

SEMI-Excelente
Criterios y estándares para la recertificación de las Unidades
Monográficas de Medicina Interna de
Enfermedad Tromboembólica Venosa

15.11.24

1. INTRODUCCIÓN

Los criterios y estándares para la certificación de las unidades monográficas de enfermedad tromboembólica (UETV) de los servicios de Medicina Interna fueron aprobadas por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en 2019. La UETV del Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX fue certificada como Excelente por la SEMI con fecha de XX.XX.2019, por una duración de cinco años. Para proceder a la recertificación de la unidad por un período adicional de cinco años se desarrollará un proceso simplificado, que se describe a continuación.

2. REQUISITOS Y NIVELES DE ACREDITACIÓN

La solicitud de recertificación de la UETV deberá ser firmada por el jefe del servicio de Medicina Interna (MI), especificando a que tipología de unidad de UETV aplica (Anexo 1).

En el supuesto de que la UETV desee recertificarse en el mismo nivel de complejidad (asistencial, docente o avanzada) que el correspondiente a la certificación previa, únicamente será preciso constatar mediante declaración responsable en el apartado correspondiente del Anexo 2 que se mantiene el requisito y cumplimentar la información correspondiente en las celdas de la columna “Modificación (especificar y, en su caso, adjuntar documentación)”, así como adjuntar la siguiente información:

- Cuadro de Mandos de la unidad del último año.
- Memoria anual de la unidad del último año.
- Declaración responsable del jefe de servicio de MI de participar en los registros de la SEMI del grupo de enfermedad tromboembólica durante, al menos, el número de años mínimo requerido para cada nivel de complejidad.
- Declaración responsable del jefe de servicio de MI de participar en el registro RECALMIN.
- Listado de comunicaciones a congresos nacionales o internacionales, jornadas acreditadas de SEMI o del grupo de trabajo de ETV (Autores; Título; Congreso/Reunión/Año) en los tres últimos años.
- Listado de artículos publicados o aceptados para publicación en revistas indexadas (Autores; Título; Revista; Año: Factor de Impacto) en los tres últimos años.

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

En el supuesto de que la UETV proponga un cambio en el nivel de complejidad deberá acompañar toda la documentación exigida para acreditar los requisitos establecidos para ese nivel.

3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

1. El Servicio de Medicina Interna que solicite la recertificación de la UETV remitirá al Grupo de Trabajo una propuesta normalizada (Anexos 1). 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, de la recertificación de la UETV 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 recertificación 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.

Anexo 1. Solicitud de certificación de la Unidad de Unidad Tromboembólica Venosa

Los Dres.:

_____, Jefe de Servicio de Medicina Interna, y

_____, responsable de la Unidad de Unidad Tromboembólica

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

SOLICITAN

La recertificación 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 y los registros de ETV que desarrolle el grupo de enfermedad tromboembólica de SEMI

En _____, a __, de __, de _____

Fdo.:

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

Dr./Dra. _____, responsable de la UTV

⁽¹⁾ Asistencial, docente, o avanzada

Información acompañante

- **Teléfono de contacto:**
- **Correo electrónico:**
- **Año de puesta en funcionamiento de la unidad:**
- **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 la certificación y recertificación de las unidades de Tromboembolismo Venoso

	Documentación	Criterios			Requisito para la verificación del estándar	Modificación (especificar y, en su caso, adjuntar documentación)
	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	Dedicación mínima exigible para cada nivel del responsable de la unidad (expresar en horas/semana)	5 horas /semana	10 horas/semana	15 horas /semana	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Otros Médicos Internistas y dedicación mínima exigible para cada nivel (expresar en ETC)		5 horas /semana	10 horas /semana	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Enfermeras (expresar en ETC)				Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Otros profesionales (expresar en ETC): OTROS ESPECIALISTAS DIFERENTE A MI		5 horas/semana	10 horas/semana	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
Requisitos de estructura. Recursos Físicos y Equipamiento	Consulta (horas semana)	5 horas/semana	5 horas /semana	10 horas/semana	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Hospital de Día (horas semana)			5 horas /semana	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Camas (si dedicadas a la UMOMI)			2-4 enfermos ingresados/semana	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Equipamiento:	1 CONSULTA	1 CONSULTA	DOS CONSULTAS , CAMAS HOSPITALIZACIÓN	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	Disponibilidad de otros recursos (pruebas de laboratorio o de imagen, otros servicios o unidades que deban estar en el hospital, etc.): AL MENOS UNA DE ESTAS				Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>
	ECOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES PROPIA			SI	Mantenimiento requisito del	<input type="checkbox"/>

	Documentación	Criterios			Requisito para la verificación del estándar		Modificación (especificar y, en su caso, adjuntar documentación)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada			
	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA: FILTRO CAVA, TROMBOLISIS LOCAL. TROMBECTOMIA..			SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA MANEJO DE POBLACIONES ESPECIALES: GESTANTES, I. RENAL, NEUROCIRUGÍA...			SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	SER CENTRO DE REFERENCIA PARA PROBLEMAS DE ETV			SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
Requisitos de estructura. Volumen de actividad	Población del ámbito de influencia de la unidad				Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	Número de pacientes seguidos en la unidad desde su creación	100 CASOS	200 CASOS	300 CASOS	Nº de pacientes:		
	Número de pacientes seguidos en la unidad en el último año	100 CASOS	200 CASOS	300 CASOS	Nº de pacientes:		
	CONSULTA MONOGRÁFICA ETV		SI	SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	INTERCONSULTAS		SI	SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
Requisitos de estructura. Organización y gestión	Manual de organización y funcionamiento de la unidad			SI	Mantenimiento requisito	del	
	Programa estructurado de sesiones específicas de la unidad		SI	SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	Cuadro de Mandos de la unidad	SI	SI	SI	Cuadro de Mandos del último año	del	
	Memoria anual de la unidad	SI	SI	SI	Memoria del último año		
Requisitos de procesos	Procesos, vías clínicas, rutas asistenciales, que deban tener formalizados				Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	MANEJO TVP		SI	SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
	MANEJO TEP		SI	SI	Mantenimiento requisito	del	<input type="checkbox"/>
Indicadores de resultados	MORTALIDAD ANUAL POR TEP			SI	Tasa bruta de mortalidad (%):		
	HEMORRAGIAS MAYORES POR ANTICOAGULACIÓN ⁽¹⁾			SI	Porcentaje de hemorragias:		
	HEMORRAGIAS MENORES POR ANTICOAGULACIÓN ⁽²⁾			SI	Porcentaje de hemorragias:		
	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA TVP			SI	Porcentaje de casos:		

	Documentación	Criterios			Requisito para la verificación del estándar	Modificación (especificar y, en su caso, adjuntar documentación)
	Nivel	Asistencial	Docente	Avanzada		
	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA EP DE RIESGO BAJO			SI	Porcentaje de casos:	
	RECURRENCIAS ETV			SI	Porcentaje de recurrencias	
Formación	Formación MIR (Medicina Interna) en el servicio		SI	SI	Mantenimiento del requisito	<input type="checkbox"/>
	Programa de formación MIR en la unidad		SI	SI	Mantenimiento del requisito	<input type="checkbox"/>
	Programa de formación continuada de los miembros de la unidad (MASTER EN ETV, TRATAMIENTO ANTIOGULANTE..)			SI	Mantenimiento del requisito	<input type="checkbox"/>
	Tesis doctorales			SI	Nº tesis:	
Investigación	Participación en registros de SEMI	INICIO COLABORACION EN REGISTROS ETV	COLABORACIÓN EN REGISTROS ETV MAS DE 1 AÑO	COLABORACIÓN EN REGISTROS ETV MAS DE 3 AÑOS	Mantenimiento del requisito	<input type="checkbox"/>
		RECALMIN	RECALMIN	RECALMIN	Mantenimiento del requisito	<input type="checkbox"/>
	Comunicaciones en Congresos / reuniones SEMI / Grupo de Trabajo (3 últimos años)		2	2	Listado de comunicaciones (Autores; Título; Congreso/Reunión/Año)	
	Número de publicaciones indexadas (3 últimos años)		1	3	Listado de artículos (Autores; Título; Revista; Año: Factor de Impacto)	
	Factor impacto (3 últimos años)			4	Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Medicina Interna o, en su caso, de la Gerencia o Dirección Médica del centro	

(1) Hemorragias mayores: Implica eventos clínicamente significativos que pueden poner en peligro la vida o requieren intervenciones mayores. Pueden ser fatales, discapacitante o requerir hospitalización.

(2) Hemorragias menores: Hemorragia visible o clínicamente detectable que no cumple con los criterios de hemorragia mayor, pero aún tiene relevancia clínica