

# NORMATIVA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADAS EN TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS



**AEC**  
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE CIRUJANOS

<b>ÍNDICE:</b>	<b>pág.</b>
1. Introducción	3
2. Objetivos	4
3. Utilidad de la acreditación	5
4. Designación de unidades quirúrgicas especializadas en Trauma y Cirugía de Urgencias	6
5. Criterios para la acreditación	6
6. Desarrollo y cronograma del proceso	14
7. Reacreditación	16
8. Comisión Acreditadora y Tutor	16
9. Versión y autores de la normativa vigente	17
10. Anexo 1. Modelo de solicitud	18

## 1. INTRODUCCIÓN

La progresiva superespecialización dentro de las distintas áreas que competen a la Cirugía General y del Aparato Digestivo es un hecho, especialmente en hospitales de máximo nivel, y nos está permitiendo ser cada vez más competentes en el conocimiento de las parcelas más profundas de nuestra especialidad. Esta delimitación de nuestra actividad como cirujanos en horario laboral no nos exime del cumplimiento de las guardias de presencia física según el modelo tradicionalmente implantado en nuestro país. Sin embargo, no es menos cierto que esta superespecialización, en otros sistemas sanitarios de países desarrollados a nivel mundial concierne también a la Cirugía de Urgencias. La conversión de numerosos cirujanos de Trauma a Acute Care Surgeons o el más reciente reconocimiento de la UEMS al Board Europeo en Cirugía de Urgencias son sólo dos ejemplos que avalan esta afirmación junto a la creciente bibliografía sobre la optimización de resultados con profesionales específicamente dedicados a ella.

En este marco coyuntural, en nuestro país aumenta significativamente el número de Unidades de Trauma y Cirugía de Urgencias creadas en grandes hospitales. Más allá de su creación para la cobertura asistencial de la patología urgente en horario laboral (permitiendo así a los facultativos de guardia desempeñar su labor profesional habitual en las Secciones a las que están adscritos), dichas Unidades están llamadas a convertirse en el eje central sobre el que pivota la asistencia de la totalidad de la patología urgente y de urgencia diferida, constituyéndose en líderes de opinión y en los artífices de protocolos, vías y guías clínicas asumidas por la globalidad del servicio. La responsabilidad por tanto es de una elevada magnitud, dado que la atención urgente supone en los Servicios de Cirugía de grandes hospitales un peso cuando menos equiparable a la electiva, e implica formación, capacidad de trabajo e ilusión por parte de sus integrantes, al igual que la obligación de instaurar un buen soporte logístico y un respaldo hacia sus facultativos por parte de los responsables máximos y del hospital hasta el punto de actuar como una Unidad más dentro del esquema organizativo de un Servicio de Cirugía.

Estas necesidades detectadas cada día son más patentes, y el número de estas Unidades crece de forma progresiva por el territorio nacional. Los beneficios que la creación de estas Unidades aportan en cuanto a resultados asistenciales han sido y continúan siendo ampliamente difundidos, y nuestros residentes demandan cada vez más formación específica en Centros de Trauma o en Unidades de Cirugía de Urgencias que deben solicitar con años de antelación al ser ampliamente demandadas.

Lejos deben quedar por tanto los tiempos en los que la única tarea de cirujanos implicados en la atención urgente en horario de mañana era eximir de dicha tarea en dicho horario a los cirujanos responsables de la guardia de 24 horas extendida en el modelo español. El marco internacional establece otras premisas completamente diferentes, exige profesionales implicados, preparados y responsables que den una cobertura asistencial con garantía. Independientemente del aspecto logístico propio de cada hospital y Servicio de Cirugía al que cada Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias debe adaptarse desde su nacimiento, estas premisas deben constituir los cimientos sobre los cuales debe edificarse. La falta de regulación oficial y el vacío existente en cuanto a los requisitos mínimos que estas Unidades deben cumplir ha hecho que las vigentes hasta el momento hayan nacido unilateralmente desde los designios de su propio marco laboral, existiendo una amplia disparidad en cuanto a constitución, cartera de servicios y competencias en distintos ámbitos geográficos. Es por tanto lógico que desde la Junta Directiva de nuestra Asociación y desde la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias surja un programa y una Comisión de Acreditación que actúe a modo de documento de consenso que unifique los requisitos mínimos y las competencias necesarias para obtener un reconocimiento como Unidad que presta una atención sanitaria integral y de máxima calidad en el ámbito de la Cirugía de Urgencias.

El presente modelo de Acreditación pretende tener en cuenta todas las anteriores consideraciones y la gran variabilidad que supone cualquier consideración relacionada con la patología quirúrgica de atención urgente, tanto en pautas de actuación como en cualificación profesional y marco de atención. Igualmente entiende que se trata de un proceso voluntario que persigue un reconocimiento, y en ninguna medida supone un menosprecio a cualquier otro esquema de atención. Aunque esta versión del proceso de Acreditación se fija en mayo 2018, no escapa al Comité de Acreditación el componente evolutivo constante de nuestra especialidad por lo que se revisará oportunamente. Y, por último, no pretende constituir un modelo cerrado de difícil acceso sino garantizar la consecución por las Unidades solicitantes en base al cumplimiento de una serie de requisitos y un relevo profesional en el seno de la Comisión de Acreditación.

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo de esta normativa es establecer las bases para la designación de UNIDADES QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADAS ACREDITADAS por la AEC en TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS. Estas unidades obtendrán dicha acreditación tras un procedimiento, solicitado por la unidad a acreditar, que se desarrolla en esta normativa y en el cual se evidencie que cumplen un volumen determinado de actividad y unos estándares de calidad, ensamblando

coherentemente su actividad clínica con un programa activo de formación y de investigación.

Independientemente de esta acreditación como Unidad Quirúrgica Especializada por la AEC, se prevé la existencia de Unidades de Referencia de acuerdo a los artículos 27 y 28 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE» núm. 128, de 29 de mayo de 2003, BOE-A-2003-10715) y la presente normativa pretende facilitar a las autoridades sanitarias una herramienta de utilidad en este ámbito.

La naturaleza cambiante relacionada con el progreso científico en nuestra sub-especialidad, de seguro obligará a futuras modificaciones en estimación de exigencias de estructuras, actividad o controles de calidad. La Junta directiva de la AEC, a instancia de la Comisión de Acreditación, determinará mediante un análisis periódico cuándo y qué cambios serán necesarios para esta normativa.

### **3. UTILIDAD DE LA ACREDITACIÓN**

En el momento actual, la evolución científica ha llevado a un punto de desarrollo para la Cirugía General y del Aparato Digestivo en el que es imposible para un profesional afrontar la totalidad de los procedimientos y procesos complejos que cubre la especialidad con un nivel de experto. La súper-especialización ha demostrado una mejora tanto de los resultados como de los costes.

Adicionalmente la identificación de las mencionadas unidades acreditadas puede ser utilizada en el futuro para la regionalización de los procedimientos de cierta complejidad.

En la era de la información los pacientes tienen cada vez más posibilidades de conocer los fundamentos de su patología y las posibilidades diagnóstico-terapéuticas, la relación médico-paciente ha pasado del paternalismo (asunción acrítica) a la información, participación y decisión última por el paciente.

La acreditación significa que se obtiene un reconocimiento objetivo por cumplir unos requisitos necesarios y demostrados para una atención sanitaria de calidad:

- Conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología o procedimiento de que se trate.
- Recursos humanos y materiales adecuados
- Volumen de actividad necesario
- Adecuado control de calidad, seguridad y satisfacción de los pacientes.
- Estandarización de los procesos con una dinámica de equipo multidisciplinar.
- Auditoría regular de indicadores de actividad y resultados adecuados basados en los sistemas de información correspondientes.
- Continua actualización científico-técnica

- Capacidad de formación a otros profesionales.
- Investigación y producción científica de calidad.

#### 4. DESIGNACIÓN DE UNIDADES QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADAS EN TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS.

Vinculado a la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos, el Comité de Acreditación se crea en 2018 con la intención de definir unos criterios mínimos y unas evidencias que identifiquen Unidades de Trauma y Cirugía de Urgencias merecedoras de un reconocimiento de su logística y la calidad de su asistencia. Dichos criterios y evidencias se definen en el presente documento susceptible de modificación por parte de la Comisión en base a identificación de determinadas necesidades.

La Comisión será igualmente (y tal y como se describe más adelante) la encargada de:

- La recepción y aceptación de solicitudes si se verifica el cumplimiento de los requisitos.
- La designación de un tutor que podrá o no pertenecer a la Comisión.
- La designación del/los profesional/es responsables de la visita final, procurando que uno de ellos sea el propio tutor del proceso de Acreditación.

#### 5. CRITERIOS NECESARIOS/EVIDENCIAS PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDAD DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS

1. Reconocimiento por parte del Centro Sanitario de la Unidad, Sección o Grupo de una especial dedicación a la Cirugía de Urgencias, especificando su cartera de servicios específica.

**PRUEBA: Certificado emitido por la Dirección Médica del Hospital o de la Jefatura de Servicio, adjuntando la cartera de servicios.**

2. Acreditar la disponibilidad de al menos un quirófano específico de Urgencias para tal fin disponible los 7 días de la semana durante las 24 horas del día.

**PRUEBA: Certificado emitido por la Dirección Médica del Hospital especificando el área específica y su disponibilidad.**

Deberá hacerse constar:

- Que esta área no se utiliza para otros cometidos que no sean las urgencias quirúrgicas.
- Que las urgencias de Cirugía General y Digestiva son las que ocupan mayoritariamente dicho espacio en horario de mañana.

3. Acreditar una composición mínima de la Unidad de al menos 3 facultativos especialistas con dedicación exclusiva a la Cirugía de Urgencias.

**PRUEBA: Certificado emitido por la Dirección Médica del hospital, especificando los nombres completos de los profesionales.**

4. Compromiso de rellenar (durante la fase de acreditación) y actualizar (durante la fase de seguimiento) la base de datos que facilitará la Comisión, la cual acreditará la actividad de la Unidad a lo largo del proceso de acreditación que se fija en UN AÑO desde la solicitud. A través de dicha base se verificarán las evidencias solicitadas durante la visita final y durante el seguimiento (ver más adelante). En la base no se permitirá la identificación de pacientes en base a la normativa vigente respecto a la protección de datos de carácter personal (LOPD).

Además de la base de datos reseñada se solicita de la Unidad la recogida específica y personal de la actividad relacionada con el abdomen abierto de la globalidad del Servicio para constatar el cumplimiento de las evidencias A.3.24 y A.3.25.

**PRUEBA: Documento de compromiso y veracidad en la inclusión de datos firmado por el Jefe de la Unidad y el Jefe de Servicio.**

La verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles durante la visita final constituye igualmente un pilar fundamental en las evidencias del proceso de Acreditación.

Vinculados a cada evidencia se encuentran su carácter obligatorio u optativo.

***La consecución de la acreditación supone la verificación del 100% de las evidencias obligatorias y al menos el 50% de las optativas.***

## **A. ÁREA ASISTENCIAL**

### **A.1. RECURSOS.**

**A.1.1. OBLIGATORIO.** Ocupación del quirófano de Urgencias con actividad quirúrgica por parte de la Unidad de al menos el 60% de los días laborables.

**PRUEBA: Base de datos propia.**

**A.1.2. OBLIGATORIO.** Disponibilidad de un área de hospitalización específica.

**PRUEBA: Documento firmado por el Jefe de Servicio acreditando su existencia.**

**A.1.3. OBLIGATORIO.** Disponibilidad de al menos un puesto de consulta específico.

**PRUEBA: Documento firmado por el Jefe de Servicio.**

**A.1.4. OBLIGATORIO.** Disponibilidad de endoscopia diagnóstica y/o terapéutica en caso de necesidad 24 horas los 7 días de la semana, con independencia de la presencia física o localizada del especialista.

**PRUEBA: Documento firmado por la Dirección Médica.**

A.1.5. *OBLIGATORIO*. Disponibilidad de Radiología Vascul ar e Intervencionista 24 horas los 7 días de la semana, con independencia de la presencia física o localizada del especialista o su vinculación hospitalaria.

PRUEBA: **Documento acreditativo firmado por la Dirección Médica.**

A.1.6. *OBLIGATORIO*. Disponibilidad de algún sistema de terapia de presión negativa con utilización en el abdomen abierto 24 horas los 7 días de la semana.

PRUEBA: **Documento firmado por la Jefatura de Servicio.**

## **A.2. CALIDAD.**

A.2.1. *OBLIGATORIO*. Disponibilidad y aplicabilidad de recomendaciones y/o algoritmos diagnóstico-terapéuticos de elaboración propia, adaptados a la logística del Servicio y del hospital, desarrollados específicamente o con participación activa por la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias y posteriormente presentados y adoptados por la globalidad del Servicio y/o del hospital. Las pautas de actuación en el trauma abdominal cerrado y penetrante serán de obligado cumplimiento, debiendo presentar al menos otros cuatro sobre patología específica de Cirugía de Urgencias entre los que se sugieren los siguientes:

.Apendicitis aguda

.Colecistitis aguda.

.Diverticulitis aguda.

.Isquemia mesentérica.

.Oclusión de intestino delgado por bridas: evaluación con gastrografín.

.Oclusión neoplásica de colon izquierdo: terapia con prótesis puente.

.Terapia antibiótica empírica de la infección intraabdominal.

.Pancreatitis aguda.

.Hemorragia digestiva.

PRUEBA: **Aportación de los algoritmos, con fecha de presentación en el Servicio y la firma de la Jefatura de Servicio avalándolos.**

A.2.2. *OBLIGATORIO*. Participación activa de la Unidad en el programa de sesiones del Servicio.

PRUEBA: **Documento acreditativo del planning general de sesiones y específicamente las desarrolladas durante el periodo de acreditación en las que la Unidad sea especialmente protagonista, firmado por el Jefe de Servicio. Son sesiones de obligado cumplimiento las diarias del pase de guardia y muy recomendables las periódicas de morbimortalidad al menos en el seno de la propia Unidad.**

A.2.3. *OBLIGATORIO*. Obtención del consentimiento informado en cirugía de urgencias: todos los pacientes excepto emergencias vitales disponen del pertinente consentimiento informado



bien de índole genérica o bien específico por patologías, con el reconocimiento oficial y práctica habitual recomendada para la Comunidad Autónoma donde la Unidad ejerce su actividad.

**PRUEBA: Documento acreditativo firmado por la Dirección Médica.**

A.2.4. *OPCIONAL*. Participación activa de algún miembro de la Unidad en los Comités Hospitalarios: Infecciones, Trauma, Mortalidad...

*PRUEBA: Documento acreditativo firmado por la Dirección Médica.*

A.2.5. *OPCIONAL*. Disponibilidad de un protocolo de transfusión masiva.

**PRUEBA: Aportación del protocolo.**

### **A.3. ACTIVIDAD Y RESULTADOS**

*Las evidencias descritas a continuación se circunscriben a la actividad de la Unidad excepto las específicamente marcadas como globales del Servicio.*

A.3.1. *OBLIGATORIO*. Actividad quirúrgica urgente: hospital con una media de al menos tres urgencias quirúrgicas bajo anestesia distinta a la puramente local (general, epidural/raquídea, sedación...) por día (ítem global del Servicio).

**PRUEBA: Cuadro de mandos del periodo de acreditación.**

A.3.2. *OBLIGATORIO*. Empleo de scores específicos con implicación en decisiones terapéuticas en determinadas patologías quirúrgicas urgentes, tales como el Hinchey/WSES para la diverticulitis, criterios de Tokyo para la colecistitis, ISS/TRISS para el trauma, Clavien-Dindo para la morbilidad o cualquier otro internacionalmente aceptado.

**PRUEBA: Base de datos. Podrán aportarse bases de datos propias para la constatación del empleo de otros scores no reseñados como obligatorios.**

A.3.3. *OBLIGATORIO*. Mortalidad global de la Unidad por debajo del 10%.

**PRUEBA: Base de datos propia.**

A.3.4. *OBLIGATORIO*. Reintervenciones no programadas (se excluyen revisiones de abdómenes abiertos, patología perianal severa u otras previstas desde el primer acto quirúrgico) por debajo del 10%.

**PRUEBA: Base de datos propia.**

A.3.5. *OBLIGATORIO*. Reingresos tras el alta hospitalaria no programados, de pacientes intervenidos, por motivos quirúrgicos por debajo del 10%.

**PRUEBA: Base de datos propia.**

A.3.6. *OBLIGATORIO*. Tasa de laparotomía/laparoscopia "blanca" (definiéndose como tal aquellas con diagnóstico anatomopatológico de apéndice normal sin otra patología

concomitante diagnosticada durante el acto quirúrgico) en pacientes intervenidos con diagnóstico de apendicitis aguda por debajo del 10%.

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.7. *OPCIONAL.* Porcentaje de apendicitis complicadas (gangrenosas y/o perforadas) intervenidas por debajo del 30%.

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.8. *OBLIGATORIO.* Porcentaje de apendicectomías por apendicitis aguda con abordaje inicial laparoscópico superior al 80%.

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.9. *OBLIGATORIO.* *Porcentaje de apendicectomías por apendicitis aguda con intención laparoscópica convertidas a cirugía abierta inferior al 10%.*

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.10. *OBLIGATORIO.* Morbi-mortalidad postoperatoria de cualquier índole en patología apendicular inferior al 10%.

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.11. *OBLIGATORIO.* Porcentaje de pacientes con colecistitis aguda intervenidos con respecto al global de pacientes con colecistitis aguda ingresados a lo largo del proceso de acreditación superior al 60% (**ítem global del Servicio**).

PRUEBA: **Aportación del número de ingresos por colecistitis aguda y del número total de intervenciones por colecistitis aguda realizado por la globalidad del Servicio durante el año del proceso de acreditación desde el Servicio de Documentación, firmado por el responsable del mismo y por el Jefe de Servicio.**

A.3.12. *OBLIGATORIO.* Porcentaje de colecistitis agudas intervenidas con abordaje inicial laparoscópico superior al 80%.

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.13. *OBLIGATORIO.* Porcentaje de colecistitis agudas intervenidas con intención laparoscópica convertidas a cirugía abierta inferior al 30%.

PRUEBA: **Base de datos.**

A.3.14. *OBLIGATORIO.* Porcentaje de lesiones de la vía biliar principal de tipo E de la clasificación de Strasberg/Bismuth inferior al 1%.

PRUEBA: **Base de datos. Se valorará específicamente el número total de colecistectomías realizadas por la Unidad.**

A.3.15. *OPCIONAL.* Aportación de al menos 5 casos de pacientes con indicación y realización de colecistostomía percutánea, describiendo el manejo posterior hasta su retirada.

**PRUEBA: Aportación de los casos con un breve resumen, sin datos identificativos pero con la posibilidad de ser auditados durante la visita final.**

A.3.16. *OBLIGATORIO*. Tasa de mortalidad en pacientes intervenidos por colecistitis aguda inferior al 10%.

**PRUEBA: Base de datos.**

A.3.17. *OBLIGATORIO*. Conducta diagnóstica con gastrografín para los casos de obstrucción de intestino delgado por bridas o adherencias postquirúrgicas

**PRUEBA: Presentación de al menos el algoritmo de administración y radiología de control.**

A.3.18. *OPCIONAL*. TC con contraste realizado en al menos el 80% de pacientes con obstrucción de intestino delgado que acaban precisando cirugía para orientar etiología y descartar sufrimiento intestinal.

**PRUEBA: Base de datos.**

A.3.19. *OPCIONAL*. Disponibilidad de stents como terapia puente en la oclusión neoplásica de colon izquierdo con una pronta respuesta, no siendo condición necesaria su disponibilidad inmediata.

**PRUEBA: Presentación del protocolo o al menos la representación gráfica básica con la selección de pacientes y circuito a seguir, firmada por la Jefatura de Servicio.**

A.3.20. *OPCIONAL*. Tasa de anastomosis primaria tras resección de colon izquierdo superior al 50%, independientemente de si se usan o no estomas proximales de protección, en situaciones tanto de urgencia como de urgencia diferida. No se incluirán en el denominador casos con clara contraindicación como la peritonitis fecaloidea.

**PRUEBA: Base de datos.**

A.3.21. *OPCIONAL*. Tasa de dehiscencia de sutura en cirugía colorrectal de urgencias inferior al 20%.

**PRUEBA: Base de datos.**

A.3.22. *OBLIGATORIO*. Realización de TC de estadiaje en al menos el 80% de los pacientes ingresados por diverticulitis aguda (**ítem global del Servicio**).

**PRUEBA: Obtención del número total de ingresos por diverticulitis aguda realizados por la globalidad del Servicio durante el año del periodo de acreditación desde Documentación.**

**Obtención del número de TC de estadiaje realizados por diverticulitis aguda desde Radiología.**

**En caso de disponer de una base de datos propia en relación con la diverticulitis aguda, si éste es un ítem recogido puede contemplarse como evidencia siempre y cuando se recoja la actividad global del Servicio durante el año del proceso de acreditación.**

A.3.23. *OPCIONAL*. Aportación de al menos dos casos de pacientes intervenidos por ulcus perforado mediante sutura y epiploplastia por vía laparoscópica.

**PRUEBA: Aportación de los casos con un breve resumen, sin datos identificativos pero con la posibilidad de ser auditados durante la visita final.**

A.3.24. *OPCIONAL*. Empleo de dispositivos de terapia de presión negativa en al menos el 80% de los pacientes en los que se precisa un abdomen abierto (**ítem global del Servicio**).

**PRUEBA: Base de datos.**

A.3.25. *OPCIONAL*. Tasa de fístula enteroatmosférica inferior al 10% en los pacientes que precisan colocación de sistemas de presión negativa en abdomen abierto (**ítem global del Servicio**).

**PRUEBA: Base de datos. Se valorará el número total de casos.**

## **B. ÁREA INVESTIGADORA**

B.1. *OPCIONAL*. Participación en estudios clínicos o proyectos de investigación de alguno de los miembros como coinvestigador o de la Unidad en su globalidad, en los últimos tres años.

**PRUEBA: Documento acreditativo firmado por el investigador principal.**

B.2. *OPCIONAL*. Al menos un miembro de la Unidad ha obtenido el título de Doctor en Medicina mediante la modalidad de Tesis Doctoral y/o ha sido Director de alguna Tesis Doctoral presentada y aprobada sobre un tema de la especialidad durante el año del proceso de acreditación.

**PRUEBA: Aportación del título de doctorado.**

B.3. *OPCIONAL*. La Unidad ha publicado al menos dos artículos en revistas indexadas y/o dos capítulos de libro con ISBN en los últimos 5 años (contando el año del proceso de Acreditación) sobre temas relacionados con la especialidad.

**PRUEBA: Aportación de la primera página de los artículos y/o de los capítulos de libro donde deben figurar al menos dos integrantes de la Unidad.**

B.4. *OBLIGATORIO*. La Unidad ha presentado al menos tres comunicaciones en el año del proceso de Acreditación, o 5 en los últimos dos u 8 en los últimos tres años (contando el año del proceso de Acreditación), en Congresos o Reuniones de ámbito regional, nacional o internacional, sobre temas relacionados con la especialidad.

**PRUEBA: Aportación de los certificados de las comunicaciones o del abstract publicado, entre cuyos autores deben figurar al menos dos miembros de la Unidad.**

B.5. *OBLIGATORIO*. Participación en al menos un registro multicéntrico de ámbito regional, nacional o internacional dentro del Trauma y la Cirugía de Urgencias (ABAB, Registro Nacional de Politraumatizados, LUCENTUM, WISS, RIFT...).

PRUEBA: **Documento acreditativo.**

### **C. ÁREA DOCENTE**

*C.1. OPCIONAL.* Todos los miembros de la Unidad han asistido a una actividad formativa relacionada con el Trauma y la Cirugía de Urgencias en los últimos dos años contando el año del proceso de Acreditación.

PRUEBA: **Certificado acreditativo de asistencia.**

*C.2. OPCIONAL.* Al menos un miembro de la Unidad es invitado como ponente en cursos, congresos o reuniones relacionados con la especialidad, en los últimos dos años incluyendo el año del periodo de Acreditación.

PRUEBA: **Aportación del programa del curso, congreso o reunión donde figure el nombre del ponente o certificado de ponencia emitido por la organización.**

*C.3. OBLIGATORIO.* En hospitales universitarios, al menos un miembro de la Unidad está vinculado como Profesor Asociado o Tutor Clínico u otra figura a la Universidad. Se incluye en este ítem la recepción hospitalaria del alumnado en formación pregrado.

PRUEBA: **Documento acreditativo por parte de la Universidad.**

*C.4. OPCIONAL.* Al menos un miembro de la Unidad acredita una estancia formativa en los últimos 5 años (incluyendo el año del proceso de Acreditación) en un centro internacional para formarse en algún aspecto relacionado con la especialidad.

PRUEBA: **Documento acreditativo firmado por el Hospital donde se realizó la estancia, especificando periodo y aprendizaje específico.**

*C.5. OPCIONAL.* Al menos un miembro de la Unidad está en posesión de la acreditación Board Europeo en Cirugía de Urgencias.

PRUEBA: **Documento acreditativo.**

*C.6. OBLIGATORIO.* En aquellos hospitales con docencia MIR, los residentes realizan una rotación programada por la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias de forma similar a la que realizan por el resto de Unidades del Servicio.

PRUEBA: **Planning de rotaciones de residentes del año del proceso de Acreditación.**

*C.7. OBLIGATORIO.* Un porcentaje mayoritario de componentes de la Unidad está en posesión de la titulación Advanced Trauma LifeSupport (ATLS) y Definitive Surgical Trauma Care (DSTC) o similar. NOTA: En caso de no disponer de ella pero una clara intención de su obtención, se les facilitará a los componentes de la Unidad que lo precisen una sede para la realización de ambos cursos durante el año que dure el proceso de Acreditación.

PRUEBA: **Certificación acreditativa.**

## **6. DESARROLLO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO**

Se definen en este apartado los trámites de solicitud y aportación de evidencias, el proceso de evaluación y resolución, así como en caso de acreditación, el procedimiento de seguimiento y re-acreditación. Adicionalmente se detalla la composición actual de la Comisión de Acreditación para las unidades de Trauma y Cirugía de Urgencias.

### **6.1. SOLICITUD**

-Con los criterios y las pruebas solicitadas completar el documento de solicitud (anexo 1) a la Comisión de Acreditación de las Unidades de Trauma y Cirugía de Urgencias y enviarlos anexando los documentos requeridos al siguiente correo electrónico de la Secretaría de la AEC que los derivará a la Comisión: [guiomarandino@asociacioncirujanos.es](mailto:guiomarandino@asociacioncirujanos.es).

-La Comisión procederá a la revisión de la documentación, aceptando o rechazando el inicio del proceso de Acreditación. En este último supuesto especificará el motivo y el proceso para que éste sea subsanado.

-En caso de aceptación:

.Se solicitará el ingreso de 1000 euros como pago único en la cuenta de la Asociación Española de Cirujanos asignados a la cobertura de los gastos relacionados con las visitas de Acreditación y de seguimiento por parte de los miembros de la Comisión.

.Se asignará un tutor que actuará como guía del proceso de Acreditación. El tutor puede o no ser un componente de la Comisión de Acreditación. Este tutor se pondrá en contacto con la Unidad que solicita la Acreditación a través de los medios facilitados en la solicitud, facilitará la base de datos y las instrucciones oportunas para su cumplimiento, determinará el inicio de recogida de datos para la aportación de evidencias relacionadas con ellos y guiará a la Unidad a lo largo de todo el proceso.

-Estos trámites no superarán los 30 días desde la recepción de la solicitud.

### **6.2. APORTACIÓN DE EVIDENCIAS**

-El tutor asignado actuará como hilo conductor entre la Unidad solicitante y la Comisión de Evaluación, recopilando toda la documentación relativa a las evidencias solicitadas, durante un periodo de un año desde la aprobación de la solicitud del proceso de Acreditación.

### **6.3 EVALUACIÓN**

-El tutor trasladará a la Comisión el expediente cuando se consideren aportadas las evidencias necesarias para el cierre del mismo.

-En un plazo máximo de 60 días desde el cierre del expediente se procederá a la evaluación del mismo por parte de la Comisión y a una visita que se concertará con al menos 2 semanas de antelación entre la Unidad solicitante y 1 ó 2 miembros designados por la Comisión, estableciendo como prioridad no excluyente que uno de ellos sea el tutor del proceso de Acreditación. En esta visita se establecerá con antelación un circuito a realizar en la Unidad y los documentos a revisar aportados por la Unidad solicitante entre los que indefectiblemente figurarán los relacionados con las evidencias solicitadas a través de la base de datos.

#### 6.4 RESOLUCIÓN

-Con las evidencias aportadas al expediente y la visita a la Unidad, la Comisión establecerá en un periodo máximo de 30 días tras la visita a la emisión de un informe concluyente y la certificación oportuna para la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias solicitante con las siguientes opciones:

**.No acreditada.**

**.No acreditada, pendiente de aportar documentación (defecto subsanable).**

**.Acreditada.**

Tanto los datos enviados para la fase de acreditabilidad como los valorados y comprobados por la comisión para la resolución del expediente no se harán públicos.

Se mantendrá confidencialidad en el caso de no acreditación o situación de unidad pendiente de aportar documentación para subsanar defectos.

#### 6.5 SEGUIMIENTO

-Tras dos años de la obtención de la Acreditación se realizará un seguimiento por dos miembros designados por la Comisión quienes revisarán tanto la base de datos como las memorias anuales elaboradas por la unidad. En esta se establecerá:

.Algún cambio estructural acontecido durante este periodo que pueda afectar al ámbito de la acreditación.

.Análisis de la base de datos suministrada que la Unidad deberá mantener actualizada.

.Análisis de las áreas de mejora detectadas durante el proceso de acreditación inicial.

De detectarse algún cambio sustancial acontecido durante el periodo de seguimiento podrá solicitarse información o documentos adicionales y en casos extremos podrá ser retirada la acreditación.

## 7. REACREDITACIÓN

La validez de la Acreditación es de 5 años. Previamente a la finalización de dicho periodo, y a lo largo del quinto y último año de este reconocimiento, deberá solicitarse la reacreditación, dado que de otro modo, la unidad perderá esta condición cumplido este plazo.

La solicitud, y la entrega de documentación (bases de datos de los primeros cuatro años y al menos primer semestre del último) se realizarán con un plazo mínimo de cuatro meses antes de la fecha de cumplimiento del quinto año de acreditación, para el análisis por parte del comisión y el tutor designado por la misma comisión para dicha reacreditación de unidad.

La comisión con el tutor analizarán la documentación entregada, realizarán una visita al centro y emitirán un informe en un plazo no superior a los 60 días desde la recepción de las pruebas.

La solicitud de la reacreditación comportará el ingreso de 1000 € en la cuenta que la Asociación Española de Cirujanos indique.

Los posibles cambios futuros en requisitos de acreditación, se anunciarán oportunamente a las unidades ya acreditadas, y no serán exigibles hasta la reacreditación o si el proceso de reacreditación ya se hubiera iniciado.

## 8. COMISIÓN DE ACREDITACIÓN Y TUTOR

Los componentes de la Comisión de Acreditación son los Coordinadores anteriores de la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos:

-Dr. José María Jover Navalón.

-Dr. Fernando Turégano Fuentes.

-Dr. Salvador Navarro Soto.

-Dr. José Ceballos Esparragón.

-Dra. M<sup>a</sup> Dolores Pérez Díaz.

- Dr. Jose Aranda Narvaez.

El tutor seleccionado para el proceso de acreditación será nombrado por la comisión de acreditación de la Sección y debe ser ajeno a la unidad que solicita la acreditación.



## **9. VERSIÓN Y AUTORES DE LA NORMATIVA VIGENTE**

**Versión 2.0**

**Fecha: Noviembre de 2022**

**Versión 1.0**

**Fecha: Enero de 2019**

**Autores de la Normativa**

### **POR LA SECCIÓN DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS DE LA AEC**

Dr. Jose Aranda Narvaez

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Pérez Diaz

### **POR LA JUNTA DE LA AEC**

Salvador Morales Conde

Eloy Espín Basany

Luis Sabater Ortí

### **POR LA SECCION DE CALIDAD DE LA AEC**

David Parés Martínez

**MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UNIDAD DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS**

Hospital:

Dirección postal:

Nivel (I: todas las especialidades; II: todas salvo determinadas –CCV, Neurocirugía, Cirugía de tórax, Cirugía Plástica, Cirugía MáxiloFacial-, III: básico: hospital comarcal):

Página web del centro, del Servicio y de la Unidad (si dispone de ella):

Director Gerente:

Director Médico:

Jefe del Servicio de Cirugía:

Número de cirujanos del Servicio de Cirugía:

Jefe de la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias:

Número de cirujanos de la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias:

Nombre de la persona que solicita la acreditación:

DNI:

Correo electrónico:

Teléfono:

Otros teléfonos de interés (especificar):

**SOLICITA,**

la Acreditación de la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias anteriormente detallada por la Comisión de Acreditación y la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos.

Fecha:

Firmado: