



Sr. **Presidente de A.S.F.A.P.E.**

Estimado Presidente

Desde la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica y yo como presidente queremos informarle acerca de la situación actual de la Cirugía Ortopédica y Traumatología Pediátrica en España.

La Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (S.E.O.P.) reúne a 140 profesionales de toda España dedicados al tratamiento de la patología Ortopédica y Traumatológica del niño desde el nacimiento hasta la madurez esquelética. Estos profesionales han dedicado o dedican toda una vida de forma exclusiva a dicha tarea. Evidentemente 140 Cirujanos Ortopédicos Infantiles en toda España para atender a alrededor de 8.000.000 de niños entre 0 y 14 años, es una proporción irrisoria (1/57.143 niños), proporción que a su vez es menor si tenemos en cuenta que la mayoría ejercen generalmente en hospitales de 3º nivel. Entonces ¿Cómo están siendo atendidos los niños que presentan patología ortopédica y traumatológica?.

La respuesta es que la mayoría están siendo atendidos por traumatólogos de adultos. Salvo en hospitales infantiles de carácter privado-concertado y en unos pocos de tercer nivel pertenecientes a la Seguridad Social que poseen una Unidad de Ortopedia y Traumatología Pediátrica, en el resto, la atención corre a cargo de Traumatólogos de adultos. Esto no sería un problema si estos profesionales hubieran recibido una adecuada formación durante su período de Residente, pero desgraciadamente las cosas no son así.

En la actualidad la formación de los futuros Cirujanos Ortopédicos Infantiles se adquiere principalmente dentro de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología general (C.O.T.) y Cirugía Pediátrica, aunque en esta última cada vez se presta menos atención al aprendizaje de las malformaciones ortopédicas y fracturas en el niño a pesar de estar contemplado en la ORDEN SCO/3253/2006, de 2 de octubre (BOE 252). Así pues parece que en la actualidad, la responsabilidad de la formación en Ortopedia y Traumatología pediátrica corresponde a la C.O.T. general.

Desde que se constituyó la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (S.E.O.P.) se ha puesto de manifiesto en las asambleas ordinarias, el descontento de la mayoría de los socios por los constantes problemas existentes en cuanto a la formación y desarrollo de la Ortopedia y Traumatología Pediátrica en España, debido por un lado a la insuficiente formación y por otro a las dificultades encontradas para el ejercicio asistencial por aquellos profesionales que han decidido dedicarse al tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor en el niño. Esta insuficiente formación así como las dificultades, creo que emanan de una deficiente política organizativa que se sigue desde hace muchos años dentro de los Servicio de Ortopedia y Traumatología como consecuencia de la **no obligación** por ley (BOE n.º 33; 7/febrero 2007 pg. 5.751) de adquirir formación en Cirugía Ortopédica Infantil.



¿Cuáles son las probables causas?

1. *Tomar la formación pediátrica como una parte más de la formación general en Cirugía Ortopédica y Traumatología.*

El tiempo de rotación por las Unidades de Ortopedia y Traumatología Infantil (U.O.T.I.) (**donde existan**) es, en la mayoría de los hospitales de 3 meses, el de menor duración frente a las Unidades de cadera, miembro superior, rodilla, etc., y en otros hospitales esta rotación **no se contempla**.

Según la orden ministerial SCO/226/2007 de 24 de Enero en el que se publica el programa formativo de la especialidad en C.O.T. se reconoce la *demandas de rotaciones en Ortopedia Infantil entre otras (mano, raquis, etc.)*, pero en la relación de rotaciones obligatorias y optativas, **esta rotación no está contemplada ni siquiera entre las especialidades optativas**. El real decreto 183/2008 de 8 de Febrero que define las Unidades Docentes, permite *la creación de unidades docentes de carácter troncal y en su caso la ampliación de las especialidades que se formen en las unidades docentes*, pero hasta la fecha no se ha contemplado esta posibilidad para la Ortopedia y Traumatología Infantil.

Pensamos que es un error creer que es suficiente un corto período de formación en Ortopedia y Traumatología Infantil por dos razones fundamentales:

La primera, es que estudiamos la patología ortopédica de un ser humano en crecimiento en el que están **incluidas** todas sus propias patologías: miembro superior, cadera, rodilla, pie, etc., etc. mientras que el resto de las rotaciones dentro de los Servicios de Traumatología general se hacen por segmentos (unidad de cadera, unidad de rodilla, unidad de pie, etc.) y el tiempo de rotación **por cada una** de estas Unidades va de 6 meses a 1 año, frente al tiempo de rotación en la Unidad de Ortopedia Infantil que suele ser de 3 meses y en el que se incluye el estudio de todos sus segmentos. Esta circunstancia por sí sola justificaría un mayor período de rotación.

La segunda es que, a su vez, la patología a estudiar es muy diferente, mientras en el niño tratamos malformaciones congénitas, deformidades propias del crecimiento, parálisis cerebral infantil, espina bífida, displasias óseas, desviaciones angulares y rotacionales, necrosis asépticas, etc., etc., en el adulto se trata fundamentalmente patología degenerativa propia de la edad. Incluso en el tratamiento de los traumatismos el enfoque terapéutico es totalmente diferente en el momento en que tratamos a niños con un **cartílago de crecimiento activo** susceptible de lesión con graves consecuencias si no se conoce su manejo.

Por otro lado la dosificación de medicamentos en el adulto es más o menos estándar pero en el niño varía mucho con la edad y el peso, no es igual la dosificación de un antibiótico a un lactante que a un niño de 14 años, al igual que el entorno, el trato y el cariño que necesitan.

Todo lo anterior no se aprende en tres meses



2. *La incorporación inmediata a una Unidad de Ortopedia Pediátrica (por necesidades del Servicio) con la escasa formación referida en el apartado anterior.*

Tras entrevistas personales con compañeros de diferentes Comunidades Autónomas hemos detectado que, dentro de un Servicio de C.O.T. general, no es raro designar a un traumatólogo general la atención pediátrica por “**necesidades asistenciales**”, lo que conlleva a un stress del propio profesional por falta de experiencia, a no ser que por iniciativa propia y muchas veces a costa de autofinanciación, el profesional acuda a otros centros hospitalarios, jornadas, congresos y reuniones científicas de Cirujanos Ortopédicos Infantiles para mejorar sus conocimientos y/o consultar casos clínicos de su actividad diaria.

3. *En algunos hospitales de tercer nivel y en el resto los hospitales donde no existe Unidad Pediátrica o en aquellos donde no existe Maternidad, la atención ortopédica al niño, se reduce prácticamente a los traumatismos.*

En este apartado surgen dos problemas. Hemos constatado que el enfoque en el tratamiento de las fracturas infantiles está marcado por la influencia de la formación traumatológica general del adulto recibida y ello da como resultado que, en algunos casos, dicho tratamiento suele ser más cruento de lo que sería necesario (uso de placas, tornillos, clavos, etc.) y, aunque su resultado sea bueno, supone un posible riesgo de complicaciones por lesión del crecimiento del hueso o propias del implante metálico que se use además de un innecesario aumento del gasto sanitario. Por otro lado, desde el punto de vista ortopédico, la misma inexperiencia induce en ocasiones a la remisión del niño a un hospital de referencia donde exista una Unidad de Ortopedia Infantil (a kilómetros de distancia) por un problema generalmente banal (desplazamiento innecesario, mayor gasto).

4. *La **no** dedicación exclusiva a la Ortopedia Pediátrica de aquellos profesionales bien formados incluso integrados en una Unidad Pediátrica.*

En esta vorágine asistencial que padecemos los médicos, sometidos a unos criterios de garantía y productividad, a veces absurdos y bajo la presión de la demanda asistencial, se echa mano de profesionales dedicados a la Ortopedia Pediátrica para hacer “continuidades asistenciales” en que se trata a adultos ya sea en consulta o quirúrgicamente y se dan casos tan pintorescos como “reclutar” Cirujanos Ortopédicos Pediátricos de Unidades que constan de solo 2 ó 3 miembros para ayudar a Servicios que constan de decenas de traumatólogos de adultos para, por ejemplo, colocar una prótesis de rodilla a un paciente mayor.

Es normal que exista más patología del aparato locomotor en adultos que en niños, porque la población adulta es superior en número y porque la enfermedad surge con la edad, pero eso no implica (como ocurre en muchos casos) minusvalorar la patología infantil. La patología ortopédica pediátrica, sobre todo la malformativa, es mucho más compleja que cualquiera que pueda padecer el adulto y por ello se necesita de profesionales con **dedicación exclusiva** y, por supuesto, bien formados.



¿Cuál sería la solución?

La formación en Cirugía Ortopédica y Traumatología Pediátrica **nunca** se debe de considerar una rotación más de la Traumatología general. La Ortopedia y Traumatología Pediátrica es una disciplina que precisa de un período de formación mayor que cualquier otro porque se trata de patología diferente, técnicas diferentes, se va a ejercer en hospitales diferentes (Infantiles o Materno-Infantiles), con pacientes distintos (niños recién nacidos, prematuros, preescolares, escolares, etc.), manejando dosis de fármacos muy específicas para cada edad y en continua y estrecha colaboración con los Servicios de Pediatría y Ginecología (detección precoz y tratamiento intraútero de malformaciones).

La solución de este grave problema sería en primer lugar el **aumento significativo del período de formación de la Ortopedia Infantil entre 6 meses y mejor aún a 1 año** para los Residentes de C.O.T. general con el fin de que aquellos que vayan a ejercer en hospitales de 2º nivel y Comarcales posean una buena formación y entrenamiento para el tratamiento de las fracturas infantiles y una visión adecuada para enfocar las alteraciones ortopédicas más frecuentes (pies planos, problemas rotacionales, cojeras, etc.).

La solución definitiva debe de ser el reconocimiento por parte del Consejo Nacional de Especialidades Médicas perteneciente al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, **de la Cirugía Ortopédica y Traumatología Pediátrica como especialidad diferente** al igual que en su día ocurrió con la Cirugía Pediátrica cuando se “desgajó” de la Cirugía general, o la Psiquiatría del niño y adolescente que ya es una especialidad separada de la del adulto, algo que, en principio parecía innecesario, pero que con el paso de los años se ha visto su importancia de modo que en la actualidad nadie discute la necesidad de su existencia para el adecuado tratamiento del niño.

Dejo a su criterio la difusión de esta carta entre sus afiliados a través de su web, aunque creo que sería de interés informativo ya que supongo que más de unos padres hayan vivido esta carencia asistencial para el tratamiento de su hijo.

Un cordial saludo

José Luis Valdivieso García

Presidente de la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (S.E.O.P.)