**CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE MEDICINA DE SUEÑO (CMS) Y PARA UNIDADES DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (UTRS)**

**COMITÉ ESPAÑOL DE ACREDITACIÓN EN MEDICINA DEL SUEÑO (CEAMS)**

**1.- DATOS DE FILIACIÓN Y DE RESPONSABILIDAD**

**1.1 Filiación**

a) Nombre del CMS o de la UTRS: ………………………………………….

b) Dirección:

Calle: ……………………………………………………………..……

Número: …………… Código postal: ……………

Ciudad: ………………………………….

Teléfono: ………………………. Fax:: …………………

Dirección electrónica: …………………………

Página web: ………………………….

Registro sanitario: ………………………..

c) Ubicación

 En hospital

de segundo nivel de tercer nivel

Nombre del hospital ...................................................................

 En centro de atención primaria

 Nombre del centro .....................................................................

 CMS privado

Ámbito geográfico……………………………………

Población asistencial…………………………………

**1.2 Responsable**

 a) Responsable médico:

 Nombre: …………………………………………………………

 Especialidad: ……………………………………………………

Sociedad a la que pertenece:

 - Sociedad Española de Sueño

 - Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

 - Sociedad Española de Neurología

 - Sociedad Española de Psiquiatría

 - Asociación Española de Pediatría

 - Otra: ......................................................................

 b) Otro (en caso de que el responsable del CMS o UTRS no sea médico)

 ……………………………………………………………………………………

 Especialidades médicas que participan en el CMS o UTRS

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

#### 2.- PERSONAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personal | Número y cualificación(especialista, especialista en formación, tipo de especialidad, etc.) | Porcentaje del tiempo total de trabajo dedicado al CMS o a la UTRS | Tareas/ funciones |
| Médico |  |  |  |
|  |  |  |  |
| De psicología |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Técnico |  |  |  |
|  |  |  |  |
| De enfermería |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Administrativo |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **3.- INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO**

¿Dispone de instalaciones para efectuar registros de sueño?

 Si No

* 1. **Instalaciones (adjuntar plano del CMS o de la UTRS)**

Número y tamaño de las salas de control: ...............................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................

Número y tamaño de las habitaciones: ......................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................

Aislamiento acústico Si No

Nivel medio de decibelios en cada sala o habitación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Habitación | Nivel medio de decibelios | Sala | Nivel medio de decibelios |
| 1 |  | 1 |  |
| 2 |  | 2 |  |
| 3 |  | 3 |  |
| 4 |  | 4 |  |

Intercomunicador: Si No

Control de luz: Si No

Acondicionamiento térmico: Si No

Instalaciones para pacientes ambulatorios: ……………………..................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................

**3.2. Equipamiento**

1. Polisomnógrafos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número | Fabricante | Canales | Tipo de registro (papel/digital) | Modo de archivo |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Equipo adicional para la monitorización del sueño (ej: polígrafo respiratorio, etc.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número | Tipo | Firma/ Productor | Número de señales |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Otros equipamientos

Para estudios prolongados (ej: ECG, EEG de larga duración, monitorización ambulatoria de la presión arterial -MAPA, actigrafía, etc.):

..................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................

1. Capacidad de registro

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | EEG | EOG | EMG |
| Número de canales(especificar derivaciones) |  |  |  |

Flujo de aire Señal térmica Señal de presión

Movimiento respiratorio Torácico Abdominal

Sonda de presión esofágica Si No

Tipo: …………………………………

Pulsioximetría Saturación de oxígeno Frecuencia cardiaca

Capnografía Si No

EMG (tibial) Derecho Izquierdo Suma

EMG (extrem. superiores) Si No

Tiempo de Tránsito del Pulso Si No

(PTT)

ECG Si No

Micrófono de ronquido Si No

Video-monitorización Si No

Video-registro Si No

Temperatura corporal Si No

Posición corporal Si No

Tumescencia peneana Si No

Otras señales Si No

 Especificar ……………………………………………………….

#### 4.- ORGANIZACIÓN

¿Dispone de protocolos de actuación (cuestionarios, algoritmos de trabajo, etc.)?

 Si No

¿Cómo se programan las tareas en el laboratorio de sueño (ej: número de personas que atiende al paciente, monitorización continua supervisada, etc.)?

........................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Cómo está organizada la supervisión médica del laboratorio de sueño por la noche?

........................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Cómo se realiza la lectura de los estudios de sueño?

1. Totalmente manual
2. Totalmente automática
3. Análisis manual asistido por ordenador

¿Cómo se asegura la calidad de los registros de sueño nocturnos y diurnos (ej: test de las latencias múltiples del sueño)?

......................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Existe un programa de formación continuada (sesiones clínicas, cursos, etc) dentro del propio CMS?.

 Si No

¿Se ofrece formación para otros centros, hospitales, médicos, personal de enfermería, etc?

 Si No

#### 5.- SERVICIOS DEL CMS O LA UTRS

**5.1.-Registro y evaluación**

¿Dispone de capacidad para efectuar polisomnografías (PSG) completas?:

 Si No

¿Cuántas noches por semana se realizan exploraciones?

 ¿Número de PSG que se efectúan al año ..............

Vigilados ............ No vigilados .............

 ¿Cuántas camas controla cada técnico de sueño por noche?

1 2 3 4 más de 4

¿Se efectúan PSGs en niños?

 Si Número al año ................

 No

¿Dispone de capacidad para efectuar registros hospitalarios (fuera del

 CMS o del laboratorio)?:

 Si No

¿Dispone de la capacidad para efectuar registros domiciliarios?:

 Si No

¿Dispone de capacidad para efectuar poligrafía respiratoria(PR)?:

 Si No

 Número de PRs que se efectúan al año ..............

 ¿Cuántas PRs controla cada técnico?

1 2 3 4 más de 4

Enumerar las señales biológicas que son registradas en la PR

....................................................................

....................................................................

....................................................................

....................................................................

....................................................................

....................................................................

¿Se efectúan PRs en niños?

 Si Número al año ................

 No

 ¿Se efectúan estudios únicamente con oximetría?

 Si No

Modelo de oxímetro……………………………………………………………

¿Se efectúan estudios domiciliarios únicamente con oximetría?

 Si No

Número al año ………………

Número / semana …………..

¿Se efectúan tratamientos con CPAP/BIPAP basándose exclusivamente en los resultados de la oximetría?

 Si No

Número al año ……………

¿Realizan estudios de titulación de presión con aparatos de auto-cpap?

 Si No

Sistemas de auto-CPAP utilizados ……………………………………………

Número de titulaciones al año ………………

Otros estudios de sueño (ej: test de las latencias múltiples del sueño, actimetría, etc)

..................................................................................................................................................

¿Existe una consulta ambulatoria para trastornos del sueño?

Si No

¿Cuántos pacientes son visitados al año?: …………………………………

¿Cuántas son primeras visitas y cuántas revisiones?.............................

Desde que se solicita la evaluación y/o estudio ¿cuál es el tiempo de espera para:

1. ser visitado ......................................................................................
2. ser diagnosticado mediante estudio en el laboratorio .....................
3. ser diagnosticado mediante estudio ambulatorio ............................

**5.2,.Perfil diagnóstico (foco de diagnóstico principal)**

|  |
| --- |
| Número de pacientes por año |
|  | Porcentaje de diagnósticos |
| * + - 1. Insomnio
 |  |
| * + - 1. Excesiva somnolencia diurna de origen no respiratorio
* Narcolepsia
* Otras
 |  |
| c) Trastornos de la respiración relacionados con el sueño |  |
| d) Síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las extremidades |  |
| e) Trastornos del ritmo circadiano |  |
| f) Parasomnias |  |
| g) Otros |  |

¿Qué metodología diagnóstica es utilizada para cada uno de los grupos de la tabla anterior?. Especificar el porcentaje de procedimientos diagnósticos dentro de cada grupo diagnóstico

a) ................................................................................................................................

b) ................................................................................................................................

c) ................................................................................................................................

d) ................................................................................................................................

e) ................................................................................................................................

f) ................................................................................................................................

g) ................................................................................................................................

5.3.-Perfil terapéutico (foco de tratamiento principal)

¿Qué terapias son aplicadas para cada uno de los diagnósticos en la tabla anterior?. Especificar el porcentaje de procedimientos terapéuticos dentro de cada grupo diagnóstico.

a) ................................................................................................................................

b) ................................................................................................................................

c) ................................................................................................................................

d) ................................................................................................................................

e) ................................................................................................................................

f) ................................................................................................................................

g) ................................................................................................................................

¿Dispone de un programa de seguimiento de pacientes?

Si No

Con referencia a las terapias de trastornos respiratorios asociados al sueño mencione:

Tratamientos prescritos con CPAP/año ...........................................................

Tratamientos prescritos con BIPAP/año ..........................................................

Tratamientos prescritos con respiradores volumétricos/año ..........................

Pacientes nuevos en tratamiento con dichas terapias / año…………………………

 Número total de pacientes en tratamiento con dichas terapias ………………...

 Tratamientos retirados / año…………………………………….

**6.- OTROS TESTS DIAGNÓSTICOS (ADJUNTAR UNA MUESTRA DE LOS TESTS EN PAPEL)**

Examen físico Si No

Cuestionarios de sueño Si No

TLMS Si No

TMV Si No

Calendario de sueño Si No

Tests psicológicos y de personalidad: Si No

Exámenes neuropsicológicos: Si No

Test de inmovilización: Si No

PSG con EEG ampliado Si No

Otros: ……………………………………………………………………………………......

**7.- DOCUMENTACIÓN MÉDICA Y ARCHIVO (ADJUNTAR UN FORMATO DE REGISTRO DE SUEÑO ESTÁNDAR)**

¿Qué resultados quedarán reflejados en el informe médico del paciente (parámetros de sueño, de respiración, resultados cardiovasculares, etc.)?

........................................................................................................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................

¿Qué sistemas de clasificación son utilizados (DSM-IV-R, ICSD-2, ICD-9, ICD-10)?

¿Cómo se organiza el archivo del CMS? ............................................................ ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Qué resultados del PSG son archivados?

........................................................................................................................................................................................................................................................................

¿Durante cuánto tiempo quedan archivados los resultados?

........................................................................................................................................................................................................................................................................

**8.- DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

¿Dispone de programa de formación de residentes?

 Si No

Especialidad/es de los residentes que son formados en el CMS o en la UTRS

................................................................. Número / año .................

................................................................. Número / año .................

................................................................. Número / año .................

................................................................. Número / año .................

................................................................. Número / año .................

Otras actividades docentes (sesiones, programas de doctorado, etc.). Especificar.

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Reseñar brevemente la actividad investigadora del CMS o de la UTRS (líneas de investigación, proyectos, publicaciones en los últimos 5 años) así como de formación continuada

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

¿Existe algún tipo de coordinación con otro CMS o con otras UTRS?

 Si, a nivel: No

asistencial

docente

de investigación

Especificar tipo de coordinación………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

**9.- INFORMACIÓN ADICIONAL O COMENTARIOS**

........................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................

### Nivel para el que se solicita la acreditación

Centro de Medicina de Sueño

* CMS-A: Dedicado al diagnóstico y tratamiento de trastornos de sueño en adultos y niños
* CMS-B: Dedicado al diagnóstico y tratamiento de trastornos de sueño en adultos
* CMS-C: Dedicado al diagnóstico y tratamiento de trastornos de sueño en niños

Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño

* UTRS-1: Unidad de Trastornos respiratorios del sueño para adultos y niños
* UTRS-2: Unidad de Poligrafia Respiratoria del Sueño

En ............................................... a ......... de ....................... de dos mil ................

Firma del solicitante