

**MANUAL DE ACREDITACIÓN DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA
PARA CONSULTA MONOGRÁFICA DE
TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO (CM),
UNIDAD DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO (UTM)
Y UNIDAD DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
MÉDICO-QUIRÚRGICA (UTM-MQ)**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN)

Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM)

Comité *ad-hoc* de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas



GLOSARIO

CM:	Consulta Monográfica.
ECP:	Estimulación Cerebral Profunda.
EP:	Enfermedad de Parkinson.
EPA:	Enfermedad de Parkinson avanzada.
GETM:	Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento.
SEN:	Sociedad Española de Neurología.
PC:	Pruebas Complementarias.
SMC:	Sistema de Mejora Continua.
TM:	Trastorno del Movimiento.
UTM:	Unidad de Trastornos del Movimiento.
UTM-MQ:	Unidad de Trastornos del Movimiento Médico-Quirúrgica.

[PREÁMBULO]

La Sociedad Española de Neurología (SEN), mediante su Junta Directiva, aprobó en Julio de 2003 la formación de un Comité *ad hoc* de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Neurología con los objetivos de:

- Difundir los conceptos de acreditación y certificación de Unidades Clínicas y su utilidad en el momento actual.
- Redactar un manual de acreditación de la SEN general y específico para diferentes Unidades Clínicas.
- Analizar y proponer los cambios que debe realizar la SEN para ser reconocida como entidad acreditadora.
- Fomentar la formación de miembros de la SEN en "Auditoría de Unidades y Servicios Clínicos" (Cuerpo de Evaluadores).

Tras el informe presentado por este Comité, la Junta Directiva aprobó en noviembre de 2004 la creación de un Subcomité para el desarrollo de un **Sistema de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Neurología** propio de la SEN. En primer lugar, con el fin de ser operativos, se limitó el ámbito de desarrollo a las siguientes Unidades (*Programas de Acreditación*):

- Servicios de Neurología de Referencia Asistencial y Docente.
- Servicios y Secciones de Neurología.
- Unidades de Neurología de la Conducta y Demencias.
- Unidades de Epilepsia.
- Unidades de Ictus.
- Unidades de Esclerosis Múltiple.

Para cada una de ellas se desarrollaría un Programa de Acreditación con un *Manual de Criterios de Acreditación* específico para cada uno de estos tipos de Servicios o Unidades Clínicas. Para la conformación del Subcomité se solicitó a los correspondientes Grupos de Estudio de la SEN que designaran cada uno a 2 personas que se comprometieran a trabajar en este proyecto. Para llevar a cabo esta iniciativa, en noviembre de 2004 la SEN firmó un convenio de colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) que actuaría de asesora y apoyaría al Subcomité en el desarrollo de su misión. Finalmente, el Subcomité quedó constituido y realizó su primera reunión durante la Reunión Anual de la SEN en noviembre de 2004. En esta reunión se presentó la metodología de trabajo y un cronograma a seguir. El Subcomité realizó varias reuniones de trabajo presenciales y mucho trabajo no presencial con el fin de consensuar una guía de criterios que cubriera todo el abanico de aspectos a evaluar, discutiéndose numerosos aspectos relacionados con los estándares y contenidos de cada criterio que eran variables de un programa a otro, hasta conseguir un primer borrador de trabajo.

Durante el desarrollo de estos Manuales de Criterios de Acreditación se aconsejó a cada grupo de trabajo que mantuviera contactos con otros miembros de los Grupos de Estudio correspondientes, de modo que tanto los enunciados como los contenidos de cada criterio tuvieran un sólido respaldo desde un punto de vista "técnico". Una vez elaborado el primer borrador (noviembre de 2005), se remitió el texto a diferentes revisores del país con el fin de que aportaran su opinión experta en los diferentes programas desarrollados, de modo que cada uno de los Manuales de Criterios de Acreditación fue analizado por varios expertos en cada tema. Finalmente, durante los meses de abril a junio de 2006, se pilotó cada uno de los manuales de acreditación en diferentes Servicios y Unidades clínicas del país para valorar la oportunidad de los criterios, su inteligibilidad y fiabilidad. Igualmente, se solicitó que se opinara sobre la necesidad de incluir nuevos criterios, de excluir alguno de los propuestos o bien modificar el tipo propuesto (Obligatorio o Recomendable). Para realizar la visita de pilotaje, se constituyeron varios equipos de evaluadores formados por miembros del Subcomité de Acreditación. En primer lugar, se seleccionaron por consenso los Servicios y Unidades a evaluar. Posteriormente, se solicitó la aceptación a participar tanto a los Jefes de Servicio o Unidad como a los propios directores de los centros donde se iba a realizar la evaluación. Para ello, se informó por carta sobre los objetivos y el tipo de visita de evaluación (pilotaje) que se iba a realizar, así como de los requisitos y documentación que se iba a solicitar. Una vez obtenida dicha aceptación, se concertó la fecha de visita y finalmente se procedió a la realización de la visita de evaluación (tipo pilotaje).

Tras el pilotaje, cada equipo evaluador realizó su informe y los resultados fueron discutidos por el Subcomité en una reunión que tuvo lugar en las dependencias de la propia EASP, en Granada. Las modificaciones propuestas se incorporaron a las nuevas versiones de los manuales.

En 2007 se actualizaron los Manuales de Criterios de Acreditación de Unidades de Esclerosis Múltiple, Neurología de la Conducta y Demencias e Ictus y, en 2009, los anteriores y el de Unidades de Epilepsia. El Manual de Acreditación para Servicios y Unidades Clínicas de Neurología se actualizó en 2010. El nuevo Manual de Acreditación de Unidades de Cefaleas en 2018. Por último, en el año 2019 se desarrolló del Manual de Acreditación para Consultas Monográficas de Trastornos del Movimiento, para Unidades Médicas de Trastornos del Movimiento y para Unidades Médico-Quirúrgicas de Trastornos del Movimiento. Estos manuales son el fruto del trabajo y colaboración de un buen número de profesionales para conseguir un conjunto de criterios que dibujen de forma sensible y oportuna lo que para nosotros implica decir que un Servicio o Unidad de Neurología es de calidad, trabaja con calidad o -mejor- "ofrece un servicio con garantías de calidad".

[GRUPO DE TRABAJO]

El grupo de trabajo que ha desarrollado estos Manuales de Criterios de Acreditación quedó formado por los miembros correspondientes del Subcomité de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Neurología y miembros de la Escuela Andaluza de Salud Pública en condición de Asesores Técnicos. En el grupo de trabajo han participado activamente las siguientes personas (los cargos y centros de trabajo de los listados de este apartado y el siguiente corresponden a los recogidos en las últimas versiones de los respectivos manuales):

COORDINADOR

- **Jaume Morera**

Coordinador Comité Ad-Hoc de Acreditación y Certificación de Unidades Clínicas.
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante).

REPRESENTANTE JUNTA DIRECTIVA SEN

- **Mari Carmen Calles**

Vocal Junta Directiva SEN.
Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

POR EL GRUPO DE GESTIÓN

- **Carmen Lema**

Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

- **Javier Marta**

Hospital "Miguel Servet". Zaragoza.

- **José María Aguilera**

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

- **Joaquín Escudero**

Hospital General Universitario de Valencia.

POR EL GRUPO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS

- **Félix Viñuela**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

- **María Sagrario Barquero**

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

POR EL GRUPO DE EPILEPSIA

- **Pilar de la Peña**

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

- **Jerónimo Sancho**

Hospital General de Valencia.

POR EL GRUPO DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

- **Francisco Rubio**

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

- **Carlos Vilar Fabra**

Hospital General de Castellón.

POR EL GRUPO DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

- **Joaquín Escudero**
Hospital General Universitario de Valencia.
- **Maria del Carmen Calles**
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

POR EL GRUPO DE CEFALEAS

- **Patricia Pozo-Rosich**
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
- **Mariano Huerta**
Hospital de Viladecans.
- **Javier Marta**
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- **David Ezpeleta**
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid.

POR EL GRUPO DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

- **Diego Santos García**
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).
- **Silvia Jesús Maestre**
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- **Lluís Planellas Giné**
Hospital Universitario Clínic. Barcelona.
- **Araceli Alonso Cánovas**
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- **Joaquín Escudero Torrella**
Hospital General Universitario de Valencia.
- **Pablo Mir Rivera**
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

ASESORES TÉCNICOS

- **Juan José Pérez Lázaro**
- **Martín Tejedor Fernández.**

■ Revisores de los manuales de criterios de los diferentes programas de acreditación

REVISORES MANUAL DE SERVICIOS Y SECCIONES DE NEUROLOGÍA

- **Jordi Alom Poveda**
Jefe Sección de Neurología.
Hospital General Universitario de Elche. Elche.
- **José Ramón Ara Callizo**
Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

- **Ignacio Casado Naranjo**
Jefe Sección de Neurología.
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.
- **Óscar Fernández Fernández**
Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.
- **Rosa Fernández Herranz**
Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid.
- **Esteban García-Albea Ristol**
Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.
- **Juan Carlos García Moncó**
Jefe Servicio de Neurología.
Hospital de Galdácano. Vizcaya.
- **Mercedes Martín Moro**
Médico Adjunto Servicio de Neurología.
Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.
- **M. Rosario Martín González**
Jefe Sección Neurología.
Hospital Clínico Universitario San Juan. San Juan. Alicante.
- **Fernando Montón Álvarez**
Jefe Sección de Neurología.
Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.
- **Ángel Ortega Moreno**
Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
- **José María Trejo Gabriel y Galán**
Jefe Sección de Neurología.
Hospital General Yagüe. Burgos.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE EPILEPSIA

- **Juan Carlos Sánchez Álvarez**
Médico Adjunto en Servicio Neurología.
Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
- **María Isabel Forcadas Berdusán**
Jefe Sección de Neurología.
Hospital Cruces. Bilbao.
- **Antonio Gil Nagel Rein**
Especialista Epilepsia en el Departamento de Neurología.
Hospital Ruber Internacional. Madrid.
- **Vicente Iváñez Mora**
Médico Adjunto en Servicio Neurología.
Hospital La Paz. Madrid.

- **Pilar de la Peña Mayor**

Jefe de Sección en funciones en Servicio de Neurología.
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

- **Miguel Rufo Campos**

Servicio Neurología Infantil.
Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS

- **Alfredo Robles Bayón**

Médico Adjunto en Servicio Neurología.
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

- **Mercé Boada Rovira**

Médico Adjunto en Servicio Neurología.
Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

- **Fernando Castellanos Pinedo**

Médico Adjunto en Unidad de Neurología.
Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

- **María Dolores Martínez Lozano**

Coordinadora de la Unidad de Memoria y Demencias.
Hospital La Magdalena. Castellón.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE ICTUS

- **Antonio Dávalos Errando**

Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Germans Trias y Pujol. Badalona.

- **Joaquín Serena Leal**

Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

- **Exuperio Díez Tejedor**

Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

- **Óscar Fernández Fernández**

Jefe Servicio de Neurología.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

- **Miguel Ángel Hernández Pérez**

Médico Adjunto en Servicio de Neurología.
Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

- **Xavier Montalbán Gairin**

Director Unidad de Neuroinmunología Clínica.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

- **Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz**

Jefe Servicio de Neurología.
Hospital de Basurto. Basurto.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE CEFALÉAS

- **Ana Gago**

Responsable de la Unidad de Cefaleas.
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

- **Ángel Guerrero**

Responsable de la Unidad de Cefaleas.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

- **José Miguel Láinez**

Jefe de Servicio.
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

- **Jesús Porta**

Responsable de la Unidad de Cefaleas.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

- **Margarita Sánchez del Río**

Directora del Programa de Cefaleas.
Hospital Ruber Internacional. Madrid.

- **Sonia Santos**

Responsable de la Consulta de Cefaleas.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

- **Javier Viguera**

Responsable de la Consulta de Cefaleas.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

REVISORES MANUAL DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

- **Javier Pagonabarraga Mora**

Unidad de Trastornos del Movimiento.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

- **Isabel Pareés Moreno**

Unidad de Trastornos del Movimiento.
Hospital Ruber Internacional. Madrid.

- **Juan Carlos Martínez Castrillo**

Unidad de Trastornos del Movimiento.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

- **Pedro García Ruíz**

Unidad de Trastornos del Movimiento. *Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

- **Jaime Kulisevsky Bojarski**

Unidad de Trastornos del Movimiento.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

- **María Rosario Luquín Piudo**

Unidad de Trastornos del Movimiento.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

ÍNDICE

Presentación

Sistema de puntuación

[ÍNDICE]

■ PRESENTACIÓN.....	16
■ SISTEMA DE PUNTUACIÓN Y CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN OBTENIDA.....	18
■ APARTADO A: REQUISITOS GENERALES.....	20
A.1 Existe una definición operativa de la CM/UTM/UTM-MQ (0).....	22
A.2 La dirección del centro reconoce y apoya la existencia de la CM/UTM/UTM-MQ (0).....	22
A.3 El centro sanitario al que pertenece la CM/UTM/UTM-MQ dispone de autorización para prestar asistencia sanitaria (0).....	22
A.4 La CM/UTM/UTM-MQ lleva en funcionamiento el tiempo adecuado (0).....	23
A.5 Registros (0).....	23

■ APARTADO B: ESTRUCTURA26

SUBAPARTADO B-a. RECURSOS HUMANOS 29

- B-a.1** Existe un responsable de la UTM/UTM-MQ (NA para CM, O para UTM y UTM-MQ) 29
- B-a.2** La CM/UTM/UTM-MQ debe disponer de suficiente número de neurólogos como personal asignado a la misma para garantizar la asistencia (O) 29
- B-a.3** Competencia de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ 30
- B-a.4** Otros facultativos (O) 31
- B-a.5** Personal de Enfermería 32
- B-a.6** Personal no sanitario (O) 32

SUBAPARTADO B-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES 33

- B-b.1** Accesos (O) 33
- B-b.2** Sala de admisión (O) 33
- B-b.3** Servicio de atención/información al usuario (O) 33
- B-b.4** Secretaría (O) 33
- B-b.5** Servicios de limpieza (O) 33
- B-b.6** Consultas médicas, de enfermería y de realización de exploraciones complementarias y procedimientos (O) 33
- B-b.7** Servicios centrales o colaboradores (O) 33
- B-b.8** Salas de espera (O) 33
- B-b.9** Área de hospitalización (O) 34
- B-b.10** Área de hospitalización para pacientes críticos o en situaciones especiales (O) 34
- B-b.11** Información para los familiares/acompañantes de los pacientes hospitalizados (O) 34
- B-b.12** Área de docencia y sesiones (NA en CM, O en UTM y UTM-MQ) 34
- B-b.13** Ensayos clínicos, investigación y archivo (NA para CM, UTM y UTM-MQ si no se realiza, O para CM, UTM y UTM-MQ si se realiza) 34

■ APARTADO C: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN36

SUBAPARTADO C-a. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES 38

- C-a.1** Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales) (R para CM, O para UTM y UTM-MQ) 38
- C-a.2** Definir las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad (R) 40
- C-a.3** Conocimiento de las necesidades formativas (R) 41
- C-a.4** Plan de Formación (R para CM, O para UTM y UTM-MQ) 41
- C-a.5** Plan de Acogida (R para CM, O para UTM y UTM-MQ) 41
- C-a.6** Actividades formativas 42

SUBAPARTADO C-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE 43

- C-b.1** Se define la cartera de clientes (R) 43
- C-b.2** Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes (R) 43

SUBAPARTADO C-c. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN 44

- C-c.1** Existe un programa integrado de comunicación (R) 44
- C-c.2** Existen medios de comunicación interna horizontal y vertical (R) 45
- C-c.3** Existe medios de comunicación externa con otros profesionales, asociaciones de pacientes y con la sociedad en general (R) 45
- C-c.4** Existen medios de comunicación con los pacientes y familiares (O) 45

■ APARTADO D: CALIDAD Y ESTRATEGIA.....48

SUBAPARTADO D-a. CALIDAD	50
D-a.1 Existe un Plan de Calidad (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)	50
D-a.2 Existe un Plan de Prevención de Riesgos Laborales (O)	53
D-a.3 Plan de Seguridad Clínica (prevención de riesgos para el paciente) (O)	53
D-a.4 Existen Planes de Contingencia específicos (R)	53
D-a.5 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento (R)	54
D-a.6 Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente (R)	54
D-a.7 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad (R)	54
D-a.8 La Unidad debería participar en las Comisiones Clínicas del centro al que pertenece (R)	55
SUBAPARTADO D-b. ESTRATEGIA	55
D-b.1 Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad (R para CM, O para UTM y UTM-MQ).....	55

■ APARTADO E: PROCESOS58

SUBAPARTADO E-a. PLANES FUNCIONALES.....	60
E-a.1 Existe un Plan Funcional General de la Unidad (R).....	60
E-a.2 Existe un Plan Funcional para la Admisión pacientes (R).....	60
E-a.3 Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad (O).....	60
E-a.4 Existe un Plan Funcional para las Consultas Médicas (R).....	61
E-a.5 Existe un Plan Funcional para las Consultas de Enfermería/otros profesionales (R).....	62
E-a.6 Existe un Plan Funcional para las salas de realización de Estudios y técnicas complementarias (R).....	62
E-a.7 Existe un Plan Funcional para la Hospitalización (R).....	62
E-a.8 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados (R)	62
SUBAPARTADO E-b. PROCESOS ASISTENCIALES.....	63
E-b.1 Existen procesos clínicos diseñados (O)	63
E-b.2 Existen protocolos de procedimientos específicos (O)	64
E-b.3 Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados (R).....	66
E-b.4 Procesos asistenciales del personal de enfermería o de otro personal adscrito a la CM/UTM/UTM-MQ (si aplica) (R)	66
E-b.5 Procesos asistenciales para la prevención de complicaciones y la implementación de medidas correctoras o de soporte (R)	66
E-b.6 Procesos asistenciales invasivos (R).....	66
E-b.7 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados (R)	67
E-b.8 Proceso de atención a las reclamaciones de los pacientes (O).....	67
E-b.9 Procesos de documentación clínica (O).....	67
E-b.10 Custodia y circuito de historias clínicas (R).....	68

■ APARTADO F: RESULTADOS.....70

F.1. Satisfacción de usuarios	72
F.2 Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad (R).....	72
F.3 Resultados de la actividad. Auto-evaluación de resultados (O)	73
F.4 Resultados de incidencias (indicadores centinela y de seguridad clínica) (R)	76
F.5 Resultados docentes (R)	76
F.6 Resultados en Investigación	76
F.7 Análisis de costes y rendimiento (R)	77
F.8 Análisis global de los resultados de la CM/UTM/UTM-MQ (R)	78

[PRESENTACIÓN]

El procedimiento de acreditación consiste en la evaluación del solicitante por parte de un equipo de auditores que actúan en representación de la sociedad acreditante. El solicitante debe disponer de los medios y las evidencias documentales suficientes para que dichos auditores puedan comprobar el cumplimiento de los puntos recogidos en el manual de acreditación.

Este manual está estructurado de la siguiente manera:

- A. REQUISITOS GENERALES:** son los documentos esenciales que demuestran la existencia, implementación y reconocimiento de la CM/UTM/UTM-MQ en un centro sanitario y que su actividad está recogida de modo que es accesible al auditor.
- B. ESTRUCTURA:** es el personal, los medios e instalaciones para realizar la actividad.
- C. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DE LA COMUNICACIÓN:** es la metodología por la que se conoce y mantiene la formación del personal para que pueda llevar a cabo sus funciones sobre una cartera de clientes determinada. Asimismo incluye la forma en que la organización se comunica.
- D. CALIDAD Y ESTRATEGIA:** describe la política de calidad de la CM/UTM/UTM-MQ, así como su estrategia.
- E. PROCESOS:** desglosa la metodología de sus procesos para prestar la cartera de servicios asistenciales, docentes e investigadores.
- F. RESULTADOS:** recoge los resultados finales y las consecuencias de la actividad realizada y su análisis permite implementar acciones de mejora y nuevos objetivos.

Los Criterios de Acreditación se han clasificado en apartados y sub-apartados codificados con una clave alfanumérica. El primer dígito es una letra mayúscula que identifica al apartado; los siguientes son números y/o letras que identifican a los grupos de normas dentro de los apartados y/o sub-apartados.

El color rojo y la identificación “O” identifica aquellos criterios que son obligatorios en su cumplimiento para CM, UTM y UTM-MQ; **en azul y con la identificación “R”** se señalan aquellos criterios que son recomendables para CM, UTM y UTM-MQ, y que permiten establecer diferentes niveles de calidad en aquellas unidades que los cumplan; y finalmente, **en color verde se señalan aquellos criterios que pueden ser o bien O, o bien R, o bien no aplicable (NA), según se trate, es decir, no uniformes para CM, UTM y UTM-MQ.**

El presente manual pretende definir los criterios necesarios para la acreditación tanto de (1) Consulta Monográfica (CM), (2) Unidad de Trastornos del Movimiento (UTM), y (3) Unidad de Trastornos del Movimiento Médico-Quirúrgica (UTM-MQ). Por ello, en cada apartado y sub-apartados, se especifica si cada criterio es O, R o NA tanto para la CM, UTM como UTM-MQ.

El elaborar un manual tan extenso que incluya todas estas definiciones de tipos de consulta se debe a que desde la Junta del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) se ha considerado de gran importancia proporcionar un manual lo suficientemente amplio que permita ofrecer a la mayoría de neurólogos que evalúan pacientes con trastornos del movimiento una herramienta que le ayude a revisar su actividad con intención de mejorarla, con el objetivo final del beneficio de sus pacientes. En este sentido, ha resultado clave el conocer que según datos del Sistema Nacional de Salud, hasta el 40% de los pacientes con enfermedad de Parkinson son seguidos en una CM y sólo un 20% en una UTM (el otro 40% por el neurólogo general).

[SISTEMA DE PUNTUACIÓN Y CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN OBTENIDA]

Con respecto a la puntuación, al final de cada apartado viene explicado el rango de puntuación posible, tanto para CM, UTM como UTM-MQ. Se muestra a continuación el rango en cada apartado, indicándose cuantos puntos son obligatorios y cuantos recomendables.

Para poder obtener la acreditación es necesario alcanzar todos los puntos obligatorios.

CM (Consulta Monográfica):

- A: 5 a 20 puntos. **0, 18 puntos.**
- B: 9 a 36 puntos. **0, 30 puntos.**
- C: 14 a 56 puntos. **0, 20 puntos.**
- D: 14 a 56 puntos. **0, 20 puntos.**
- E: 23 a 92 puntos. **0, 47 puntos.**
- F: 13 a 52 puntos. **0, 18 puntos.**
- TOTAL = 312 (de ellos 0=153).**

Cumplimiento obligatorio para obtener la aprobación: **TODOS LOS OBLIGATORIOS.**

UTM (Unidad de Trastornos del Movimiento):

- A: 5 a 20 puntos. **0, 18 puntos.**
- B: 10 a 40 puntos. **0, 34 puntos.**
- C: 14 a 56 puntos. **0, 29 puntos.**
- D: 14 a 56 puntos. **0, 26 puntos.**
- E: 23 a 92 puntos. **0, 47 puntos.**
- F: 13 a 52 puntos. **0, 18 puntos.**
- TOTAL = 316 (de ellos 0=172).**

Cumplimiento obligatorio para obtener la aprobación: **TODOS LOS OBLIGATORIOS.**

UTM-MQ (Unidad de Trastornos del Movimiento Médico-Quirúrgica):

- A: 5 a 20 puntos. **0, 18 puntos.**
- B: 10 a 40 puntos. **0, 34 puntos.**
- C: 14 a 56 puntos. **0, 29 puntos.**
- D: 14 a 56 puntos. **0, 26 puntos.**
- E: 23 a 92 puntos. **0, 47 puntos.**
- F: 13 a 52 puntos. **0, 18 puntos.**
- TOTAL = 316 (de ellos 0=172).**

Cumplimiento obligatorio para obtener la aprobación: **TODOS LOS OBLIGATORIOS.**

Tanto para la CM, UTM como UTM-MQ se establecerá una **calificación final** de acuerdo con el resultado de la puntuación. Dicha calificación se expresará como un porcentaje, que teóricamente irá de 0 a 100%. **El mínimo necesario a alcanzar, como ya se ha indicado, para obtener la acreditación es cumplir con todos los criterios obligatorios (153 de 312 posibles para la CM, 49%; 172 de 316 posibles para la UTM y UTM-MQ, 54%).** Obtenida la aprobación, el porcentaje irá del 50 al 100%, indicando un mayor porcentaje un mayor grado de cumplimiento con todos los apartados.

Debe tenerse en cuenta que en las CM algunos aspectos no son computables/aplicables y ya se tiene en cuenta en la descripción del mismo.

APARTADO A:

Requisitos generales

[APARTADO A: REQUISITOS GENERALES]

- A.1 Existe una definición operativa de la CM/UTM/UTM-MQ (O)
- A.2 La dirección del centro reconoce y apoya la existencia de la CM/UTM/UTM-MQ (O)
- A.3 El centro sanitario al que pertenece la CM/UTM/UTM-MQ dispone de autorización para prestar asistencia sanitaria (O)
- A.4 La CM/UTM/UTM-MQ lleva en funcionamiento el tiempo adecuado (O)
- A.5 Registros (O)
 - A.5.1 Historia clínica unificada (O)
 - A.5.2 Catálogo de modelos normalizados (R)
 - A.5.3 Registro de pacientes (O)
 - A.5.4 Registro de la actividad realizada: asistencial, docente e investigadora (O)
 - A.5.5 Registro de actividades de formación (R)
 - A.5.6 Registro de incidencias generales (O)
 - A.5.7 Registro de reclamaciones de los pacientes (O)
 - A.5.8 Registro de la legislación y normativas generales vigentes aplicables (R)

■ A.1 Existe una definición operativa de la CM/UTM/UTM-MQ (0)

La definición de la Unidad debe ser operativa y contener al menos las siguientes especificaciones:

- Descripción básica: qué es, qué hace y cuál es su objetivo.
- Composición y recursos: profesionales que la componen y medios disponibles para el desarrollo de sus actividades.
- Ubicación: organización de la que forma parte (servicio, departamento, hospital, etc).
- Tipos de prestaciones que dispensa: asistencia ambulatoria, hospitalización, investigación, etc.
- Alcance: población a quién va dirigida la prestación del servicio.
- Ámbito de actuación: demarcación geográfica de los pacientes atendidos (área de salud, centro de referencia provincial, autonómico, nacional, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ A.2 La dirección del centro reconoce y apoya la existencia de la CM/UTM/UTM-MQ (0)

Se consideran pruebas documentales suficientes la existencia de un reconocimiento de la Unidad por parte de la Dirección a través de algún documento que lo demuestre explícita o implícitamente (podría emplearse –por ejemplo– simplemente la existencia de una agenda diferencial reconocida por el Servicio de Programación de Consultas o incluso la existencia de publicidad de la misma en la página web oficial del centro).

También podríamos aceptarlo a través de la firma por parte de la Dirección de la solicitud de Acreditación.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ A.3 El centro sanitario al que pertenece la CM/UTM/UTM-MQ dispone de autorización para prestar asistencia sanitaria (0)

Los centros públicos pueden acreditarlo con la memoria pública de actividades o la asignación de un determinado sector del mapa sanitario. Los centros privados deben tener un documento público de autorización legal/administrativa para ejercer actividades sanitarias.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ A.4 La CM/UTM/UTM-MQ lleva en funcionamiento el tiempo adecuado (0)

En el caso tanto de CM, UTM como UTM-MQ, debe llevar **en funcionamiento** de manera continuada desde hace, **como mínimo, dos años** y pueden constatar un **mínimo de visitas anual:**

- Para la CM: **≥ 80 primeras visitas y ≥ 160 visitas de seguimiento/año.**
- Para la UTM y la UTM-MQ: **≥ 200 primeras visitas y ≥ 400 visitas de seguimiento/año.**

La información que acredite estos datos puede ser recogida de los diversos registros disponibles en la organización (memorias de funcionamiento, registros de consultas, etc) accesibles a los auditores.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ A.5 Registros (0)

El cumplimiento del criterio supone evidenciar la existencia de una serie registros documentales que en su mayoría serán informáticos (sistemas de información). En los hospitales existen Comisiones Hospitalarias de Historias Clínicas o de Información Clínica que trabaja en esta misma línea y muchas veces será suficiente con hacer referencia a su documentación.

Estos medios estarán disponibles para demostrar su actividad asistencial y, en caso de producirse, docente e investigadora. Estos datos pueden estar recogidos en diversos registros (memorias de funcionamiento, registros de consultas, etc) y puede hacerse referencia a las comisiones hospitalarias de historias clínicas o de información clínica del propio centro.

Del total de registros que se muestran a continuación, sólo es obligatorio cumplir con aquellos que se muestran como 0 en color rojo.

A.5.1 Historia clínica unificada (0)

Es el registro natural de la actividad médica y es única para cada paciente en un determinado centro. Todo lo que de forma "natural" pueda registrarse en la historia clínica no debería de registrarse en otra parte. El manejo y custodia debe estar protocolizado y, en el caso de que exista dicho procedimiento en el centro, puede hacerse referencia al mismo.

A.5.2 Catálogo de modelos normalizados (R)

Catálogo físico o electrónico con todos los modelos normalizados utilizados. Debe incluir un listado, descripción y codificación de formatos, formularios, bases de datos, etc.

A.5.3 Registro de pacientes (0)

Se tiene que poder identificar a los pacientes atendidos, las citas y los ingresos. Se recomienda la codificación diagnóstica de los pacientes atendidos (p.ej: CIE).

En el caso de que se manejen otro tipo de registros, deben estar identificados y listados, constar sus características y finalidad (p.ej: asistencial, investigación, etc) y cómo se garantiza la confidencialidad.

A.5.4 Registro de la actividad realizada: asistencial, docente e investigadora (O)

Refleja la actividad global: asistencial, proyectos de investigación propia o en colaboración, ensayos clínicos y las actividades formativas impartidas o recibidas (acogida de residentes, becarios o *fellows* [SEN, IHS u otras fuentes] y cursos de formación). En el caso de que alguna de estas actividades esté avalada por algún agente externo al centro (asociación científica, promotor, etc) debe disponerse del documento acreditativo correspondiente. Puede aparecer en la memoria de la CM/UTM/UTM-MQ.

A.5.5 Registro de actividades de formación (R)

Sirve para constatar las actividades de formación que los miembros de la CM/UTM/UTM-MQ reciben o imparten. Si estas actividades están acreditadas por organizaciones científicas o docentes reconocidas debe disponerse del documento acreditativo correspondiente.

A.5.6 Registro de incidencias generales (O)

El registro de incidencias y su análisis es de gran importancia en cualquier sistema de control y mejora continua de la calidad. Recoge los problemas que aparecen en el contexto de la actividad y que pueden distorsionarla (p. ej: incidencias de seguridad clínica, pérdidas de documentación, rotura de equipos o mobiliario, agresiones, etc). Debería incluir, de forma preferente, las incidencias médicas relacionadas con la seguridad clínica (efectos adversos, errores diagnósticos y terapéuticos, omisiones, infecciones nosocomiales, etc). Su análisis es de gran importancia en cualquier sistema de control y mejora de la calidad.

A.5.7 Registro de reclamaciones de los pacientes (O)

Se registran las reclamaciones expresadas por los usuarios del servicio y la manera de cómo se han tratado dichas reclamaciones. Estas reclamaciones de los usuarios no se consideran incidencias y no se recogen en el punto anterior.

A.5.8 Registro de la legislación y normativas generales vigentes aplicables (R)

Debe estar completo, actualizado y disponible en la CM/UTM/UTM-MQ o tener fácil acceso en el centro.

Todos estos registros del punto A.5 pueden estar incluidos en un solo sistema de información (p.ej: base de datos) del que se pueda obtener la información referida en los puntos previos. **Pueden usarse sistemas de registro comunes del propio centro en caso de estar disponibles, que es lo habitual en la mayoría de los centros hospitalarios.**

Baremación

1. No se cumple ninguno
2. Se cumplen todos los registros obligatorios (O)
3. Se cumplen todos los registros obligatorios (O) y algunos de los no obligatorios clasificados como R
4. Se cumplen todos los registros, O y R

Puntuación total del apartado A:

de 5 a 20 puntos.

Es necesario alcanzar 18 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.

APARTADO A. Criterios para CM, UTM y UTM-MQ.

Apartados	CM	UTM	UTM-MQ
A.1 Existe una definición operativa de la CM/UTM/UTM-MQ	O	O	O
A.2 La dirección del centro reconoce y apoya la existencia de la CM/UTM/UTM-MQ	O	O	O
A.3 El centro sanitario al que pertenece la CM/UTM/UTM-MQ dispone de autorización para prestar asistencia sanitaria	O	O	O
A.4 La CM/UTM/UTM-MQ lleva en funcionamiento el tiempo adecuado	O	O	O
A.5 Dispone de medios de información accesibles	O	O	O
A.5.1. Historia clínica unificada	O	O	O
A.5.2. Catálogo de modelos normalizados	R	R	R
A.5.3. Registro de pacientes	O	O	O
A.5.4. Registro de la actividad realizada: asistencial, docente e investigadora	O	O	O
A.5.5. Registro de actividades de formación	R	R	R
A.5.6. Registro de incidencias generales	O	O	O
A.5.7. Registro de reclamaciones de los pacientes	O	O	O
A.5.8. Registro de la legislación y normativas generales vigentes aplicables	R	R	R

O = Obligatorio.

R = Recomendable.

APARTADO B:

Estructura

[APARTADO B: ESTRUCTURA]

[Subapartado B-a. Recursos humanos]

- B-a.1 Existe un responsable de la UTM/UTM-MQ (NA para CM, O para UTM y UTM-MQ)
- B-a.2 La CM/UTM/UTM-MQ debe disponer de suficiente número de neurólogos como personal asignado a la misma para garantizar la asistencia (O)
- B-a.3 Competencia de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ
 - B-a.3.1 Neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ (O)
 - B-a.3.2 Competencias extra de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ (R)
 - B-a.3.3 Competencia profesional de los demás miembros de la CM/UTM/UTM-MQ (O)
- B-a.4 Otros facultativos (O)
- B-a.5 Enfermería
 - B-a.5.1 Enfermería no especializada (O)
 - B-a.5.2 Enfermería especializada en trastornos del movimiento (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)
- B-a.6 Personal no sanitario (O)

[APARTADO B: ESTRUCTURA (cont.)]

[Subapartado B-b. Dependencias e instalaciones]

- B-b.1 Accesos (0)
- B-b.2 Sala de admisión (0)
- B-b.3 Servicio de atención/información al usuario (0)
- B-b.4 Secretaría (0)
- B-b.5 Servicios de limpieza (0)
- B-b.6 Consultas médicas, de enfermería y de realización de exploraciones complementarias y procedimientos (0)
- B-b.7 Servicios centrales o colaboradores (0)
- B-b.8 Salas de espera (0)
- B-b.9 Área de hospitalización (0)
- B-b.10 Área de hospitalización para pacientes críticos o en situaciones especiales (0)
- B-b.11 Información para los familiares/acompañantes de los pacientes hospitalizados (0)
- B-b.12 Área de docencia y sesiones (NA en CM, 0 en UTM y UTM-MQ)
- B-b.13 Ensayos clínicos, investigación y archivo (NA para CM, UTM y UTM-MQ si no se realiza, 0 si se realiza)

La estructura es el personal, los medios y las instalaciones de los que dispone la CM/UTM/UTM-MQ para ofrecer sus servicios.

[SUBAPARTADO B-a. RECURSOS HUMANOS]

■ B-a.1 Existe un responsable de la UTM/UTM-MQ (NA para CM, 0 para UTM y UTM-MQ)

El **responsable** tiene que ser un **neurólogo con un mínimo de tres años de dedicación preferente a los trastornos del movimiento**. Tiene que estar **contratado por el centro**, que debe reconocerlo como responsable de la UTM/UTM-MQ, y **debe dedicar como mínimo un veinte por ciento de su actividad laboral a la asistencia, docencia, investigación o gestión de la UTM/UTM-MQ**.

Sus funciones respecto a la UTM/UTM-MQ incluyen:

- Responsabilidad, gestión y organización del personal y los medios de la UTM/UTM-MQ para su correcto funcionamiento. Esta actividad puede estar supeditada o complementada por otros agentes de la organización del centro (p.ej: Gerencia, Jefe de Servicio, Dirección de Enfermería, auxiliares y personal administrativo, etc).
- Autoridad sobre el personal acorde a la legislación vigente y la organización del centro.
- Liderar el desarrollo de la UTM/UTM-MQ.
- Confeccionar el presupuesto de la UTM/UTM-MQ de forma conjunta con los servicios económicos del centro y el servicio del que forma parte, si procede y/o en lo que proceda.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ B-a.2 La CM/UTM/UTM-MQ debe disponer de suficiente número de neurólogos como personal asignado a la misma para garantizar la asistencia (0)

Debe haber un número suficiente de neurólogos formalmente asignados a la CM/UTM/UTM-MQ para llevar a cabo su actividad.

Se recomienda calcular el número necesario en función de la demanda asistencial, la complejidad de los pacientes atendidos y de los procedimientos realizados y los proyectos de investigación y docencia en curso.

Para su cálculo se recomienda el uso de un histórico de la actividad de los últimos dos años y las siguientes observaciones:

- Para las consultas externas, el tiempo por visita no debería ser inferior a **veinte minutos** para las **primeras visitas** y **diez minutos** para las **sucesivas** y una consulta médica no debería superar las cinco horas de atención ininterrumpida.

- En el caso de que ingrese algún paciente en el centro por procesos relacionados con la CM/UTM/UTM-MQ, debe ser evaluado por el/los neurólogo/s de la CM/UTM/UTM-MQ con el soporte de otros facultativos en caso de ser necesario. Se recomienda un tiempo de al menos treinta minutos para el primer día de ingreso, veinte minutos para los días sucesivos y treinta minutos para la elaboración del informe de alta.

En todo caso, se considera que, **como mínimo**, debe haber:

- CM: un neurólogo.
- UTM: dos neurólogos.
- UTM-MQ: dos neurólogos con la colaboración expresa del Servicio de Neurocirugía.

El neurólogo de una CM debe tener una agenda regular dedicada a los trastornos del movimiento dentro de su horario laboral.

Los neurólogos de una UTM/UTM-MQ deben dedicar, como mínimo, un veinte por ciento de su jornada laboral a las actividades de la unidad.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Número de neurólogos: ___

■ B-a.3 Competencia de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ

B-a.3.1 Neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ (0)

Los profesionales que ejercen funciones propias de los neurólogos tienen que ser licenciados en medicina y tener la especialidad de Neurología Clínica, con los conocimientos, habilidades y actitudes que ambos títulos suponen. Deben asimismo disponer del conocimiento y la experiencia suficiente sobre el manejo de los pacientes con trastornos del movimiento para prestar un servicio de calidad.

A nivel general:

- CM: el neurólogo debe acreditar un **mínimo de dos años de atención regular** a esta población de pacientes, una vez obtenido el título de especialista en neurología.
- UTM y UTM-MQ: el responsable debe acreditar un **mínimo de tres años de experiencia atendiendo a esta población de pacientes**. Dado que las UTM y UTM-MQ tienen el potencial de formar neurólogos para especializarse en este campo, estas unidades pueden tener neurólogos con menos de dos años de experiencia regular en este campo. Sin embargo, debe haber un mínimo de un **treinta y tres por ciento** de los neurólogos de la unidad que sí la tengan y realizarse una supervisión adecuada de los neurólogos en formación hasta que cumplan el criterio de experiencia suficiente de dos años.

Dentro de la organización de la CM/UTM/UTM-MQ, los neurólogos deben tener la competencia para poder asumir las tareas específicas que se les asignan.

Este criterio aplica a los servicios que presta cada miembro de la unidad:

- Consulta general de trastornos del movimiento.
- Consulta especializada (p.ej: trastornos hipocinéticos, hiperkinéticos, ataxias, etc).
- Procedimientos específicos (p.ej: toxina botulínica, ecografía, estimulación magnética transcraneal, estudios del sistema nervioso autónomo como test cardiovasculares mediante fotopleletismografía y mesa basculante u otros, estudio del temblor, selección de candidatos y manejo de terapias con bombas de infusión, selección de candidatos para intervenciones neuroquirúrgicas, elección de la diana, manejo posterior y programación, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

B-a.3.2 Competencias extra de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ (R)

Aparte de la formación por experiencia, se recomienda la formación reglada con al menos algún mérito (p.ej: rotación externa durante la residencia en una unidad de referencia, *fellowship* en una unidad de referencia, programas, *masters* y cursos de formación sobre trastornos del movimiento por sociedades o organizaciones acreditadas, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

B-a.3.3 Competencia profesional de los demás miembros de la CM/UTM/UTM-MQ (0)

Este punto es equivalente al B.a.3.1, pero aplicado al resto de personal adscrito a la Unidad, en caso de tenerlo, y que, por otra parte, deberá tener una titulación acorde a su función.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ B-a.4 Otros facultativos (0)

Los miembros de la CM/UTM/UTM-MQ deben tener acceso a otros facultativos para la realización de técnicas diagnósticas, terapéuticas o manejo de complicaciones necesarias para su actividad (p.ej: radiología, medicina nuclear, digestivo, etc).

En el caso de las UTM-MQ la colaboración con el Servicio de Neurocirugía debe estar reconocida y ser efectiva.

Es recomendable la atención integral de los pacientes y la valoración multidisciplinar que suponga un beneficio para el paciente (p.ej: neuropsicología, psiquiatría, rehabilitación, fisioterapia, endocrinología/nutrición, ORL, etc). Este soporte puede estar integrado dentro de la UTM/UTM-MQ o actuar de manera colaborativa entre servicios.

Debería disponerse de un listado de los profesionales con los que se haya acordado algún tipo de colaboración. Es recomendable que exista un reconocimiento formal de dicha colaboración por parte de la dirección del centro o el responsable del servicio correspondiente.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Número de otros facultativos adscritos y especialidad: ___

■ B-a.5 Personal de Enfermería

B-a.5.1 Enfermería no especializada (0)

La CM/UTM/UTM-MQ debe disponer de soporte de enfermería que pueda atender a los pacientes desde el punto de vista de las competencias de enfermería y según las necesidades/requerimientos.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

B-a.5.2 Enfermería especializada en trastornos del movimiento (R para CM, 0 para UTM y UTM-MQ)

Es necesario para la UTM y UTM-MQ la **disponibilidad de acceso** a personal de enfermería especializado en trastornos del movimiento, donde la aplicación de ciertas técnicas conlleva labores de enfermería específicas (p.ej: terapias avanzadas como bombas de infusión, estimulación cerebral profunda, etc). Dicho personal podrá estar adscrito específicamente o no a la UTM o UTM-MQ, siendo lo necesario disponer de tal asistencia acorde a las necesidades concretas de tal Unidad. En el caso de la CM, es recomendable.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Número de personal de enfermería adscrito: ___

■ B-a.6 Personal no sanitario (0)

Se debería disponer de soporte administrativo y de servicios generales (p.ej: limpieza, celadores, etc) para garantizar el adecuado funcionamiento. En función de los tiempos recomendados y el tipo y cantidad de actividad prevista, se calculará el número requerido de personal de servicios generales (celadores y otras categorías).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

[SUBPARTADO B-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES]

En general, este subapartado B-b es muy normativo y dependerá en gran medida de qué normas estén vigentes en cada Comunidad Autónoma, y por tanto deberá cumplirse con dicha normativa, la cual debe estar disponible en la CM/UTM/UTM-MQ o ser de fácil acceso en el centro.

■ B-b.1 Accesos (0)

Señalizados y exentos de barreras arquitectónicas.

■ B-b.2 Sala de admisión (0)

Debe cumplir con las especificaciones técnicas aplicables al centro.

■ B-b.3 Servicio de atención/información al usuario (0)

Puede ser propio o utilizar el que esté disponible en el centro, pero en este caso se recomienda que haya una persona designada dentro de la CM/UTM/UTM-MQ para atender las demandas que se produzcan.

■ B-b.4 Secretaría (0)

Existe un espacio destinado a las labores administrativas y la documentación dentro de la CM/UTM/UTM-MQ o en su proximidad.

■ B-b.5 Servicios de limpieza (0)

Las instalaciones deberán estar limpias, ordenadas y con papeleras visibles. La planificación de limpieza debe tener una periodicidad diaria durante las jornadas laborales.

■ B-b.6 Consultas médicas, de enfermería y de realización de exploraciones complementarias y procedimientos (0)

Cada módulo de consulta dispone de un despacho con espacio suficiente, correctamente iluminado y ventilado y con el material necesario para la actividad asignada.

■ B-b.7 Servicios centrales o colaboradores (0)

Son adecuados y suficientes para la actividad. Los siguientes servicios deberían estar en el centro o se tendría que poder acreditarse el acceso a un centro colaborador para su realización: Laboratorio, Radiología, Medicina Nuclear, Neurofisiología, Rehabilitación, Especialidades Médicas y, obligatoriamente en el caso de las UTM-MQ, Neurocirugía y Anestesia.

■ B-b.8 Salas de espera (0)

Los pacientes y acompañantes disponen de una sala que puede ser de uso exclusivo o bien compartida con otros servicios del centro.

■ B-b.9 Área de hospitalización (0)

Se dispone de acceso a habitaciones de hospitalización para los pacientes que lo requieran. Las habitaciones deben ser adecuadas, con camas con barandillas, sillón para el acompañante y tener las medidas de soporte necesarias (p.ej: toma de oxígeno, aspiración, etc). **Si no es en el mismo centro donde se lleva a cabo la actividad asistencial de consulta, si debe haber posibilidad de ingreso hospitalario y que el facultativo de la CM, UTM o UTM-MQ preste la atención requerida en caso de ser necesario según se establece en el punto B-a.2.**

■ B-b.10 Área de hospitalización para pacientes críticos o en situaciones especiales (0)

El centro dispone de los recursos suficientes para atender las complicaciones graves que se pueden derivar de los procedimientos realizados o estar asociadas a la patología de los pacientes atendidos. Si no lo hay, debe haber posibilidad de derivación al centro que corresponda y que si tenga tales competencias.

■ B-b.11 Información para los familiares/acompañantes de los pacientes hospitalizados (0)

Se dispone de un despacho destinado a la atención e información de los pacientes ingresados.

■ B-b.12 Área de docencia y sesiones (NA en CM, 0 en UTM y UTM-MQ)

La UTM/UTM-MQ tiene acceso a un espacio con una adecuada disposición de horarios. Puede ser propia o compartida y debe disponer de las condiciones necesarias para que se puedan llevar a cabo.

■ B-b.13 Ensayos clínicos, investigación y archivo (NA para CM, UTM y UTM-MQ si no se realiza, 0 para CM, UTM y UTM-MQ si se realiza)

En caso de realizarse, debe disponerse de un espacio adecuado para su ejecución y un espacio de almacenamiento para la custodia de la documentación generada. Este espacio puede ser propio o compartido.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Puntuación total del apartado B:

- **CM:** de 9 a 36 puntos. Es necesario alcanzar 30 puntos que corresponden a los apartados obligatorios. El apartado B-a.1 no puntúa (NA).
- **UTM y UTM-MQ:** de 10 a 40 puntos. Es necesario alcanzar 34 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.

[APARTADO B. Criterios para CM, UTM y UTM-MQ.]

Apartados	CM	UTM	UTM-MQ
B-a. RECURSOS HUMANOS			
B-a.1 Existe un responsable de la UTM/UTM-MQ	NA	0	0
B-a.2 La CM/UTM/UTM-MQ debe disponer de suficiente número de neurólogos como personal asignado a la misma para garantizar la asistencia	0	0	0
B-a.3 Competencia de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ	0	0	0
B-a.3.1 Neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ	0	0	0
B-a.3.2 Competencias extra de los neurólogos de la CM/UTM/UTM-MQ	R	R	R
B-a.3.3 Competencia profesional de los demás miembros de la CM/UTM/UTM-MQ	0	0	0
B-a.4 Otros facultativos	0	0	0
B-a.5 Enfermería	0	0	0
B-a.5.1 Enfermería no especializada	0	0	0
B-a.5.2 Enfermería especializada en trastornos del movimiento	R	0	0
B-a.6 Personal no sanitario	0	0	0
B-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES			
B-b.1 Accesos	0	0	0
B-b.2 Sala de admisión	0	0	0
B-b.3 Servicio de atención/información al usuario	0	0	0
B-b.4 Secretaría	0	0	0
B-b.5 Servicios de limpieza	0	0	0
B-b.6 Consultas médicas, de enfermería y de realización de exploraciones complementarias y procedimientos	0	0	0
B-b.7 Servicios centrales o colaboradores	0	0	0
B-b.8 Salas de espera	0	0	0
B-b.9 Área de hospitalización	0	0	0
B-b.10 Área de hospitalización para pacientes críticos o en situaciones especiales	0	0	0
B-b.11 Información para los familiares/acompañantes de los pacientes hospitalizados	0	0	0
B-b.12 Área de docencia y sesiones	NA	0	0
B-b.13 Ensayos clínicos, investigación y archivo*	NA vs 0	NA vs 0	NA vs 0

0 = Obligatorio. / R = Recomendable. / NA = No aplica

* Si se realiza investigación / ensayos, 0; si no se realiza, NA.

APARTADO C: Gestión del Conocimiento y Comunicación

[APARTADO C: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN]

[Subapartado C-a. Gestión de la formación de los profesionales]

- C-a.1 Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales) (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)
- C-a.2 Definir las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad (R)
- C-a.3 Conocimiento de las necesidades formativas (R)
- C-a.4 Plan de Formación (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)
- C-a.5 Plan de Acogida (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)
- C-a.6 La Unidad realiza actividades formativas
 - C-a.6.1 Actividades formativas para el personal de la CM/UTM/UTM-MQ (R)
 - C-a.6.2 Actividades formativas para personal externo (R)
 - C-a.6.3 Actividades formativas para los pacientes y la sociedad (R)

[Subapartado C-b. Conocimiento del cliente]

- C-b.1 Se define la cartera de clientes (R)
- C-b.2 Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes (R)

[Subapartado C-c. Gestión de la comunicación]

- C-c.1 Existe un programa integrado de comunicación (R)
- C-c.2 Existen medios de comunicación interna horizontal y vertical (O)
- C-c.3 Existen medios de comunicación externa con otros profesionales, asociaciones, y la sociedad en general (R)
- C-c.4 Existen medios de comunicación con pacientes y familiares (O)

[SUBPARTADO C-a. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES]

■ C-a.1 Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales) (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)

La competencia hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- 1. Conocimientos:** el conjunto de saberes teóricos-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional necesarios para el desempeño del puesto de trabajo:
 - Teórico sobre los diferentes tipos de trastornos del movimiento (TM).
 - Teórico sobre cómo debe llevarse a cabo la exploración de un paciente con TM.
 - Teórico sobre como plantear el diagnóstico diferencial incluyendo la solicitud de pruebas complementarias (PC).
 - Teórico sobre la patología en su conjunto incluyendo el manejo terapéutico concreto.
 - Teórico sobre la enfermedad de Parkinson avanzada (EPA).
 - Formación en la selección de candidatos que se puedan beneficiar de procedimientos quirúrgicos en TM.
 - Conocimiento de pruebas prequirúrgicas para la valoración de candidatos a cirugía de TM. Estas pruebas incluyen valoración de síntomas motores y no motores, así como estudio neuropsicológico.
 - Conocer las indicaciones de las diferentes dianas quirúrgicas en diferentes enfermedades que cursan con TM y en consonancia con el perfil del paciente.
 - Valoración de pruebas neurorradiológicas para la correcta localización de la diana terapéutica.
 - Conocer los registros neurofisiológicos empleados para la monitorización intraoperatoria.
 - Valoración postquirúrgica de pacientes sometidos a cirugía de TM.
 - Conocer las bases de la programación de neuroestimuladores en los casos de estimulación cerebral profunda (ECP).
 - Formación y evaluación de residentes en todo lo anterior.

- 2. Habilidades:** capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo:
 - Aplicar los conocimientos para el desarrollar anamnesis, exploración, diagnóstico diferencial, solicitud de PC, emitir un diagnóstico final y plantear un tratamiento.
 - Uso apropiado de escalas clínicas.
 - Capacidad para llevar a cabo algún tipo de estudio complementario (p.ej, ultrasonografía de la sustancia negra, estimulación magnética transcraneal, etc).
 - Plantear la video-filmación y hacerlo correctamente si es necesario.
 - Plantear si precisa consejo genético – estudio genético.
 - Capacidad para identificar EPA.
 - Infiltración de toxina botulínica.
 - Capacidad de seleccionar candidatos que se puedan beneficiar de procedimientos quirúrgicos en TM.
 - Realización de pruebas prequirúrgicas para la valoración de candidatos a cirugía de TM. Estas pruebas incluyen valoración de síntomas motores y no motores, así como estudio neuropsicológico.
 - Capacitación para la correcta localización de la diana terapéutica.
 - Estar familiarizado con la monitorización intraoperatoria mediante registro neurofisiológico.
 - Capacidad de valoración postquirúrgica de pacientes sometidos a cirugía de TM.
 - Programación de neuroestimuladores en los casos de ECP.
- 3. Actitudes:** características o rasgos de personalidad del profesional que determinan una correcta actuación en el puesto de trabajo:
 - Capacidad de empatizar y transmitir adecuadamente la información.
 - Capacidad de trabajo en equipo.

La Unidad debería asegurar que sus profesionales mantienen a lo largo del tiempo un desempeño adecuado de sus competencias. Por este motivo es responsabilidad de los propios profesionales y de la Dirección del centro que todos los miembros de la Unidad estén en continua formación y aprendizaje.

Deben especificarse cómo esas necesidades de formación continuada se especifican de forma concreta anualmente para los miembros de la Unidad. Pueden ser: asistencia a congresos, actividades de formación continuada, cursos, etc. Por este motivo, la Unidad debe estar preparada para poder resolver los ajustes precisos en las actividades para garantizar que la atención sanitaria mantiene su calidad, mientras otros profesionales están realizando actividades de formación. Esta formación debería ser fruto de una gestión por competencias para cada profesional, cada actividad y cada puesto de trabajo.

El evaluador comprobará con el responsable de la Unidad que el perfil de competencias de los profesionales se ajusta a la labor asistencial que desarrollan mediante una revisión de los mapas de competencias individuales. Este perfil de competencias puede tener formato de una ficha individual.

Baremación

1. No se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo ni las competencias del profesional que lo va a ocupar
2. Se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo o las competencias del profesional que lo va a ocupar
3. Se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo y las competencias del profesional que lo va a ocupar
4. Se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo y las competencias del profesional que lo va a ocupar y se dispone de la documentación de cada profesional que acredite su adecuación o no al perfil del puesto que ocupa (0 para UTM y UTM Q, debiendo alcanzar los 4 puntos)

■ C-a.2 Definir las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad (R)

Debería definirse, si es posible de forma documental, cuáles son las funciones y responsabilidades concretas de cada persona que desempeña su labor en la Unidad. En este criterio se trata de una definición práctica de lo que debe hacer y de lo que es responsable cada cual, teniendo en cuenta el puesto que ocupa, su capacitación profesional y la aceptación de la responsabilidad por parte del profesional (p.ej: quién puede y debe realizar ciertas técnicas, solicitar ciertas pruebas, contestar a reclamaciones o realizar informes, etc). En resumen, se trata de elaborar un MAPA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES específico según las características y necesidades de la Unidad.

Las funciones y responsabilidad, dependerá de los componentes de la Unidad:

- Jefe o responsable de la Unidad.
- Médico especialista.
- Personal de enfermería.
- Otro tipo de personal (administrativo...).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ C-a.3 Conocimiento de las necesidades formativas (R)

Para poder garantizar los puntos C-a.1 y C-a.2 se tienen que conocer las competencias del personal de la Unidad para poder contrastarlos con las exigencias de los puestos que ocupan.

Baremación

1. No existe ningún modo de evaluación del perfil de formación de los profesionales
2. Existe un procedimiento para la evaluación, pero no hay evidencia de que se aplique
3. Existe y se aplica el procedimiento conociéndose el perfil de formación de los profesionales
4. Se conoce el perfil de formación de los profesionales y se compara con el perfil de competencias del puesto de trabajo que ocupa obteniéndose el mapa de necesidades de formación de los profesionales de la unidad

■ C-a.4 Plan de Formación (R para CM, 0 para UTM y UTM-MQ)

Se recomienda disponer de un Plan de Formación para adquirir y mantener actualizadas las competencias del puesto de trabajo. Este plan debería incluir una parte común y otra individual ajustada a las competencias asignadas a cada miembro.

La formación del personal puede realizarse de diversas maneras (sesiones formativas, acceso a revistas científicas, asistencia a cursos o congresos, estancias en centros de referencia, etc) y la Unidad debe estar preparada para garantizar el mantenimiento de las actividades mientras alguno de sus profesionales realiza actividades formativas.

Baremación

1. No existe ningún plan de formación o no se puede evaluar su aplicación
2. Existe un plan de formación general
3. Existe un plan de formación general e individual ajustado a las necesidades competenciales
4. Existe un plan de formación general e individual ajustado a las necesidades competenciales que se actualiza anualmente (0 para UTM y UTM Q, debiendo alcanzar los 4 puntos)

■ C-a.5 Plan de Acogida (R para CM, 0 para UTM y UTM-MQ)

La unidad debería disponer de un Plan de Acogida para los profesionales que se incorporan para permitir su rápida integración y el desempeño de sus funciones.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ C-a.6. Actividades formativas

Para su evaluación se consideran los que están activos y los que se han completado en los últimos dos años.

C-a.6.1 Actividades formativas para el personal de la CM/UTM/UTM-MQ (R)

Dentro del Plan de Formación del personal de la CM/UTM/UTM-MQ debería establecerse una metodología para su cumplimentación de carácter propio o integrado en el servicio o departamento del que forma parte con una periodicidad, como mínimo, mensual (p.ej: sesiones científicas, de revisión, actualización, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

C-a.6.2 Actividades formativas para personal externo (R)

En el contexto de la transmisión del conocimiento entre los profesionales sanitarios, la CM/UTM/UTM-MQ debería implicarse en la formación sobre trastornos del movimiento de personal externo a su organización habitual.

Baremación

1. No se realiza
2. Se realiza formación de residentes o de neurólogos que realizan estadías o en cursos impartidos, pero no consta que esté reglada su realización
3. Se realiza formación de residentes o de neurólogos que realizan estadías o en cursos impartidos y está reglada su realización
4. Se realiza formación de residentes o neurólogos que realizan estadías o en cursos impartidos, está reglada su realización y, además, está documentada o avalada por una entidad acreditante (p.ej: máster de universidad, sociedades científicas, tesis doctorales, etc)

C-a.6.3 Actividades formativas para los pacientes y la sociedad (R)

Se recomienda la implicación de la CM/UTM/UTM-MQ en la educación sanitaria de los pacientes, las asociaciones de pacientes, los familiares y los sistemas de salud pública para la sociedad en general (p.ej: conferencias, sesiones informativas, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

[SUBPARTADO C-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE]

■ C-b.1 Se define la cartera de clientes (R)

La cartera de clientes se refiere a todo aquel que recibe un servicio por parte de la CM/UTM/UTM-MQ. Aunque el cliente principal son los pacientes, dentro de la cartera de clientes también se incluye a los familiares, demás profesionales (p.ej: atención primaria o especialidades de derivación), departamentos, asociaciones, autoridades y demás receptores o contratantes de los servicios que presta la CM/UTM/UTM-MQ, por lo que debería disponerse de un documento que los identifique.

Baremación

1. No existe un documento con la cartera de clientes
2. Existe, pero es incompleto
3. Existe y es completo
4. Existe, es completo y se actualiza anualmente

■ C-b.2 Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes (R)

Debería conocerse y estar documentado lo que la cartera de clientes espera del servicio prestado y cuáles son sus prioridades para elaborar un mapa de necesidades que justifique la razón de ser y el diseño de la CM/UTM/UTM-MQ.

Baremación

1. No existe
2. Existe, pero no especifica el método de obtención de la información
3. Existe y especifica el método de obtención de la información
4. Existe y especifica el método de obtención de la información y se actualiza anualmente

[SUBPARTADO C-c. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN]

■ C-c.1 Existe un programa integrado de comunicación (R)

Este apartado es importante, porque gestionar adecuadamente la comunicación a todos los niveles es un elemento necesario para alcanzar una asistencia que sea satisfactoria y de calidad.

La gestión de la comunicación de la Unidad supone diseñar cómo la información que se genera durante la actividad se recopila, ordena y distribuye de una forma adecuada y con un objetivo o un fin definido. Todo ello requiere, evidentemente, un sistema de manejo de la información y su posterior comunicación que se denomina "Sistema de Información y Comunicación".

Entendemos que un programa integrado de comunicación es el que define los siguientes aspectos:

1) A quién va dirigida la información; 2) La información a administrar; 3) El formato de dicha información; 4) El momento de la información; 5) El lugar de la información; 6) El responsable de suministrar la información; 7) El registro de que la información se ha realizado; 8) El modo en que el procedimiento se evalúa.

El programa debería incluir en su diseño al menos los siguientes tipos y subtipos de comunicación:

1.- Comunicación interna:

a) Horizontal:

- Comunicación dentro del propio equipo o Unidad.
- Comunicación entre otros profesionales, unidades o servicios del mismo hospital.

b) Vertical:

- Ascendente: con la Dirección del hospital, autoridades sanitarias y agentes políticos.
- Entre niveles: Atención Primaria, Salud Pública, Medicina Preventiva, etc.

2.- Comunicación externa:

a) Comunicación entre otros profesionales, unidades o servicios de otros hospitales o centros sanitarios.

b) Con pacientes y entorno familiar de los mismos, asociaciones y con la sociedad en general.

Este punto se refiere a que existe un programa definido, escrito, y revisable.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ C-c.2 Existen medios de comunicación interna horizontal y vertical (0)

Existe la vía de comunicación entre los miembros de la Unidad entre sí (reuniones de trabajo, tablón de anuncios, buzón de sugerencias, etc) y con los demás profesionales de la organización (hojas de intercomunicación, sesiones conjuntas, cumplimentación de solicitudes de pruebas, etc), así como el modo en que se registra y se analiza esta información. También, debería especificarse cómo se comunican con el resto de miembros de la organización (Servicio de Neurología, Dirección, Administración, Atención primaria, etc), así como si existe el modo en que se registra y se analiza esta información. En el caso concreto de la CM sólo se aplicaría si el neurólogo responsable dispone de algún personal adscrito a la CM. En el caso de las UTM-MQ debe incluir la participación de los miembros del Servicio de Neurocirugía colaboradores para los casos neuroquirúrgicos.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ C-c.3 Existe medios de comunicación externa con otros profesionales, asociaciones de pacientes y con la sociedad en general (R)

Existe la vía de comunicación de los miembros de la Unidad con otros profesionales del sistema que no pertenecen al centro o que trabajan en otras áreas de salud (sesiones provinciales, sesiones interhospitalarias, intercambio de indicadores y resultados, cooperación en programas asistenciales, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ C-c.4 Existen medios de comunicación con los pacientes y familiares (0)

Los pacientes tienen que poder contactar con los profesionales que les atienden en caso de necesidad (p.ej: consultas médicas, solicitud de informes, etc). El canal de comunicación debe estar definido (p.ej: teléfono de secretaría, teléfono específico de atención a los usuarios de la CM/UTM/UTM-MQ, dirección de email, etc), en activo y con un **tiempo de resolución entre la demanda y la respuesta que no debería ser superior, en general, a una semana** (especificar sobre qué enfermedades, los documentos para información, sobre qué, quién los entrega e informa, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

[APARTADO C. Criterios para CM, UTM y UTM-MQ.]

Puntuación total del apartado C:

- **CM:** de 14 a 56 puntos. Es necesario alcanzar 20 puntos que corresponden a los apartados obligatorios. El apartado B-a.1 no puntúa (NA).
- **UTM y UTM-MQ:** de 14 a 56 puntos. Es necesario alcanzar 29 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.

Apartados	CM	UTM	UTM-MQ
SUBAPARTADO C-a. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES			
C-a.1 Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales)	R	O	O
C-a.2 Definir las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad	R	R	R
C-a.3 Conocimiento de las necesidades formativas	R	R	R
C-a.4 Plan de Formación	R	O	O
C-a.5 Plan de Acogida	R	O	O
C-a.6 La Unidad realiza actividades formativas			
C-a.6.1 Actividades formativas para el personal de la CM/UTM/UTM-MQ	R	R	R
C-a.6.2 Actividades formativas para personal externo	R	R	R
C-a.6.3 Actividades formativas para los pacientes y la sociedad	R	R	R
SUBAPARTADO C-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE			
C-b.1 Se define la cartera de clientes	R	R	R
C-b.2 Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes	R	R	R
SUBAPARTADO C-c. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN			
C-c.1 Existe un programa integrado de comunicación	R	R	R
C-c.2 Existen medios de comunicación interna horizontal y vertical	O	O	O
C-c.3 Existe medios de comunicación externa con otros profesionales, asociaciones, y la sociedad en general	R	R	R
C-c.4 Existe medios de comunicación con pacientes y familiares	O	O	O

O = Obligatorio.

R = Recomendable.

APARTADO D: Calidad y Estrategia

[APARTADO D: CALIDAD Y ESTRATEGIA]

[Subapartado D-a. Calidad]

- D-a.1 Existe un Plan de Calidad (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)
 - D-a.1.1 El Plan de Calidad está implantado y ha sido evaluado (R)
 - D-a.1.2 Se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad, al menos con carácter bianual (R)
 - D-a.1.3 La Unidad debería tener alguna acreditación externa (R)
 - D-a.1.4 Se define al Responsable del Plan de Calidad (R)
- D-a.2 Existe un Plan de Prevención de Riesgos Laborales (O)
- D-a.3 Existe un Plan de Seguridad Clínica (O)
- D-a.4 Existen Planes de Contingencia específicos (R)
- D-a.5 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento (R)
- D-a.6 Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente (R)
- D-a.7 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad (R)
- D-a.8 La Unidad debería participar en Comisiones Clínicas del centro al que pertenece (R)

[Subapartado D-b. Estrategia]

- D-b.1 Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)

[SUBPARTADO D-a. CALIDAD]

■ D-a.1 Existe un Plan de Calidad (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)

El criterio exigirá la existencia de un Plan de Calidad escrito.

Lo primero que se especificará en el plan es la Política de Calidad de la organización, que representa las ideas y valores que sobre la calidad son compartidos y aceptados por los miembros de la Unidad. Estas ideas deberían estar documentadas y ser conocidas por todos los miembros de la Unidad.

Asimismo, el plan deberá recoger entre sus apartados al menos los siguientes: los valores y la misión de la Unidad, el catálogo de servicios, la cartera de usuarios/clientes, el listado de protocolos, vías o guías clínicas implantados, los procesos de prestación de la asistencia escritos y representados gráficamente, los indicadores de la actividad y de calidad que se monitoriza, la frecuencia y metodología de las sesiones de autoevaluación, auditorías internas, el procedimiento de coordinación con otros servicios médicos y las evaluaciones realizadas por cualquier entidad externa.

Los objetivos de la gestión de la calidad son -entre otros- disminuir significativamente las consecuencias o efectos no deseados. La gestión de la calidad incluye la evaluación, el aseguramiento y la mejora de la calidad, en definitiva: ejecutar medidas para investigar, detectar, evaluar, corregir y prevenir esos efectos no deseados. El énfasis debe estar en la prevención más que en su detección retrospectiva.

El Plan de Calidad debe incluir al menos un Sistema de Mejora Continua (SMC). Será especialmente relevante que el Plan de Calidad esté orientado al paciente, lo que supone que el paciente no debe percibir las dificultades y complejidades del sistema.

Para cumplir este aspecto se sugiere comprobar que se garantiza la participación del paciente en las decisiones clínicas de acuerdo con los derechos y obligaciones reflejadas en la Ley de Sanidad y lo establecido en la Ley de Autonomía del paciente (este aspecto se refiere básicamente a la información que recibe el paciente y al consentimiento informado).

Pueden usarse el Plan de Calidad del centro si está disponible siempre que el mismo se adapte o recoja lo pertinente con respecto a la Unidad que se está evaluando en lo referente a lo ya explicado.

Baremación

1. No existe un Plan de Calidad diseñado
2. No existe un Plan, pero sí una Política de Calidad
3. Existe un Plan, pero no está completo
4. Existe un Plan de Calidad diseñado y completo (O para UTM y UTM Q, debiendo alcanzar los 4 puntos)

D-a.1.1 El Plan de Calidad está implantado y ha sido evaluado (R)

Además de estar correctamente escrito el documento, el Plan de Calidad está implantado y se ha evaluado al menos una vez. Ello puede comprobarse a través de la revisión documental de actas de reuniones (revisión documental), tableros de anuncios (observación) y entrevista con los profesionales de la Unidad (entrevista con personas clave).

Baremación

1. El plan de calidad no está implantado o evaluado
4. El plan de calidad ha sido evaluado al menos en una ocasión desde su implantación

D-a.1.2 Se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad, al menos con carácter bianual (R)

Es recomendable la existencia de autoevaluaciones (auditorías internas) de calidad. Este es un mecanismo de autoevaluación de la efectividad del programa de calidad. En este caso, los objetivos son por un lado comprobar que los datos en los que se basan los resultados de calidad son precisos y fiables, y por otro que el programa se ejecuta como se establece en el Manual de Calidad.

Debería haber un informe escrito que documente cada auditoría interna y los resultados de la misma. El profesional que realice las auditorías puede ser cualquier persona del hospital designada para ello, como por ejemplo cualquier miembro de la plantilla, pero en este caso debe procurarse que sea un profesional que no haya participado en el trabajo o actividad que se va a auditar. Con la finalidad de conseguir la máxima imparcialidad, es ideal conseguir la participación de miembros del mismo hospital, pero pertenecientes a otros servicios similares o afines o de la Unidad de Calidad.

El evaluador debería encontrar alguna documentación que asegure que las auditorías o autoevaluaciones han sido realizadas, que los resultados están documentados y comunicados al personal adecuado, que se han hecho intervenciones para corregir los problemas o para mejorar el proceso y que éstas se realizan periódica y regularmente.

Baremación

1. No se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad
2. Se realizan auditorías internas de calidad, pero no anualmente
3. Se realizaron anualmente auditorías internas de calidad, pero no han generado intervenciones demostrables de mejora
4. Se realizaron anualmente auditorías internas de calidad y sus resultados se utilizan sistemáticamente para diseñar e implantar acciones de mejora de la Unidad

D-a.1.3 La Unidad debería tener alguna acreditación externa (R)

Además de las auditorías internas, una evaluación externa por un organismo independiente y acreditado para ello confiere un alto grado de garantía de calidad al servicio. Se sugieren sistemas como la ISO, *Joint Commission*, EFQM, Agencias de Acreditación de Consejerías de Sanidad, Comité ad-hoc de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de la SEN, etc.

Si la Unidad ya ha sido acreditada previamente por la SEN, se entenderá que también cumple este criterio.

Baremación

1. No se realizan evaluaciones externas de calidad
2. Se realizaron evaluaciones externas de calidad, pero no regularmente
3. Se realizaron periódicamente evaluaciones externas de calidad, pero no han generado intervenciones demostrables de mejora
4. Se realizaron periódicamente evaluaciones externas de calidad y sus resultados se utilizan sistemáticamente para diseñar e implantar acciones de mejora en el servicio

D-a.1.4 Se define el Responsable del Plan de Calidad (R)

Debería haber una persona que mantenga el programa de calidad. Es preferible que sea un miembro de la Unidad o del Servicio de Neurología que dedique parte de su tiempo a esta función, del mismo modo que suele existir un responsable de investigación o de docencia. Cuando exista, puede ser de gran ayuda para el desarrollo del programa solicitar colaboración al Departamento de Calidad del Centro.

La persona designada debe tener suficiente conocimiento, entrenamiento y experiencia para identificar problemas en los procesos clínicos o de prestación de la asistencia que específicamente se someten a revisión. El responsable de calidad será el encargado de redactar el Plan de Calidad. Controlará la documentación relativa a la calidad, encargándose de la revisión, custodia y actualización de las políticas, procedimientos, protocolos, vías o guías clínicas y aquellos registros que documenten el cumplimiento de los requisitos y criterios de calidad. Podrá realizar las autoevaluaciones (auditorías internas) de la Unidad y el análisis, medición y desarrollo de los indicadores de calidad establecido, con el objetivo de valorar las posibles mejoras a introducir para resolver los problemas aparecidos. En el caso de solicitarlo, será el encargado de desarrollar la documentación para la solicitud de acreditación externa de la Unidad.

Debería existir evidencia suficiente de la designación del responsable: un nombramiento del Jefe de Servicio o Sección, actas en las que conste su participación como tal, etc.

La documentación referente al Responsable de Calidad debería permitir verificar los siguientes aspectos:

- Tiene que haber alguien designado (la persona). Es decir, hay un responsable.
- Deben estar definidos los requisitos de competencias y capacidades (el perfil de competencias del puesto de Coordinador de Calidad).
- Deben estar definidas sus funciones.
- El responsable acredita cumplir con este perfil de competencias.
- El responsable acredita realizar competentemente las funciones que le corresponden.

Baremación

1. No está definido suficientemente el responsable del Plan de Calidad
4. Está definido suficientemente el Responsable del Plan de Calidad

D-a.2 Existe un Plan de Prevención de Riesgos Laborales (0)

La prevención de riesgos laborales está legislada y es de obligado cumplimiento en un centro sanitario. El Plan existente en el propio centro es suficiente, adaptándose a las particularidades de la CM/UTM/UTM-MQ en caso de ser necesario.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

D-a.3 Plan de Seguridad Clínica (prevención de riesgos para el paciente) (0)

La prevención de riesgos para los pacientes es una cuestión ética y cubre un aspecto médico-legal importante. En el diseño de los procesos asistenciales se tendrá especial cuidado en la protocolización de todos aquellos aspectos que puedan generar riesgos para los pacientes; de esta manera se evita en la medida de lo posible la aparición de estos acontecimientos adversos y, cuando aparezcan, se garantiza que se conoce la manera de actuar para que sean lo menos lesivos para el paciente. Estos protocolos se adaptarán a las indicaciones que remitan las autoridades sanitarias.

Una Unidad que opte a ser acreditada debería tener protocolizados los aspectos relativos a la Seguridad Clínica de los pacientes.

El Plan de Seguridad Clínica consistirá en un sistema de detección, análisis y corrección de las complicaciones derivadas del proceso asistencial como:

- Reacciones adversas a métodos diagnósticos y medidas terapéuticas (p.ej: iatrogenia).
- Información adecuada de los riesgos (p.ej: consentimiento informado).
- Prevención de infecciones y accidentes de los pacientes.
- Proximidad y disponibilidad de medidas de soporte vital.
- Protección de datos de los pacientes.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

D-a.4 Existen Planes de Contingencia específicos (R)

Este es un criterio de excelencia. Los Planes de Contingencia son planes que se ponen en marcha en circunstancias especiales y que sirven para corregir o prevenir posibles desviaciones del "sistema", una especie de reacción de alarma. Estos planes deberán estar ratificados por la Dirección del centro.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ D-a.5 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento (R)

El equipamiento debería ser revisado periódicamente según la legislación vigente con actuaciones dirigidas a la adecuación y adaptación al progreso tecnológico. Debería existir una prueba documental del buen estado del material usado para la actividad médica (p.ej: calibraciones de los aparatos, etc) y los procedimientos generales (p.ej: ordenadores, sistemas informáticos, etc) con una periodicidad que no sea superior a un año. Además, debería existir un inventario.

Baremación

1. No se realiza
2. Se revisan periódicamente los equipamientos o los procedimientos generales
3. Se revisan periódicamente los equipamientos y los procedimientos generales
4. Se revisan periódicamente los equipamientos y los procedimientos generales y se implementan intervenciones de mejora

■ D-a.6 Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente (R)

La monitorización de la actividad y de la calidad de la Unidad implica que se ha diseñado un modo de medición de la misma, generalmente a través de indicadores, cuestionarios, gráficas, etc (p.ej: niveles de satisfacción, visitas a Urgencias).

Este criterio únicamente se valora si existe tal sistema de monitorización. En el apartado de Procesos Asistenciales y en Resultados se valorará si se alcanzan los objetivos y si los datos obtenidos de la monitorización se utilizan para mejorar el sistema.

Se comprueba que existe un sistema de monitorización de la actividad y de la calidad de los diferentes aspectos expresados en los criterios. El evaluador comprobará que se ha implantado el sistema de monitorización de la actividad asistencial (recomendablemente mediante indicadores de actividad asistencial validada), docente e investigadora.

Baremación

1. No se monitoriza la actividad o la calidad
4. Se monitoriza la actividad y la calidad

■ D-a.7 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad (R)

Se deberían revisar de forma regular los protocolos u otras herramientas utilizadas en la Unidad, con una periodicidad de al menos 4 años. Se registrará dicha actividad en las actas correspondientes con la fecha de la última revisión explícita de dichos procedimientos o protocolos.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ D-a.8 La Unidad debería participar en las Comisiones Clínicas del centro al que pertenece (R)

Las Comisiones Clínicas de los centros sanitarios son órganos que se encargan de evaluar y mejorar la calidad de los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria. Por ello, dentro de las posibilidades de cada centro, sería interesante que miembros de la Unidad formen parte activa de alguna de las citadas comisiones.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

[SUBPARTADO D-b. ESTRATEGIA]

Este apartado se refiere a la planificación estratégica, no a la planificación de la realización del Servicio (esto se incluirá en el capítulo “procesos asistenciales”). Este es un criterio que debe ser considerado como R para una CM y O para una UTM y UTM-MQ. **En el caso de que el centro disponga de un Plan Estratégico, podría considerarse el mismo siempre y cuando en él se contemple la parte correspondiente en la estrategia a la Unidad en cuestión referente a los puntos que se indican a continuación.**

■ D-b.1 Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad (R para CM, O para UTM y UTM-MQ)

Diseñar un Plan Estratégico implica trazar planes y líneas de actuación a partir del análisis de la situación actual (“situación de partida”) y análisis de necesidades de pacientes y sociedad (“análisis de mercado” o mapa de necesidades) para lograr avanzar hacia lo que pensamos que tiene que ser la Unidad y cómo tiene que llegar a poder realizar su actividad (concepto de “visión”). Estos planes se dividen en líneas, objetivos y acciones y se identifican responsables. También se deben definir unos plazos para su ejecución y una fecha para la revisión de la planificación.

El Plan Estratégico debería responder a una serie de preguntas: ¿Cuál es la razón de ser de la Unidad? ¿Cómo es la Unidad en la actualidad? ¿Cómo es la Unidad a la que se quiere llegar? ¿Qué se va a hacer para conseguirlo? ¿Cómo se va a hacer? ¿En cuánto tiempo se va a hacer y quien es el encargado de cada paso? ¿Cómo se sabrá que se ha conseguido lo propuesto?

El Plan Estratégico de la Unidad debería recoger por lo menos los siguientes apartados:

- Se analiza la situación actual de la Unidad, la demanda de la asistencia, las necesidades de la población, etc, (lo equivalente a un estudio de mercado) como punto de partida para la planificación. Ello debería plasmarse en un documento donde se sugieran los puntos fuertes y los puntos débiles, las amenazas previsibles, así como las oportunidades de mejora y ciertas acciones prioritarias a emprender.
- Se define cuál es la visión de la Unidad que se quiere llegar a dar y cómo se quiere que ésta sea en un futuro a medio plazo (Visión).
- Se ha diseñado la estrategia a seguir a medio-largo plazo (3-5 años) para avanzar hacia la Visión de la Unidad.

Denominamos **Visión** a la definición explícita de la orientación estratégica y el ideal que se pretende alcanzar como Unidad. Respondería a las preguntas: ¿Cómo es la Unidad que queremos? ¿Cuál es “la imagen o situación deseada que la Unidad proyecta en un futuro”? Definir la Visión de la Unidad es uno de los pasos básicos en el diseño de su Plan Estratégico. Se trata de elaborar un documento en el que se refleje cómo queremos que sea la Unidad en un futuro, tanto de forma global como en cada una de sus dimensiones (humana, organizativa, asistencial, investigadora, docente, gestora, etc).

Este documento debe ser coherente y su redacción puede consistir en una serie de líneas generales de mejora en las que coinciden y aceptan todos los miembros de la Unidad.

El Plan Estratégico debe trazar la metodología para lograr que la visión de la Unidad se vaya aproximando a la realidad asistencial a medio plazo. Este documento debe ser público (conocido por todos los miembros de la Unidad y estar a su alcance, habitualmente en formato digital en la intranet del hospital). En dicho plan queda claramente explicado:

- Se han definido las líneas estratégicas prioritarias.
- Se han definido objetivos estratégicos y operativos.
- Se han definido las acciones a realizar para alcanzar los objetivos.
- Se han definido los responsables de estas acciones.
- Se han definido los plazos para la realización de las acciones operativas, tácticas y estratégicas previstas.
- Se han definido los plazos para la revisión de la Planificación.

Baremación

1. No existe este documento
2. Existe, pero se describe de forma inadecuada o insuficiente
3. Existe y es correcto
4. Existe, es correcto, se ha difundido y es de uso común en la Unidad ocupa (0 para UTM y UTM Q, debiendo alcanzar los 4 puntos)

Puntuación total del apartado D:

- **CM: de 14 a 56 puntos. Es necesario alcanzar 20 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.**
- **UTM y UTM-MQ: de 14 a 56 puntos. Es necesario alcanzar 26 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.**

APARTADO D. Criterios para CM, UTM y UTM-MQ.

Apartados	CM	UTM	UTM-MQ
SUBAPARTADO D-a. CALIDAD			
D-a.1 Existe un Plan de Calidad	R	O	O
D-a.1.1 El Plan de Calidad está implantado y ha sido evaluado	R	R	R
D-a.1.2 Se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad, al menos con carácter bianual	R	R	R
D-a.1.3 La Unidad debería tener alguna acreditación externa	R	R	R
D-a.1.4 Se define al Responsable del Plan de Calidad	O	O	O
D-a.2 Existe un Plan de Prevención de Riesgos Laborales	O	O	O
D-a.3 Existe un Plan de Seguridad Clínica	R	R	R
D-a.4 Existen Planes de Contingencia específicos	R	R	R
D-a.5 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento	R	R	R
D-a.6 Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente	R	R	R
D-a.7 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad	R	R	R
D-a.8 La Unidad debería participar en Comisiones Clínicas del Centro al que pertenece	R	R	R
SUBAPARTADO D-b. ESTRATEGIA			
D-b.1 Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad	R	O	O

O = Obligatorio.

R = Recomendable.

APARTADO E:

Procesos

[APARTADO E: PROCESOS]

[Subapartado E-a. Planes funcionales]

- E-a.1 Existe un Plan Funcional General de la Unidad (R)
- E-a.2 Existe un Plan Funcional para la Admisión de pacientes (R)
- E-a.3 Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad (O)
- E-a.4 Existe un Plan Funcional para las Consultas Médicas (R)
- E-a.5 Existe un Plan Funcional para las Consultas de Enfermería/otros profesionales (R)
- E-a.6 Existe un Plan Funcional para las salas de realización de Estudios y técnicas complementarias (R)
- E-a.7 Existe un Plan Funcional para la Hospitalización (R)
- E-a.8 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados (R)

[Subapartado E-b. Procesos asistenciales]

- E-b.1 Existen procesos clínicos diseñados (O)
- E-b.2 Existen protocolos de procedimientos específicos (O)
 - E-b.2.1 Selección de candidatos para terapias avanzadas (O)
 - E-b.2.2 Manejo de las terapias avanzadas implementadas (O)
 - E-b.2.3 Programa para las terapias avanzadas (R)
 - E-b.2.4 Infiltración con toxina botulínica (O)
 - E-b.2.5 Infiltración guiada de toxina botulínica (R)
- E-b.3 Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados (R)
- E-b.4 Procesos asistenciales del personal de enfermería o de otro personal adscrito a la CM/UTM/UTM-MQ (si aplica) (R)
- E-b.5 Procesos asistenciales para la prevención de complicaciones y la implementación de medidas correctoras o de soporte (R)
- E-b.6 Procesos asistenciales invasivos (R)
- E-b.7 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados (R)
- E-b.8 Proceso de atención a las reclamaciones de los pacientes (O)
- E-b.9 Procesos de documentación clínica (O)
- E-b.10 Custodia y circuito de historias clínicas (R)

[SUBPARTADO E-a. PLANES FUNCIONALES]

■ E-a.1 Existe un Plan Funcional General de la Unidad (R)

La Unidad debería disponer de un Plan Funcional General, es decir, de funcionamiento de la misma, debidamente escrito y archivado en el que se realice una descripción general de cómo es y como está organizada la Unidad (CM/UTM/UTM-MQ) para prestar sus servicios. Debería incluir el personal adscrito a la misma, programa de funcionamiento, el reparto de responsabilidades de cada profesional, tareas a realizar por los mismos, equipamiento del que consta, actividad histórica que desarrolla, protocolos (incluyendo valoración pre y postquirúrgica y procedimientos quirúrgicos), vías y guías de práctica clínica disponibles, plan de calidad, docencia, investigación y proyectos futuros.

Una memoria funcional anual que incluya estos aspectos puede ser suficiente.

El Plan Funcional General puede incluir los aspectos descritos en los siguientes puntos (E-a.2 a E-a.8).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.2 Existe un Plan Funcional para la Admisión pacientes (R)

Debe existir un documento de admisión a la Unidad (CM/UTM/UTM-MQ) con los criterios de derivación a la misma que esté consensuado con otros niveles asistenciales (Servicio de Neurología, Centro de Especialidades, Atención Primaria, etc), reconocido y aprobado por la Dirección del centro.

Este documento debería recoger el motivo de la derivación a la Unidad, una exploración clínica básica, información sobre los estudios realizados, la sospecha diagnóstica y ensayos terapéuticos realizados. Debe ajustarse la citación a la prioridad clínica según criterios objetivos.

En la gestión de la admisión de pacientes debería intervenir directamente la propia Unidad.

El documento de solicitud de derivación debe incluir el motivo, la información clínica que la justifica y la prioridad para la citación.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.3 Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad (0)

La CM/UTM/UTM-MQ debe tener claramente definidas y reflejadas en un documento fácilmente accesible a los usuarios, las actividades y prestaciones que ofrece.

Un ejemplo de cartera de servicios sería la siguiente:

- Atención ambulatoria en CM y UTM:
 - Diagnóstico y tratamiento de EP y otros TM.
 - Infiltración de toxina botulínica.
- Atención ambulatoria en UTM-MQ:
 - Valoración de candidatos a cirugía por ECP.
 - Estudio pre-quirúrgico con evaluación motora y no motora.
 - Evaluación neuropsicológica.
 - Evaluación de resultados postquirúrgicos.
 - Seguimiento postquirúrgico con ajuste de parámetros de estimulación.
- Atención hospitalaria:
 - Implantar terapias de segunda línea:
 - > Procedimientos quirúrgicos de ECP.
 - > Programación postquirúrgica.
 - > Gastrostomía percutánea para la infusión de levodopa intraduodenal.
 - > Test de apomorfina y/o infusión de apomorfina subcutánea.
- Atención de urgencias:
 - Capacidad de contacto en horario de 8-15 horas.
 - Capacidad de asistencia a urgencias y valoración por neurólogo/facultativo de medicina general.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.4 Existe un Plan Funcional para las Consultas Médicas (R)

Debería existir un documento en el que se especifique el modo de funcionamiento de las consultas médicas de atención ambulatoria: horarios, agendas, médicos, circuito de pruebas, de historias clínicas, documentación, protocolos en uso, etc.

Se recomienda que se señalen los distintos tipos de visita que se ofrecen (p.ej: primeras, sucesivas, valoraciones conjuntas, etc), así como el tiempo mínimo establecido para las visitas, las medidas establecidas en caso de visitas imprevistas o necesidad de reevaluación preferente (p.ej: Hospital de Día) y los medios de comunicación que se han establecido entre el médico remitente y la CM/UTM/UTM-MQ y entre la CM/UTM/UTM-MQ y los profesionales a los que se derivan pacientes desde la CM/UTM/UTM-MQ.

La desprogramación debería de ser menor al veinte por ciento.

Los pacientes atendidos deberían recibir un informe o nota de la asistencia recibida y las medidas propuestas.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.5 Existe un Plan Funcional para las Consultas de Enfermería/otros profesionales (R)

En caso de disponerse de este tipo de consultas, debería existir un documento (Plan Funcional) en el que se especifique el modo de funcionamiento de las mismas (horarios, agendas, personal que asiste, el modo de funcionamiento, el circuito de las pruebas, de las historias clínicas, la documentación a utilizar, protocolos en uso, material, etc) así como delimitar claramente las tareas de las consultas.

En Unidades que en las que no exista Consulta de Enfermería no se evaluará este apartado, señalándose como “No aplicable”.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.6 Existe un Plan Funcional para las salas de realización de Estudios y técnicas complementarias (R)

En caso de que en la Unidad se realicen estas actividades, debería existir un documento (Plan Funcional) que cumpla las recomendaciones especificadas en los puntos anteriores, donde se especifique el modo de funcionamiento de las mismas (incluyendo las particularidades de las exploraciones o técnicas complementarias realizadas, p.ej: infiltración de toxina botulínica, neurosonología, acelerómetros, test de apomorfina o manejo de bombas de infusión, programación de estimulación cerebral profunda, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.7 Existe un Plan Funcional para la Hospitalización (R)

En el caso de que los pacientes de la CM/UTM/UTM-MQ tengan que ser hospitalizados, debería existir un documento que describa cómo se atiende a los pacientes cuando ingresan por su patología de TM o por un procedimiento relacionado con ella (p.ej: horario de visitas, personal responsable, protocolos utilizados, sistema de información a familiares, informes de alta, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-a.8 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados (R)

Este es un aspecto muy relevante relativo a la seguridad clínica del paciente. Deberían elaborarse procedimientos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, graves o previsibles, escritos y consensuados al menos por el propio hospital, y especificar aquellos que, con

carácter de mínimos, sean exigibles en la Unidad. Como mínimo, debería existir un procedimiento de actuación ante:

- Complicaciones de los procedimientos radiológicos invasivos.
- Efectos adversos medicamentosos (contacto, actuación y si procede notificación de la reacción adversa medicamentosa).
- Efectos secundarios relacionados con las terapias avanzadas / segunda línea (cirugía y e infusión de levodopa enteral y apomorfina).
- Complicaciones quirúrgicas de la cirugía si es el caso.
- Complicaciones relacionadas con la administración de toxina botulínica.

Baremación

- 1.- No se han identificado las complicaciones médico-quirúrgicas esperables
- 2.- Están identificadas las complicaciones esperables
- 3.- Se han diseñado protocolos de actuación para el manejo de las complicaciones
- 4.- Los protocolos se utilizan y están actualizados

[SUBPARTADO E-b. PROCESOS ASISTENCIALES]

■ E-b.1 Existen procesos clínicos diseñados (0)

El espectro de enfermedades que abarca el campo de los trastornos del movimiento es amplio, complejo y en continuo desarrollo. La CM/UTM/UTM-MQ debe poder acreditar que todos sus miembros realizan su actividad asistencial acorde a criterios de la medicina basada en la evidencia debidamente actualizados (p.ej: guías de práctica clínica avaladas por sociedades científicas como la SEN o las guías NICE, criterios diagnósticos propuestos por la MDS, etc), y de forma sistemática y reproducible. Para ello se dispondrá de una protocolización de las actividades (al menos en los procesos más frecuentes o importantes) en forma de protocolos, vías, o guías de práctica clínica.

Los protocolos deben estar identificados en número suficiente y estar diseñados adecuadamente. Para ello deben identificar:

- Criterios de entrada y salida del proceso.
- La secuencia temporal de las actividades.
- La identificación del lugar donde se realizará cada actividad.
- Las tareas a realizar en cada actividad.
- El responsable de cada actividad.
- Como se registra la actividad.
- Unos objetivos.
- Un modo de monitorización o evaluación.

El listado de los protocolos desarrollados estará incluido en el Manual General de la Unidad. **Deberían estar diseñados al menos (1) el protocolo de diagnóstico y manejo de la enfermedad de Parkinson, (2) temblor, y (3) distonía. Se recalca que se pueden aportar guías clínicas vigentes como protocolo que se aplique, siempre y cuando así sean y pueda ser demostrado.**

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Protocolos de enfermedades específicas: ___

■ E.b.2 Existen protocolos de procedimientos específicos (0)

Aquellos procedimientos que requieren la colaboración de otros agentes del centro (p.ej: colocación de una bomba de infusión intestinal de levodopa, intervención neuroquirúrgica, etc) o que su implementación supone una complejidad mayor a la atención habitual en consultas (p.ej: colocación de una bomba de infusión de apomorfina, neurosonología, etc) deberían estar protocolizados y reconocidos por el personal y los servicios participantes.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Protocolos de procedimientos específicos: ___

E-b.2.1 Selección de candidatos para terapias avanzadas (0)

Una CM/UTM/UTM-MQ tiene que poder identificar los pacientes que se pueden beneficiar de las terapias avanzadas (p.ej: bombas de infusión intestinal de levodopa o subcutánea de apomorfina o cirugía para Parkinson, cirugía para temblor o distonía, etc).

- CM: debe disponer de un circuito de derivación para cirugía y bombas de infusión. Se recomienda que pueda implementar al menos una terapia de infusión para la enfermedad de Parkinson.
- UTM: debe disponer de un circuito de derivación para pacientes que se pueden beneficiar de un tratamiento neuroquirúrgico y poder implementar al menos una terapia de infusión para la enfermedad de Parkinson.
- UTM-MQ: debe disponer de tratamiento neuroquirúrgico y poder implementar al menos una terapia de infusión para la enfermedad de Parkinson

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

E-b.2.2 Manejo de las terapias avanzadas implementadas (0)

La CM/UTM/UTM-MQ debe poder llevar a cabo el manejo en la identificación y atención de las complicaciones derivadas de las terapias avanzadas implementadas en su centro. **Si no tiene vías en su medio para hacerlo, es necesario saber detectar posibles problemas o complicaciones, y derivarlo al centro en el que puedan solventarlo.**

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

E-b.2.3 Programa para las terapias avanzadas (R)

Se recomienda la existencia de un flujograma que ilustre los pasos, a nivel espacial, temporal y de personal, que se realizan desde la selección de candidatos hasta la implantación de una terapia de segunda línea y el seguimiento posterior. Debería incluir los criterios utilizados, las personas responsables y las tareas a realizar, los registros y una metodología para la monitorización y evaluación de los resultados.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

E-b.2.4 Infiltración con toxina botulínica (0)

La toxina botulínica es un tratamiento de uso habitual y necesario para el manejo de distintos trastornos del movimiento, particularmente la distonía y la espasticidad. Por lo que se considera que:

- CM: debe disponer de un circuito de derivación o tenerla disponible en la propia CM.
- UTM y UTM-MQ: deben poder realizar infiltraciones con toxina botulínica.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

E-b.2.5 Infiltración guiada de toxina botulínica (R)

La punción de músculos profundos puede optimizarse con el uso de métodos guía (p.ej: ecografía, EMG, laringoscopia, etc), por lo que su uso es altamente recomendable para los músculos que no son accesibles a la palpación (p.ej: extremidades, cervical profundo, cuerdas vocales, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-b.3 Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados (R)

Se comprueba que los protocolos diseñados se están aplicando y se han evaluado al menos una vez. Se comprobará que se monitorizan los resultados y que éstos se han analizado al menos una vez (comprobar en actas de reuniones o en alguna documentación en la que conste este análisis).

Baremación

1. Los procesos protocolizados no se realizan acorde a los protocolos
2. Los protocolos están implantados parcialmente
3. Los protocolos están implantados, pero no se monitorizan los resultados
4. Los protocolos están implantados y se monitorizan sus resultados periódicamente

■ E-b.4 Procesos asistenciales del personal de enfermería o de otro personal adscrito a la CM/UTM/UTM-MQ (si aplica) (R)

Se recomienda que estén listados y que cumplan los criterios aplicables del punto E-b.1, E-b.2 y E-b.3.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-b.5 Procesos asistenciales para la prevención de complicaciones y la implementación de medidas correctoras o de soporte (R)

En los casos de enfermedades asociadas a complicaciones potenciales (p.ej: riesgo de broncoaspiración, caídas, deformidades articulares, etc), se recomienda elaborar protocolos para su detección, prevención y medidas correctoras o de soporte (p.ej: valoración por ORL, logopedia, ortopedia, ayudas para la deambulación y sillas de ruedas, rehabilitación de la marcha, etc).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-b.6 Procesos asistenciales invasivos (R)

Debería existir un listado de los procedimientos invasivos que se realizan (p.ej: punción lumbar, etc), su justificación, la aprobación del centro para su realización y el método de obtención del consentimiento informado del paciente.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-b.7 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados (R)

Es un aspecto muy relevante de la seguridad clínica. Deberían elaborarse procedimientos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, graves o previsibles de los actos realizados. Deberían estar consensuados y aprobados, al menos por el personal requerido para su ejecución.

Baremación

1. No se han identificado las complicaciones médico-quirúrgicas esperables
2. Están identificadas las complicaciones esperables
3. Están identificadas las complicaciones esperables y se han protocolizado las medidas de actuación en caso de presentarse
4. Están identificadas las complicaciones esperables, protocolizadas las medidas de actuación y actualizadas

■ E-b.8 Proceso de atención a las reclamaciones de los pacientes (0)

Las reclamaciones recibidas deben ser tratadas y respondidas por el personal de la CM/UTM/UTM-MQ, aunque se utilicen medios de atención comunes al centro.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ E-b.9 Procesos de documentación clínica (0)

Debe existir un procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de las historias clínicas. La CM/UTM/UTM-MQ debería definir los aspectos que considera imprescindibles. Se recomienda que la información mínima que debería aparecer en el curso de una primera visita incluya: motivo de consulta, antecedentes personales y familiares relevantes, medicación concomitante, enfermedad actual, exploración física, exploraciones complementarias previas, orientación diagnóstica (sindrómica o etiológica), diagnóstico diferencial y signos de alarma en caso de detectarse y un plan de actuación que debería garantizar que se excluyen las causas secundarias o potencialmente tratables.

Durante el seguimiento de un paciente con enfermedad de Parkinson, debería constar como mínimo con periodicidad anual la pauta de medicación completa, que se ha hecho una valoración integral de la enfermedad (síntomas motores y no motores) y que se ha interrogado acerca de las complicaciones motoras. En el caso de ser usuario de una terapia de segunda línea, deberían constar los parámetros de programación.

Durante el seguimiento de un paciente tratado con infiltraciones de toxina botulínica debería constar, como mínimo con carácter anual, los músculos seleccionados, las dosis utilizadas y la duración del efecto.

Durante el seguimiento de un paciente con temblor, distonía o mioclonías, debería constar, como mínimo con carácter anual, su impacto funcional y la justificación o las posibilidades de tratamiento contempladas.

Durante el seguimiento de un paciente con tics, debería constar, como mínimo con carácter anual, su impacto funcional y la contemplación de terapias no farmacológicas (p.ej: cognitivo-conductual, etc).

Durante el seguimiento de un paciente con una enfermedad de etiología desconocida (p.ej: coreas, ataxias, distonías y parkinsonismos no filiados, etc), debería constar, como mínimo con carácter anual, que se ha revalorado el caso y las posibilidades diagnósticas.

En el caso de requerirse la utilización de pruebas genéticas, debería quedar constancia que se ha realizado un consejo genético según las recomendaciones vigentes.

Debería poder demostrarse que se cumple con lo requerido en este punto en al menos el 75% de las historias clínicas que puedan ser evaluadas en una auditoría clínica.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

E-b.10 Custodia y circuito de historias clínicas (R)

La CM/UTM/UTM-MQ o el centro debería disponer de un protocolo en el que quede especificado la responsabilidad, custodia y circuito de las historias clínicas y la garantía de la confidencialidad de los datos y el respeto por la autonomía del paciente (p.ej: consentimiento informado). Este procedimiento suele ser responsabilidad de la comisión de historias clínicas del centro y puede remitirse a ella en caso de estar disponible.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

Puntuación total del apartado E:

de 23 a 92 puntos.

Es necesario alcanzar los 47 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.

APARTADO E. Criterios para CM, UTM y UTM-MQ.

Apartados	CM	UTM	UTM-MQ
SUBAPARTADO E-a. PLANES FUNCIONALES			
E-a.1 Existe un Plan Funcional General de la Unidad	R	R	R
E-a.2 Existe un Plan Funcional para la Admisión de pacientes	R	R	R
E-a.3 Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad	O	O	O
E-a.4 Existe un Plan Funcional para las Consultas Médicas	R	R	R
E-a.5 Existe un Plan Funcional para las Consultas de Enfermería/otros profesionales	R	R	R
E-a.6 Existe un Plan Funcional para las salas de realización de Estudios y técnicas complementarias			
E-a.7 Existe un Plan Funcional para la Hospitalización	R	R	R
E-a.8 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados	R	R	R
SUBAPARTADO E-b. PROCESOS ASISTENCIALES			
E-b.1 Existen procesos clínicos diseñados	O	O	O
E-b.2 Existen protocolos de procedimientos específicos	O	O	O
E-b.2.1 Selección de candidatos para terapias avanzadas	O	O	O
E-b.2.2 Manejo de las terapias avanzadas implementadas	O	O	O
E-b.2.3 Programa para las terapias avanzadas	R	R	R
E-b.2.4 Infiltración con toxina botulínica	O	O	O
E-b.2.5 Infiltración guiada de toxina botulínica	R	R	R
E-b.3 Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados	R	R	R
E-b.4 Procesos asistenciales del personal de enfermería o de otro personal adscrito a la CM/UTM/UTM-MQ (si aplica)	R	R	R
E-b.5 Procesos asistenciales para la prevención de complicaciones y la implementación de medidas correctoras o de soporte	R	R	R
E-b.6 Procesos asistenciales invasivos	R	R	R
E-b.7 Procesos asistenciales para las complicaciones derivadas de los actos médico-quirúrgicos realizados	R	R	R
E-b.8 Proceso de atención a las reclamaciones de los pacientes	O	O	O
E-b.9 Procesos de documentación clínica	O	O	O
E-b.10 Custodia y circuito de historias clínicas	R	R	R

O = Obligatorio.

R = Recomendable.

APARTADO F:

Resultados

[APARTADO F: RESULTADOS]

- F.1. Satisfacción de usuarios
 - F.1.1 Se evalúa y conoce la satisfacción del usuario (O)
 - F.1.2 Reclamaciones escritas recibidas en la Unidad (O)
- F.2. Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad (R)
- F.3. Resultados de la actividad. Auto-evaluación de resultados (O)
- F.4. Resultados de incidencias (indicadores centinela y de seguridad clínica) (R)
- F.5. Resultados docentes (R)
- F.6. Resultados en Investigación
 - F.6.1 Resultados investigadores (R)
 - F.6.2 Proyectos de investigación básica (R)
 - F.6.3 Proyectos de investigación observacionales propios (R)
 - F.6.4 Colaboración con proyectos de investigación básicos o observacionales de iniciativa externa a la CM/UTM/UTM-MQ (R)
 - F.6.5 Participación en ensayos clínicos de intervención (R)
- F.7. Análisis de costes y rendimiento (R)
- F.8. Análisis global de los resultados de la CM/UTM/UTM-MQ (R)

■ F.1. Satisfacción de usuarios

F.1.1 Se evalúa y conoce la satisfacción del usuario (0)

Se evidencia que existe un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que se conoce la satisfacción de los usuarios. Se comprueba que el procedimiento está implantado y que se conoce el nivel de satisfacción de los usuarios de la Unidad en el último periodo analizado (que no debería superar a dos años). Para ello pueden utilizarse distintas herramientas (cuestionarios, grupos focales, entrevistas,..). Siempre debe asegurarse el anonimato de los pacientes.

Baremación

1. No se ha evaluado en los últimos dos años
2. <50% de pacientes satisfechos (0, debiendo alcanzar al menos 2 puntos)
3. ≥50% y <75% de pacientes satisfechos
4. ≥75% de pacientes satisfechos

F.1.2 Reclamaciones escritas recibidas en la Unidad (0)

Se evidencia que existe un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que manejan las reclamaciones de los usuarios. Se comprueba que el procedimiento está implantado y puede conocerse el número de reclamaciones recibidas y cómo se han tratado.

Baremación

1. No se ha evaluado en los últimos dos años
2. > 20% (0, debiendo alcanzar al menos 2 puntos)
3. ≤20% y >10%
4. ≤10%

■ F.2 Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad (R)

Se evidencia que existe un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que se conoce la satisfacción de los profesionales de la Unidad. Se comprueba que el procedimiento está implantado y que se conoce el nivel de satisfacción de los profesionales de la Unidad en el último periodo analizado.

Encuestas de satisfacción del personal adscrito (para CM sólo aplica si tiene algún personal adscrito).

Baremación

1. No se ha evaluado en los últimos dos años o <25% de personal satisfecho
2. ≥25% y <50%
3. ≥50% y <75%
4. ≥75%

■ F.3 Resultados de la actividad. Auto-evaluación de resultados (0)

Medir los resultados de la actividad asistencial es un elemento crucial para determinar la calidad de los servicios prestados. Sin embargo, no existe todavía un desarrollo suficiente de indicadores de resultados que sean aceptados y validados de forma general y su recolección supone un esfuerzo. Por otra parte, las enfermedades atendidas en el campo de los trastornos del movimiento, suelen ser de naturaleza crónica o degenerativa, por lo que los indicadores que son útiles para otras subespecialidades neurológicas (p.ej: estancias medias, porcentajes de pacientes libres de crisis en epilepsia, tiempo medio a fibrinólisis o recanalización por intervencionismo en ictus, escalas funcionales después de un ictus, etc) no son aplicables en este campo y, de hecho, en muchas de las enfermedades la progresión natural supone un empeoramiento a pesar de haber recibido la mejor atención posible y los centros que atienden patologías más graves pueden verse penalizados. Aún así, se recomienda que la CM/UTM/UTM-MQ desarrolle sus propios métodos de medición de resultados con indicadores de salud. **Cada programa para los diferentes ámbitos de modalidades de asistencia (p.ej: atención ambulatoria, hospitalización, etc) debería sugerir al menos un indicador específico.**

Estos indicadores asistenciales no deben ser numerosos y se considera que monitorizando entre tres y cinco procesos asistenciales se puede evaluar el 80% de la actividad asistencial de una Unidad Clínica de Neurología. Al menos se requerirán 3 indicadores de resultados de actividad.

A pesar de ello, es necesario que la Unidad controle y monitorice algunos indicadores para poder analizar los resultados tanto de la asistencia como de la investigación y docencia desarrolladas en la Unidad.

Baremación

1. No se han desarrollado indicadores de resultados
4. Se han desarrollado indicadores de resultados

Ejemplos de Indicadores de Actividad

- 1) Número global de pacientes atendidos en los últimos 2 años desglosado por primeras visitas y visitas sucesivas

Baremación para CM

1. ≥ 80 primeras y 160 sucesivas/año
2. ≥ 100 primeras y 200 sucesivas/año
3. ≥ 120 primeras y 240 sucesivas/año
4. ≥ 140 primeras y 280 sucesivas/año

Baremación para UTM y UTM-MQ

1. ≥ 200 primeras y 400 sucesivas/año
2. ≥ 220 primeras y 440 sucesivas/año
3. ≥ 240 primeras y 480 sucesivas/año
4. ≥ 260 primeras y 520 sucesivas/año

- 2) Volumen de pacientes con terapias avanzadas (p.ej: bombas de infusión, cirugía, etc) implementadas en los últimos dos años (para CM sólo aplica si las implementa)

Baremación

1. < 5
2. ≥ 5 y < 10
3. ≥ 10 y < 20
4. ≥ 20

- 3) Volumen de pacientes con terapias avanzadas en seguimiento en los últimos dos años (para CM sólo aplica si las implementa)

Baremación

1. < 10
2. ≥ 10 y < 20
3. ≥ 20 y < 30
4. ≥ 30

- 4) Porcentaje de éxito en la implementación de terapias avanzadas en los últimos dos años según el objetivo que la justificó (para CM sólo aplica si las implementa)

Baremación

1. $< 25\%$
2. ≥ 25 y $< 50\%$
3. ≥ 50 y $< 75\%$
4. $\geq 75\%$

- 5) Porcentaje de mortalidad o complicaciones graves en el contexto de la implementación de las terapias avanzadas en los últimos 2 años (para CM sólo aplica si las implementa)

Baremación

1. $> 5\%$
4. $\leq 5\%$

- 6) Tiempo medio de lista de espera desde la indicación hasta la implantación de la terapia de segunda línea en los últimos dos años (para CM sólo aplica si las implementa)

Baremación

1. > 18 meses
2. ≤ 18 y > 12 meses
3. ≤ 12 meses y > 6 meses
4. ≤ 6 meses

- 7) Volumen de pacientes a los que se infiltra toxina botulínica en los últimos dos años (para CM sólo aplica si las implementa)

Baremación

1. < 50 pacientes/año
2. ≥ 50 y < 100 pacientes/año
3. ≥ 100 y < 150 pacientes/año
4. ≥ 150 pacientes/año

- 8) Volumen de pacientes derivados de otras CM/UTM/UTM-MQ como centro de referencia (p.ej: implementación de terapias avanzadas, segunda opinión, CSUR, etc) (para CM sólo aplica si las recibe)

Baremación

1. ≤ 5 /año
2. > 5 y ≤ 10 /año
3. > 10 y ≤ 20 /año
4. > 20 /año

■ F.4 Resultados de incidencias (indicadores centinela y de seguridad clínica) (R)

Se han identificado las posibles incidencias más frecuentes o críticas que pueden ocurrir durante el proceso asistencial, se monitorizan a través de los correspondientes indicadores y se conocen las tasas de incidencia. Deben quedar registrados los siguientes mínimos:

- Reacciones adversas graves de las medicaciones administradas.
- Complicaciones derivadas de la infiltración con toxina botulínica.
- Complicaciones relacionadas con la administración de terapias avanzadas (ECP o infusión de apomorfina o levodopa).

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ F.5 Resultados docentes (R)

Se comprueba que se conocen los resultados de la actividad docente propia y que el personal acude a algún congreso o curso específico con carácter anual

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ F.6 Resultados en Investigación

F.6.1 Resultados investigadores (R)

Se comprueba que se conocen los resultados de la actividad investigadora. Se sugiere que la CM/UTM/UTM-MQ debería presentar en los foros adecuados al menos una comunicación científica y/o publicar en una revista científica al menos un artículo al año.

Baremación

1. No se cumple
2. Publicación de al menos 1 artículo (original, original breve, revisión y/o metaanálisis) en el año previo en alguna revista del tercero y cuarto cuartil de la especialidad
3. Publicación de al menos 1 artículo (original, original breve, revisión y/o metaanálisis) en el año previo en alguna revista del segundo cuartil de la especialidad
4. Publicación de al menos 1 artículo (original, original breve, revisión y/o metaanálisis) en el año previo en alguna revista del primer cuartil de la especialidad

F.6.2 Proyectos de investigación básica (R)

Se recomienda la participación de la CM/UTM/UTM-MQ en el avance del conocimiento científico en el campo de los trastornos del movimiento. Para su evaluación se consideran la participación/colaboración en investigación básica que está activa y/o la que se ha completado en los últimos dos años.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

F.6.3 Proyectos de investigación observacionales propios (R)

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

F.6.4 Colaboración con proyectos de investigación básicos o observacionales de iniciativa externa a la CM/UTM/UTM-MQ (R)

Sería lo mismo que en los puntos 7.2 y 7.3, pero como colaborador de un proyecto con otros centros y/o instituciones.

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

F.6.5 Participación en ensayos clínicos de intervención (R)

Baremación

1. No se cumple
2. Se participa en ensayos clínicos de fase IV
3. Se participa en ensayos clínicos de fase II o III
4. Se participa en ensayos clínicos de fase I

■ F.7 Análisis de costes y rendimiento (R)

Existe un procedimiento por escrito en el que especifica cómo se calcula el coste de las actividades, que es conocido y aprobado por el centro. Además, se analiza el resultado entre la actividad prevista y la actividad realizada

Baremación

1. No se cumple
4. Se cumple

■ F.8 Análisis global de los resultados de la CM/UTM/UTM-MQ (R)

Debería realizarse con carácter anual e incluir:

- Resultados de la Unidad.
- Análisis global.
- Detección de desviaciones y proposición de acciones correctivas.
- Detección de puntos débiles y fuertes, amenazas y oportunidades de mejora.
- Conclusiones y proposición de nuevos objetivos.

Barefacción

1. No se cumple
2. Se analiza la información, pero no se utiliza para mejorar
3. Existe el análisis, se utiliza, pero es incompleto
4. Existe, se utiliza y es completo

Puntuación total del apartado F:

de 13 a 52 puntos.

Es necesario alcanzar los 18 puntos que corresponden a los apartados obligatorios.

[APARTADO F. Criterios para CM, UTM y UTM-MQ.]

Apartados	CM	UTM	UTM-MQ
F.1. Satisfacción de usuarios	O	O	O
F.1.1 Se evalúa y conoce la satisfacción del usuario	O	O	O
F.1.2 Reclamaciones escritas recibidas en la Unidad	R	R	R
F.2 Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad	O	O	O
F.3 Resultados de la actividad. Auto-evaluación de resultados	R	R	R
F.4 Resultados de incidencias (indicadores centinela y de seguridad clínica)	R	R	R
F.5 Resultados docentes	R	R	R
F.6. Resultados en Investigación	R	R	R
F.6.1 Resultados investigadores	R	R	R
F.6.2 Proyectos de investigación básica	R	R	R
F.6.3 Proyectos de investigación observacionales propios	R	R	R
F.6.4 Colaboración con proyectos de investigación básicos o observacionales de iniciativa externa a la CM/UTM/UTM-MQ	R	R	R
F.6.5 Participación en ensayos clínicos de intervención	R	R	R
F.7 Análisis de costes y rendimiento	R	R	R
F.8 Análisis global de los resultados de la CM/UTM/UTM-MQ	R	R	R

O = Obligatorio.

R = Recomendable.



BIBLIOGRAFÍA

- Morera Guitart J, Campos V, Castillo J, Copetti S, Díaz S, González VM, Huerta M, Martín R, Sánchez C, Tranche S. Guía de atención continuada al paciente neurológico. Recomendaciones de consenso entre Atención Primaria y Neurología. Madrid, Luzán 2005.
- Berardelli A, Wenning GK, Antonini A, Berg D, Bloem BR, Bonifati V, Brooks D, Burn DJ, Colosimo C, Fanciulli A, Ferreira J, Gasser T, Grandas F, Kanovsky P, Kostic V, Kulisevsky J, Oertel W, Poewe W, Reese JP, Relja M, Ruzicka E, Schrag A, Seppi K, Taba P, Vidailhet M. EFNS/MDS-ES/ENS [corrected] recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease. *Eur J Neurol* 2013;20:16-34.
- Grimes D, Gordon J, Snelgrove B, Lim-Carter I, Fon E, Martin W, Wieler M, Suchowersky O, Rajput A, Lafontaine AL, Stoessel J, Moro E, Schoffer K, Miyasaki J, Hobson D, Mahmoudi M, Fox S, Postuma R, Kumar H, Jog M; Canadian Neurological Sciences Federation. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. *Can J Neurol Sci* 2012;39(4 Suppl 4):S1-30.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Parkinson's Disease: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care. London: Royal College of Physicians (UK); 2006.
- NHS Quality Improvement Scotland. Diagnosis and pharmacological management of Parkinson's disease. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Elliott House, 8-10 Hillside Crescent, Edinburgh, EH7 5EA, 2010.
- Suchowersky O, Reich S, Perlmutter J, Zesiewicz T, Gronseth G, Weiner WJ; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: diagnosis and prognosis of new onset Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006;66:968-75.
- Guía Oficial de recomendaciones clínicas en la enfermedad de Parkinson 4 (Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2019). Luzán 5. ISBN: 978-84-17372-49-1. <http://getm.sen.es/pdf/2019/GuiaParkinson.pdf>.
- Parkinson's Disease: Non-Motor and Non-Dopaminergic Features. Wiley-Blackwell; 1 edition (August 22, 2011). ISBN-13: 978-1405191852.
- Parkinson's Disease and Movement Disorders. 6 Edition (May 21, 2015). ISBN: 9781608311767.
- Parkinson Disease and Other Movement Disorders: Motor Behavioral Disorders and Behavioral Motor Disorders. Vu University Press; 1 edition (March 1, 2014). ISBN-13: 978-9086596669.
- de Fabregues O, Gironell A, Rossello-Jimenez D, Regueras E. Unidades de trastornos del movimiento y tratamiento de las fluctuaciones motoras de la enfermedad de Parkinson avanzad. *Rev Neurol* 2017;65:396-404.



ACREDITACIONES DE
UNIDADES CLÍNICAS
DE TRASTORNOS
DEL MOVIMIENTO

Patrocinado por:

abbvie