hospitalización	Revisión documental
<b>UH.E.4.</b> 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 de alta al paciente a otras unidades.	Proceso / vía clínica hospitalización	Revisión documental
<b>UH.E.5.</b> Tener criterios explícitos de admisión y alta de los pacientes.	Proceso / vía clínica hospitalización	Revisión documental
<b>UH.E.6.</b> Implantar sistemas de "seguimiento y activación".	Proceso / vía clínica hospitalización	Revisión documental
<b>UH.E.7.</b> 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	Revisión documental



ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<p><b>U.H.E.8.</b> Las unidades con nivel de cuidados 2 y 3 deben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>asegurar el cumplimiento sistemático de los siguientes estándares: Adoptar sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar diariamente los objetivos para cada paciente.</li> <li>- Higiene de las manos.</li> <li>- Identificación del paciente.</li> <li>- Instrucciones previas. Órdenes de no resucitación.</li> <li>- Prevención de caídas.</li> <li>- Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes.</li> <li>- Prevención de la infección asociada a catéter central.</li> <li>- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.</li> <li>- Prevención de los EA asociados a la ventilación mecánica</li> </ul> </li> <li>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.).</li> <li>Disponer de técnicas de diagnóstico por la imagen cardiovascular para hacer una valoración morfo-funcional cardiaca.</li> <li>Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.</li> </ol> <p>Adicionalmente, las unidades de cuidados agudos cardiológicos con nivel de cuidados 2 y 3 deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener un responsable médico y de enfermería de la unidad.</li> <li>• Mantener un médico responsable de la unidad de presencia física las 24 horas del día.</li> <li>• 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.</li> <li>• Dotación de equipamiento que cumpla los estándares de la guía de la SEC.</li> <li>• &gt; 2 camas por cada 100.000 habitantes en el ámbito de influencia del programa de ICP-p, para unidades receptoras y no &lt; de 6 camas.</li> </ul>	<p>Manual de Organización y Funcionamiento</p> <p>Proceso / vía clínica hospitalización</p> <p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Monitorización "in situ"</p> <p>Entrevista con el responsable de la unidad de cuidados críticos</p>
<p><b>U.H.E.9.</b> 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.</p>	<p>Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA</p>	<p>Revisión documental</p>
<p><b>U.H.E.10.</b> 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 &gt; 95%.</p>	<p>Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA</p>	<p>Revisión documental</p>
<b>Resultados</b>		
<p><b>SCACEST.R.1. Tasa de mortalidad intrahospitalaria ajustada a riesgo (Comunidad Autónoma / Hospital)</b></p>		<p>CMBD (RECALCAR)</p>
<p><b>SCACEST.R.2. Tasa de reingresos ajustada a riesgo (Comunidad Autónoma / Hospital)</b></p>		<p>CMBD (RECALCAR)</p>
<p><b>SCACEST.R.3. Tasa anual de PCIp en pacientes con SCACEST (Comunidad Autónoma / Hospital)</b></p>		<p>CMBD (RECALCAR) / Registro SCACEST</p>
<p><b>SCACEST.R.4. Tasa combinada de complicaciones mayores (mortalidad, revascularización quirúrgica, ictus) en episodio de IAM con angioplastia (Hospital)</b></p>		<p>CMBD (RECALCAR) / Registro SCACEST</p>
<p><b>SCACEST.R.5. Muerte o trasplante cardíaco a 30 días / Muerte o trasplante cardíaco a 30 días excluyendo a pacientes en shock cardiogénico o PCR.</b></p>		<p>CMBD (RECALCAR) / Registro SCACEST</p>
<p><b>SCACEST.R.6. Muerte o trasplante cardíaco a 1 año / Muerte o trasplante cardíaco a 1 año excluyendo a pacientes en shock cardiogénico o PCR.</b></p>		<p>CMBD (RECALCAR) / Registro SCACEST</p>
<p><b>Sistema de información</b></p>		

ESTÁNDARES	CRITERIO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
<b>SCACEST.SI.1.</b> 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 unidades.		RECALCAR y otros registros oficiales de la SEC
<b>SCACEST.SI.2.</b> La unidad participará en el registro de SCACEST.		Registro del proceso SCACEST

#### 4. Monitorización

Los aspectos que se comprobarán en la visita de monitorización “in situ” serán los siguientes:

**Tabla 2. Aspectos a revisar en la monitorización “in situ”**

Elementos de la auditoría	Observaciones	Mecanismo de verificación
<b>Estructura</b>		<b>Monitorización "in situ"</b>
<b>Unidad de referencia para ICPp</b>		
<p><b>UHI.E.5.</b> El hospital donde esté ubicada la unidad de ICP-p, debe disponer de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de cuidados intensivos cardiológicos (recomendable) o de cuidados intensivos, que preste niveles de cuidados 2 y 3 de la <i>Critical Care Society</i> y cumpla con los estándares recomendables para este tipo de unidades.</li> <li>• 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 (&lt; 60') de pacientes que puedan requerir cirugía cardíaca de emergencia.</li> <li>• Servicio o unidad de hematología y banco de sangre.</li> <li>• Diagnóstico por la imagen, incluyendo TAC.</li> <li>• Guardia de presencia física de cardiología.</li> </ul>		Revisión documental ( <i>check list</i> cumplimentado por el responsable de la unidad) y monitorización " <i>in situ</i> "
<p><b>UHI.E.6a.</b> 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.</p>	<p>Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares</p> <p>Acreditación de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC</p> <p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista con el responsable de la unidad de hemodinámica</p> <p>Entrevista con el responsable del servicio / unidad de cardiología</p>
<p><b>UHI.E.6b.</b> 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)</p>	<p>Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares</p> <p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista con la supervisora de la unidad de hemodinámica</p> <p>Entrevista con el responsable del servicio / unidad de cardiología</p>
<b>Unidad de hospitalización</b>		

Elementos de la auditoría	Observaciones	Mecanismo de verificación
<p><b>UH.E.8.</b> Las unidades con nivel de cuidados 2 y 3 deben:</p> <p>1. asegurar el cumplimiento sistemático de los siguientes estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoptar sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos.</li> <li>- Evaluar diariamente los objetivos para cada paciente.</li> <li>- Higiene de las manos.</li> <li>- Identificación del paciente.</li> <li>- Instrucciones previas. Órdenes de no resucitación.</li> <li>- Prevención de caídas.</li> <li>- Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes.</li> <li>- Prevención de la infección asociada a catéter central.</li> <li>- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.</li> <li>- Prevención de los EA asociados a la ventilación mecánica</li> </ul> <p>2. 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.).</p> <p>3. Disponer de técnicas de diagnóstico por la imagen cardiovascular para hacer una valoración morfo-funcional cardiaca.</p> <p>4. Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.</p> <p>Adicionalmente, las unidades de cuidados agudos cardiológicos con nivel de cuidados 2 y 3 deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener un responsable médico y de enfermería de la unidad.</li> <li>• Mantener un médico responsable de la unidad de presencia física las 24 horas del día.</li> <li>• 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.</li> <li>• Dotación de equipamiento que cumpla los estándares de la guía de la SEC.</li> <li>• &gt; 2 camas por cada 100.000 habitantes en el ámbito de influencia del programa de ICP-p, para unidades receptoras y no &lt; de 6 camas.</li> </ul>	<p>Manual de Organización y Funcionamiento</p> <p>Proceso / vía clínica hospitalización</p> <p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Monitorización "in situ"</p> <p>Entrevista con el responsable de la unidad de cuidados críticos</p>