

PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE
COLOPROCTOLOGÍA ASOCIACION ESPAÑOLA DE
COLOPROCTOLOGÍA

ACREDITA-AECP
(versión, Rev02/mayo 2013)

LO ESENCIAL

La AECP/FAECP en colaboración con varios profesionales, con responsables de unidades con dilatada experiencia y representantes de sociedades científicas, desea desarrollar un PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE COLOPROCTOLOGÍA, diseñado para **reconocer la excelencia de las Unidades e impulsar su mejora.**

A partir de la identificación de las competencias que debe poseer una unidad y de las buenas prácticas que tiene que desempeñar los profesionales integrantes de las mismas en su puesto de trabajo, se quiere elaborar un manual de competencias específicas para las unidades de coloproctología de España.

No es fin de la misma acreditar profesionales, en el sentido de asignar quien es coloproctólogo y quien no, lo que se pretende con esta iniciativa es acreditar unidades y por tanto a sus profesionales, su estilo de trabajo y otras capacidades distintas a las puramente asistenciales. No cabe la menor duda, que en el hipotético caso de que se llegara a conseguir la subespecialización de coloproctología, este trabajo realizado por la AECP, tendría un peso indiscutible.

EL MARCO

La AECP en sus estatutos (Título I, artículo 4) establece como fines –entre otros- *promover la buena práctica clínica en el campo de la Coloproctología y unificar los estándares de formación en esta disciplina.* Por lo tanto, no es de extrañar que exista una inquietud importante en la presente Junta Directiva de iniciar un proceso de diseño, de un eventual marco, en la que la AECP acredite, o dé su respaldo, a aquellas unidades o grupos profesionales con especial dedicación a la coloproctología, reconociéndoles un grado de capacitación o excelencia especial, en la medida de que cumplan unos requisitos y estándares.

Este modelo surge también, como consecuencia del vacío existente en tal materia y la falta de regulación oficial al respecto, de manera que en la actualidad la unidades existentes, son establecidas por los distintos Servicios de Cirugía, o Centros Hospitalarios, unilateralmente; en virtud de criterios arbitrarios y dispares de una Comunidad Autónoma a otras, e incluso dentro de una misma.

EL MODELO DE PROGRAMA

Acreditarse debe significar **obtener un reconocimiento, expreso y público**, al cumplimiento de unos requisitos necesarios para prestar una atención sanitaria de Calidad en el campo de la coloproctología, o bien , al inicio de una línea de mejora por parte de la unidad. De esta forma, la acreditación no debe significar un fin en sí misma, sino un proceso dinámico, continuo y evolutivo.

Debe ser un **proceso voluntario** a través del cual los profesionales de las unidades revisan, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia dentro de la coloproctología. Además, se debe pretender garantizar la presencia y/o adquisición de nuevas competencias, así como un determinado nivel de desarrollo de las mismas, a lo largo del tiempo.

Cuando un grupo de profesionales es competente en un ámbito concreto de su desempeño profesional, presenta una serie de comportamientos, observables y medibles, que verifican la presencia de esa Competencia. Este conjunto de comportamientos constituyen sus Buenas Prácticas, que pueden observarse y medirse.

Así pues, resulta primordial este Manual, que contiene las competencias, buenas prácticas, evidencias y pruebas que deben estar presentes en la unidad. Este Manual será revisado de forma periódica, con el fin de que se encuentre actualizado en todo momento, en función de los avances y evidencias científicas que vayan surgiendo.

EJECUCIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

A) CRITERIOS IMPRESCINDIBLES PARA PODER SOLICITARLO

1. Reconocimiento por parte de los Centros Sanitarios de la unidad, sección o grupo especial dedicación, especificando la cartera de Servicios.

PRUEBA: Certificado emitido por la dirección médica del Hospital, adjuntado la cartera de Servicios.

2. Acreditar un mínimo de antigüedad de al menos 3 años.

PRUEBA: Certificado emitido por la dirección médica del Hospital

3. Acreditar que trabajan en Equipos Pluridisciplinarios integrados por especialistas en todas las disciplinas del diagnóstico y tratamiento y con reuniones frecuentes para la discusión individualizada de los casos clínicos.

PRUEBA: Certificado emitido por la dirección médica del Hospital, especificando los componentes de dicho equipo, con nombres completo y Servicio al que pertenece.

4. Compromiso de rellenar una Base de Datos facilitada por el Programa de Acreditación de Unidades de la AECP para proceder al registro de todos los Indicadores de Calidad.

PRUEBA: Compromiso por escrito del Jefe de la Unidad durante los dos años que dure la acreditación y su mantenimiento posterior hasta la visita de seguimiento.

5. Al menos la mitad de los médicos de la Unidad deben ser socios de la AECP.

PRUEBA: Documento con el nombre de socio/s. La secretaría AECP procederá a su verificación en la base de datos.

B) CRONOGRAMA

1) FASE DE INICIO:

- a. Solicitar la acreditación a la Comisión de Acreditación de Unidades de Coloproctología de la AECP, rellenando la solicitud oportuna y anexando los documentos que se le solicita (referente a los criterios mínimos para solicitar la acreditación) . Esta solicitud y documentos será enviada a una cuenta de correo dispuesta para tal fin.
- b. La Comisión revisa la documentación, procediendo a aceptarla o rechazarla.
- c. En el caso de que la solicitud sea rechazada la Comisión especificará la razón y cómo pueden subsanarlo, o solicitar información aclaratoria.
- d. En el caso de ser aceptada, se le comunicará la cuenta bancaria para realizar el ingreso bancario (derechos de acreditación). El precio de la acreditación es de **2.000 euros (sin IVA)**. Con estos ingresos se debe cubrir los gastos originados por:
 - Creación y mantenimiento de la web
 - Creación, diseño y edición del Manual de acreditación
 - Coste visita de evaluación
 - Gestión del proyecto de acreditación

- Se puede considerar en circunstancias especiales el fraccionamiento de la tasa; siempre que se pague antes que finalice el proceso de acreditación; y siempre bajo el criterio del Comité de acreditación.
- e. Una vez aceptada la solicitud y satisfechos los derechos de acreditación, se facilitará el acceso a la web de acreditación. Se le asignará además un TUTOR, que guiará a la unidad durante todo el proceso de autoevaluación y aportación de evidencias. En el caso de no pasar la acreditación los derechos pagados no serán devueltos.
 - f. Se procederá en este momento a facilitar acceso a la web de acreditación.
- 2) FASE DE AUTOEVALUACIÓN Y APORTACIÓN DE EVIDENCIAS: en esta fase la unidad debe aportar evidencias. Algunas pueden ser retrospectivas (hasta 2 años antes de la apertura de la acreditación) y otras obligatoriamente serán prospectivas –como son las relativas a los indicadores de calidad y número de casos exigidos (hasta completar casos tras la apertura de la acreditación). En esta fase se deberá:
- a. Cumplir Indicadores de calidad.
 - b. Acreditar un Mínimo de casos atendidos, exigidos en la acreditación.
 - c. Recopilar la documentación necesaria relativo a:
 - i. Medios humanos y materiales
 - ii. Formación continuada aprendizaje y docencia
 - iii. Investigación
 - iv. Publicaciones, Comunicaciones, Conferencias, Participación Mesas Redondas.
 - v. Evidencias relacionadas con una actividad sanitaria integral
 - vi. Evidencias relacionadas con las urgencias
- 3) FASE DE ACREDITACIÓN:
- a. Una vez terminada la fase de autoevaluación y aportación de evidencias (2 años máximo de la apertura del proceso de acreditación) , se procederá a el cierre de la aplicación web, o a la devolución al Tutor de la acreditación de la base de datos rellena y demás documentación necesaria para la acreditación. **Si se aportan las evidencias antes de 2 años se puede cerrar si se desea la acreditación, al haber se conseguido los objetivos planteados.**
 - b. El Tutor evaluará el expediente, en un periodo máximo de 90 días.
 - c. Cuando la evaluación inicial sea adecuada, se establecerá de común acuerdo entre ambas partes una **AGENDA DE VISITA** con al menos 2 semanas de antelación.
En ésta **AGENDA DE VISITA** se hará constar:
 - Fecha
 - Orden del día
 - Documentos a presentar por la Unidad solicitante
 - Circuito a realizar en la unidad de la zona asistencialA dicha visita asistirá DOS ACREDITADORES, siendo uno de ellos obligatoriamente el tutor asignado.
- 4) FASE DE RECONOCIMIENTO: Una vez que la unidad da por finalizada su autoevaluación, la AECP revisará las pruebas aportadas (tanto en el entorno web, como tras una visita a la unidad) y, en función de las mismas, emitirá un informe en un periodo máximo de 30 días tras la visita a la unidad. El informe se emitirá en el sentido:
- a. No acreditada

- b. No Acreditada. Pendiente de aportar documentación aclaratoria.
c. Unidad Acreditada por la AECP como:



- 5) **FASE DE SEGUIMIENTO:** Desde la obtención de la acreditación de la Unidad de Coloproctología se establece un periodo de seguimiento, de forma que a los 2 años de la fecha de acreditación se realizará una evaluación de seguimiento (ésta no es presencial) que consistirá en:
- Análisis de las consideraciones previas sobre modificaciones estructurales que se hubieran podido producir y que puedan afectar al ámbito de la acreditación.
 - Análisis del cumplimiento de los estándares con el objetivo de asegurar el mantenimiento de su cumplimiento a lo largo del tiempo
 - Análisis de las áreas de mejora detectadas en la fase de autoevaluación y pendientes de mejora
 - Análisis de los indicadores de calidad de la base de datos. Durante el periodo de acreditación la unidad debe mantener la base de datos actualizada.
- Esta evaluación de seguimiento no tiene coste alguno. De detectarse algún cambio llamativo y de peso, se le puede solicitar documentación complementaria o la adopción de las medidas de corrección oportunas. En casos extremos puede considerarse la retirada de la acreditación, tras ser valorada por el Comité de Acreditación de la AECP.
- 6) **FASE DE REACREDITACIÓN:** La acreditación tiene una validez de 5 años. A partir de esta fecha, si se desea se puede solicitar la reacreditación. Para ello de nuevo se debe pagar los derechos de acreditación, y aportar de nuevo todas las evidencias, como si fuera una nueva acreditación.

ASPECTOS CONCRETOS DE LA ACREDITACIÓN. LAS EVIDENCIAS Y PRUEBAS A APORTAR

La Acreditación de la Unidad resulta del cumplimiento de algunas de las 30 evidencias disponibles. De estas evidencias 10 son de obligado cumplimiento para el nivel BÁSICO y 21 para el AVANZADO. Para conseguir la acreditación además se debe cumplir al menos 10 evidencias no obligatorias en el nivel BÁSICO y 4 en el AVANZADO.

	OBLIGATORIOS		NO OBLIGATORIOS	
	BÁSICA	AVANZADA	BÁSICA	AVANZADA
1) Sobre la base de datos relativo a la labor asistencial	1.1	1.1		
2) Indicadores de Calidad	2.1	2.1		
3) Mínimo Casos Atendidos	3.1	3.1		
4) Mínimo Pruebas Diagnósticas Realizadas	4.1	4.1		
5) Relativo a los Medios Humanos y Materiales	5.2 5.4 5.8	5.1 5.2 5.3 5.4 5.5 5.6 5.8	5.1 5.3 5.5 5.6 5.7	5.7
6) Aprendizaje	6.2	6.2 6.4	6.1 6.3 6.4 6.5	6.1 6.3 6.5
7) Docencia		7.1 7.3	7.1 7.2 7.3	7.2
8) Investigación	8.1	8.1 8.2 8.3	8.2 8.3 8.4	8.4
9) Actividad sanitaria Global		9.2	9.1 9.2 9.3 9.4	9.1 9.3 9.4
10) Relativo actividad de Urgencias	10.2	10.1 10.2	10.1	
TOTAL	10	21	20	9
Necesario para la Acreditación:	10	21	10	4

i) Sobre la base de datos relativo a la labor asistencial. (2 años prospectivo)

OBJETIVO: La unidad durante el periodo de acreditación debe cumplimentar DE FORMA OBLIGATORIA, la base de datos con el fin de que el análisis de la misma permita evaluar los resultados de los principales indicadores de calidad y la casuística mínima requerida para la acreditación. Se establecerá un número de **casos consecutivos** durante el periodo de acreditación. **No es necesario aportar todos los casos, pero si se hace es mucho más completo, pero no penaliza lo contrario.** En el caso de ver que no cumple los objetivos, llegado al mínimo de casos, puede seguir aportando en la base de datos para cumplirlo. La base de datos está activa durante 5 años, por si la unidad quiere disponer de ella para seguir sus indicadores.

(OBL Básico/Avanzado) 1.1) DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA: Rellenar una base de datos con el fin de evaluar indicadores.

Se contempla aportar datos de los siguientes procesos patológicos:

- 1) Cáncer de Colon (Mínimo 60 casos **consecutivos**, da igual la época del año, siempre que sean consecutivas)
- 2) Cáncer de recto (Mínimo 20 casos **consecutivos**, da igual la época del año, siempre que sean consecutivas)

La base de datos recogerá:

Hospital codificado

NHC

Fecha Ingreso

Número de días ingreso

Sexo Paciente

Fecha Nacimiento

Patología

Intervención Principal

Cirujano

Cada patología además tendrá un apartado de datos concreto y complicaciones específicas asociadas:

Cáncer Recto:

Radio-Quimioterapia: (SÍ/NO)

Nº Días transcurrido desde la indicación de la cirugía y la intervención:

Abordaje: (AB/LAP/ROB/TRANSA/NO PROCEDE).

Conversión:(SÍ/NO/NO PROCEDE)

Dehiscencia: (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Infección Sitio quirúrgico (superficial, profundo y órgano-espacio): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Evisceración: (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Reintervención (30 días): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Reingreso (30 días): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Éxito (30 días):: (SÍ/NO/NO PROCEDE)
Nº Ganglios Pieza quirúrgica:

Cáncer Colon:

Nº Días transcurrido desde la indicación de la cirugía y la intervención:

Abordaje: (AB/LAP/ROB/TRANSA)

Conversión:(SÍ/NO/NO PROCEDE)

Dehiscencia: (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Infección Sitio quirúrgico (superficial, profundo y órgano-espacio): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Evisceración: (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Reintervención (30 días): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Reingreso (30 días): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Éxito (30 días): (SÍ/NO/NO PROCEDE)

Nº Ganglios Pieza quirúrgica:

PRUEBA: Rellenar la base de datos con casos consecutivos, la inserción del primer caso, marca los posteriores casos a insertar. Mínimo 60 casos consecutivos de cáncer de colon y 20 de recto.

2) Indicadores de Calidad:

Se tendrá en cuenta algunos indicadores de calidad recomendados por la Sección de Calidad de la AEC y la AECP, en su Guía Clínica 2011. Así como dos parámetros globales recogidos de la literatura actual.

OBJETIVO: La unidad conoce los principales resultados asistenciales derivados de su actividad, los revisa y compara con el estándar establecido, para conseguir mejorarlos a lo largo de los 2 años. **Para ello el Tutor facilitará a la unidad un resultado preliminar de dichos indicadores a los dichos indicadores a los 30 casos insertados.**

(OBL Básico/Avanzado) 2.1) DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA: A continuación se recogen los principales indicadores a evaluar durante el proceso de acreditación.

Cáncer Colorrectal:

1. Indicador de infección de sitio quirúrgico para cáncer de recto (ref. Xerra-Aracil y cols Arch Surg 2011;146:606-12)

- Definición: Porcentaje de pacientes incluidos en la VALORACIÓN que presentan infección sitio quirúrgico (superficial, profunda y órgano espacio) tras cirugía por cáncer de recto.
- Estándar: < 23%
- Umbral: < 25%

2. Indicador de infección de sitio quirúrgico para cáncer de colon (ref. Xerra-Aracil y cols Arch Surg 2011;146:606-12)

- Definición: Definición: Porcentaje de pacientes incluidos en la VALORACIÓN que presentan infección sitio quirúrgico (superficial, profunda y órgano espacio) tras cirugía por cáncer de colon.
- Estándar: < 25%
- Umbral: < 27%

LA VÍA LAPAROSCÓPICA DEBE REDUCIR ESTOS PORCENTAJES AL MENOS A LA MITAD

3. Indicador de dehiscencia / fuga anastomótica

- Definición: Porcentaje de pacientes incluido en la valoración que presentan dehiscencia o fuga anastomótica (clínica o radiológica)
- Estándar global: < 5%. (< 10% en cáncer de recto bajo)
- Umbral global: < 10%. (<15% en cáncer de recto bajo)

4. Indicador de mortalidad

- Definición: Porcentaje de pacientes incluidos en la VALORACIÓN que fallecen durante el ingreso hospitalario, por problemas directamente relacionados con la cirugía practicada
- Estándar: < 7%
- Umbral: 10%

5. Indicador de reingresos

- Definición: Porcentaje de pacientes que reingresan en el hospital antes de los 30 días del alta hospitalaria.
- Estándar: < 5%
- Umbral: 10%

6. Evisceración:

- Definición: Se considera la evisceración sólo durante le ingreso hospitalario.
- Estándar: 3 %
- Umbral: 5 %

7. Reintervención:

- Estándar: 6 %
- Umbral: 9 %

8. Estancia Hospitalaria Postquirúrgica:

- Estándar < 7 días
- Umbral: < 11 días

PRUEBA: Estos datos se extraen automáticamente de los casos insertados en la base de datos. Para considerarse pasada adecuadamente debe cumplir 5 indicadores, de los cuales **obligatoriamente deben estar los cuatro primeros puntos** y cualquiera de los cuatro siguientes.

3) Acreditar un Mínimo de casos atendidos durante e exigidos en la acreditación.

OBJETIVO: Garantizar un mínimo de casos y con ello la experiencia asistencial en la coloproctología

(OBL Básico/Avanzado) 3.1) DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

PATOLOGÍA/HOSPITAL	Nº
Resección anterior por cáncer recto	30
Colectomía por cáncer de colon	80
Cirugía "Conservadora" Esfínter Fístulas Anales Complejas (no incluye sedal): flaps, Plugs, Sellado,...	15
Esfínterotomía por Fisura anal	15
Hemorroidectomías	15
Ligadura Bandas /Esclerosis	10
Cirugía Prolapso Rectal-Rectocele-enterocele	3
Esfínteroplastias	3

PRUEBA: Se aportará un documento con los números de historia, fechas de ingreso, intervención y alta. Patología y procedimiento practicado, de cada apartado. Todo debe ir en un mismo documento en pdf, firmado por el jefe de la unidad. Debe aportarse al menos 6 de los 8 propuestos, con los mínimos establecidos.

4) Acreditar un Mínimo de pruebas diagnósticas practicadas EN LA UNIDAD o en el HOSPITAL dentro del periodo de acreditación), exigidos en la acreditación.

OBJETIVO: Garantizar un mínimo de casos y con ello la experiencia asistencial en la coloproctología

OBL Básico/Avanzado) 4.1) DESCRIPCIÓN DE LAS EVIDENCIAS:

PRUEBA DIAGNÓSTICA/HOSPITAL	Nº
RECTOSCOPIA	30
ECOGRAFÍA ANAL	50
ECOGRAFÍA RECTAL	20
MANOMETRÍAS	20
DEFECOGRAFÍAS (También RNM ó Ecodefecografía)	15

PRUEBA: Se aportará un documento, firmado por le jefe de la unidad, con los números de historia, fecha que se practicó, lugar y operador. Patología y procedimiento practicado, de cada apartado. Todo debe ir en un mismo documento en pdf. Debe cumplirse los mínimos en al menos 4 de los 5 propuestos.

Nota aclaratoria: Se acepta que algunas de las pruebas anteriores pueda ser realizada en otro Centro; siempre que se aporte un documento certificando que existe un compromiso explícito entre la unidad y el centro para realizarlas. En este documento se indicará las cuáles han sido realizadas en el Hospital y cuáles fuera.

5) Relativo a los Medios Humanos y Materiales

OBJETIVO: Garantizar un mínimo de medios humanos estables que garanticen la continuidad en el trabajo y la excelencia asistencial de la unidad.

DESCRIPCIÓN DE LAS EVIDENCIAS:

OBL Avanzado 5.1) La unidad cuenta con al menos 3 Cirujanos con dedicación exclusiva a la patología coloproctológica. Se debe cumplir que al menos el 75 % de los integrantes de la unidad lleve 2 años en la unidad de forma ininterrumpida y continúen en la unidad tras el inicio de la acreditación.

OBL Básico/Avanzado 5.2) La unidad cuenta con un equipo multidisciplinar de trabajo en el diagnóstico y tratamiento del CCR

OBL Avanzado 5.3) La unidad dispone de Estomaterapeuta

OBL Básico/Avanzado 5.4) La unidad cuenta con una consulta monográfica de coloproctología

OBL Avanzado 5.5) La unidad cuenta con horas de quirófanos propias y no compartidas

OBL Avanzado 5.6) La unidad cuenta con (ambas se deben realizar en el Hospital, pueden ser otros especialistas):

- Ecografía Endorrectal
- Manometría anorrectal

5.7) La unidad cuenta con el material de quirófano básico para cirugía coloproctológica:

- o Torre laparoscopia
- o Pinzas laparoscopia de Colon
- o Separadores distintos
- o Ligador Hemorroides de 10 cms
- o Valvas de St. Mark´s (con luz o fotóforos)
- o Retractor de Hill Ferguson ó Espéculo de Fansler
- o Set de estiletes de Lockhart-Mummery
- o Sondas de Pezzer

OBL Básico/Avanzado 5.8) La unidad cuenta con el material básico para diagnóstico de patología proctológica en consulta:

- o Camilla exploraciones proctología o similar.
- o Luz fría y cable
- o Luz de examen externo.
- o Rectoscopio rígido
- o Pinza biopsia
- o Proctoscopios desechables
- o Estiletes para fístulas maleables (set de 3)

PRUEBA: Se debe aportar información documental de todos los requisitos anteriores, mediante la elaboración de Certificados firmados por **uno** de los siguientes: Jefe de Servicio, Jefe de Departamento, Director unidad de Gestión Clínica, Dirección ó Sudirección del Hospital. Dichos documentos serán escaneados y aportados en forma de archivo pdf.

6) Formación Continuada (Aprendizaje)

OBJETIVO: Garantizar una formación mínima de los integrantes de la Unidad

DESCRIPCIÓN DE LAS EVIDENCIAS:

6.1) Cada uno de los cirujanos de la unidad debe aportar al menos 10 créditos de formación continuada acreditada relacionada con la coloproctología en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación

- PRUEBA: Certificados de los cursos y actividades donde se especifique los créditos

OBL Básico/Avanzado 6.2) Al menos el 75% de los miembros de la unidad debe cumplir al menos uno de los siguientes:

- Asistencia a 2 o más Congresos Nacionales o Internacionales de Coloproctología, en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación
 - PRUEBA: Diploma
- Asistencia a 2 o más Cursos Nacionales o Internacionales relacionados con la Especialidad (Cirugía general, Digestivo, Ginecología, ...), en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación
 - PRUEBA: Diploma
- Asistencia a más de 2 workshop, Hands to Hands, Talleres prácticos, sobre técnicas quirúrgicas o diagnósticas relacionados con la Especialidad, en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación
 - PRUEBA: Diploma

6.3) Estancia en otro Hospital (no existe periodo mínimo de la estancia), de al menos un miembro de la unidad, para formarse en algún aspecto de la coloproctología, en un periodo comprendido en los 2 años antes y 2 siguientes de iniciar el proceso de acreditación

- PRUEBA: Certificado estancia especificando periodo y aprendizaje realizado, emitido por el Hospital de estancia.

OBL Avanzado 6.4) La unidad tiene un programa de Formación Continuada de la Unidad anual, consistente en sesiones clínicas, bibliográficas, radiológicas, etc...

- PRUEBA: Aportar un documento con todas las sesiones realizadas **en al menos 1 año** durante el proceso de acreditación.

6.5) Al menos un cirujano de la unidad posee la acreditación Board Europeo de Coloproctología.

- PRUEBA: Aportar documento que lo acredite.

7) Formación Continuada (Docencia)

OBJETIVO: Transferir el conocimiento y las habilidades, adquiridas por la experiencia y la educación continuada, a otros profesionales en activo o en formación

DESCRIPCIÓN DE LAS EVIDENCIAS:

OBL Avanzado 7.1) La unidad acredita haber impartido más de 30 horas de docencia de formación continuada en Coloproctología. Ésta debe estar acreditada o auspiciadas por la Universidad; Entes Locales, Regionales, Nacionales o Internaciones públicos o privados en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación.

- PRUEBA: Escanear el/los programas completos editados donde se puede verificar fechas y horas; así como contenido impartido. Vale también un documento emitido por la unidad de docencia del Hospital, aportando dichos datos.

7.2) La unidad imparte docencia pregraduada o postgraduada (residentes), siempre que en el Hospital se contemple este tipo de docencia.

- PRUEBA: Certificado emitido por Docencia del Hospital y/o la Universidad,

OBL Avanzado 7.3) Algunos de los miembros de la unidad han participado como ponentes invitados en cursos, congresos de la especialidad, en los últimos 4 años (dos de los cuales pueden ser en el periodo de acreditación)

- PRUEBA: Certificado reunión, en la que conste fecha y programa, con el nombre del ponente.

8) Compromiso con la Investigación

OBJETIVO: Contribuir a la mejora y a la aportación de conocimientos que sean útiles para la coloproctología y los pacientes, mediante la investigación activa.

DESCRIPCIÓN EVIDENCIAS:

OBL Básico/Avanzado 8.1) La unidad realiza al menos 6 Comunicaciones en Congresos/Reuniones científicas, en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación.

- PRUEBA: Certificados de las Comunicaciones, en la que al menos el 75 % de los autores debe ser miembros activos de la unidad

OBL Avanzado 8.2) La unidad ha publicado al menos 2 artículos originales en revistas indexadas en los últimos 2 años antes de la acreditación o los 2 años después de solicitar la misma. O bien, 2 capítulos de un libro con ISBN y/o depósito Legal, en el mismo periodo.

- PRUEBA: Copia de la primera página del artículo o capítulo del libro, en la que al menos UNO de los autores deben ser miembro activo de la unidad (en el caso de artículos en la que participen varios especialistas o varios Hospitales). En el resto de publicaciones (en los que no participe varios especialistas o no sea multicéntrico) la publicación debe tener al menos DOS autores.

OBL Avanzado 8.3) La unidad cumple al menos una de las siguientes:

- Al menos un miembro de la unidad es Investigador Principal en un proyecto de investigación relacionado con la especialidad, financiado por agencia o entidad –pública o privada- externa, en un periodo de 4 años (pudiendo valer 2 años antes de iniciado la acreditación y dos, tras el inicio de la misma). También puede ser sustituido por 2 como investigador colaborador, en el mismo periodo.
 - PRUEBA: Certificado de la Unidad de Investigación del Hospital o del Ente Subvencionador del estudio
- Al menos un miembro han obtenido el título de doctor y/o ha sido director de alguna tesis doctoral presentada y aprobada, sobre un tema de la especialidad (cualquier fecha).
 - PRUEBA: Título de Doctorado

8.4) La unidad participa en al menos un estudio multicéntrico en un tema relacionado de la especialidad en un periodo de 4 años (pudiendo valer 2 años antes de iniciado la acreditación y dos, tras el inicio de la misma).

- PRUEBA: Certificado de la unidad de investigación o del centro coordinador

9) Evidencias Relacionadas con una Actividad Sanitaria Integral

I. Organización de la actividad

- OBJETIVO: Garantizar algunos aspectos asistenciales de calidad
- DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

9.1) La Unidad de Coloproctología está integrada en el Programa de Auditoría de Cáncer de Recto de la AEC .

- o PRUEBA: Certificado emitido por la AEC

OBL Avanzado) 9.2) La unidad realiza al menos 2 sesiones clínicas mensuales –excepto meses de estivales- interdisciplinarias sobre casos de cáncer rectal, en los 2 años siguientes de iniciar el proceso de acreditación. Aportar al menos 1 año.

- o PRUEBA: Cronograma de sesiones realizadas durante el año, firmado por al menos un representante de cada especialidad involucrada.

OBL Básico/Avanzado) 9.3) La Unidad de Coloproctología implanta guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados, en al menos 3 de los siguientes procesos asistenciales:

- o Cáncer Colorrectal
- o Diverticulosis/itis
- o Proctalgia aguda
- o Patología suelo Pélvico
- o Fístula Anal
- o Patología Hemorroidal
- o Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- o Rehabilitación Multimodal (Fast-Track)
 - PRUEBA: Copias de la guías o planes de cuidado completo.

II. Actividades de promoción y programas de Salud

OBJETIVO: Pretenden ejecutar acciones, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual, colectiva y de las poblaciones en riesgo de área del cual es referencia la Unidad de Coloproctología, incluyendo medidas preventivas y de educación sobre auto-cuidados.

DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

9.4) La Unidad de Coloproctología llevará a cabo actividades educativas y de consejo para evitar complicaciones en los pacientes a los que asiste. Por ejemplo: *La unidad en el informe de alta del paciente incluirán la prescripción de una dieta y recomendaciones higiénicas, relacionadas con el proceso del cual se le ha atendido, organización anual de una semana de consejo para la prevención del cáncer colorrectal, inclusión en la página web de la unidad de un apartado informativo para los pacientes de las principales enfermedades colorrectales y su prevención, en la consultas se dispondrá de dípticos informativos sobre la prevención de distintos procesos patológicos, etc.*

PRUEBA: Redactar documento que explique fielmente la actividad.

10. Relativo a las Urgencias Colorrectales

OBJETIVO: Pretende ejecutar acciones encaminadas a conseguir la atención integral del enfermo colorrectal, asumiendo la asistencia directa o supervisión del enfermo atendido con carácter urgente.

DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA:

OBL Avanzado) 10.1) La Unidad de Coloproctología asiste (directamente o indirectamente) al menos el 50% de los pacientes intervenidos o ingresados por cáncer colorrectal complicado

PRUEBA: Certificado emitido por la unidad y firmado por el Jefe de la misma, aportando los siguientes datos:

- Número total de pacientes asistidos por cáncer colorrectal complicado al año, por el Servicio, desde comienzo acreditación
- Número Historia Clínica y fecha ingreso de los pacientes asistidos por la unidad. (En la visita de evaluación se supervisará historias aleatorias, para comprobar que algún miembro de la unidad ha asistido el proceso)

OBL Básico/Avanzado) 10.2) La Unidad de Coloproctología establece al menos 2 protocolos de actuación de los siguientes procesos urgentes:

- Manejo Abscesos perianales en urgencias
- Manejo de la Proctalgia aguda en urgencias
- Manejo en urgencias del CCR complicado
- Diverticulitis aguda

PRUEBA: Aportar los protocolos con fecha de creación. Este documento debe haberse expuesto a todo el Servicio de Cirugía previamente y por lo tanto debe constar la fecha de presentación.

ANEXO 1. RELATIVO AL COMITÉ DE ACREDITACIÓN

El comité de acreditación tendrá como objetivos:

- 1) Revisar y actualizar los manuales de acreditación
- 2) Coordinar el proceso de acreditación de unidades a nivel Nacional, de forma que los criterios sean uniformes
- 3) Valorar las solicitudes de acreditación y aceptarlas, si toda la documentación es correcta
- 4) Asignar los proyectos de acreditación a los tutores correspondientes (que se elegirá entre los profesionales del comité científico y la Junta)
- 5) Solucionar aquellos conflictos, que en materia de acreditación y durante el periodo del mismo, vayan surgiendo
- 6) Su duración es de 4 años
- 7) La asignación de tutores será realizada teniendo en cuenta la no coincidencia de Territorialidad con los solicitantes.
- 8) Los tutores será elegidos por el comité, pudiendo ser tanto componentes de la Junta Directiva como no.
- 9) Componentes:
 - a. Presidente actual
 - b. Vicepresidente actual
 - c. Secretario actual
 - d. Dos vocales

COMITÉ 2012-16

Dr. Antonio Codina Cazador
Dr. Sebastiano Biondo
Dr. Eloy Espín Basany



Dr. Mario de Miguel
Dr. Enrique Casal Vigo
Dr. Héctor Ortiz
Dr. Damián García Olmo
Dr. José Vicente Roig Vila
Dr. Juan Armengol
Dr. Eduardo García Granero
Dr. José María Enríquez-Navascues
Dr. Fernando de la Portilla (que actuará como Coordinador del Comité)