

**RECOMENDACIONES GENERALES DE OPTIMIZACIÓN DE SERVICIOS BAJO CRITERIOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES**

**PROPUESTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA**

<p>VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tendencia ascendente por incremento de actividad deportiva a todas las edades y patologías degenerativas (envejecimiento de la población).</li> <li>▪ Más de 300.000 altas hospitalarias /año, 9% del total de altas en el SNS (por GRDs de tipo quirúrgico: 6/1.000 habitantes)*.</li> <li>▪ Cirugía con hospitalización urgente: 40% y programada: 60%*.</li> <li>▪ 17 procedimientos diagnósticos y terapéuticos /1.000 hab.*.</li> <li>▪ Programa de CMA: entre 75% y 100% en función del tamaño de hospital (relación directa).</li> </ul>
<p>POBLACION DE REFERENCIA POR SERVICIO</p>	<p>1 servicio por cada 100.000-200.000 habitantes. Nº medio de camas: 20/100.000 habitantes (11% del total de camas hospitalarias).</p>
<p>PROMEDIO ACTUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº medio de <u>consultas</u> (urgencias incluidas):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 135-140/día en hospitales.</li> <li>- 90-95/día en centros especializados.</li> </ul> </li> <li>▪ Nº medio de <u>procesos urgentes</u>: 25/día.</li> <li>▪ Nº medio de <u>cirugías mayores ambulatorias (CMA)</u>: 100-110/mes (el doble en hospitales de 300-500 camas y la mitad en hospitales pequeños).</li> <li>▪ Entre 6-12 horas de quirófano/semana por especialista.</li> </ul>
<p>Nº ÓPTIMO DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p>Mínimo 15 procedimientos quirúrgicos/semana. 40% de la actividad quirúrgica por CMA.</p>
<p>RECURSOS HUMANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitales (especialistas/Servicio).             <ul style="list-style-type: none"> <li>- de ≤ 300 camas: 10 (incluye 2 de guardia).</li> <li>- de 301-500 camas: 17-20 (incluye 3 de guardia).</li> <li>- de &gt; 500 camas: 25-30 (incluye 4 de guardia).</li> </ul>             (ampliable según necesidades y características del hospital, CSUR, etc.).           </li> <li>▪ Número MIR: 200/año de Residencia (Total: 1.000).</li> </ul>
<p>RECURSOS MATERIALES</p>	<p>Radioscopia y Artroscopio. Mesa quirúrgica traumatología. Banco básico de huesos. Radioterapia/quimioterapia intra-operatoria. Reanimación post-quirúrgica y UCI. Banco de sangre. Medicina nuclear y gammagrafía.</p>
<p>EXPERIENCIA PROFESIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad media especialista: 44 años, (con 20 de experiencia profesional).</li> <li>▪ Programa MIR oficial de la Especialidad cumplido:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 120-150 cirugías por médico/año.</li> <li>- 20-30 artroscopias/año.</li> </ul> </li> <li>▪ En CSURs para tumores: mínimo 120/año.</li> </ul>
<p>ISOCRONAS</p>	<p>Se requiere atención urgente especializada en menos de 24 horas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patologías traumáticas de columna y cadera en el anciano.</li> <li>- atención básica al politraumatizado por tráfico.</li> </ul>

PROPUESTA DEL GRUPO

1. Mejorar el rendimiento de quirófanos y la gestión de las listas de espera quirúrgica.
2. Respecto a la organización a nivel hospitalario, potenciar:
  - Hospitalización de día (CMA) y de corta estancia.
  - Consultas de alta resolución (pruebas y/o tratamientos).
  - Unidades multidisciplinarias de ortogeriatría, según población de referencia asignada.
  - Secciones Topográficas (MMSS/MMII), cuando el número de especialistas lo permita.
  - Derivación de pacientes crónicos a centros de larga estancia y rehabilitación.
3. Fomentar el rendimiento y la motivación de los profesionales:
  - Modelo de carrera profesional homogéneo.
  - Retribución adecuada y por objetivos.
4. Valorar la concentración de casos que requieran intervenciones secundarias a determinadas patologías o cirugías complejas (derivación efectiva):
  - Tumores.
  - Deformidades columna vertebral.
  - Infantil (deformidades congénitas).
  - Nervios periféricos (plexo braquial, etc.).
  - Infecciones.
  - Revisión prótesis (reintervención).
5. Reforzar la asistencia programada y de urgencias, a nivel de Atención Primaria:
  - “Recuperar “ la figura del traumatólogo de zona:
    1. Protocolos conjuntos de derivación desde AP a los servicios de cirugía ortopédica y traumatológica.
    2. Mejorar formación en patología musculoesquelética.
    3. Coordinación de unidades de hospitalización domiciliaria.
6. Implementar, en colaboración con la Administración, el Registro Nacional de Artroplastias.
7. Disminuir la variabilidad clínica mediante el consenso de guías de práctica clínica de los procesos más prevalentes y potenciar la evaluación de la calidad asistencial.
8. Reducir el número de MIR, adaptándolo a necesidades formativas y asistenciales: (cifra recomendada: 180 residentes/año).
9. Realizar campañas educativas poblacionales. Utilización de los registros de actividad asistencial en centros hospitalarios para valorar rendimiento y calidad de los servicios.
10. Centralizar la gestión de bancos de huesos y tejidos.

\*Fuentes utilizadas:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población. Cifras de población y censos demográficos. Censo de población y viviendas 2011. Disponible en: [http://www.ine.es/censos2011\\_datos/cen11\\_datos\\_inicio.htm](http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm)

Bibliografía:

1. Libro Blanco SECOT. La cirugía ortopédica y traumatología en España. 2011.
2. Plan Estratégico Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Comunidad de Madrid. 2012.