



ENCUESTA DE ACTIVIDAD ARTROSCÓPICA EN ESPAÑA (2014)

Junta Directiva de la AEA.

J. Luís Prieto Deza. Vocal de estudios de la AEA.

1. INTRODUCCIÓN

Para las Sociedades Científicas es muy importante conocer el estado actual de los procedimientos que se realizan habitualmente en sus áreas de interés. De ello se derivan actuaciones y estrategias encaminadas a mejorar la actividad diaria en esos campos y a gestionar adecuadamente los recursos para que finalmente tengan una repercusión positiva en la población general.¹

Así se entiende que surjan cada vez con más frecuencia estudios estadísticos de control de actividad para diferentes técnicas o procedimientos quirúrgicos de alta frecuencia. Existen muchos ejemplos de todo esto, y muestra de ello son los conocidos Registro Noruego de LCA², Registro de Artroplastias Sueco³, o aquí en España el Registro de Artroplastias de Cataluña⁴.

En esta línea de actuación, la Junta Directiva de la AEA - Asociación Española de Artroscopia - decidió en el mes de septiembre de 2014 elaborar la Encuesta de Actividad Artroscópica (EAA) en nuestro país, con el objetivo de conocer y evaluar la situación actual de esta técnica y su evolución durante los próximos años. El único antecedente conocido de un trabajo similar en nuestra Asociación es la publicación, en los Cuadernos de Artroscopia de abril del año 2001, de un informe sobre el perfil de la cirugía artroscópica nacional⁵.

El objetivo de este estudio que ahora se presenta es obtener información estadística y porcentual de aquellos centros hospitalarios españoles (Centros Emisores) donde se realiza cirugía artroscópica, y de todos los aspectos relacionados con su actividad y composición de los equipos. De esta manera se puede conseguir una valiosa información para establecer estrategias que mejoren nuestra práctica diaria, orientar la docencia de nuestros compañeros y plantear nuevos objetivos de calidad en artroscopia. Además se pretende conocer el interés, la implicación y el compromiso de los profesionales en este tipo de estudios y saber así si se pueden establecer verdaderos registros artroscópicos en un futuro.

En esta publicación se explicará el procedimiento realizado, se analizarán los resultados por apartados con breve discusión y conclusiones de cada uno de ellos, y, finalizando con las conclusiones generales del estudio.

2. PLANTEAMIENTO DE LA ENCUESTA

La premisa inicial se basó en plantear qué tipo de estudio se quería desarrollar, adaptándolo a la realidad de nuestro país: decidir entre un registro propiamente dicho o una encuesta de actividad.

El registro supone un estudio específico, de alto valor científico y que proporciona información muy variada y valiosa en cuanto a análisis de resultados, evolución, complicaciones de la técnica, causas de esas complicaciones, etc. Este tipo de estudio trae consigo la obligatoriedad por ley de realizarlo, lo que asegura el cumplimiento del mismo y garantiza la fiabilidad y muestra del estudio.

La encuesta por el contrario supone un estudio básico y descriptivo de poco valor científico y que depende de la voluntariedad y compromiso de los participantes, obteniendo información muy general pero valiosa igualmente como número de artroscopias, tipo de patología a tratar, etc.

En nuestro país no existe ninguna ley que obligue a realizar registros de nuestra actividad artroscópica y conseguir este objetivo supone mucho tiempo y coordinación con los organismos competentes. Además, tratar de realizar un registro para toda la actividad artroscópica que engloba todas las patologías y todas las articulaciones sin conocer previamente el interés y compromiso de los profesionales implicados en este tipo de estudios es algo que actualmente se nos antoja difícil y complicado.

Por ello se decidió realizar un estudio realista, progresivo, general y preliminar que sirva además para testar la respuesta a un verdadero registro y poder sentar las bases para verdaderos registros en el futuro, que en nuestra opinión debieran ser específicos y acotados a una patología concreta para asegurar que realmente tengan éxito.

Estas son las razones por las que se decidió generar una encuesta y no un registro. Sin embargo se quiso aprovechar esta situación para confeccionar formularios que no solo aportasen datos de actividad artroscópica general sino que también aportasen información de aspectos técnicos de los procedimientos, de formación de los profesionales y análisis de los centros en donde se hace artroscopia. De esta manera se ampliaba el ámbito de una simple encuesta mejorando la calidad de la misma.

2.1 CRONOLOGÍA

Para la elaboración de la encuesta se siguieron una serie de pasos que establecen la cronología de la misma:

1. **Asignación por parte de la AEA de la persona encargada de coordinar y dirigir el estudio.** El Presidente de la AEA Dr. Angel Calvo nombró al Dr. Luis Prieto, vocal de la AEA, para tal fin.
2. **Creación de un comité científico (CC) designado por la AEA**, formado por los Dres. Miguel García Navlet, José Luis Ávila, Luis Prieto con la colaboración del Dr. Javier Vaquero.
3. **Elección de Empresa de gestión de la encuesta**, que finalmente fue asignada a la empresa Torres Pardo SL y JoinTogether SL
4. **Identificación de Centros Emisores y método para obtener la información de los mismos.**
5. **Creación de los soportes informáticos para la declaración anual de procedimientos de artroscopia.** Encuesta y formulario disponible en la web de la AEA para poder cumplimentarla on-line a través de usuario y contraseña personal por parte de la persona responsable de cada Centro Emisor, siempre cumpliendo la ley de protección de datos y confidencialidad por centros.
6. **Gestión y análisis de la información obtenida.**
7. **Informe Final Anual (I.F.A.)** con resultados, estadísticas y unas conclusiones finales.

2.2 CONTENIDO

El contenido de la encuesta se basa en 3 grandes capítulos:

- **Perfil.** Para recoger los datos de afiliación del encuestado y datos varios de carácter general.
- **Centro.** Para obtener información acerca del centro donde se realiza actividad artroscópica, de la composición del equipo y sobre la actividad y formación de los profesionales que realizan habitualmente actividad artroscópica.
- **Artroscopia.** Para analizar los resultados de la actividad artroscópica propiamente dicha por cada articulación.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio para detectar los principales y potenciales Centros Emisores de nuestro país. Se consideró Centro Emisor todo aquél que enviase información al estudio, por tanto podía ser un Centro u Hospital Público, Privado o de forma individual. Cada Centro Emisor recibió via e-mail un enlace de acceso a la Plataforma EAA y un usuario - contraseña para acceder a la Encuesta desde dicha plataforma.

El mail fue dirigido principalmente a los Jefes del Departamento o Servicio en caso de ser un Centro público y al Director o Responsable de Centro en caso de estar focalizado en la actividad privada. Estas personas podían dirigirse a los responsables de cada área artroscópica para rellenar los formularios si así fuese necesario.

El listado de Centros Emisores se consideró abierto desde el principio, de forma que todos aquellos centros o instituciones tanto públicas como privadas que no figurasen en el listado de Centros Emisores podrían solicitar su inclusión.

Se programó una plataforma on line diseñada por la empresa contratante de la encuesta (fig. 1) para volcar los resultados por parte de cada Centro Emisor, incluyendo tanto perfil y datos generales de actividad para poder realizar una segmentación según los distintos tipos de centro, como porcentajes y datos específicos relativos a procedimientos y técnicas. A esta plataforma se podía acceder a través del enlace que se facilitaba en las cartas que se enviaban a los jefes de servicio y responsables de centros públicos o privados o a través del enlace de acceso a la encuesta que aparecía en los banners de inicio de la pag web de la sociedad. Una vez en la plataforma se podía leer una carta de presentación donde se detallaban los principales aspectos de la encuesta, con acceso a seleccionar - clicar en una serie de casillas:

“**listado de centros**”. Al clicar aquí se desplegaba un listado (fig. 2) donde cada usuario podía consultar si su centro estaba registrado y/o si su centro ya había volcado la información a la encuesta (punto verde en este caso).

8. **“acceso”**. Si se clicaba aquí aparecía una pantalla (fig. 3) para introducir usuario y contraseña y poder acceder a la encuesta propiamente dicha. Esto solo lo podían hacer aquellas personas que previamente ya habían recibido dichas claves por ser los responsables de los servicios o aquellas personas independientes que lo hubiesen solicitado a través de la casilla de ayuda /sugerencias.
9. **“ayuda/sugerencias”**. Si se accedía a este enlace se podían volcar solicitudes para inclusión de centros no listados, actividad personal privada o comentar sugerencias, críticas o cualquier otra particularidad.

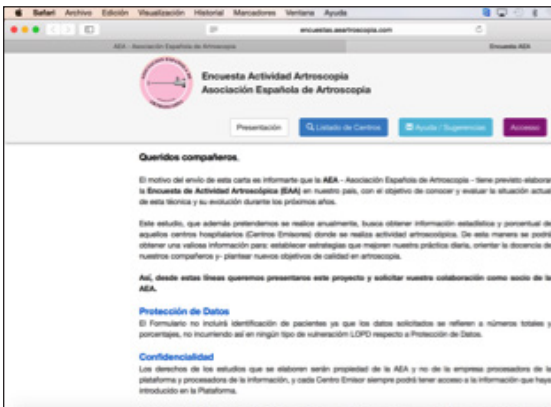


fig.1

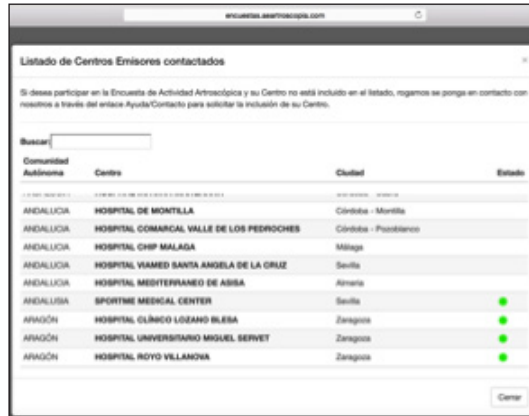


fig. 2

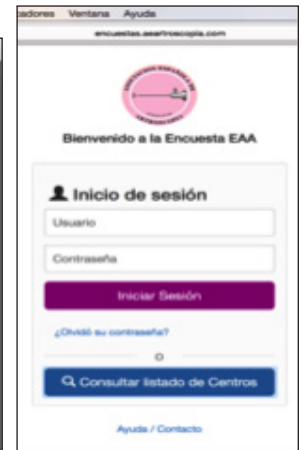


fig. 3

Los formularios de la encuesta fueron diseñados a medida para aportar toda la información relevante para la consecución de este estudio, pero a la vez de cumplimentación muy sencilla, ya que se valoró que su acceso fuese rápido y no complejo para facilitar su cumplimentación por la mayoría de Centros Emisores.

Cómo ejemplo se muestran algunas imágenes demostrativas de la interfaz y apariencia de la encuesta (fig. 4, 5 y 6).

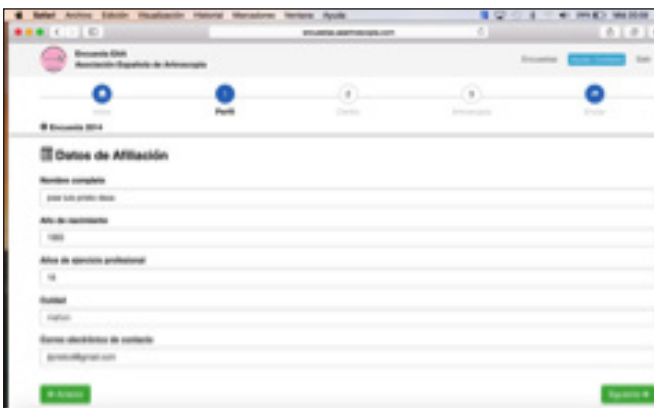


fig.4

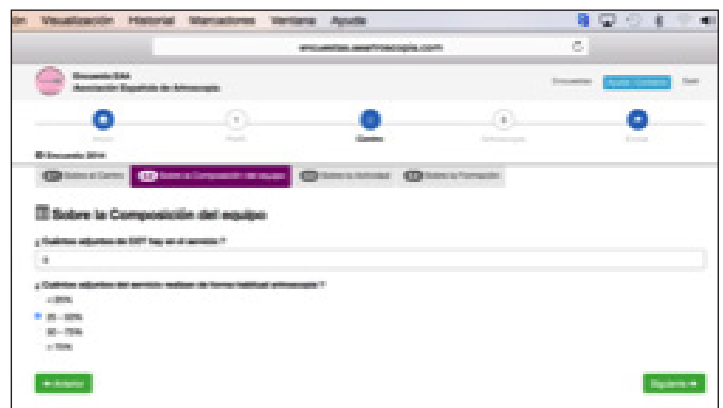


fig.5

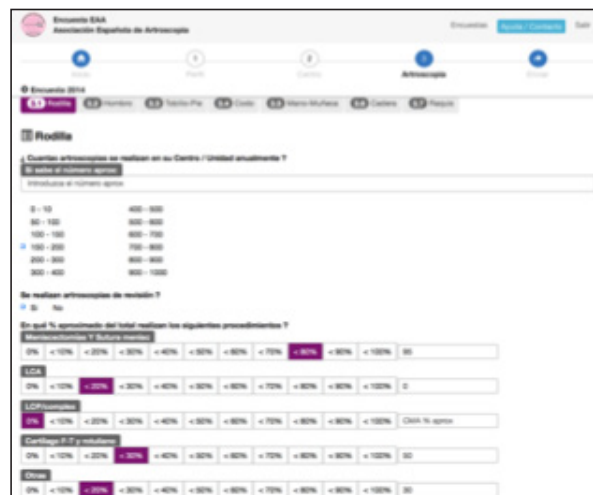


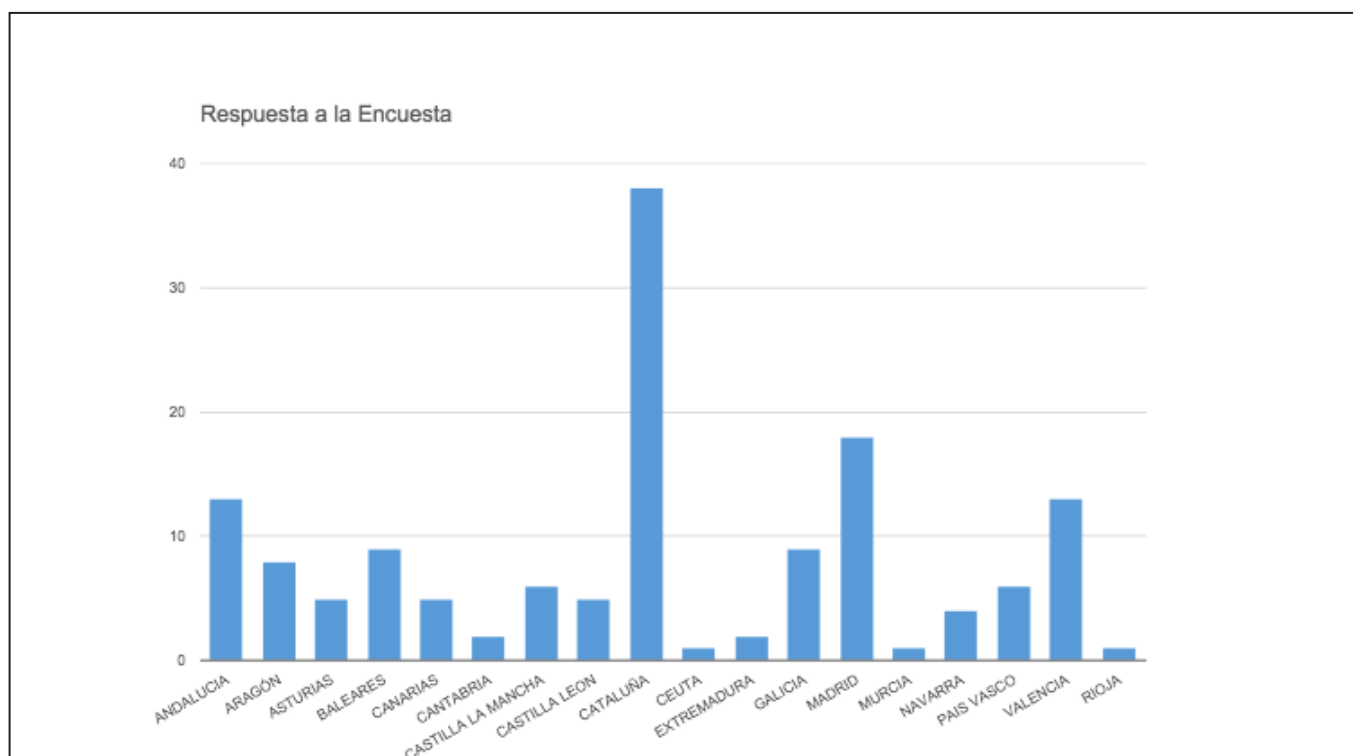
fig. 6

La información de la actividad artroscópica relativa al año 2014 debía ser remitida antes del 15 de marzo 2015 para que pudiese ser procesada en tiempo y forma, pero ante la proximidad del Congreso Anual de la AEA se consideró que se debía aprovechar el gran número de congresistas para realizar una última campaña de captación, y se introdujo una encuesta impresa en cada bolsa de congresista.

Comunidad	Respuestas
ANDALUCÍA	13
ARAGÓN	8
ASTURIAS	5
BALEARES	9
CANARIAS	5
CANTABRIA	2
CASTILLA-LA MANCHA	6
CASTILLA LEÓN	5
CATALUÑA	38
CEUTA	1
EXTREMADURA	2
GALICIA	9
MADRID	18
MURCIA	1
NAVARRA	4
PAÍS VASCO	6
VALENCIA	13
RIOJA	1
	146

Tras el cierre definitivo de la Encuesta en el Congreso de la AEA en Madrid, se contabilizaron 146 respuestas completas según se detalla en la tabla adjunta distribuidas por Comunidades, para un total de 59.897 artroscopias registradas.

Aunque el proceso de captación y envío de recordatorios fue idéntico para todos los posibles Centros Emisores de la distintas Comunidades Autónomas, destaca la respuesta por parte de Cataluña. Uno de los posibles y tal vez el principal motivo sea el hecho de que los jefes de departamento y responsables de área en esta Comunidad están acostumbrados a realizar habitualmente este tipo de estudios y encuestas relativas a la especialidad.



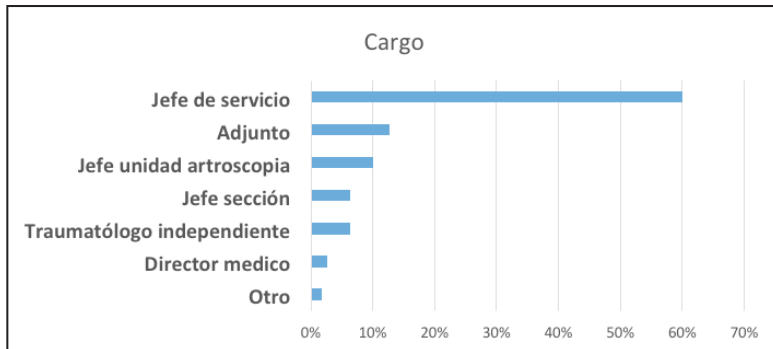
4. RESULTADOS

A continuación desglosamos por apartados los resultados obtenidos de los datos de las 146 encuestas realizadas así como los comentarios correspondientes al respecto.

4.1 GENERAL

4.1.1. Perfil experiencia

Es muy significativo que el mayor porcentaje de profesionales sanitarios que respondieron a la encuesta fueron Jefes de Servicio en un 60%, seguido por Médicos Adjuntos en un 12,73%, Jefes de Unidad de Artroscopia en un 10,00% y Jefes de Departamento 6,36%, con una media de experiencia de 27 años, lo que nos proporciona una seguridad y fiabilidad en los datos aportados por los mismos.



4.1.2. Perfil general

Se abordaron tres preguntas clave para valorar el índice de respuesta, interés generado y pertenencia la AEA.

Ante la pregunta:

“¿Conocía la intención de la AEA de generar una encuesta nacional de la actividad artroscópica?”

Un 56,25% contestó afirmativamente.

“¿Considera útil e interesante este tipo de estudio/encuesta?”

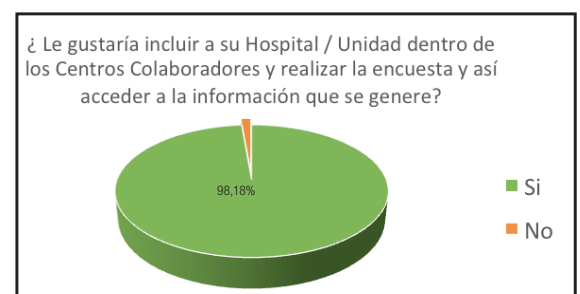
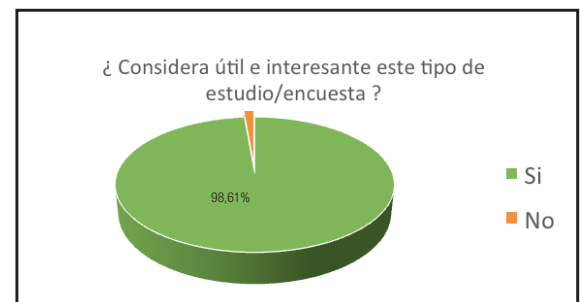
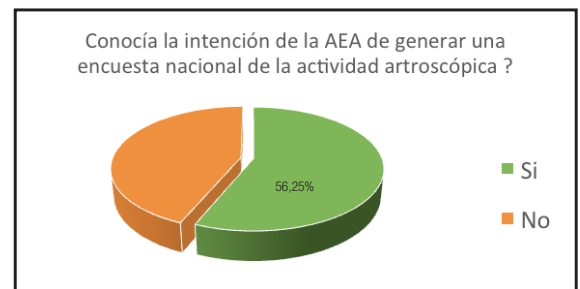
El 98,61% consideró que este tipo de estudios / encuestas son útiles.

“¿Le gustaría incluir a su Hospital / Unidad dentro de los Centros Colaboradores y realizar la encuesta y así acceder a la información que se genere?”

El 98,18% respondió afirmativamente a esta respuesta.

“¿Es Ud miembro de la AEA?”

Un 67,27% de los encuestados era miembro de la AEA.



Así, es también significativo que aunque el 43,75% de los encuestados no conocía que se iba a realizar la encuesta y el 32,73% no era miembro de la AEA, han participado activamente en la encuesta exportando los datos relativos a su Centro Emisor, considerándola útil el 98% de los mismos. Esto demuestra la valoración altamente positiva que ha generado la encuesta.

Otra conclusión que se desprende es que la información y divulgación de la encuesta es mejorable, pues solo la conocían el 56% de los que respondieron.

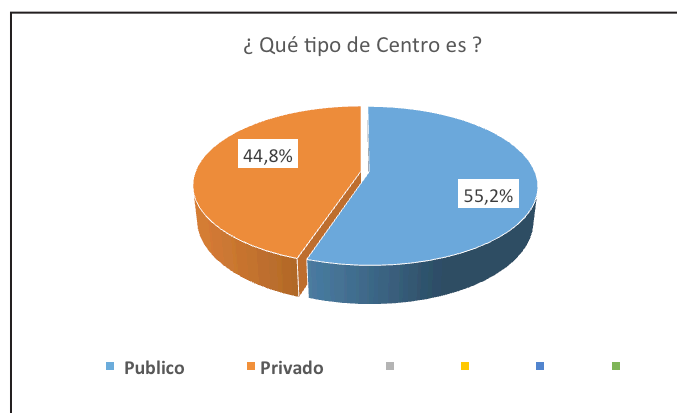
4.2 CENTRO

4.2.1. Centros Emisores

Se plantearon tres preguntas:

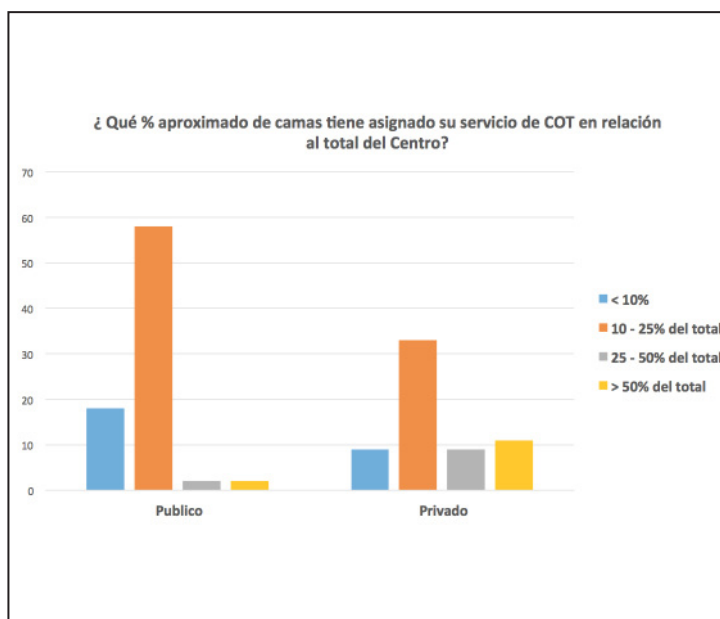
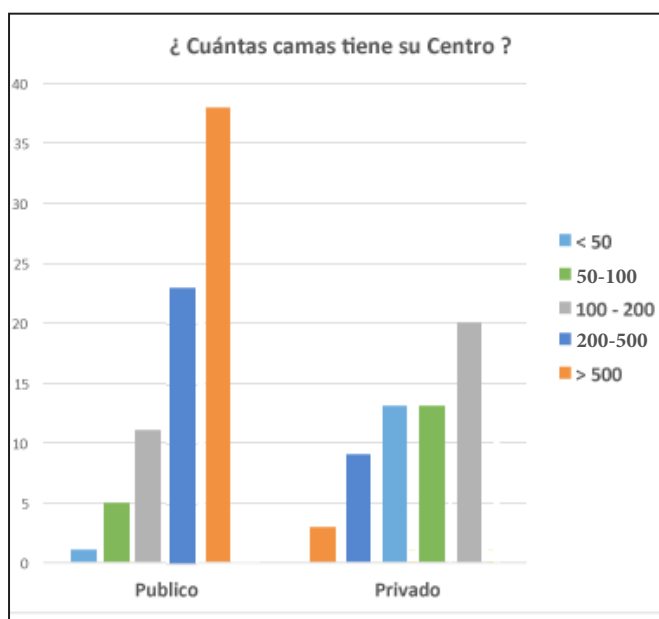
¿Qué tipo de Centro es? ¿Cuántas camas tiene su Centro? ¿Qué % aproximado de camas tiene asignado su servicio de COT en relación al total del Centro?

El 55,2% de los Centros Emisores que han respondido a la EAA son Públicos, entendiéndose como tal que pertenecen al Servicio Público de Salud, y el resto se distribuye entre Privados, Mutuas, Mixto o grupos de trabajo de carácter privado, de forma que en aras de no realizar interpretaciones excesivamente segmentadas y poder realizar una valoración comparativa entre Centros Públicos y Privados, hemos englobado el segundo grupo en una única área como Privado, entendiéndose como No Públicos, es decir no pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.



Para obtener el máximo número de información relativa al perfil segmentado se solicitaron también datos relativos a número de camas y porcentaje de las mismas destinadas al servicio o departamento COT de cada una.

Como cabía esperar, los centros de más de 500 camas son fundamentalmente Públicos, siendo Privados los centros más pequeños y específicos ya que concentran más la actividad en COT.



4.2.2. Equipo Humano

El objetivo de esta pregunta era valorar el número de facultativos que realizan artroscopia de manera habitual en el servicio, distinguiendo entre Centros Públicos y Privados, y con porcentajes relativos a número de camas por centro, con tres preguntas enlazadas entre ellas:

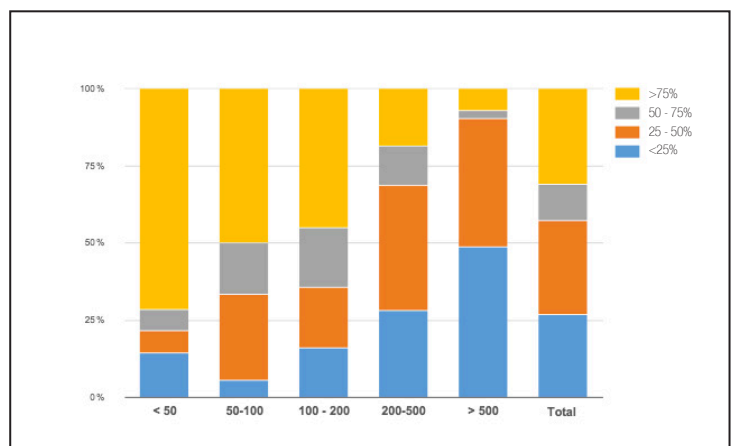
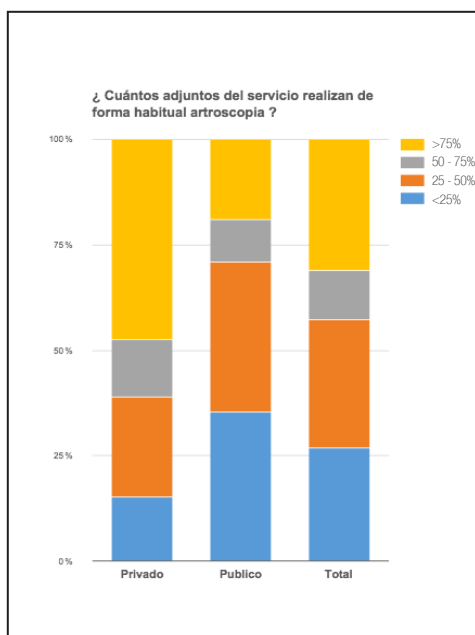
¿Cuántos adjuntos de COT hay en el servicio? V.S. Tipo Centro / Numero de Camas ¿Cuántos adjuntos del servicio realizan de forma habitual artroscopia? + Por número de camas

Las gráficas de este apartado demuestran que el porcentaje de actividad artroscópica que realizan los facultativos de forma habitual en su práctica diaria es inversamente proporcional al número de camas del Centro.

Tomando como referencia los Centros de menos de 200 camas y aplicando una media del porcentaje de especialistas que realizan artroscopias de forma habitual en su práctica diaria entre los tres baremos (< 50, 50-100, 100-200), en el 55,53% de los Centros más del 75% de los especialistas del Centro realizan artroscopias de forma habitual en su práctica diaria.

En centros de entre 200 y 500 camas, el 19,05% de los especialistas realizan artroscopias de forma habitual entre el 50 y 75% de su actividad diaria, pasando al 18,75% si supone más del 75% de su actividad habitual.

En cambio, en hospitales de más de 500 camas, solo el 7,32% de los facultativos realizan artroscopia de forma habitual en más del 75% de su actividad.



Como conclusiones finales de este apartado destacaríamos:

- Centros Privados son mas pequeños y especializados en actividad artroscópica que los Públicos
- Los centros Privados tienen mas polarizada la actividad de COT ya que tienen porcentualmente más camas asignadas
- Los equipos de COT son de dimensiones parecidas en los Centros Públicos y Privados y en relación al tamaño del centro
- El % de adjuntos que hacen habitualmente artroscopia es mayor en los Centros de menor tamaño y también en centros Privados. Este dato es muy interesante para aquellos posibles aspirantes a plaza de trabajo en Centros de tamaño mediano – pequeño ya que probablemente se valore muy positivamente la capacidad de alto conocimiento en artroscopia.

4.2.3. Actividad Artroscópica

Se plantearon cuestiones de carácter general:

¿En el Centro se hace cirugía artroscópica?

En caso afirmativo, la artroscopia está integrada en sus respectivas unidades funcionales

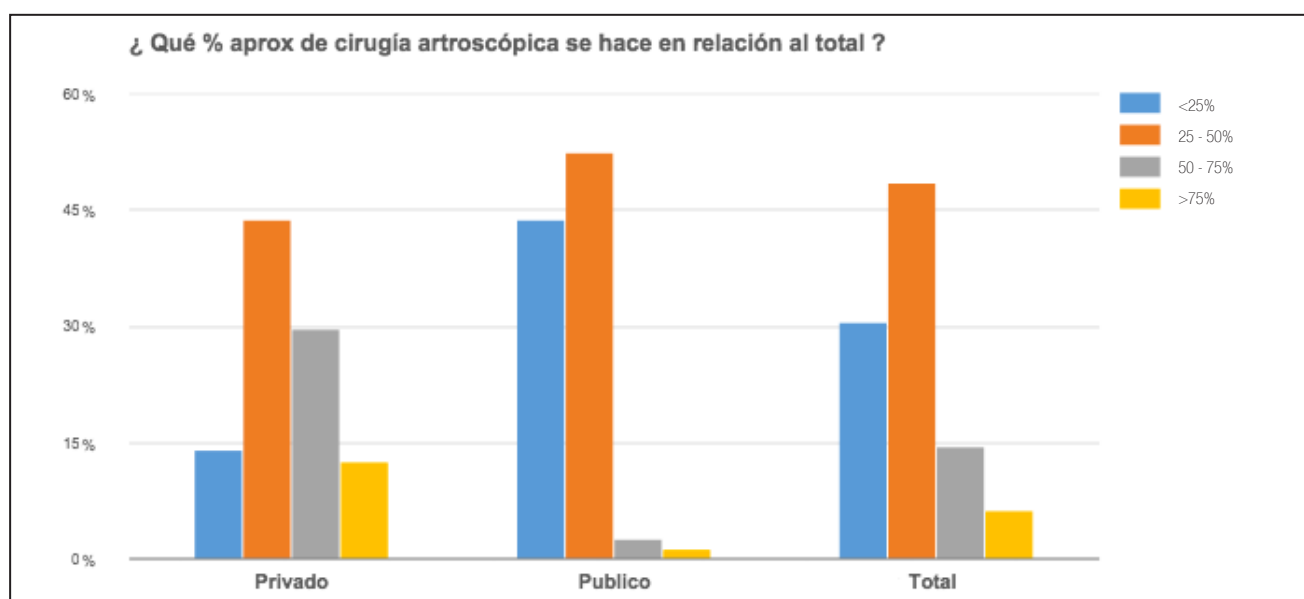
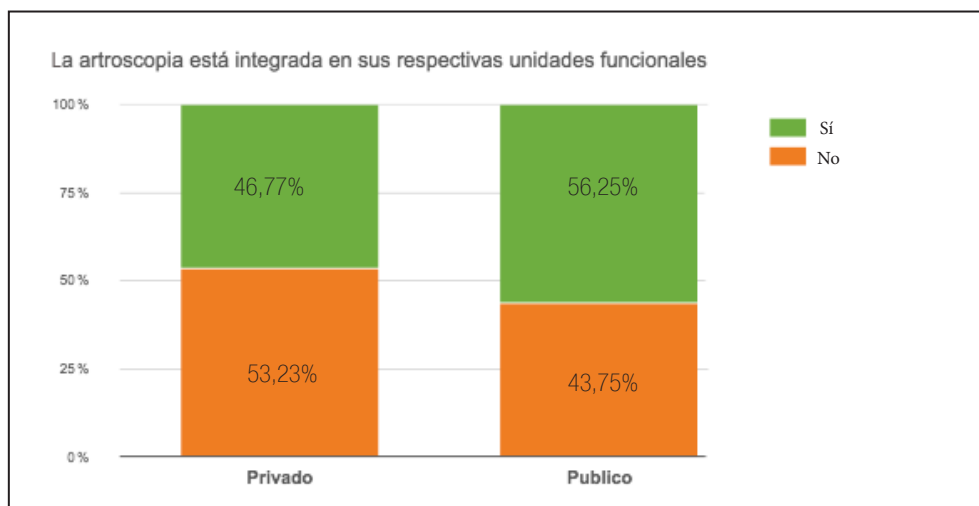
¿Qué % aprox de cirugía artroscópica se hace en relación al total?

El 100% de los Centros confirmó que se realizan técnicas artroscópicas.

El 56,25% de los Centros Públicos y el 46,77% de los Privados tenían la artroscopia integrada en las respectivas unidades funcionales y el resto en la actividad general del departamento. Es lógico ya que los hospitales públicos de grandes dimensiones están estratificados por unidades funcionales.

Las siguientes gráficas exponen los porcentajes de actividad artroscópica en relación al total, segmentado entre públicos y privados.

El % de cirugía artroscópica en relación al total de COT es mayor en centros privados. En el 42,19% de los Centros Privados, la actividad artroscópica supone más del 50% del total de su práctica diaria, mientras que en los Centros Públicos este porcentaje es insignificante.



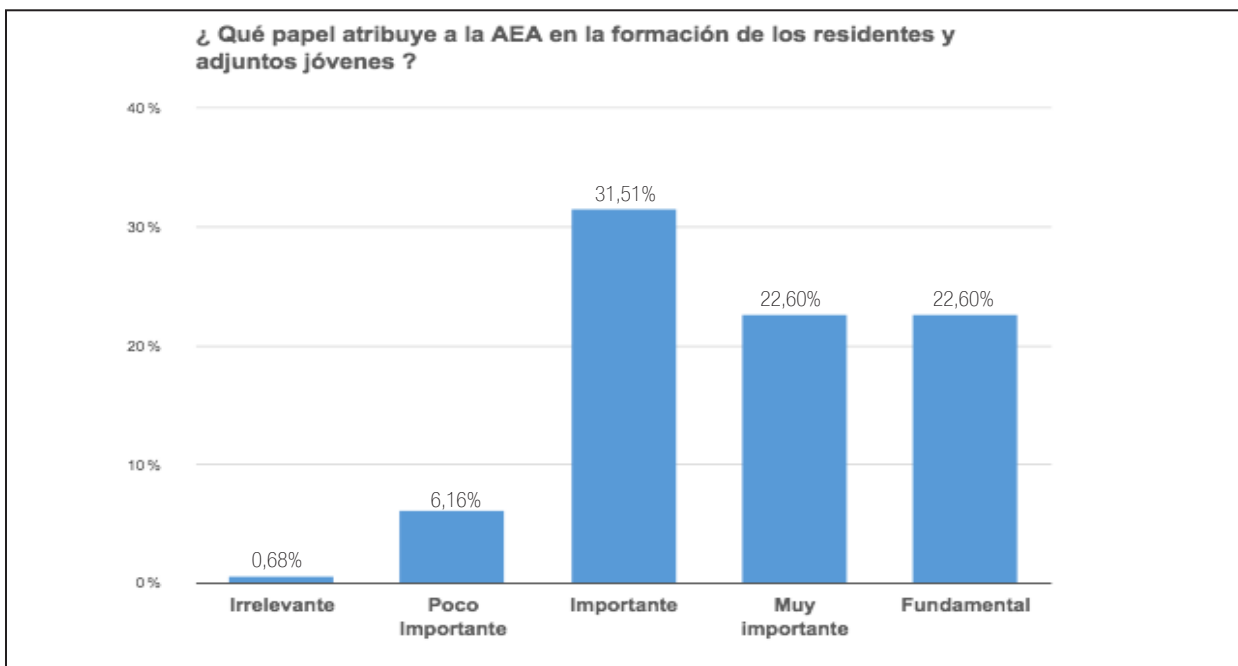
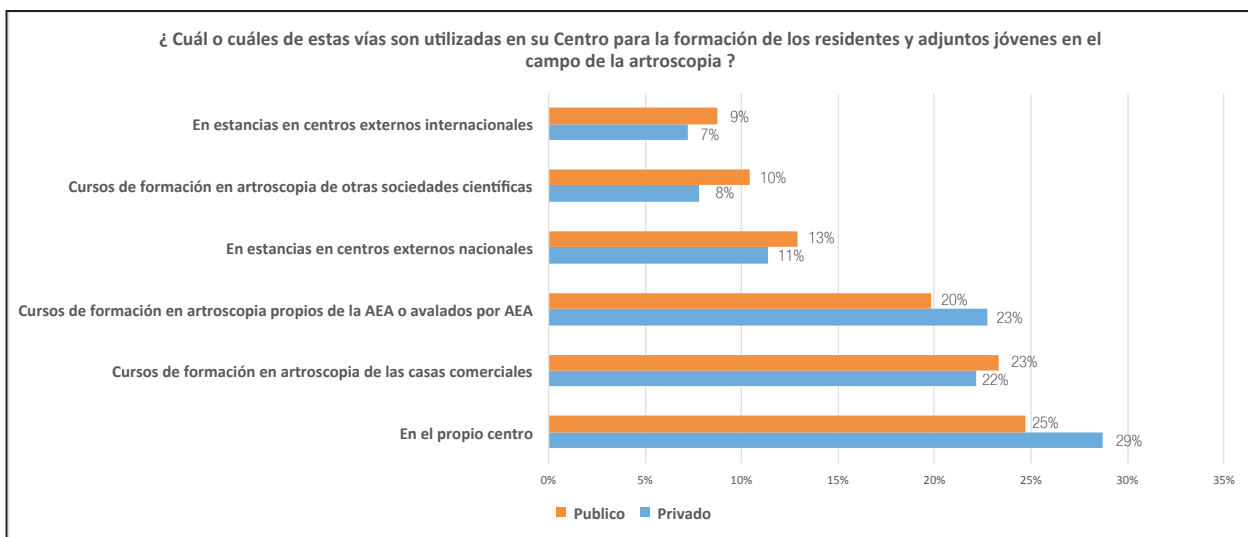
4.2.4. Formación en Artroscopia

En este apartado se realizaban preguntas relativas a la formación en artroscópica, haciendo especial hincapié en las vías de formación de especialistas. Los resultados demuestran que las principales vías de formación artroscópica en nuestro país, además del lógico aprendizaje diario en los centros de trabajo con otros compañeros especialistas, son la formación a cargo de la AEA y casas comerciales, con un 21 y 23% respectivamente sobre el total, no habiendo grandes diferencias entre Centros Públicos o Privados.

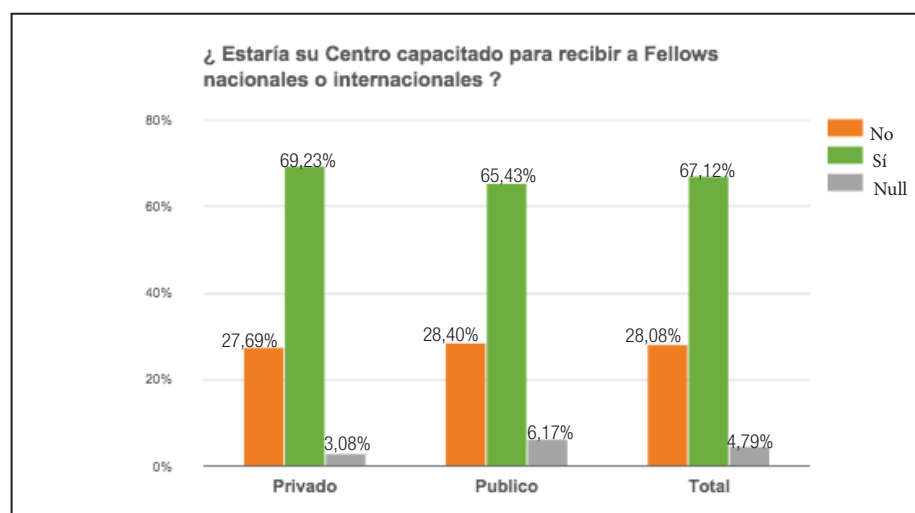
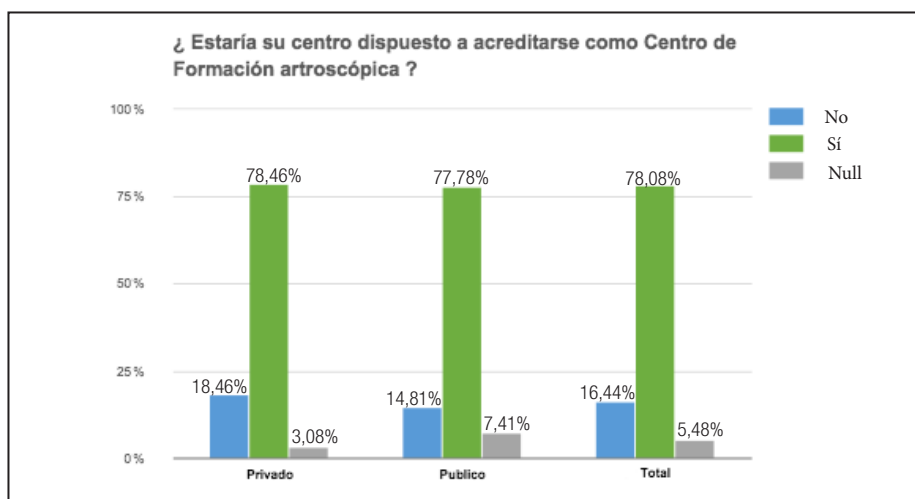
En los Centros Privados aparecen más residentes rotantes y visitantes internacionales, mientras que residentes y visitantes nacionales son más frecuentes en Hospitales Públicos.

La formación en centros extranjeros es relativamente baja.

El papel que se atribuye a la AEA en cuanto a la formación de los residentes y adjuntos jóvenes se considera como importante para el 31,51% de los encuestados, y muy importante o fundamental en el 45,20%, lo que demuestra una valoración muy positiva.



La disposición de los diferentes centros para acreditarse en formación artroscópica nacional e internacional ha sido muy alta, tal y como se detalla en las siguientes tablas:



4.3. ARTROSCOPIA

4.3.1. Datos totales

La empresa gestora de la encuesta, en base a su experiencia en el campo de la artroscopia en España y teniendo la referencia de bases de datos de centros sanitarios españoles, elaboró un listado de centros emisores posibles entre públicos y privados con actividad artroscópica significativa, enviándose campañas periódicas a los Miembros de la AEA para solicitar la inclusión de aquellos grupos privados independientes no presentes en el listado.

En base a esta información y sabiendo que se han obtenido 146 respuestas a la encuesta de las cuales 20 corresponden a grupos privados independientes de alta significación en nuestro país, se estima aproximadamente en un 30% la actividad real posible registrada.

Con estos datos y sabiendo que existe una actividad privada independiente que en muchas ocasiones permanece oculta o es de difícil acceso, tan solo se puede hacer una estimación del número final de artroscopias pero no una verdadera inferencia, que puede ser realizada en sucesivos estudios especialmente dirigidos a realizar las correspondientes inferencias en los campos designados.

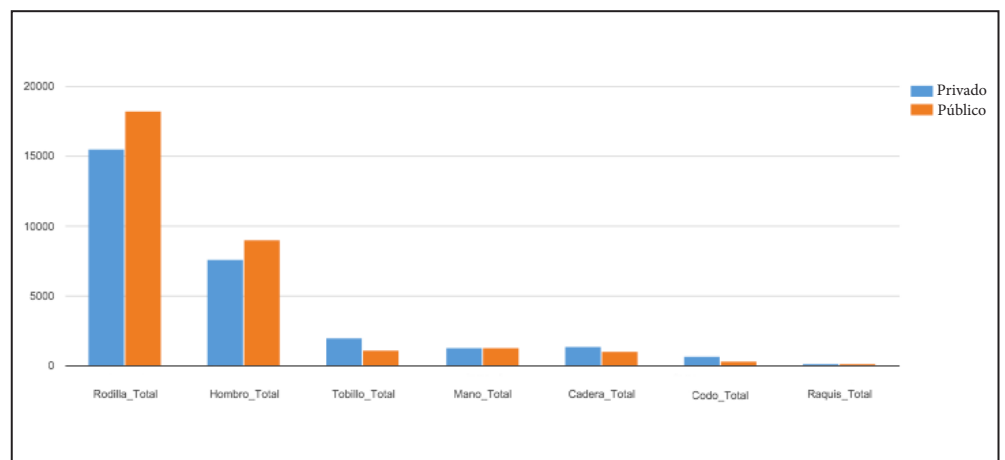
Así, y basándonos en la información recibida, la estimación del número total de artroscopias en el año 2014 en España ha sido de 215.000, siendo este número orientativo pero no concluyente.

Comparando este dato con el de las 107.000 artroscopias/año que se publicaron en el 2001⁵, se puede constatar el importante aumento de la actividad artroscópica en nuestro país.

Queremos recalcar el hecho de que si bien el dato de número total de artroscopias es un valor estimado y por tanto orientativo, todos los datos que se presentan a continuación son referidos a datos registrados (59.897 artroscopias) no estimados, y por tanto tienen un alto grado de fiabilidad.

De las 59.897 artroscopias totales registradas, el número total por articulación así como los porcentajes según tipo de centro se muestran en las siguientes gráficas.

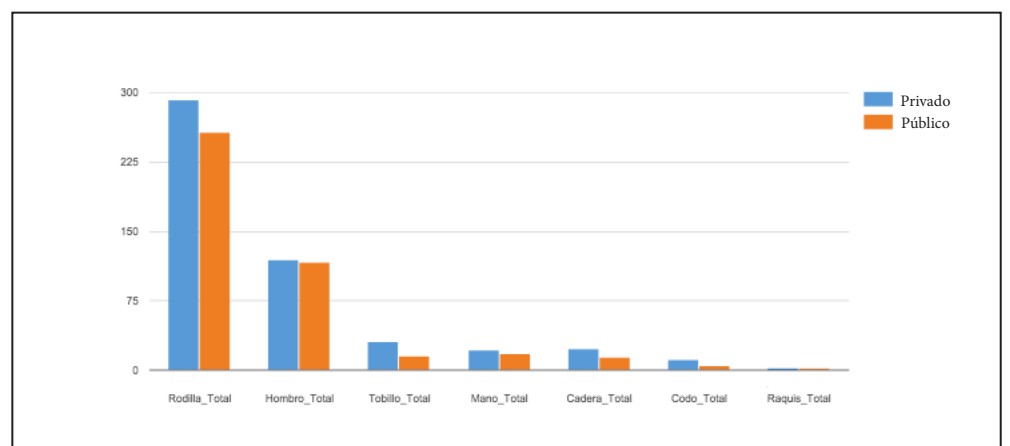
	Privado	Público	Total
RODILLA 56,32%	15.518	18.218	33.736
HOMBRO 27,73%	7.610	8.998	16.608
TOBILLO 5,20%	1.988	1.125	3.113
MANO 4,37%	1.326	1.289	2.615
CADERA 4,05%	1.390	1.037	2.427
CODO 1,86%	722	391	1.113
RAQUIS 0,48%	135	150	285



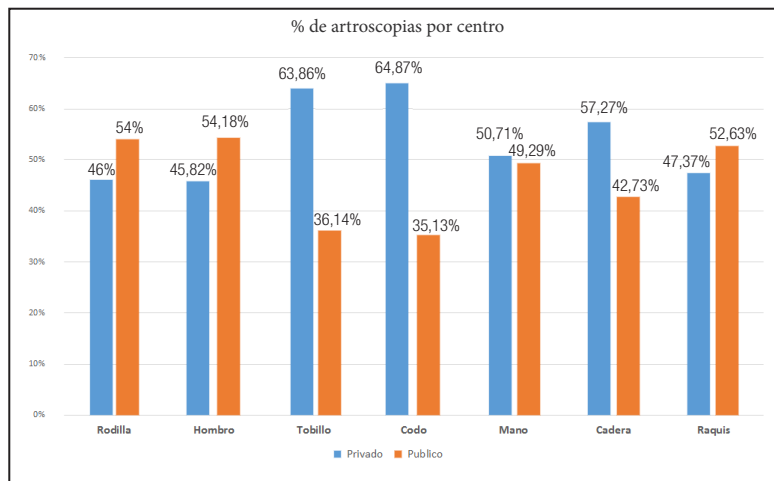
Si comparamos estos porcentajes con los del año 2001, constatamos un importante y significativo cambio evolutivo en la actividad artroscópica. Se estanca e incluso disminuye el porcentaje de artroscopia de rodilla (pasa de un 78% en el 2001 a algo más del 56% de este estudio) por el aumento y auge de otras articulaciones como el hombro, tobillo, mano-muñeca y cadera. De artroscopia de hombro se pasa de un 17% a casi un 28% actual. Y de unos datos casi inexistentes del resto de articulaciones a un 4% de mano-muñeca, 4% de cadera y 5% de tobillo a día de hoy.

Un dato que nos parece interesante reflejar es la media de artroscopias de cada articulación por tipo de Centro. Tal y como se detalla en las gráficas siguientes, estas medias son mayores en los Centros Privados.

	Privado	Público	Total
RODILLA	293	257	272
HOMBRO	119	117	118
TOBILLO	32	15	23
MANO	22	18	20
CADERA	24	14	18
CODO	12	5	8
RAQUIS	3	2	2



En este apartado, se observa que los procedimientos de rodilla y hombro son ligeramente superiores en los Centros Públicos. En cambio, la cirugía artroscópica de otras articulaciones se realiza mayoritariamente en Centros Privados.

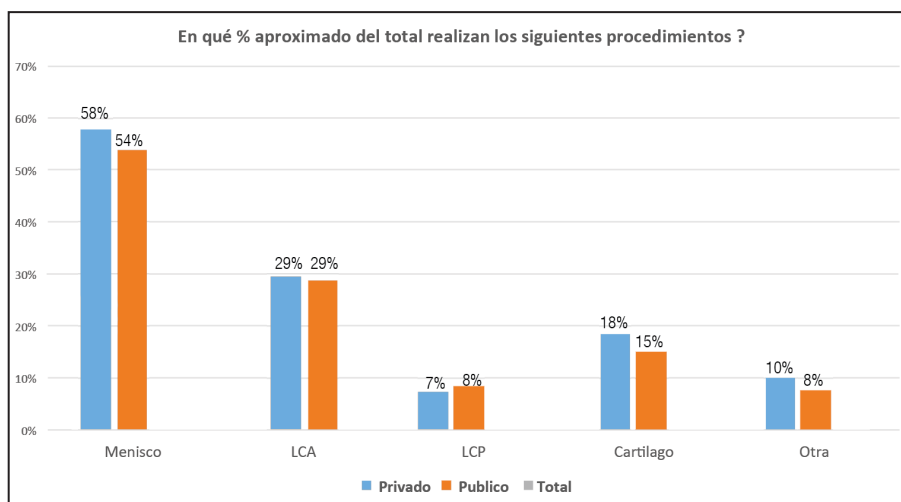


Cirugías de revisión por centro		
RODILLA		
	No	Sí
Privado	12,00%	88,00%
Público	0,00%	100,00%
Media	5,13%	94,87%
HOMBRO		
	No	Sí
Privado	12,70%	87,30%
Público	5,71%	94,29%
Media	9,02%	90,98%
TOBILLO		
	No	Sí
Privado	43,55%	56,45%
Público	66,20%	33,80%
Media	55,64%	44,36%
CODO		
	No	Sí
Privado	65,38%	34,62%
Público	82,54%	17,46%
Media	74,78%	25,22%
MANO-MUÑECA		
	No	Sí
Privado	55,77%	44,23%
Público	68,42%	31,58%
Media	62,39%	37,61%
CADERA		
	No	Sí
Privado	62,50%	37,50%
Público	66,67%	33,33%
Media	64,81%	35,19%

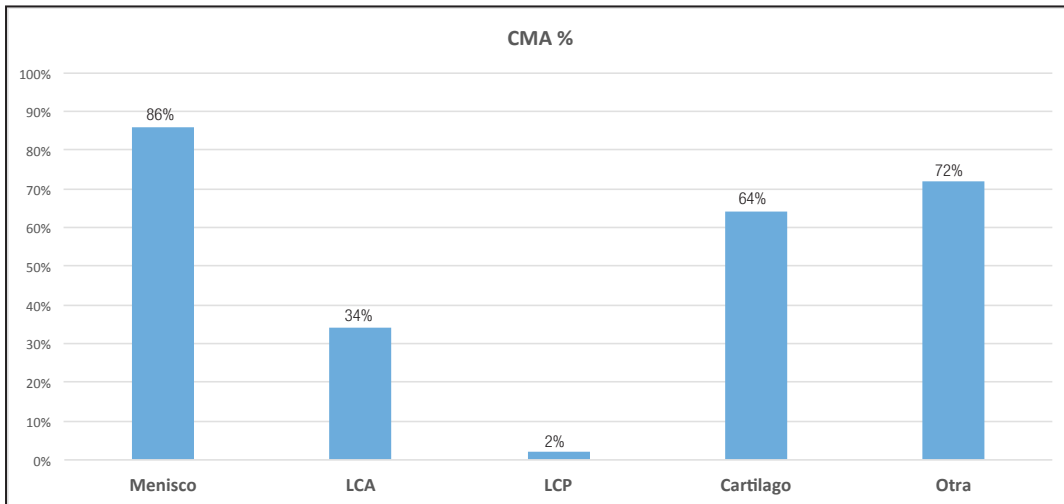
La realización de artroscopias de revisión es un parámetro de interés y de utilidad para valorar la actividad artroscópica de cada centro. En este sentido se observó que las revisiones artroscópicas de cirugías previas se hacen más en centros con mayor volumen en esa articulación. Por ello, en hombro y rodilla son los Centros Públicos, en general, donde se realizan este tipo de cirugía compleja. En cambio, los Centros Privados tienen el protagonismo más alto en el resto de articulaciones.

4.3.2. Rodilla

En cuanto a los procedimientos, se observa que existe uniformidad entre pública y privada. Se actúa sobre el menisco en más de un 50%, las ligamentoplastias anteriores suponen cerca del 30% y no llegan al 10% procedimientos más complejos como las plastias de LCP. Las actuaciones sobre el cartílago no superan el 20%.

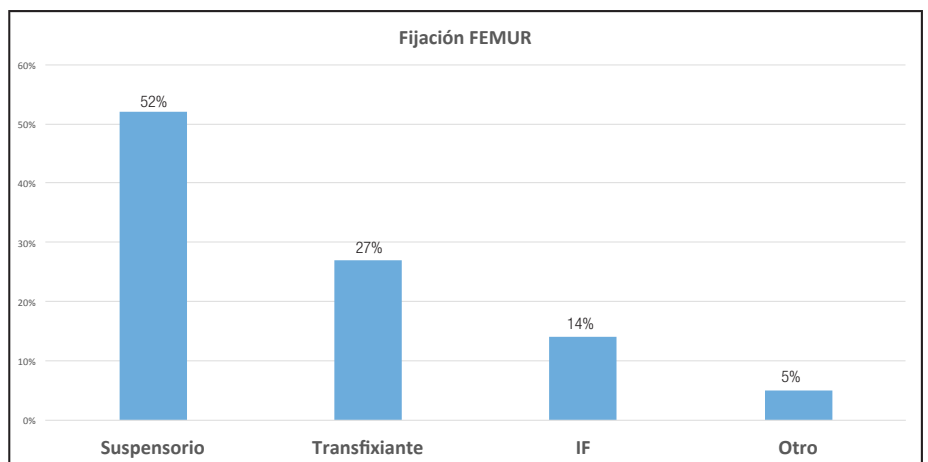


Un aspecto que nos pareció interesante introducir por las implicaciones económicas y socio-sanitarias fue el porcentaje de procedimientos que se realizaban en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Aquí se pudo comprobar que la mayoría (más de un 85%) de gestos sobre menisco se desarrollaban en estas unidades, y que intervenciones que clásicamente se desarrollaban en el ámbito hospitalario, como son las ligamentoplastias de LCA, en más de un 30% se realizaban en este ámbito sin ingreso.



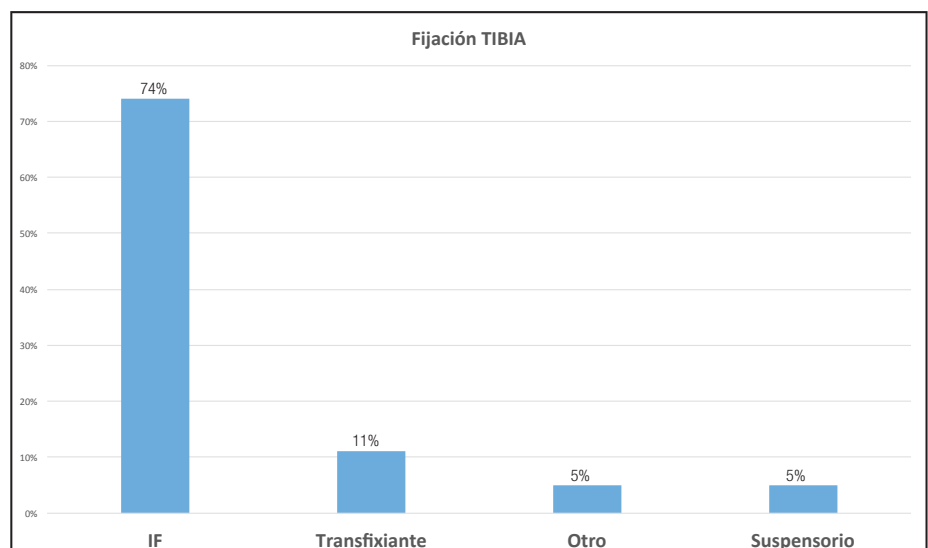
Queríamos avanzar un poco más en los detalles de la técnica quirúrgica y preguntamos también el tipo de técnica de fijación utilizaban para las ligamentoplastias. De esta manera podíamos deducir indirectamente el tipo de plastia empleada.

Si analizamos estos resultados vemos que existe una clara preferencia por los sistemas de fijación suspensorios en fémur (más de un 50%) y tornillo interferencial en tibia (cerca al 75%). Le siguen los métodos transfixiantes en tibia (mas de un 25%) y fémur (más de un 10%). Sumando estos datos podemos pues estimar que aproximadamente entre un 75% – 80% de las ligamentoplastias en nuestro país se realizan con tendones de la pata de ganso. Permanece un porcentaje de alrededor de un 20% que estimamos corresponderían a las plastias de HTH.

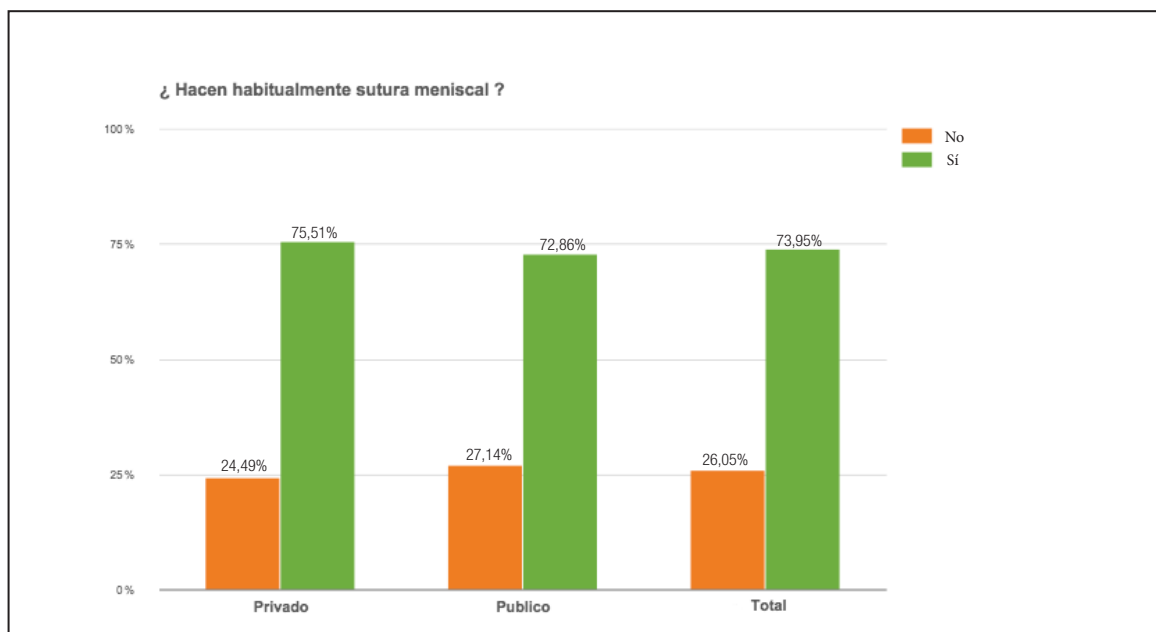


Si comparamos estos resultados con el estudio del año 2001 observamos un claro cambio de tendencia y preferencia por el tipo de plastia empleada para las ligamentoplastias. En aquel año se realizaron un 72% de ligamentoplastias con HTH y un 26% con tendones isquiotibiales.

El estudio es débil en el sentido de que no sabemos si estas plastias son autólogas o son aloinjertos de banco. Tampoco nos aclara si son para plastias primarias o recambios. Por ello en encuestas posteriores se debieran incluir ítems para valorar estos parámetros.

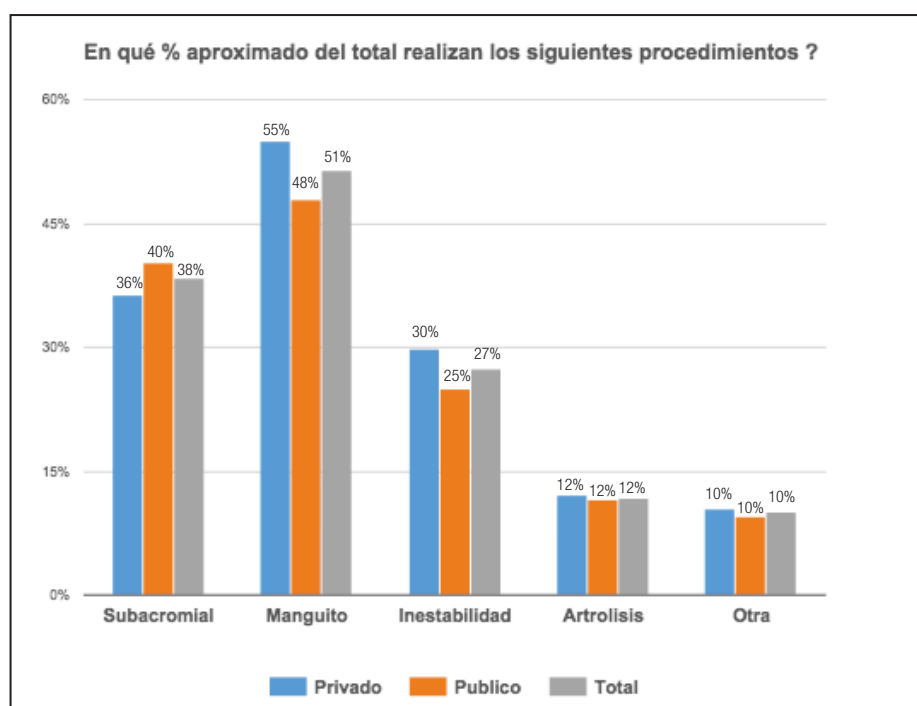


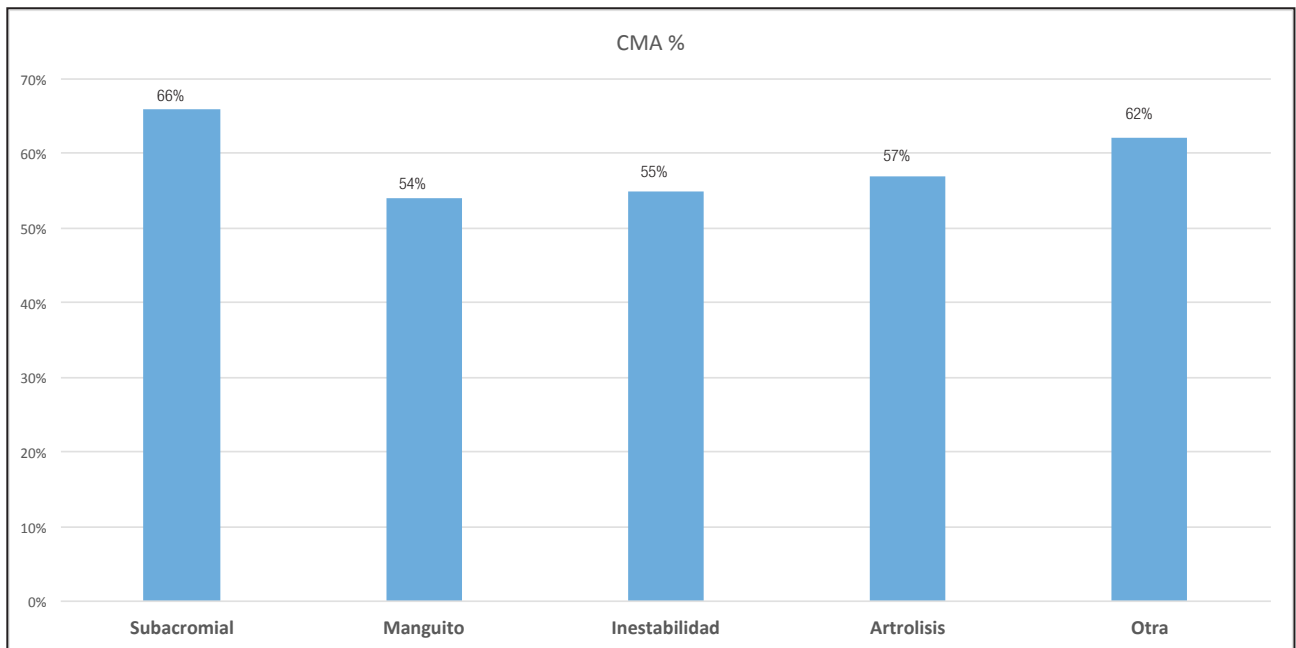
En cuanto a procedimientos más específicos como la sutura meniscal, se reconoce realizarla en mas del 70% de los casos en los que está indicada.



4.3.3. Hombro

El tipo de procedimiento y porcentajes de CMA aparecen descritos en las siguientes gráficas. A pesar de realizar procedimientos complejos, la utilización de la CMA está muy presente y no existen diferencias significativas en cuanto al tipo de procedimientos entre pública y privada.





Cabe reseñar que en ocasiones se realizan gestos en el espacio subacromial (acromioplastia, bursectomía,...) añadidos a otros procedimientos como por ejemplo la sutura del manguito. Es por ello que se pueden solapar algunos procedimientos, como ocurre con la patología meniscal y ligamentoplastia en la rodilla.

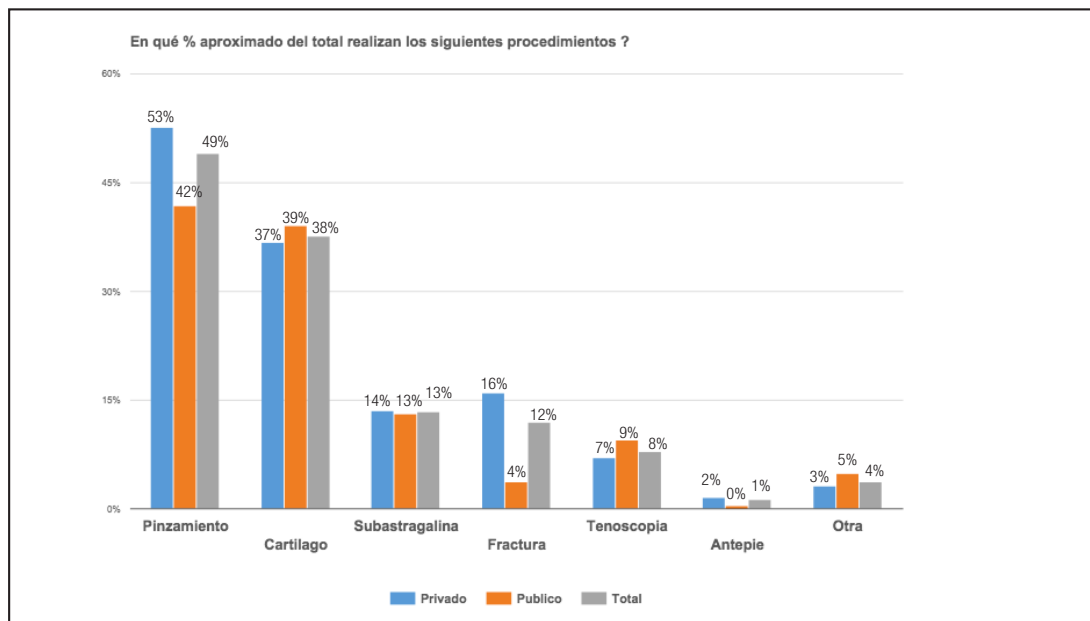
Son muy significativas las diferencias respecto al estudio previo del año 2001⁵, con un claro cambio de actitud y manejo en la patología del hombro. En ese año se realizaron un 73% de actuaciones en el espacio subacromial (entendiendo como intervenciones tipo acromioplastia / bursectomía) y tan solo se reparaban el 8% de los manguitos, quedando la inestabilidad en un 14% de frecuencia. En nuestro estudio se actúa sobre el manguito reparándolo en mas de un 50%, y cerca de un 30% de inestabilidad, bajando a menos de un 40% los procedimientos subacromiales.

Recogimos también datos referentes al número de anclajes utilizados en reparaciones de manguito y en inestabilidad detectando una paridad casi exacta entre centros privados y públicos. En manguito se usaron de media 2,5 y en inestabilidad algo mas de 3.

4.3.4. Tobillo

Los procedimientos más frecuentes son los tratamientos artroscópicos para el pinzamiento óseo o blando y las lesiones relativas al cartílago, en ese orden.

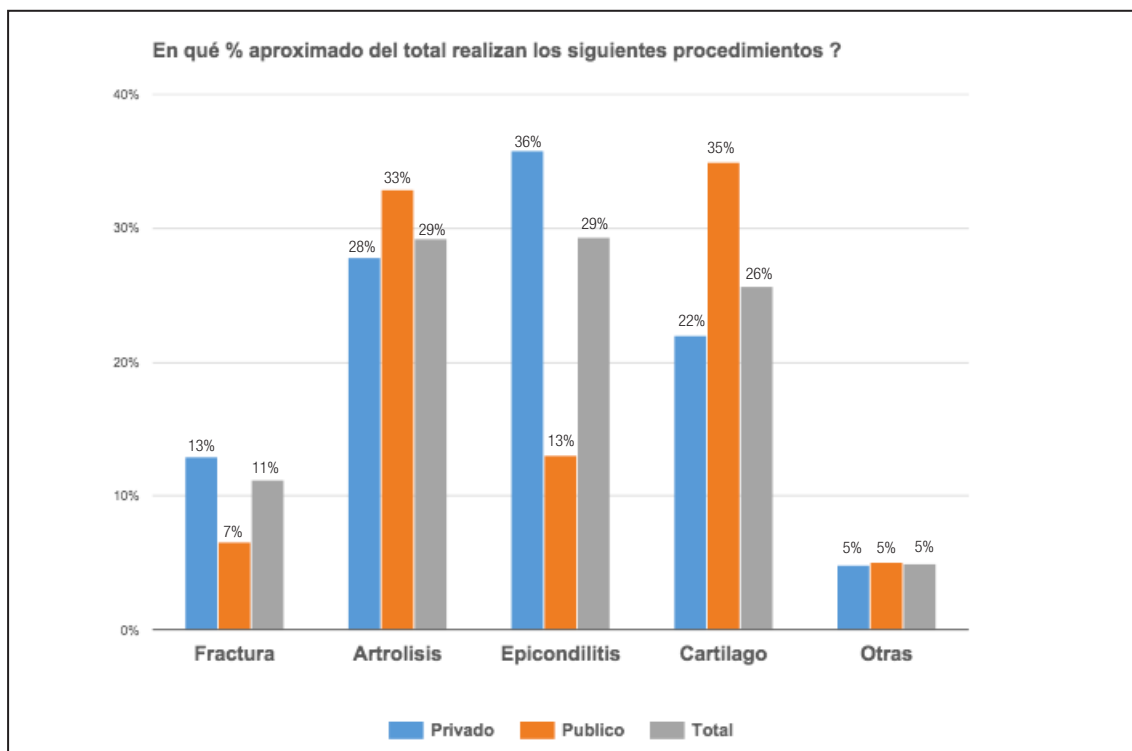
Llama la atención la aparición con fuerza de la tenoscopia con cerca de un 10% y la presencia de la articulación subastragalina en casi un 15%.



4.3.5. Codo

Aquí los procedimientos son muy variados y con algunas diferencias significativas entre centros públicos y privados.

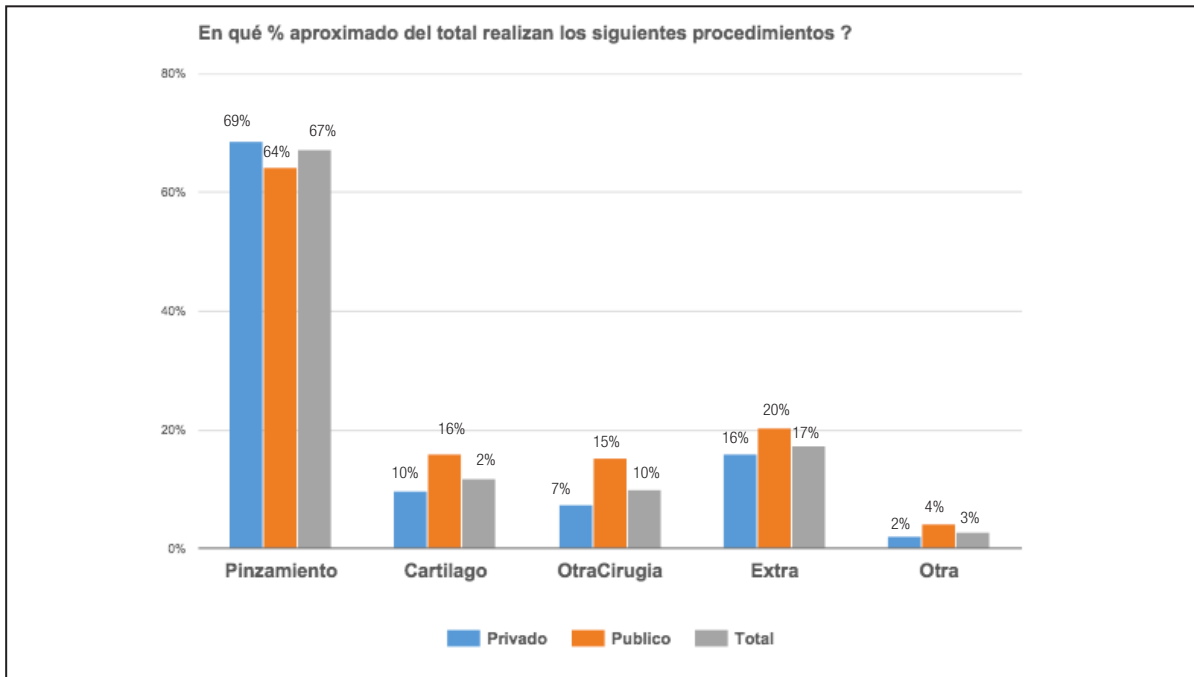
Así en los públicos se atienden más problemas degenerativos y en los privados más problemas de partes blandas de tipo tendinopatías como la epicondilitis.



4.3.6. Cadera

Está a mucha distancia de las dos grandes articulaciones, pero crece y tiene cada vez más presencia. Un conocimiento cada vez mayor y un importante avance en la formación de este tipo de técnica, auguran un futuro prometedor en el manejo artroscópico de la patología de la cadera.

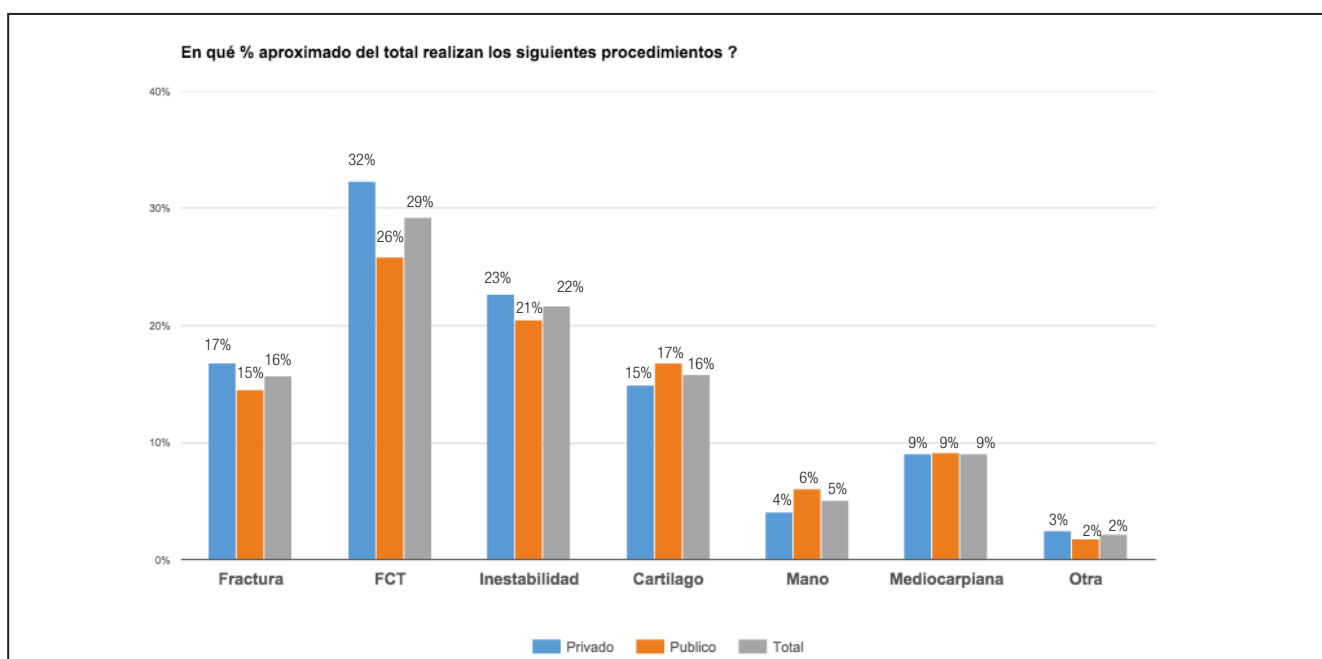
Sus procedimientos se focalizan fundamentalmente en los pinzamientos y lesiones labrales asociadas.



4.3.7. Mano

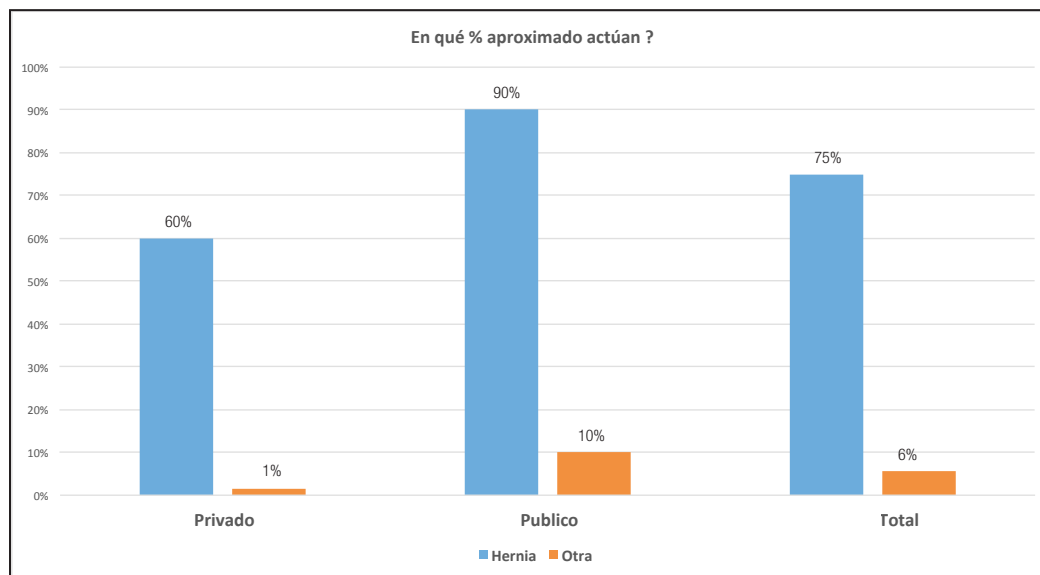
Existe un importante y creciente interés en esta articulación, y prueba de ello es el auge y asentamiento de técnicas artroscópicas para la inestabilidad.

Se realizan de forma significativa reducciones y fijaciones artroscópicas de fracturas y también se tratan lesiones del cartílago, pero la actuación y tratamiento de las lesiones del fibrocartílago articular siguen siendo el principal procedimiento artroscópico en esta articulación.



4.3.8. Raquis

En el ámbito general, este campo es poco conocido. Se realizan en lugares muy puntuales y el procedimiento casi exclusivo es el tratamiento de la hernia discal.



5. CONCLUSIONES

1. Existe una alta valoración por parte de la comunidad artroscópica para la realización de este tipo de estudios.
2. La muestra en la que se basa este estudio podría considerarse corta para establecer conclusiones de alto calado. Por lo que los resultados orientan pero no concluyen.
3. Existe posiblemente una alta actividad artroscópica privada oculta de difícil acceso que puede condicionar la inferencia de los resultados finales.
4. El papel de la AEA para la formación en artroscopia es altamente valorada, siendo considerada como muy importante o fundamental para un 45,20% de los encuestados.
5. Hay un incremento claro de actividad artroscópica general en relación a estudios previos.
6. La actividad artroscópica media es discretamente mayor en centros privados.
7. La artroscopia de rodilla y hombro son los procedimientos más importantes cuantitativamente (suponen el 84% de toda la actividad artroscópica) y se hacen casi por igual en centros públicos que privados.
8. Cualitativamente emerge la actividad artroscópica en otras articulaciones que presentan más significación en la medicina privada que en la pública.
9. La cirugía de revisión artroscópica se realiza en aquellos centros con más volumen en la patología referida, pues exige gran especialización.
10. Se detecta un uso importante de las unidades de cirugía mayor ambulatoria en las 2 principales articulaciones: rodilla y hombro. No existen prácticamente diferencias en cuanto al tipo de procedimiento artroscópico entre centros públicos y privados.
11. En cirugía artroscópica de rodilla el tipo de plastia más empleada en las ligamentoplastias son los isquiotibiales y la técnica más frecuente es suspensoria femoral con tornillo interferencial en tibia.

12. En cirugía artroscópica de hombro disminuyen las actuaciones aisladas del espacio subacromial (tipo acromioplastia) y aumentan en relación a estudios previos la cirugía artroscópica de la inestabilidad y del manguito.
13. El estudio presenta puntos débiles que deben corregirse en futuras encuestas: preguntas que sobran y preguntas que faltan.

AGRADECIMIENTOS

Todo este estudio se ha podido realizar gracias al trabajo de muchas personas a las que tenemos que agradecer su esfuerzo y dedicación.

A la AEA y su actual Junta Directiva por el empeño y determinación a la hora de plantear este estudio.

A nuestro querido Dr. Rafa Canosa por iniciar el primer esbozo de esta idea.

Al Comité Científico y Colaboradores.

A la empresa contratada gestora de la plataforma EAA.

Y sobre todo y especialmente, a todos los participantes (centros públicos, privados y personas o grupos independientes de trabajo) que con su desinteresada disposición y compromiso han hecho posible la realización de esta encuesta.

Luis Prieto Deza
Vocal de la Junta Directiva AEA

BIBLIOGRAFÍA

1. Jamtvedt G, Young JM, et all. Audit and feedback: effects on profesional practice and health care outcomes. Cochrane Database of systematic Reviews. 2006. Issue 2.
2. Helse Bergen HF . The norwegian cruciate ligament Register. Department of Orthopaedic Surgery. Haukeland University Hospital .June 2010.
3. Garellick G, Kärrholm J, Rogmark C, Rolfson O, Herberts P. Swedish Hip Arthroplasty Register. Annual Report 2011.
4. Allepuz A, Martinez O, Serra-Sutton V, Espallargues M. Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat). Estructura y funcionamiento., Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña. Mayo 2008.
5. Informe sobre el perfil de la artroscopia en España. Cuadernos de Artroscopia. Revista de la Asociación Española de Artroscopia. 2001; Vol 8: 10-21.