



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster Universitario en Dirección y Gestión
Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Memoria de gestión para optar a la jefatura/coordinación del Área de Quirófano de Traumatología y Ortopedia (East Theatres) del Hospital de Ipswich. Reino Unido.

Presentado por: Mario Samuel García de la Torre Fernández

Ciudad: Ipswich (Reino Unido)

Fecha: Julio 2018

Vº Bº: JOSÉ MARÍA IBARRA SÁNCHEZ

ÍNDICE

1.- PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.	4
2.- MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE ENCUENTRA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA.	5
3.- ANÁLISIS EXTERNO.	14
3.1.- DATOS DEMOGRÁFICOS.	14
3.2.- RECURSOS SANITARIOS.	16
3.3.- RECURSOS SOCIALES.	21
3.4.- RECURSOS ESTRUCTURALES.	25
3.5.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL.	30
3.6.- PLAN ESTRATÉGICO.	31
4.- ANALISIS INTERNO.	35
4.1.- ESTRUCTURA FUNCIONAL.	35
4.2.- RECURSOS HUMANOS.	38
4.3.- CARTERA DE SERVICIOS.	39
4.4.- ANÁLISIS DE LOS DATOS DE FUNCIONAMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS.	42
4.5.- PREVISIÓN DE LA DEMANDA.	49
4.6.- DAFO / CAME .	49
5.- PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA.	53
5.1.- MISIÓN.	53
5.2.- VISIÓN.	53
5.3.- VALORES.	53
5.4.- LINEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVES DEL ÉXITO.	53
5.5.- OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOTENIBILIDAD.	54
5.6.- MAPA ESTRATEGICO DE LA UNIDAD.	57
5.7.- PROCESOS ESTRÁTEGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE.	59
5.8.- CALIDAD Y SEGURDAD DEL PACIENTE.	60
5.9.- ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	62
5.10.- GUÍAS CLINICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA.	63
5.11.- GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN.	64
5.12.- DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA.	64
5.12.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA. LINEAS DE INVESTIGACIÓN.	65
5.13.- MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN. CUADRO DE MANDO.	66
6.- CURRICULUM VITAE DEL CANDIDATO.	80
7.- FUNCIONES DEL JEFE CLÍNICO.	83
8.- LISTADO DE FIGURAS, TABLAS Y ACRÓNIMOS.	85
9.- BIBLIOGRAFÍA.	88

1.- PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.

El siguiente trabajo pretende mostrar la Memoria de Gestión para optar a la Jefatura/Coordinación del Área Quirúrgica de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Ipswich (Reino Unido). La presentación de esta memoria tiene como objeto documentar e informar de manera descriptiva el trabajo y la evolución del área quirúrgica de traumatología y ortopédica perteneciente al Hospital de Ipswich (Ipswich Hospital NHS Trust) dentro del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) durante los últimos 5 años. Además, este documento también servirá para llevar a cabo un plan de actuación para optar a la Jefatura/Coordinación de la unidad clínica poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en el Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria. Entre los objetivos a alcanzar con el plan de actuación estarían:

- I. Optimizar los recursos disponibles y eliminar los procesos que son ineficientes.
- II. Incrementar el número de nuevas contrataciones y solucionar el creciente problema de retención de profesionales sanitarios expertos.
- III. Reducir la lista de espera actual llegando a valores acordes a lo establecido por el NHS (18 semanas).
- IV. Promover la cooperación con la Universidad de Suffolk (Suffolk University) para la rotación de estudiantes de enfermería de 3º y 4º año en el servicio de quirófano
- V. Mantener y/o superar los estándares de calidad que la Comisión de Cuidados de Calidad (Care Quality Commission (CQC)) establece y evalúa cada año.

2.- MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE ENCUENTRA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.

El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), que corresponde al modelo Beveridge, se fundó en 1948. Está dividido en 4 unidades de las que depende todo el país: NHS England (Inglaterra), NHS Wales (Gales), NHS Scotland (Escocia) y Health and Care NI (Irlanda del Norte)¹. El NHS desde su fundación ha seguido unas premisas a lo largo del tiempo, como son: la gratuidad en el punto de entrega, atención equitativa, igualitaria y comprensiva². Además, la atención médica se basa en la necesidad de atención sanitaria del paciente y no en la capacidad de pago de este.

La atención sanitaria es gratuita para todo el mundo, incluidos los no residentes. La población perteneciente a la Unión Europea, una vez posea la tarjeta sanitaria europea, tiene los mismos derechos que cualquier otra persona nacida en el Reino Unido³. Cada país del Reino Unido decide qué porcentaje de sus presupuestos se utiliza para dar cobertura sanitaria y su financiación. Esta proviene mayormente de impuestos y del presupuesto nacional (98%)^{4,5}. En Inglaterra aproximadamente un 10% de los presupuestos del Gobierno Británico se dedican a la atención sanitaria⁶.

La sanidad en Inglaterra está regulada por 4 organismos, que son: el Parlamento, el Secretario de Estado para la Salud, el Departamento de Salud y otros departamentos gubernamentales, como se puede ver en la *Figura 1*.

¹ The Health Fundation. 2009.

² NHS Services. NHS Choices.

³ NHS Services. NHS Choices.

⁴ The Kings Funds. 2015.

⁵ Royal College of Physicians. Underfunded, underdoctored, overstretched: The NHS in 2016

⁶ The Kings Fund. How does the NHS spending compare with health spending internationally? 2016.

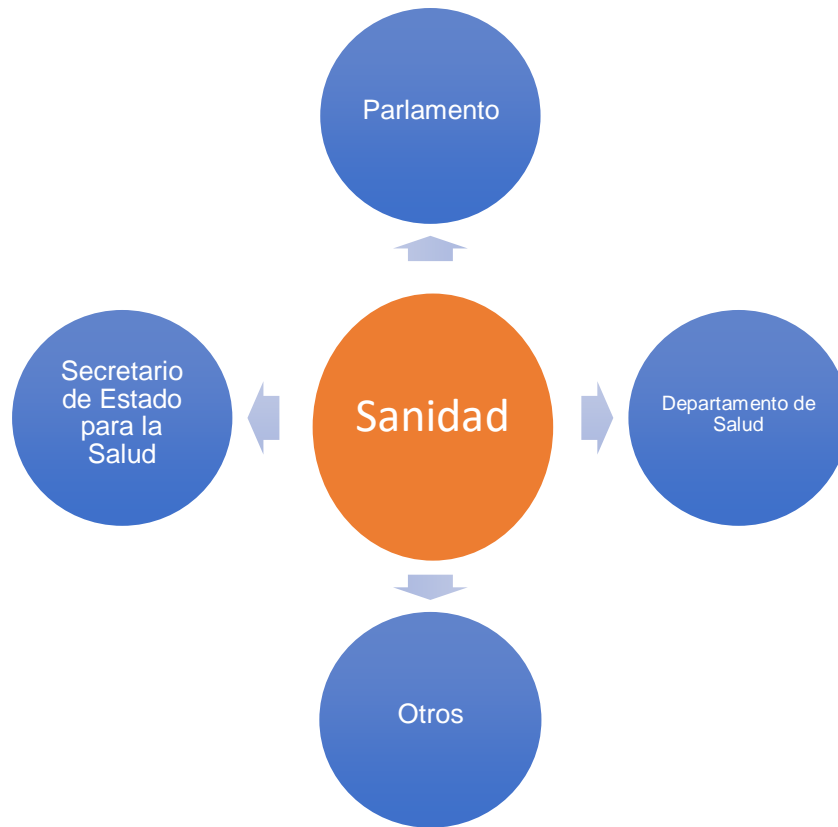


Figura 1: Regulación de la Sanidad Británica.

A su vez, la sanidad está compuesta por organizaciones nacionales y locales. En las organizaciones nacionales se incluye: NHS Inglaterra, Salud pública Inglaterra, el Instituto Nacional para la salud y los cuidados de la excelencia (NICE) y otros organismos como son: la educación en salud de Inglaterra, el instituto de investigación, NHS sangre y trasplantes entre otros. Por otro lado, a nivel local, se encuentran: grupos de comisión clínica, gobiernos locales, formación y educación local. *Figura 2.* Todo esto se puede ver reflejado a nivel usuario con diferentes prestaciones públicas como son: Hospitales, centros de salud, ambulancias, farmacias, dentistas, centros para la tercera edad, ópticos, grupos para la comunidad, atención sanitaria telefónica, cuidadores y hogar⁷.

⁷ NHS UK. Authorities and Trusts. 2013.

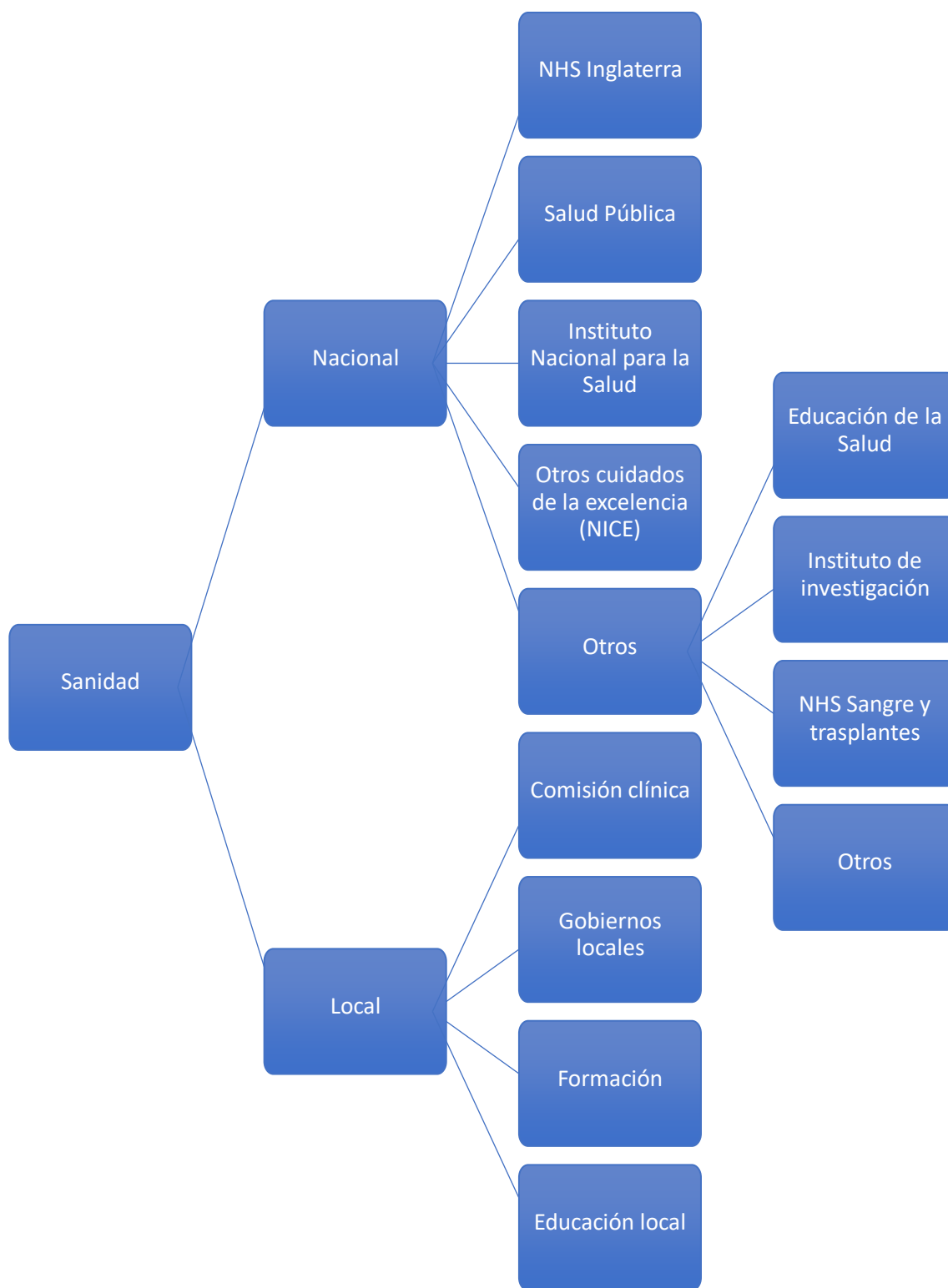


Figura 2. División de la sanidad británica.

El Hospital de Ipswich pertenece a la red del NHS. Está localizado en la ciudad de Ipswich, en la región de Suffolk. *Figura 3.* Está situado a 132 km al Noreste de Londres y a 87 km al Este de Cambridge. Esto quiere decir que su situación geográfica lo hace idóneo para proporcionar una calidad asistencial adecuada, derivando pacientes a hospitales como el de Cambridge o en Londres en caso de no disponer de los recursos locales necesarios. Es necesario mencionar que el Hospital de Ipswich es el centro especializado de cabecera de todo el área de Suffolk.



Figura 3. Mapa de Inglaterra. Señalado en rojo, área de Suffolk.

En el área de Suffolk existen solamente dos hospitales públicos perteneciente a la red de Hospitales del NHS. En la zona oeste de la región, en la ciudad de Bury St Edmunds, presta servicio el Hospital de West Suffolk NHS Foundation Trust, mientras que para el área este y norte de la región estaría el Hospital de Ipswich NHS Trust.

Sin embargo, primero hay que diferenciar las particularidades de los diferentes hospitales, puesto que estos pueden ser, NHS "Trust" o "Foundation Trust"⁸

- **NHS Trust:** Son organizaciones con entidad legal propia aprobados por el Secretario de Estado. Su estructura está regulada por el Departamento de Salud y tiene poco poder de decisión, ya que su organigrama y presupuestos vienen definidos por el gobierno central. Pueden actuar como proveedores de cuidados de la salud, proveedores de actividad hospitalaria y proveedor de salud comunitaria. También pueden incluir servicios de transporte, como ambulancias. Y pueden hacer subcontrataciones en sus servicios.
- **NHS Foundation Trust:** Son organizaciones semi autónomas con un porcentaje de independencia. Tienen cierta libertad directiva y financiera. La particularidad radica en que este tipo de organizaciones están menos centralizadas y tienen un poder más alto de decisión según las necesidades y requerimientos de las áreas y comunidades que atienden.

La región de Suffolk tiene una superficie total de 3.801 km², con una población aproximada de 745.000 habitantes (2016)⁹. *Figura 4*. De los cuales 367.400 son varones y representan el 49.31% de la población total. Por otro lado 377.600 son mujeres representando el 50.69% de la población total¹⁰. Esto quiere decir que Suffolk cuenta con una densidad de población de 190 hab/km²⁹. La población vive mayoritariamente en las áreas urbanas, un 60.9%. De los cuales, el 18.9%, lo que equivale a 84.800 entre

⁸ NHS Services. NHS Choices. NHS Authorities and Trusts.

⁹ Plumpot.

¹⁰ Public Health of England. Public Health Profiles. Suffolk Conty. 2015.

los 0 y 15 años; el 61.5%, 275.900 personas tienen entre 16 y 64 años y finalmente los mayores de 65 años representan el 19.5%, 87.500 personas. El resto de la población, 287.700, vive en zonas rurales, lo que equivaldría al 39.1%¹¹.

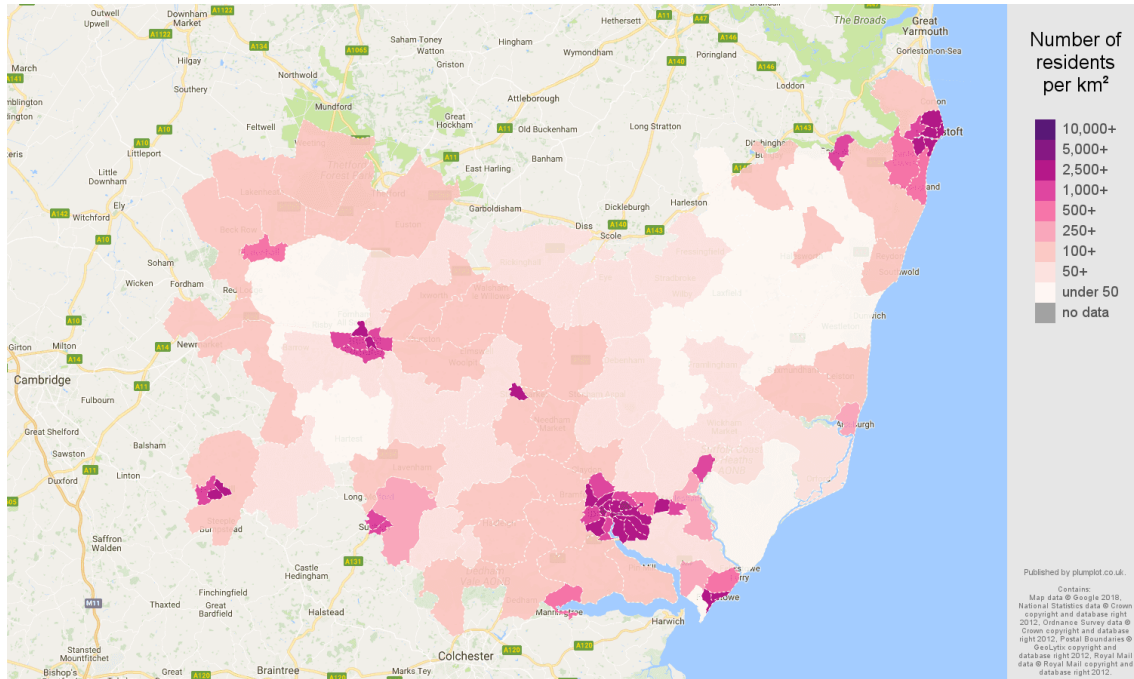


Figura 4: Densidad de población en Suffolk.

La pirámide poblacional de la región de Suffolk, *Figura 5*, muestra una supervivencia mayor en el sexo femenino, con alto peso relativo en la población adulta en ambos sexos para edades comprendidas entre 40 – 69 años.

¹¹ Suffolk County Council. Suffolk Demographic Profile.

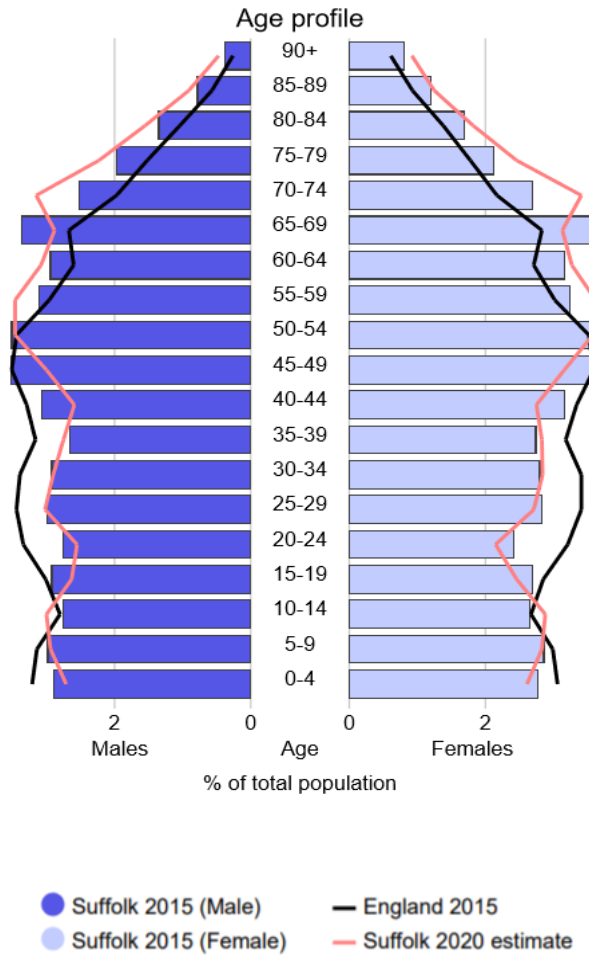


Figura 5. Pirámide poblacional área de Suffolk. Año 2015.

Hay que mencionar que, en Suffolk en el año 2011, según el censo de la Oficina para las estadísticas nacionales¹², el 90.8% de la población era de origen británico (White British), y más de 66.000 personas eran inmigrantes de otras partes del mundo.

Figura 6. La mayoría de los inmigrantes proceden de Polonia, Rumania, India y Pakistán.

¹² Suffolk Observatory. Office for National Statistics. 2011.

Ethnic makeup of Suffolk

Ethnicity	Number	%
White - British	661,458	90.8
White - Irish	3,744	0.5
Gypsy or Irish travellers	604	0.1
Other White	27,389	3.8
White and Black Caribbean	4,733	0.6
White and Black African	1,785	0.2
White and Asian	2,787	0.4
Other Mixed	3,167	0.4
Indian	3,999	0.5
Pakistani	697	0.1
Bangladeshi	2,253	0.3
Chinese	2,159	0.3
Other Asian	4,023	0.6
Black African	2,624	0.4
Black Caribbean	2,509	0.3
Other Black	1,721	0.2
Arab	320	0
Any other ethnic groups	2,191	0.3

Source: ONS Census 2011

Country of birth in Suffolk

Usual Residents whose country of birth is:	Number	%
England	651,153	89.4
Scotland	9,595	1.3
Wales	5,163	0.7
Northern Ireland	2,311	0.3
UK not otherwise specified	39	0
Ireland	3,081	0.4
EU: Member in March 2001	9,657	1.3
EU Accession countries April 2001 - March 2011	11,194	1.5
Other countries	35,970	4.9

Source: ONS Census 2011

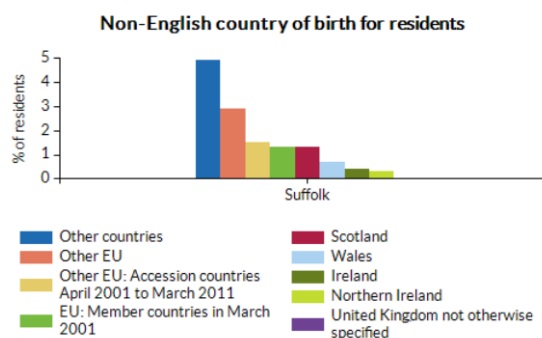


Figura 6. Cuadro de diversidad étnica de Suffolk.

La tasa bruta de natalidad por 100.000 habitantes en el Reino Unido es de 11.9% y la tasa de mortalidad global es de un 9.1% (2016)¹³. Sin embargo, en la región de Suffolk, la tasa bruta de natalidad es inferior a la media nacional situándose esta en un 10.5%. Por otro parte, y a pesar de su disminución en los últimos años, la tasa de mortalidad en Suffolk se sitúa por encima de la media británica, siendo un 10.2%¹⁴.

La tasa de mortalidad en la región de Suffolk se ve afectada debido a que la principal causa de muerte son los tumores, los cuales suponen un 42% de las muertes prematuras en hombres y un 51% en mujeres¹⁵. Aun así, Suffolk tiene menos ratio de mortalidad producido por el cáncer que la media en el Reino Unido, exceptuando las áreas más deprimidas de la región. Por otra parte, las enfermedades del sistema circulatorio abarcan el 25% de las muertes prematuras en la región¹¹. Se estima que

¹³ Statista.com. Birth Rate.

¹⁴ Statista.com. Death Rate

¹⁵ The State of Suffolk Report. Junio 2015.

para el año 2020 haya alrededor de 21.000 personas más con alguna enfermedad crónica, entre las que destacan para la región de Suffolk: Hipertensión arterial, depresión, asma, diabetes y enfermedades coronarias. Lo que significaría que en el año 2020 se estiman más de 270.000 personas afectadas por al menos una de estas enfermedades¹⁶.

En cuanto al manejo de los hábitos de vida, en la región de Suffolk, el tabaco mata a 3 personas al día, provocando 6.881 admisiones hospitalarias al año y más de 1.100 muertes anuales; alrededor de un 15% de las defunciones en Suffolk, son derivadas del consumo de tabaco. Actualmente, una de cada 5 personas fuma en Suffolk¹⁷. Por su parte el consumo excesivo de alcohol en la región de Suffolk es responsable de casi 5 muertes a la semana. Enfermedades hipertensivas, varios tipos de cáncer y caídas son varios de los problemas relacionados con el consumo de alcohol que provocan el fallecimiento¹⁸.

Como apuntaron Fleming et al¹⁹, el Reino Unido tiene las tasas más altas de sobrepeso y obesidad de toda Europa, por detrás de Islandia y Malta. Casi dos tercios de la población de Suffolk (65.3%) están clasificados como “exceso de peso”, lo cual se define como un índice de masa corporal entre 25 y 29.9, mientras que el 21.8% de la población, padece obesidad²⁰ o un índice de masa corporal entre 30 a 34.9.

¹⁶ Public Health of England. Longer Lives. 2015.

¹⁷ Public Health Outcomes Framework. 2015.

¹⁸ Local Alcohol Profiles for England. LAPE.

¹⁹ Fleming et al Global, regional and national prevalence of overweight and obesity

²⁰ Sport England. 2013

3.- ANÁLISIS EXTERNO

3.1.- DATOS DEMOGRÁFICOS:

En cuanto a datos demográficos, el Hospital de Ipswich da cobertura a una población 390.000 personas, repartidos en los distritos de Barbergh, Mid Suffolk, Suffolk Coastal y la ciudad de Ipswich. *Figura 7.*



Figura 7. Distritos a los que da cobertura el Hospital de Ipswich.

Esto supone un 52.56% de la población total de la región. La población restante de Suffolk es o bien atendida en el Hospital de West Suffolk Foundation Trust en la población Bury St Edmunds, o debido a la situación geográfica, la asistencia sanitaria puede hacerse en otro hospital más cercano, tal y como se aprecia en *Figura 8.*

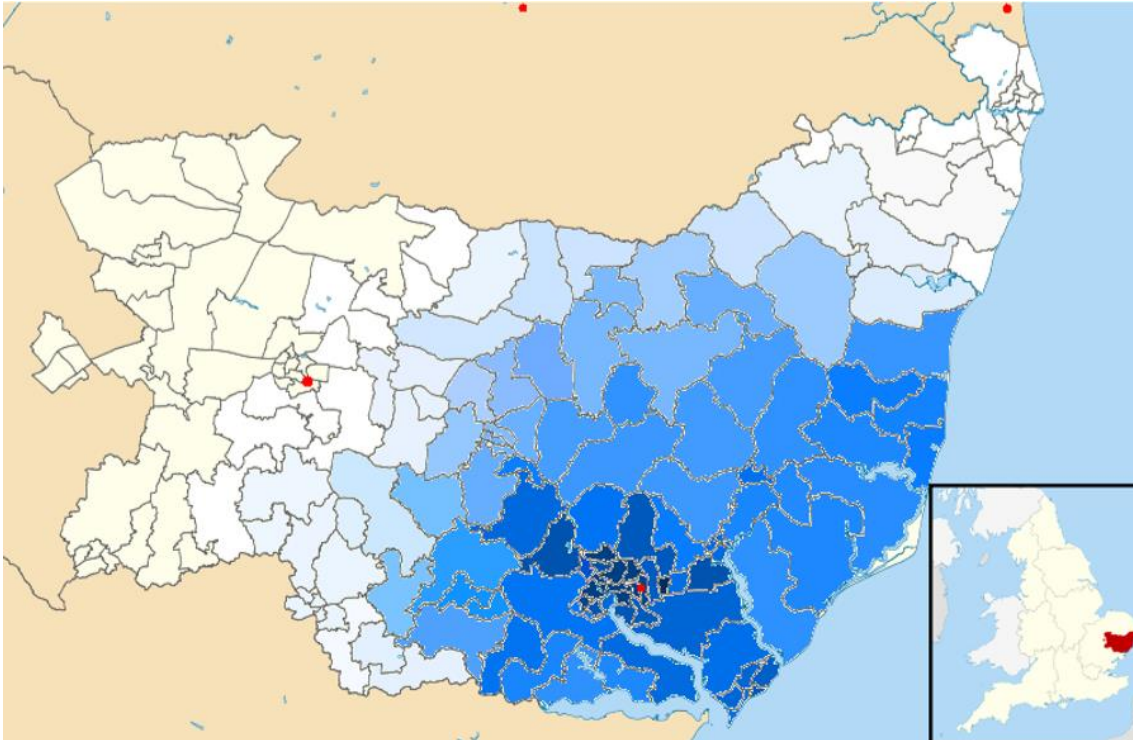


Figura 8. Área de influencia del Hospital de Ipswich. Los puntos en rojo son los otros hospitales NHS.

Uno de los datos demográficos a destacar de la zona de Suffolk es su alto porcentaje en población mayor de 65 años. Lo que equivale a un 20.9% de la población, mientras que la media en el Reino Unido se sitúa en 4 puntos por debajo en el año 2012¹¹. Se estima que en el área de Suffolk para el 2026 la proyección para el número de personas de más de 65 años sea de un 27% y para 2036 alcance el 32%²¹. A pesar de estos datos, la esperanza de vida en la zona de influencia del Hospital de Ipswich es de 80.7 años en varones y 84.1 años en mujeres, lo cual es ligeramente superior a la media en el Reino Unido, 79.4 años para varones y 83.1 años para mujeres durante los años 2011 al 2013¹¹.

Tal y como se ha mencionado en el punto anterior, la población inmigrante supone alrededor de 9% de la totalidad poblacional. Al igual que sucede a nivel nacional,

²¹ Annual Report Ipswich Hospital 2016/2017.

en la región de Suffolk la mayoría de población extranjera procede de Polonia, seguido de India, Pakistán y Rumanía²².

3.2.- RECRUSOS SANITARIOS:

El Hospital de Ipswich tiene una amplia cartera de servicios y prestaciones como se muestra en la *Tabla 1*²³. Además, el Hospital dispone de 650 camas lo que supone una ratio de 1.66 camas por cada 1000 habitantes. La estancia media para pacientes ingresados de manera no programada es de 5.3 días²⁴ (agosto, 2015).

SERVICIO	DISPONIBLE EN EL HOSPITAL	ATENCIÓN A URGENCIAS	DISPONIBLE EN CONSULTAS EXTERNAS	CAMAS HOSPITALIZACIÓN	SERVICIO CENTRAL
ALERGOLOGÍA	SI	SI	SI		
ANÁLISIS CLÍNICOS	SI	SI			SI
ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI				
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR					
APARATO DIGESTIVO	SI	SI	SI	SI	SI
BIOQUÍMICA CLÍNICA	SI				SI
CARDIOLOGÍA	SI	SI	SI	SI	
CIRUGÍA CARDÍACA					
CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SI	SI	SI	SI	SI
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	SI	SI	SI	SI	SI
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	SI	SI	SI	
CIRUGÍA TORÁCICA					
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	SI		SI	SI	
DERMATOLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	SI	SI	SI	SI	SI
ESTOMATOLOGÍA					
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	SI				SI
FARMACIA HOSPITALARIA	SI				SI
GERIATRÍA	SI	SI	SI	SI	SI

²² Office for National Statistics. Population & Immigration

²³ Ipswich Hospital. Services.

²⁴ Discharge Case Study. Ipswich Hospital NHS Trust.

Memoria de Servicio de Quirófano - Mario Samuel García de la Torre Fernández

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	SI		SI	SI	SI
INMUNOLOGÍA	SI		SI	SI	SI
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	SI	SI	SI	SI	SI
MEDICINA INTENSIVA	SI	SI	SI	SI	SI
MEDICINA INTERNA	SI	SI	SI	SI	SI
MEDICINA LEGAL FORENSE	SI				
MEDICINA NUCLEAR	SI				
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	SI		SI		
MEDICINA DEL TRABAJO	SI				
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	SI				SI
NEFROLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI
NEUMOLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI
NEUROCIRUGÍA					
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA					
NEUROLOGÍA	SI				
OBSTETRICIA Y GINECOLÓGICA	SI	SI	SI	SI	SI
OFTALMOLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI
ONCOLOGÍA MÉDICA	SI	SI	SI	SI	SI
ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA	SI	SI	SI	SI	SI
OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI
PEDIATRÍA	SI	SI	SI	SI	SI
PSICOLOGÍA CLÍNICA	SI				
PISQUIATRÍA	SI	SI	SI	SI	SI
RADIODIAGNÓSTICO	SI	SI	SI	SI	SI
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	SI	SI	SI	SI	SI
REUMATOLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI
TRAUMATOLOGÍA, CIRUGÍA COLUMNA VERTEBRAL Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	SI	SI	SI
UNIDAD DEL DOLOR	SI	SI	SI	SI	SI
URGENCIAS	SI	SI	SI	SI	SI
UROLOGÍA	SI	SI	SI	SI	SI

Tabla1. Cartera de Servicios del Hospital de Ipswich y diferentes prestaciones.

En el Este de Inglaterra, no solamente existe el Hospital de Ipswich, sino que confluye con otros hospitales, algunos de ellos con una cartera de servicios similar. Dicho esto, los hospitales cercanos al Hospital de Ipswich son:

- **West Suffolk NHS Foundation Trust:** El Hospital de West Suffolk, se sitúa a 49 km al oeste de la ciudad de Ipswich. Junto con el Hospital de Ipswich son los dos hospitales públicos NHS que dispone la región de Suffolk. El Hospital de West Suffolk da cobertura a una población de unas 280.000 personas en la región de Suffolk, aunque también presta atención y servicios en algunos puntos de las regiones vecinas (Essex, Cambridgeshire y Norfolk). Este hospital cuenta con 500 camas.
- **Colchester Hospital University NHS Foundation Trust:** Situado en la región de Essex, a 35 km al sur de Ipswich. Da cobertura a una población de 350.000 personas y dispone de 596 camas.
- **James Paget University Hospital NHS Foundation Trust:** Está localizado a 77 km al noreste de Ipswich. Ubicado en la población de Great Yarmouth (Norfolk) da cobertura a 230.000 personas de las cuales, una parte de ellas pertenecen a la región de Suffolk, ya que, por cuestiones geográficas y cercanía son atendidos en este hospital que dispone de casi 400 camas.
- **Norfolk and Norwich University Hospital NHS Foundation Trust:** Situado a 75 km al norte de Ipswich, es el hospital más importante de la región de Norfolk. Da cobertura poblacional a alrededor de 900.000 personas. El hospital consta de 1200 camas.
- **Addenbrooke's NHS Trust:** Es el Hospital cabecera de la región de Cambridgeshire, situado en la ciudad de Cambridge. Es a su vez el hospital más importante de toda la región al este de Inglaterra y una de las NHS Trust más grandes de todo el país. Además, es lo que se denomina "Trauma Centre", es

decir, el centro más especializado y completo en el área de Traumatología, Politraumatizados y Ortopedia donde llegan todas las derivaciones de otros hospitales con menos infraestructura y servicios. Dispone de 1400 camas y a parte de la población que atiende en Cambridgeshire, también da cobertura a las regiones de Suffolk, Norfolk, Essex, Bedfordshire y Hertfordshire. *Figura 9.* Hay que destacar que puede llegar a dar cobertura a una población adicional universitaria de casi 24.500 estudiantes al año.

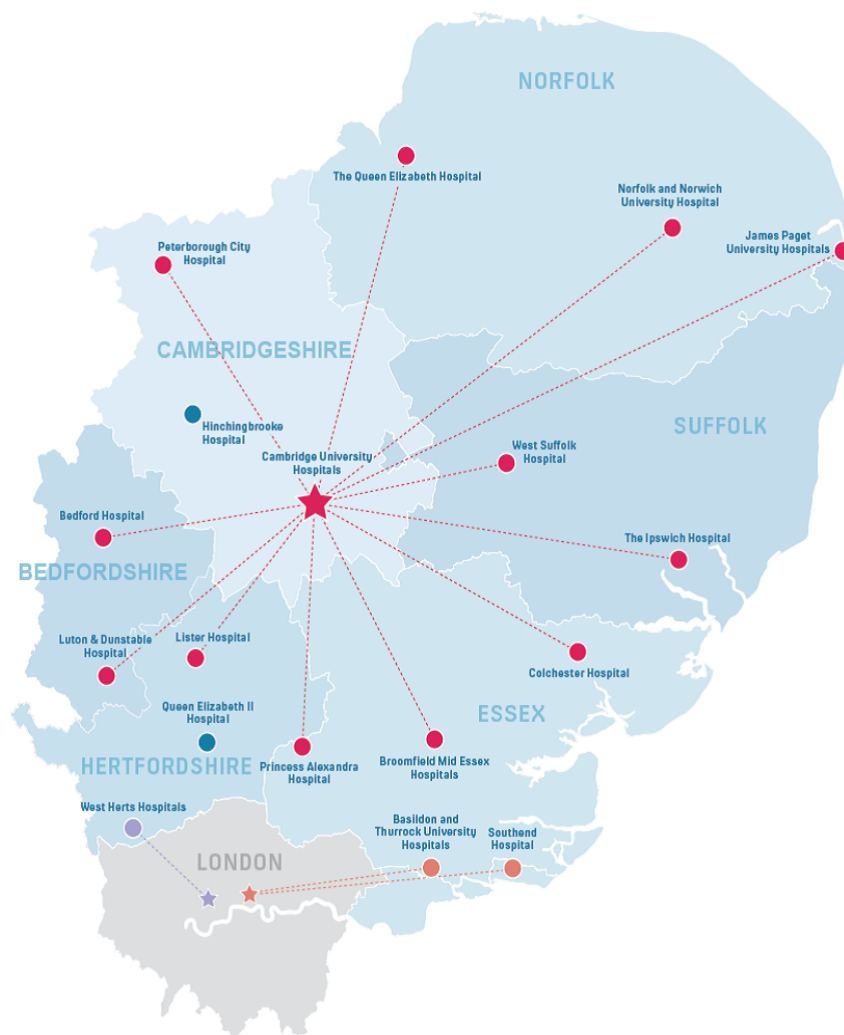


Figura 9. Radio de actuación del Hospital Addenbrooke's de Cambridge. Este de Inglaterra.

- **Nutfield Health Ipswich Hospital:** Hospital privado perteneciente a la empresa Nutfield Health, el cual se localiza a 3 km del Hospital de Ipswich. Tiene un

servicio puramente privado, y en su cartera de servicios consta: Cirugía Plástica entre ellas mamaria, rinoplastia, abdominoplastia y liposucción; Cirugía Traumatológica, tanto de rodilla como de cadera, artroscopias y cirugía del túnel carpiano; Cirugía de la columna vertebral; Urología: próstata y vasectomía; Cirugía general: hernia y vesícula; Servicio de colonoscopias y Servicio de Radiología.

Además, el Hospital de Ipswich cuenta con tres Hospitales Comunitarios (Community Hospitals) que dependen directamente de él desde octubre del año 2017, estos son: Felixstowe Community Hospital, BlueBird Lodge Community Hospital y Aldeburgh Community Hospital²⁵. *Figura 10.*

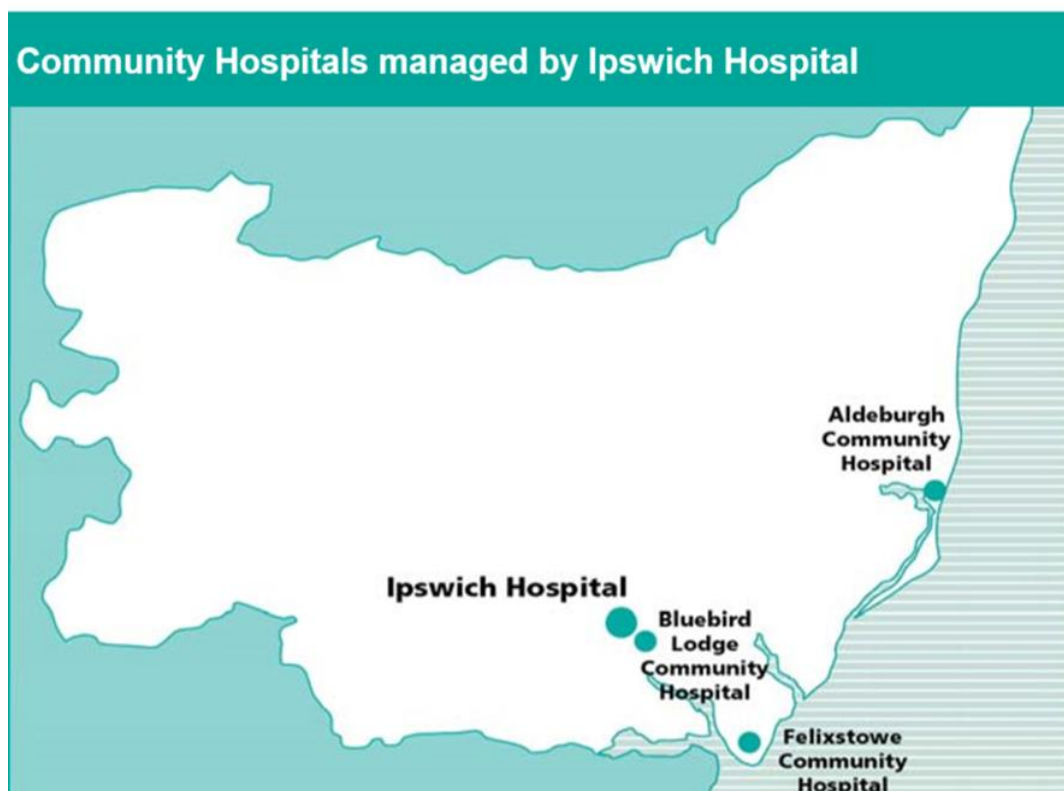


Figura 10. Disposición geográfica de los hospitales comunitarios pertenecientes al Hospital de Ipswich.

Estos hospitales comunitarios dan servicio a aquella población alejada del hospital de referencia, con especial atención en la rehabilitación y el cuidado de

²⁵ Quality Account Ipswich Hospital. Community Hospitals.

pacientes crónicos, paliativos y en las últimas fases de la vida. Los pacientes suelen ser dados de alta en el día y transferidos a sus hogares o residencias geriátricas. Estos hospitales también se encargan de proveer la atención especializada en caso de que los pacientes por cuestiones geográficas sean incapaces de recibir atención y consulta en el hospital de referencia. Además, estos hospitales sirven para drenar y no saturar al Hospital de Ipswich y evitan duplicidades en las consultas con los especialistas, ya que, al ser vistos por los mismos médicos especialistas, las consultas se envían telemáticamente al centro de cabecera²³. Los hospitales comunitarios cuentan con una cartera de servicios que incluyen:

- Geriátría, servicio de caídas y fracturas.
- Servicio de enfermería.
- Cirugía podal y de tobillo.
- Nefrología y urología, con hincapié en el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Cuidados cardiovasculares.
- Cuidados del sistema respiratorio y su rehabilitación.
- Cuidados colorrectales y de ostomías
- Salud mental.
- Centro de Coordinación.

Por otra parte, en cuanto al concepto de centro de salud, en el Reino Unido se conoce como GP Surgery/Medical Practice. Desde estos centros nacen algunas de las derivaciones hacia la atención especializada del Hospital de Ipswich. En la zona de Ipswich existen 17 centros de salud, que junto con los del resto del área de Suffolk, suman un total de 58 centros de salud²⁶.

3.3.- RECURSOS SOCIALES:

Los recursos sociales más demandados por los pacientes que han sido intervenidos de una operación en el área quirúrgica de traumatología y ortopedia, son

²⁶ Suffolk GP Federation.

mayoritariamente los dedicados a la recuperación psicomotriz y rehabilitadora. Para ello el hospital dispone de un numeroso equipo de fisioterapeutas y rehabilitadores que trabajan desde el mismo día de la intervención quirúrgica en promover la movilización, el ejercicio y la vuelta a la normalidad, especialmente en aquellos pacientes, que, debido a su patología, edad y situación personal necesitan mayor dedicación para continuar con sus actividades básicas de la vida diaria. El equipo de “iTrust NHS Physiotherapist from Ipswich Hospital”, se dedica fundamentalmente a tratar en consultas externas a aquellos pacientes con problemas musculoesqueléticos.

En Inglaterra se pueden encontrar numerosas organizaciones de caridad y voluntariado en cualquier área. Por ello, el Hospital de Ipswich cuenta con su propia organización para la beneficencia, “Ipswich Charity”. Gracias al apoyo de todos los donantes y voluntarios, trabajan para mejorar el hospital, recaudar fondos para obtener equipamiento nuevo, promover nuevos servicios dentro del hospital, desarrollo y formación del personal e involucrarse en investigación y desarrollo local dentro de los proyectos que lleva el Hospital de Ipswich. También existe la posibilidad de ser miembro del club de voluntarios del Hospital de Ipswich, para aquellos que quieren ayudar y respaldar a los pacientes. Desde voluntariado en la recepción, pasando por administración, ayudando en las plantas y consultas externas hasta colaborar con la radio del hospital.

La organización para la beneficencia “McMillan Cancer Support” trabaja activamente en el Hospital de Ipswich informando e involucrando a los pacientes, familiares, cuidadores y personal en las últimas novedades sobre el cáncer. También el Hospital de Ipswich dispone de “Cancer Services User Group”, su equivalente podría ser un símil de lo que es en España el programa “Paciente Experto” de Cataluña. Se planifican reuniones de una duración de dos horas una vez al mes, entre pacientes, cuidadores y profesional sanitario.

La organización para la beneficencia "HELP APPEAL"²⁷ consiguió 250.000 Libras (284.300€) para la construcción de un Helipuerto en agosto de 2017 y que está disponible y en funcionamiento desde enero de 2018. *Figura 11.*



Figura 11. Inauguración de Helipuerto en el Hospital de Ipswich. Enero 2018.

No como aporte social, pero si emocional, tanto pacientes como familiares y amigos puedan necesitar de la ayuda espiritual. El servicio de la Capilla del hospital está abierto 24 horas, durante todo el año, con 4 reverendos que se encargan de cubrir cualquier necesidad, tanto cristianismo como budismo, islamismo, hinduismo, judaísmo y shikh.

En relación con los recursos humanos, según el último informe del año 2016/2017, el Hospital de Ipswich tenía en plantilla a 3.982 personas, de las cuales trabajaban jornada completa 3.604²⁸. Distribuidos de esta manera: personal médico 494, personal de enfermería, matronas y visitantes sanitarios 1.291, personal auxiliar de enfermería y de soporte 786, científicos, terapeutas y personal técnico 411, personal de administración 923, científicos en ciencias de la salud 69, aprendices 6, personal de ambulancia (propia) 2.

²⁷ Ipswich Hospital gets green light to build new hospital helipad.

²⁸ Ipswich Annual Report and accounts. 2016/2017

En el NHS uno de los indicadores más utilizados para saber si existe deficiencias en el número de profesionales, es el cálculo del WTE (Whole Time Equivalent), que sería el equivalente a personal trabajando a jornada completa. Cada hospital, evalúa sus necesidades de personal definiendo la cantidad de profesionales que necesita para dar una atención en cada unidad/servicio. De esta manera se puede comprobar rápidamente si los niveles de personal están por encima o por debajo del “establishment” óptimo, que sería el número de personas que necesita una unidad/servicio/hospital para llevar a cabo sus funciones, manteniendo y controlando el orden, en definitiva, de manera segura para el paciente y los demás profesionales. En uno de los últimos “Trust Quality & Performance Report”²⁹ se puede observar que el Hospital de Ipswich ha ido mejorando en sus planes de adquisición y retención de personal, pese a que siga estando por debajo del nivel adecuado para funcionar de manera segura. *Figura 12.*

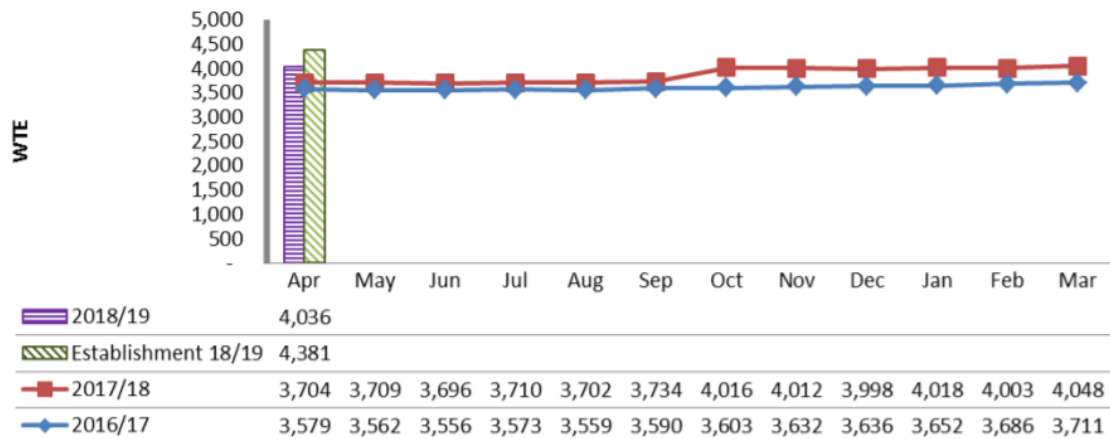


Figura 12: Niveles de personal. Diciembre 2017.

²⁹ Trust Quality & Performance Report.

3.4.- RECURSOS ESTRUCTURALES:

Fundado en el año 1910, el Hospital de Ipswich consta de 650 camas, de las cuales 594 son de ingreso hospitalario, 38 de maternidad y 16 en cuidados intensivos. El Hospital de Ipswich tiene una estructura de construcción por bloques, de distribución mayormente horizontal, excepto el edificio de maternidad que tiene 9 pisos. *Figura 13.* Sus 182.109 m² de superficie están conectados por grandes y largos pasillos distribuyendo el hospital en 3 zonas: Sur, Central y Norte. En la Zona Sur se encuentra entre otros los servicios de: Urgencias (Bloque C), Cuidados Intensivos (C), las áreas quirúrgicas de Traumatología y Ortopedia (B), Cirugía general y de emergencias y consulta externa de traumatología (E), Hospital de Día Quirúrgico (C) y algunas de las plantas de hospitalización (A). Por otra parte, la mayoría de la Zona Central está compuesta por: las consultas externas y maternidad (Q) y unidades de apoyo como farmacia. Finalmente, en la Zona Norte del hospital se encuentra el bloque oncológico (V).

Las plantas de hospitalización, generalmente, disponen de una sala central donde se encuentra el control de enfermería y pequeñas salas utilitarias; las habitaciones (bays) disponen de una capacidad para 6 camas, las cuales se encuentran alrededor del control de enfermería, además, cada unidad dispone de habitaciones individuales, 4 por unidad, para pacientes infectocontagioso o que necesitan aislamiento. Constituyendo por regla general un total de 28 camas por unidad de hospitalización. También, las plantas de hospitalización cuentan con su propia cocina, aunque la comida provenga del servicio de catering, y su sala de desechos hospitalarios.

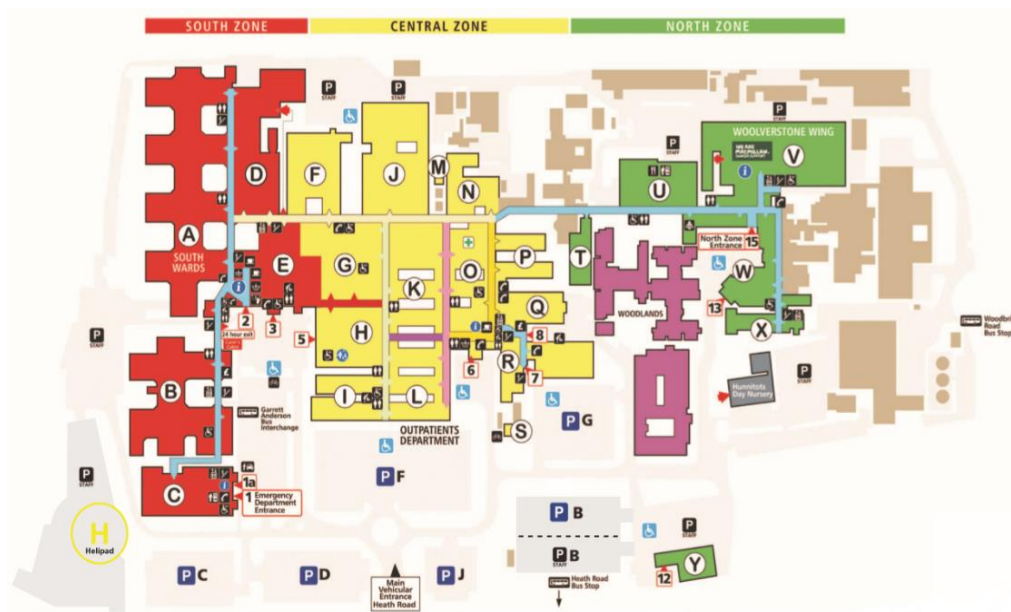


Figura 13. Mapa del Hospital de Ipswich.

El Hospital de Ipswich proporciona un servicio quirúrgico en el área de traumatología y ortopedia, cirugía general, colorrectal, gastrointestinal, urología y de la columna vertebral entre otras. Sin embargo, aquellos pacientes que requieren cirugía vascular compleja son derivados al Hospital de Colchester. El Hospital de Ipswich posee 18 salas de quirófano, las cuales están divididas en 5 zonas diferentes del hospital: South Theatres (Cirugía general programada y de urgencia) cuenta con 5 quirófanos, Raedwald Unit (Cirugía de Día) dispone de 4, Blyth Theatres (Ginecología y Maternidad) tiene 3, Eye Unit Theatre (Cirugía Oftálmica) sólo dispone de 1 y, por último, East Theatres, 5 quirófanos (Traumatología y Ortopedia). Cada área quirúrgica consta de su propia unidad de reanimación post anestésica.

El servicio de Quirófano de Traumatología y Ortopedia (East Theatres) del Hospital de Ipswich está compuesto por 5 quirófanos: Lavender, Hazel, Ivory, Emerald y Ruby.

- 🚑 **Lavender:** Es el quirófano de cirugía de urgencia traumológica. Está abierto las 24 horas del día, con personal físico especializado desde las 8 de la mañana hasta las 6 de la tarde de lunes a viernes y dispone de personal de guardia

localizado desde las 6 de la tarde hasta las 8 de la mañana del día siguiente.

Durante los fines de semana, el horario cambia y funciona con personal físico especializado de 8 de la mañana a 2 de la tarde, y el de guardia localizada hasta las 8 de la mañana del día siguiente.

✚ *Hazel y Ivory:* Son dos quirófanos de cirugía traumatología programada. En su mayoría operaciones de prótesis de rodilla y cadera, aunque también se llevan a cabo artroscopias, cirugía del miembro superior y cirugías de tobillo y pie. Ambos quirófanos están equipados con ventilación por flujo laminar. Su horario es de 8 de la mañana a 6 de la tarde de lunes a viernes.

✚ *Emerald:* Es el quirófano destinado a la especialidad de cirugía programada de columna vertebral, al igual que Hazel y Ivory, su horario es de 8 de la mañana a 6 de la tarde de lunes a viernes.

✚ *Ruby:* Es el quirófano de cirugía de urgencia de la columna vertebral. Este servicio tiene la particularidad de dar una cobertura geográfica y poblacional mayor que el resto del Hospital, por ser un servicio especializado. Abarca las regiones de Suffolk y Essex (límitrofe al sur de Suffolk), por lo que su actividad suele ser alta. Su horario es de 8 de la mañana a 6 de la tarde, de lunes a viernes, e intermitente pero continuada fuera del horario para cirugía programada, incluido fines de semana.

Además, el servicio de quirófano tiene una *Unidad propia de Recuperación Post Anestésica (URPA)*, donde los pacientes son trasladados una vez acabada la operación. Esta unidad dispone de una capacidad de 6 camas. Los pacientes una vez acabada la operación y dados de alta en la URPA son trasladados a las plantas para su posterior cuidado, recuperación y alta hospitalaria.

Así mismo, existe una *Unidad de Admisión Musculoesquelética (MSK Unit)* adscrita también al servicio de quirófano traumatológico y ortopédico, la cual se

encuentra en frente del departamento de quirófano y admite los pacientes de cirugía programada de bajo riesgo. Estos pacientes son admitidos a las a las 7.15 de la mañana, donde se les hace los controles preoperatorios rutinarios, antes de ser llamados a quirófano para sus intervenciones. Esta unidad funciona solamente como admisión en el día y tiene 8 cubículos. La planta cierra a las 7 de la tarde.

Por otra parte, el servicio de quirófano trabaja activamente con el *Departamento de Esterilización*, el cual se encuentra adyacente a quirófano. Esterilización se encarga de recoger los equipos y cajas de instrumentación contaminados después de la cirugía, para su lavado, empaquetado y esterilización. El objetivo de este departamento es dar un servicio en menos de 4 horas.

Otra de las estrechas relaciones que tiene el departamento de quirófano es con las compañías proveedoras de equipamiento e instrumentación. Además de las cajas en propiedad, el departamento tiene un contrato de 3 años (2017-2020) con la compañía americana Stryker, para que sean ellos quienes suministren todo el material quirúrgico instrumental y prostético para la mayoría de las intervenciones traumatológicas de urgencia y programada. El servicio tiene acuerdos también con otras compañías como Medtronic, para intervenciones en su mayoría de cirugía de la columna vertebral. Mientras que Synthes, Acumed, Zimmer y Biomet suministran material e implantes en menor medida.

El proceso de admisión de pacientes para ser atendidos y operados en el servicio de Quirófano de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Ipswich (East Theatres) es diferente si el paciente es admitido para cirugía programada o cirugía de urgencia. Las admisiones por cirugía programada empiezan en los centros de salud. Estos actúan como receptores de pacientes con problemas musculoesqueléticos, los pacientes son evaluados por los médicos de cabecera (GP) y son los que deciden derivar o no hacia los médicos especialistas en el hospital. En el momento que es derivado un paciente para consulta con el médico especialista “se activa el reloj” (National Clock Rules) de

las 18 semanas³⁰. Esto significa que el paciente debe tener un tratamiento definitivo por un médico especialista no urgente en menos de 18 semanas desde su derivación. Se da por concluida la espera una vez el tratamiento haya comenzado, si el paciente no atiende a una de las consultas con su médico especialista o si el paciente declina el tratamiento ofrecido. Si finalmente el paciente necesitara intervención quirúrgica, la espera finalizaría una vez el paciente es admitido en el hospital para su operación. Si, por el contrario, el tratamiento que el paciente requiere no necesita intervención quirúrgica, una vez administrado el tratamiento (ej., fármaco) el tiempo de espera se dará por concluido. Por otra parte, si el paciente mientras espera ser atendido quirúrgicamente tiene alguna otra afección que impida su tratamiento quirúrgico (ej., resfriado) o se descubre en las pruebas complementarias problemas añadidos (ej., problemas cardiovasculares) el tiempo de espera no se pararía. Sin embargo, una vez resueltos los problemas añadidos el hospital o el servicio de quirófano, intentaría priorizar la admisión y tratamiento de este paciente. Aquí entraría en consideración la formación y confección de listas quirúrgicas programadas.

Otra manera que tienen los pacientes de llegar al servicio de quirófanos es mediante su admisión desde el servicio de Urgencias, una vez valorados y examinados pueden o bien ser tratados de urgencia, ingresados en planta y transferidos al Quirófano de Urgencias traumatológicas en el mismo día, o bien planear su admisión, es decir, el paciente se encuentra diferido para una futura operación de urgencias en los próximos días.

³⁰ 18-Weeks Maximum Waiting Time from Referral to Treatment (RTT): What does this mean for you?

3.5.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

La actividad asistencial comienza con la definición de los turnos y sesiones operativas en el quirófano, pudiendo ser:

De mañana: 8.00 am – 14.00 pm. (6 horas)

De tarde: 14.00pm -17.30pm (3 ½ horas)

Todo el día: 8.00 am -17.30 pm (9 horas, añadiendo 30 min de almuerzo)

El proceso de planificación de la lista quirúrgica comienza cuando el facultativo especialista decide que el paciente necesita una operación. El facultativo, se lo comunica a su personal de secretaria especificando cualquier tipo de indicación, como alergias o infecciones y se añade a la lista de espera quirúrgica de manera telemática. Una vez hecho esto, el departamento de recepción y administración de cirugía busca la fecha más próxima para su intervención. Es el facultativo, quien, una vez tiene un número suficiente de pacientes para el día/sesión, se encarga de que el número de operaciones no excedan el tiempo disponible en el quirófano y comunica el orden y la confirmación de la lista quirúrgica al área de quirófano de traumatología y ortopedia. La información que se entrega debe de ser lo más específica posible, detallando la operación lo máximo posible en cada caso y evitando el uso de abreviaciones. Finalmente, se especifica el uso de material quirúrgico adicional, osteosíntesis y equipamiento de préstamo si fuera necesario.

Por otra parte, el personal del servicio de anestesiología es avisado de la inclusión de nuevos pacientes a la lista quirúrgica y se encarga de valorarlos varias semanas antes de la fecha programada de intervención.

Una vez el facultativo de cirugía y el personal del departamento de anestesia han valorado al paciente, se hace una reunión con 4 semanas de antelación con el coordinador de área de quirófano para comunicar, coordinar y determinar la viabilidad

de las listas quirúrgicas planeadas. En estas reuniones se discute sobre el número de quirófanos disponibles, el material necesario existente o si, por el contrario, es necesario solicitar material de préstamo, la disponibilidad de personal y el orden de la lista quirúrgica.

Como ya se ha comentado antes, uno de los objetivos del NHS England es la optimización de la lista de espera quirúrgica en cirugía programada. Es imposible alcanzar un 100% de los pacientes operados en menos de 18 semanas, sin embargo, el NHS England se plantea como objetivo un 92% de esos pacientes. En un estudio publicado por la BBC en el año 2016³¹ se dan a conocer a nivel nacional el cumplimiento de este y otros objetivos entre todos los hospitales públicos NHS. En el caso del Hospital de Ipswich, está por debajo del objetivo, llegando a un 91.7% de pacientes atendidos antes de las 18 semanas.

3.6.- PLAN ESTRATÉGICO:

Dentro del plan estratégico elaborado por el Hospital de Ipswich para el año 2018 y 2019, tienen como meta alcanzar en 5 años los siguientes objetivos³²:

- Obtener una puntuación en el CQC: “Excepcional”. En la actualidad la valoración es “Bueno”.
- Estar entre el 25% de los mejores hospitales del Reino Unido en la valoración de los pacientes y empleados³¹. En la actualidad necesita mejorar sus resultados en tiempo de espera para atender en urgencias, a pacientes oncológicos y lista de espera de cirugía programada.
- Estar entre el 10% de los hospitales más seguros del Reino Unido. Medido con el indicador “Hospital-level Mortality Indicator”. En la actualidad está en el grupo con mortalidad previsible/esperada³³.
- Aumentar la actividad asistencial manteniendo los gastos de 2016/2017.

³¹ BBC News. Check NHS cancer, A&E and operations targets in your area.

³² The Ipswich Hospital NHS Trust. 2017/18 Business Plan.

³³ Summary Hospital Level Mortality Indicator SHLMI

- Conseguir una población más sana.

En el apartado de **Calidad:**

- Reducir las quejas por problemas de comunicación.
- Disminuir el número de defunciones hospitalarias en los programas de cuidados al final de la vida.
- Reducir la variabilidad clínica.
- Disminuir los retrasos en altas clínicas.
- Minimizar los retrasos en los procesos de apoyo y soporte clínico.
- Mejorar los indicadores de recomendación de los pacientes.

En el apartado de **Actividad:**

- Integrar los programas de atención a pacientes crónicos y programados en un mismo grupo, para evitar duplicidades en la atención.
- Crear una nueva guía clínica para el tratamiento de pacientes desde urgencias de una manera más apropiada.
- Asegurar la capacidad y disponibilidad hospitalaria en todo momento.
- El hospital centrará sus esfuerzos en proporcionar y recuperar la actividad en Urgencias, especialmente en mejorar el movimiento de pacientes hospitalarios admitidos y una actualización para promover una historia clínica informática. CQC disminuyó en su valoración el indicador de urgencias de “Excelente” a “Bueno”³⁴.

En el apartado de **Personal:**

- Implementar planes y estrategias a medio plazo para reclutar nuevos profesionales sanitarios, mayormente post universitarios. Se necesitan aún

³⁴ CQC. Ipswich Hospital. Urgent and Emergency Services (A&E)

muchos profesionales sanitarios para equiparar las necesidades de personal a lo establecido. Ver *Figura 12*.

- Establecer contratos con mayor flexibilidad para que profesionales puedan trabajar en diferentes puntos del hospital según necesidad.
- Desarrollo profesional para aumentar la retención laboral.
- Disminuir el n.º de personal de agencia (profesionales externos al hospital) para disminuir el gasto sanitario.

En el apartado **Financiero**:

Debido al aumento de las demandas en salud y el coste de los profesionales, el hospital lleva varios años en números rojos, ofreciendo un balance de cuentas negativo. Por lo tanto, los objetivos a cumplir en esta área son:

- Reducir el número de personal de agencia y justificar la contratación de estos, si se dan las circunstancias.
- Rediseñar los puestos laborales para aumentar sus competencias y eliminar las duplicidades.
- Trabajar con el servicio de aprovisionamiento de material para aumentar la obtención de productos nacionales, racionalizar el catálogo de productos e incrementar los productos incluidos en el contrato, para no pagar extras por productos innecesarios diarios.
- Evaluar la maquinaria y equipos médicos, haciendo una evaluación económica de los mismos solamente reemplazando los equipos obsoletos.
- Priorizar los programas de E-Health aumentando la funcionalidad de estos.

Plan estratégico del área de quirófano de traumatología y ortopedia. **East Theatres**:

- Hacer una revisión del personal laboral en el quirófano y así, determinar el número de profesionales sanitarios para llevar a cabo de manera segura las intervenciones quirúrgicas.

- Establecer las necesidades de personal, para iniciar programas de contratación y retención de personal.
- Estudiar y determinar las causas de las bajas laborales temporales en el servicio, y crear un programa de actuación para prevenir por ejemplo, lesiones musculoesqueléticas o el síndrome de “burn out” en el departamento.
- Documentar el rendimiento quirúrgico en los últimos años y la tasa de utilización de los quirófanos, mostrando así la eficiencia del departamento.
- Evaluar las listas quirúrgicas con baja tasa de utilización y alto número de cancelaciones en el día, de esta manera se evitaría la infrautilización del quirófano.
- Conseguir una total conformidad en completar los “listados de comprobación de la seguridad en cirugía”, y así mostrando el entendimiento y reprobación por parte de todos los profesionales sanitarios de las Guías Clínicas de la unidad.
- Establecer programas de rotación interna de subespecialidades quirúrgicas entre el personal contratado y estudiantes (Ej. Enfermería) en el departamento.
- Formación y rotación del personal sanitario en diferentes subespecialidades quirúrgicas.

4.- ANALISIS INTERNO.

4.1.- ESTRUCTURA FUNCIONAL:

- I. **Actividad de consultas externas:** Tal y como se muestra en la *Figura 13*, en el Bloque (E) se encuentra “Fracture Clinic”, que equivaldría a las consultas externas de traumatología y ortopedia. Aquí se desarrolla la actividad de consulta previa a cirugía y también las posteriores revisiones una vez el paciente recibe el alta hospitalaria. También se llevan a cabo pequeñas intervenciones bajo anestesia local y la retirada de puntos de sutura y grapas gracias al apoyo de las enfermeras especialistas, además, dispone de una sala de yesos.
- II. **Actividad quirúrgica:** Tal y como se explicó en el apartado de recursos estructurales, la actividad se desarrolla en East Theatres, que se sitúa en la primera planta del bloque (B). Disponiendo de 5 quirófanos, entre ellos el de urgencias traumatológicas y también de cirugía de la columna vertebral. Se realizan todo tipo de procedimientos (Ver Cartera de Servicios) bajo anestesia general, epidural, local o sedación.
- III. **Hospitalización:** La hospitalización programada y de urgencia cuenta a cargo de las diferentes unidades de hospitalización, especialmente Saxmundham Ward (bloque A), Martlesham y Needham Ward (Bloque B). Sin embargo, cuando el número de ingresos supera a la dotación de camas en estas unidades, se habilitan otras camas en otras unidades para el funcionamiento de idóneo, especialmente en los meses de invierno, cuando el índice de ocupación es más elevado que en otras fechas. Mención especial a la MSK Unit que se encuentra en frente del área del quirófano de traumatología y ortopedia (B) con capacidad para 8 camas para la admisión en régimen de hospitalización programada en el día.

- IV. **Atención continuada en Urgencias:** Las urgencias relacionadas con la especialidad del área de traumatología y ortopedia son atendidas en primer lugar por los médicos residentes, los cuales comunican a los doctores especialistas las llegadas, y estos son los que finalmente deciden si deben de ser vistos/ingresados/atendidos de urgencia al consultar con los facultativos responsables de guardia. Hay disponibilidad 24 horas al día de médico residente y de doctor especialista en traumatología y ortopedia, sin embargo, el facultativo especialista tiene un turno diferente, que empieza a las 4 de la tarde, prosigue con una guardia localizada hasta las 8 de la mañana del día siguiente que termina con actividad presencial hasta las 4 de la tarde, que es cuando otro facultativo coge el relevo. En el caso de que el facultativo de guardia esté operando en el quirófano de urgencias de traumatología, su actividad finalizaría al completar la lista quirúrgica.
- V. **Actividad Docente:** Pese a que el Hospital de Ipswich no sea, en título, un hospital universitario, sí que es un hospital con amplia experiencia docente a todos los niveles. Así pues, por la especialidad de traumatología y ortopedia rotan aquellos doctores especialistas que completan su formación teórica y práctica en las instalaciones del hospital. La British Medical Association (BMA), esquematiza en la *Figura 14*, la ruta, que los futuros facultativos tienen que seguir para completar su formación. En el Hospital de Ipswich se reciben a aquellos FY1 y FY2 (Foundation Year), lo que en España equivaldría a médicos residentes y aquellos doctores que hayan decidido especializarse en traumatología, estos entrarían dentro de las futuras “training pathways”, que equivaldría al programa de formación de médico interno residente. Así pues, el servicio también tiene cabida para aquellos doctores que hayan decidido especializarse en anestesiología. En el servicio de quirófano de traumatología y

ortopedia, también se imparte actividad docente para estudiantes de medicina, enfermería, enfermería anestesiista, paramédicos y técnicos de radiología.

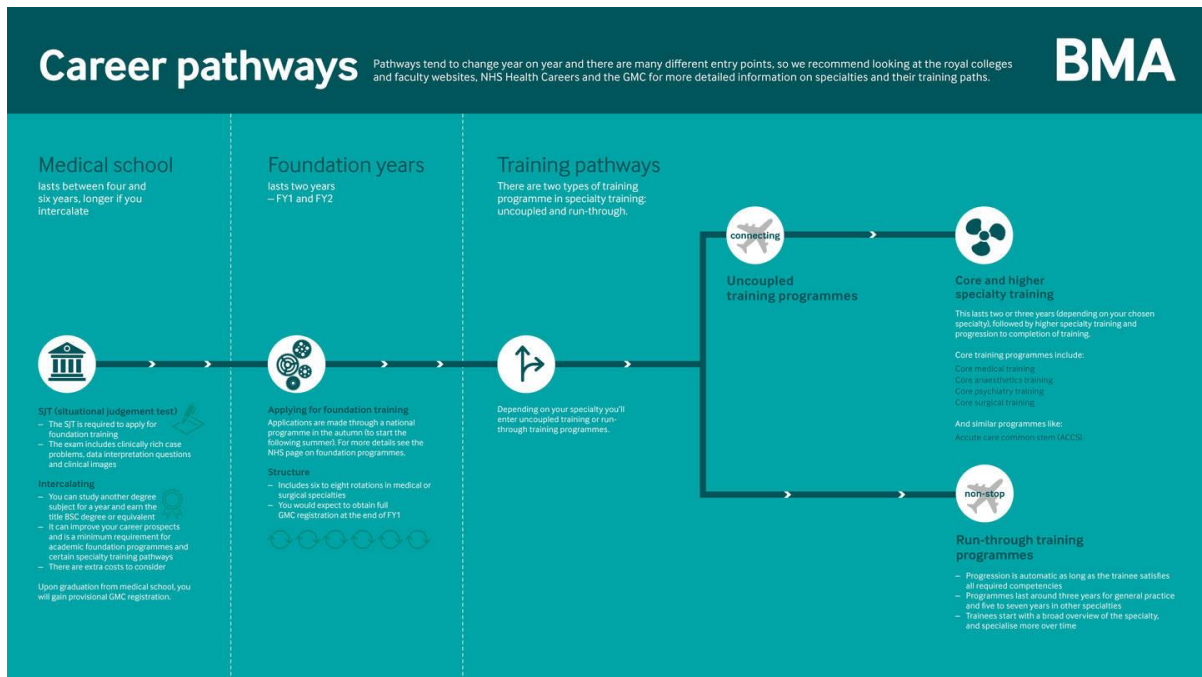


Figura 14: British Medical Association. Ruta formativa para facultativos.

VI. Formación Continuada:

Favoreciendo la formación continuada a los especialistas en del área de traumatología y ortopedia mediante planes semestrales y anuales de asistencia a cursos y congresos, de esta manera, la unidad se asegura que los profesionales médicos obtienen una educación para afianzar sus conocimientos y demostrar que son competentes en su profesión. Otro de los aspectos a implementar, es una ruta de formación para todos los profesionales de enfermería y auxiliares en el que se desarrollen paulatinamente sus competencias.

VII. Investigación:

Fomentando la investigación traslacional y la innovación en el quirófano, con aportaciones científicas a través ponencias o publicaciones en revistas y

congresos y finalmente, con actualización de bases de datos y un registro más exhaustivo de las técnicas, procedimientos e intervenciones llevadas a cabo en el área de quirófano de traumatología y ortopedia.

4.2.- RECURSOS HUMANOS:

El área de quirófano de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Ipswich está compuesta de un equipo multidisciplinar y especializado. Cuenta en estos momentos con una plantilla separada en 3 grandes grupos. La especialidad médica de Traumatología y Ortopedia, compuesta de 14 facultativos especialistas (Cosultant) entre ellos uno es el Jefe de Servicio, 8 médicos especialistas en formación y 4 enfermeras especialistas. Por su parte, la especialidad de cirugía de la columna vertebral se compone de 8 facultativos especialistas, entre ellos el Jefe de Servicio, 3 médicos especialistas en formación y 3 enfermeras especialistas. Por último, el servicio de quirófano dispone de los siguientes profesionales: un coordinador de enfermería, 5 enfermeros supervisores, 9 enfermeros de quirófano, 6 enfermeras especialistas en anestesia, 5 auxiliares de enfermería, un recepcionista/responsable de equipamiento y un responsable de almacén. *Figura 15.*

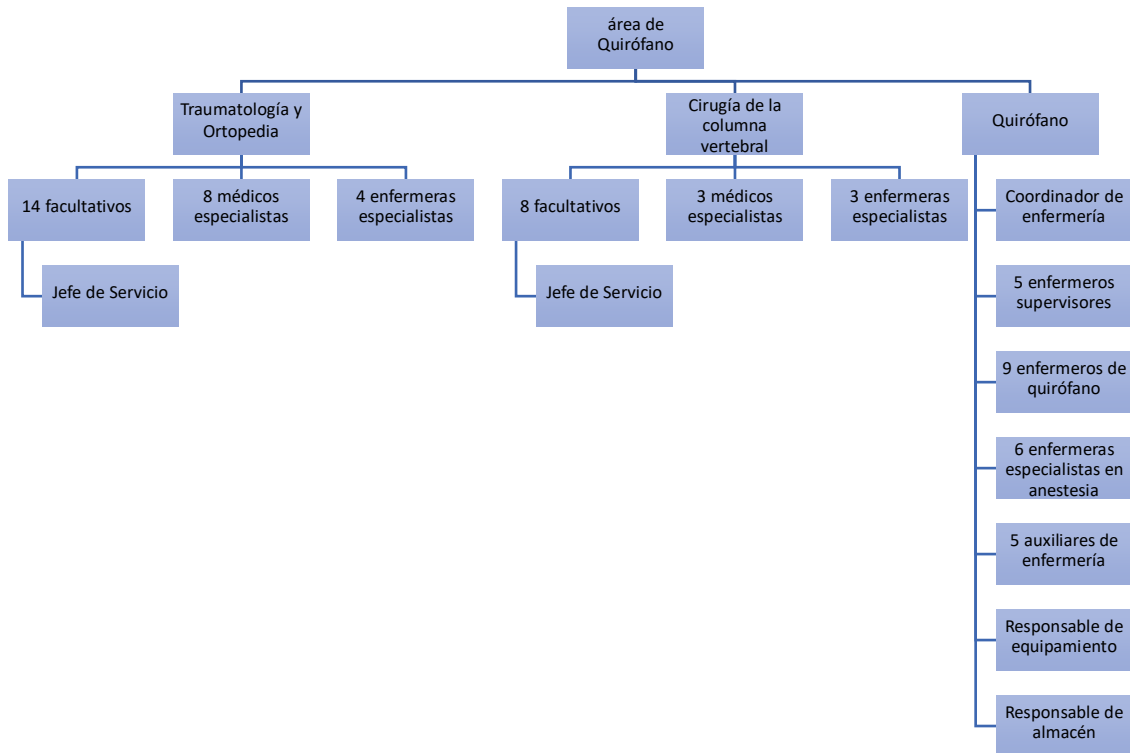


Figura 15: Organigrama del área de quirófano de traumatología y ortopedia.

4.3.- CARTERA DE SERVICIOS:

Dentro de la cartera de servicios del Hospital de Ipswich en la especialidad de traumatología y ortopedia se encuentran los procedimientos y técnicas quirúrgicas distribuidos por especialidades: Traumatología-Ortopedia y cirugía de la columna vertebral.

Dentro de la cartera de servicios que ofrece el servicio de quirófano de traumatología y ortopedia se encuentra:

- Cirugía de la Cadera:
 - Artroplastia total cementada de cadera.
 - Artroplastia parcial cementada de cadera.
 - Revisión de artroplastia total cementada de cadera.
 - Osteosíntesis de cadera con clavos elásticos.

- Cirugía de la Rodilla:
 - Prótesis unicompartmental de rodilla cementada.

- Prótesis total de rodilla cementada.
- Revisión de prótesis de rodilla.
- Artroscopia de rodilla.
- Realineación componente patelar y femoral.
- Reconstrucción del ligamento cruzado anterior.

- Cirugía del Hombro:
 - Estabilización del hombro.
 - Descompresión del hombro.
 - Liberación capsular en el hombro.
 - Reparación del manguito rotador del hombro. Cirugía abierta o artroscópica.
 - Artroplastia de hombro.
 - Artroplastia total de hombro cementada.
 - Artroscopia del hombro. Examinación de la articulación.
 - Osteosíntesis de la clavícula.
 - Osteosíntesis del hombro.

- Cirugía del codo:
 - Liberación del nervio cubital.
 - Osteosíntesis con placa del codo.
 - Osteosíntesis con cables del codo.
 - Osteosíntesis con tornillos del codo.

- Cirugía de la mano:
 - Liberación del túnel carpiano.
 - Reparación de tendones.
 - Liberación de dedos en gatillo.
 - Amputación de dedos.
 - Extirpación de ganglios.
 - Trapeciotomía artroscópica.
 - Osteosíntesis de escafoides.
 - Corrección de la deformidad de Boutonniere.
 - Fasciotomía palmar.

- Cirugía del pie:
 - Osteosíntesis de dedos.
 - Osteotomía usando clavos.
 - Cirugía de uña encarnada.
 - Cirugía para el tratamiento de Hallux Valgus (Juanete)
 - Cirugía correctora de dedos en garra y martillo.
 - Extirpación del Neuroma de Morton.
 - Infiltración en articulaciones.

- Cirugía traumatológica y ortopédica de Urgencias:
 - Artroplastia Austin Moore.
 - Artroplastia parcial cementada de cadera.
 - Osteosíntesis de cadera con placa DHS (Dynamic Hip Screw)
 - Osteosíntesis de cadera con tornillos canulados.
 - Osteosíntesis de fémur con clavo.
 - Revisión de clavo oseo y reemplazamiento.
 - Osteosíntesis con placa y tornillo de hombro, codo, clavícula, cubito y radio, muñeca, fémur, tibia, tobillo y pie.
 - Osteosíntesis de mano, muñeca y codo con clavo.
 - Movilización con anestesia de articulaciones.
 - Osteosíntesis externas. EX FIX.
 - Exploración y desbridamiento de heridas.
 - Extirpación de objetos extraños.
 - Extirpación de clavos, placas y tornillos.
 - Limpieza y desbridamiento de articulaciones.
 - Aspiración de cadera, rodilla y otras articulaciones.
 - Amputaciones y finalización de articulaciones.
 - Injerto oseo.

- Cirugía de la columna vertebral:
 - Laminotomía.
 - Laminectomía.
 - Discectomía lumbar.
 - Microdiscectomía.

- Descompresión vertebral.
- Bloqueo de la raíz nerviosa.
- Biopsia de la columna vertebral.
- Realineamiento torácico y lumbar.
- Exploración de la columna.
- Fusión anterior cervical.
- Fusión posterior cervical, lumbar.
- Cirugía de implantación de disco cervical artificial.
- Cifoplastía vertebral.
- Artrodesis lumbar multinivel.
- Extracción de bultos vertebrales.
- Infiltración terapéutica en unión vertebral.
- Quimionucleosis.
- Nucleotomía percutánea.
- Vertebraplastia.

4.4.- ANÁLISIS DE LOS DATOS DE FUNCIONAMIENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:

Respecto a la actividad asistencial del Hospital de Ipswich, esta puede ser consultada de manera online en la página del hospital en los informes anuales de actividad (Annual Activity Reports). Las tablas 3 y 4 muestran los datos recopilados por el departamento de información y estadística del Hospital de Ipswich³⁵, desde el año 2013 hasta el 2017 ambos incluidos. En ellas se muestra tanto la actividad asistencial en urgencias, como la actividad del área de quirófano de Traumatología y Ortopedia. Añadir, que muchos de los indicadores quirúrgicos que se usan en España pueden no usarse o estar recopilados de manera diferente en el Reino Unido.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la natalidad en la región de Suffolk es inferior a la media en el Reino Unido¹³. Pese a estos datos el número de nacimientos en el Hospital de Ipswich ha aumentado en los últimos años, por ello, la ratio de

³⁵ Information Managment. Ipswich Hospital

nacimientos respecto a defunciones sigue siendo favorable para los primeros, lo cual da esperanzas para un futuro rejuvenecimiento de la población. *Tabla 2.*

Año	N.º Nacimientos	N.º Defunciones	Ratio Nacimientos: Defunciones
2013/14	3395	768 *	4:1
2014/15	3535	1285	3:1
2015/16	3691	1293	3:1
2016/17	3474	1386	3:1

*Solamente se registraron las defunciones durante los 8 últimos meses del año.

Tabla 2: Ratio de Nacimientos y Defunciones en el Hospital de Ipswich 2013-2017.

Hospitalización	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos Totales	19283	19945	20579	20023	17735
Ingresos Programados	14.914	15.808	16.313	15.833	14.568
Ingresos Urgentes	4.369	4.137	4.266	4.190	3.167
% de Urgencias Ingresadas	22.6%	20.7%	20.7%	20.9%	17.8%
Hospital de Día Quirúrgico	10248	10376	10481	11826	11830
Estancia media hospitalaria.	4	4	4	4	4
Atención a pacientes > 65 años.	165696	180191	211123	236990	257687
Pacientes totales atendidos (Urgencias, consultas externas, unidades de valoración y planta)	700189	697738	733937	751690	744268

Tabla 3: Cuadro de mando de hospitalización.

Gracias a los datos facilitados por el propio hospital³⁵, podemos comparar la actividad asistencial en el periodo de tiempo comprendido entre 2013 y 2017. En el que se aprecia un crecimiento de pacientes atendidos hasta 2016, sin embargo, en el último año se han registrado casi 3.000 pacientes menos, una de las razones, es la inclusión de los hospitales comunitarios dentro del organigrama del Hospital de Ipswich²⁵. Por su parte, los casos de Cirugía Mayor Ambulatoria han aumentado en los últimos 5 años.

Actividad Quirúrgica East Theatres	2013	2014	2015	2016	2017
Procedimientos quirúrgicos programados con hospitalización	2717	2906	3257	2933	2926
Procedimientos quirúrgicos de urgencia	914	264	260	399	280
% de pacientes admitidos al quirófano desde urgencias.	34%	9%	8%	10%	14%
Procedimientos quirúrgicos programados de prótesis de cadera	747	637	651	638	669
Procedimientos quirúrgicos programados de prótesis de rodilla	395	323	329	329	375
Intervenciones suspendidas	345	298	249	628	
Tiempo disponible de quirófano horas/mes	1151	1164	1152	1168	1163
Tiempo utilizado de quirófano horas/mes	698	664	651	631	640
Tiempo de espera entre operaciones	24	24	25	28	32
Rendimiento quirúrgico %	60.64 %	57.66%	56.55%	54.79%	55.63%

Tabla 4: Actividad quirúrgica del área de traumatología y ortopedia.

Los datos sobre la actividad quirúrgica de traumatología y ortopedia muestran que el número de operaciones anuales ha ido aumentando progresivamente, teniendo su pico máximo en el año 2015. Existe una disminución muy descompensada entre el número de operaciones de urgencia en el año 2013 comparadas con los otros 4 años, pudiendo ser resultado de una mala codificación o recogida de los datos de las intervenciones quirúrgicas, ya que en muchos años sale a una ratio menor de 1 intervención/día, lo cual es insostenible e inviable de mantener. Se puede apreciar también la disminución de las operaciones de cirugía programada para prótesis de cadera y de rodilla. Pese a que los datos han sido solicitados en junio de 2018 al departamento de Estadística del Hospital de Ipswich³⁵, este, parece no disponer del número de intervenciones suspendidas en el año 2017. Por su parte, sí que ofrece la causa de la cancelación que más veces se ha repetido durante los años anteriores, *Tabla 5*, donde se puede apreciar en el último año un incremento que dobla las cancelaciones quirúrgicas en el día comparado con los datos del año 2013. La mala planificación de las intervenciones quirúrgicas, listas quirúrgicas demasiado ambiciosas, sumado a los problemas con instrumentos quirúrgicos y cajas estériles en préstamo han hecho que las operaciones canceladas en el día se hayan duplicado en el 2016/17 con respecto al año anterior. La tasa de utilización de quirófano se mantiene estable, con una media en estos últimos 5 años de 57.05%, este es un dato significativo que deja en evidencia el funcionamiento del departamento y la eficiencia de este. Finalmente, los datos dejan dudas respecto a la gran diferencia en % de pacientes admitidos a quirófano desde urgencia.

Año *	N.º de operaciones canceladas en el día y razón
2013/14	345. Falta de camas para ingreso postoperatorio
2014/15	298. Insuficiencia de tiempo en el quirófano
2015/2016	249. Complicaciones en la lista quirúrgica
2016/17	628. Complicaciones en la lista quirúrgica.

Tabla 5: Número de operaciones canceladas en el día y causa más repetida.

*Los datos están extraídos en este caso por año financiero, que empieza el 1 de abril y termina el 31 de marzo del año siguiente.

Uno de los indicadores nacionales por los que se fija la calidad de un servicio es el porcentaje de pacientes atendidos en menos de 36 horas con fractura de cadera. Donde se valora la admisión, manejo del paciente e intervención quirúrgica en menos de 36 horas desde su admisión. En este apartado, todos los datos se encuentran recogidos en National Hip Fracture Database (NHFD) que es la base de datos de fracturas de cadera. En ella se pueden apreciar todas las gráficas a nivel nacional y por hospital del manejo general de estos pacientes, *Figura 16*, cuidados de excelencia (best practice), seguridad del paciente, anestesia, tipo de cirugía y estancia media.

Como se ha mencionado antes, el criterio límite nacional para atender e intervenir quirúrgicamente a un paciente se sitúa en 36 horas. Con los resultados de la última publicación en mayo 2018, *Figura 17*, la media nacional se sitúa en 32.9 horas. Sin embargo, el Hospital de Ipswich superó hasta las 40.4 horas. Es decir, aquellos pacientes atendidos en mayo 2018 (45) tardaron de media 40.4 horas para recibir el tratamiento adecuado y la intervención quirúrgica. En esta gráfica también se puede apreciar la diferencia entre la mortalidad asociada a la operación en los siguientes 30 días a la intervención quirúrgica, de la que se puede constatar, que existe una mayor mortalidad asociada en el Hospital de Ipswich que en la media de nacional en Inglaterra.

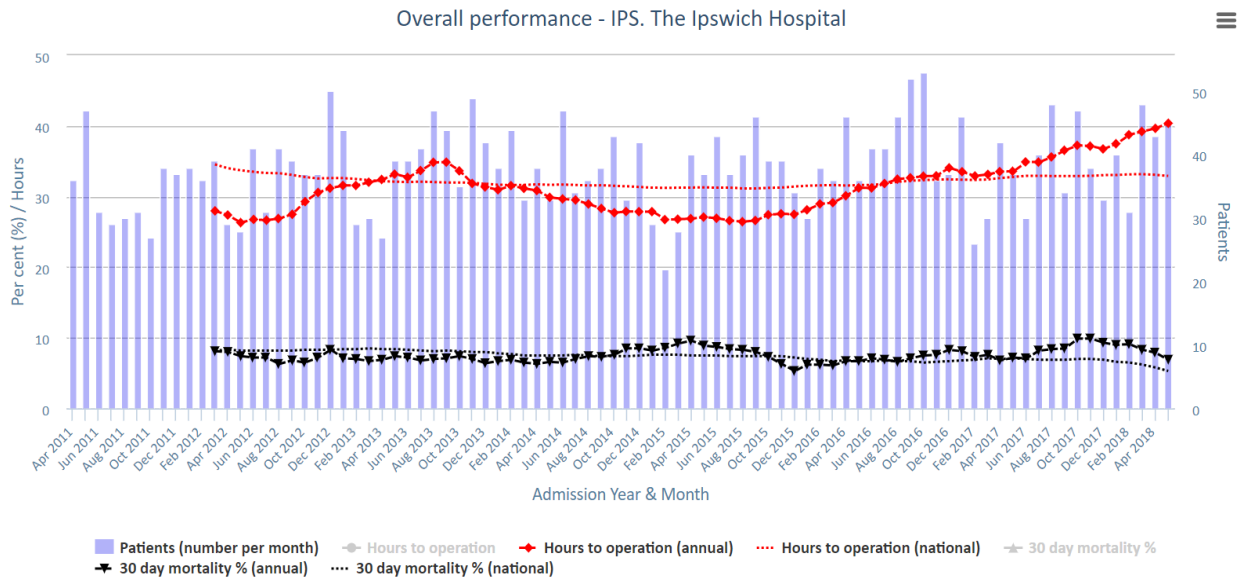


Figura 16: Manejo total de los pacientes con fractura de cadera. Hospital de Ipswich. NHFD

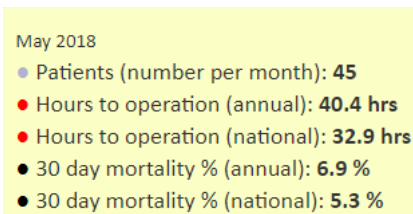


Figura 17: Datos para mayo 2018. Hospital de Ipswich. NHFD.

Otro de los indicadores a destacar que se pueden encontrar en la base de datos son los relacionados con la seguridad del paciente. En la *Figura 18*, se puede apreciar que el porcentaje de pacientes que han desarrollado úlceras por presión en los últimos años, el Hospital de Ipswich ha estado por debajo de la media nacional y desde octubre 2016 la tasa de úlceras por presión post quirúrgicas es del 0%. Por su parte, la tasa de reintervención en los meses es inferior al 1%, aunque no se puede hacer una comparación con la media nacional por usencia de datos desde base de datos de fractura de cadera.

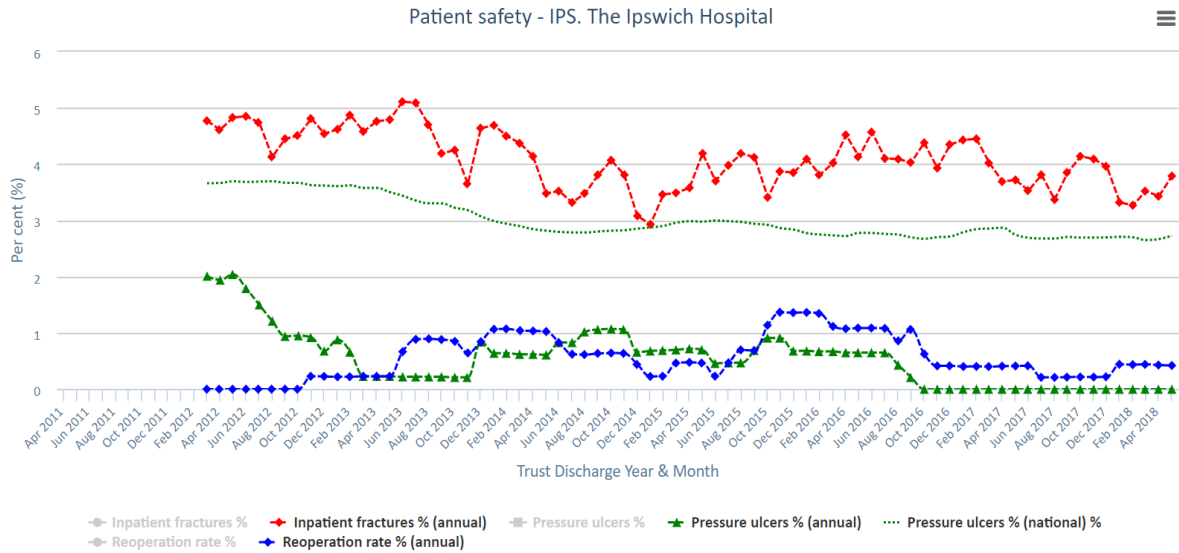


Figura 18: Seguridad del paciente. Hospital de Ipswich. NHFD.

El indicador de estancia postquirúrgica nos da una idea de la utilización del recurso cama por estos pacientes intervenidos de fractura de cadera. Este indicador de utilización hospitalaria consigue que la media en la estancia postquirúrgica general ascienda, ya que la estancia media hospitalaria se sitúa en 4 días (Ver Tabla 2). Sin embargo, se puede observar que los datos son muy parejos con la media nacional a lo largo del tiempo. Figura 19.

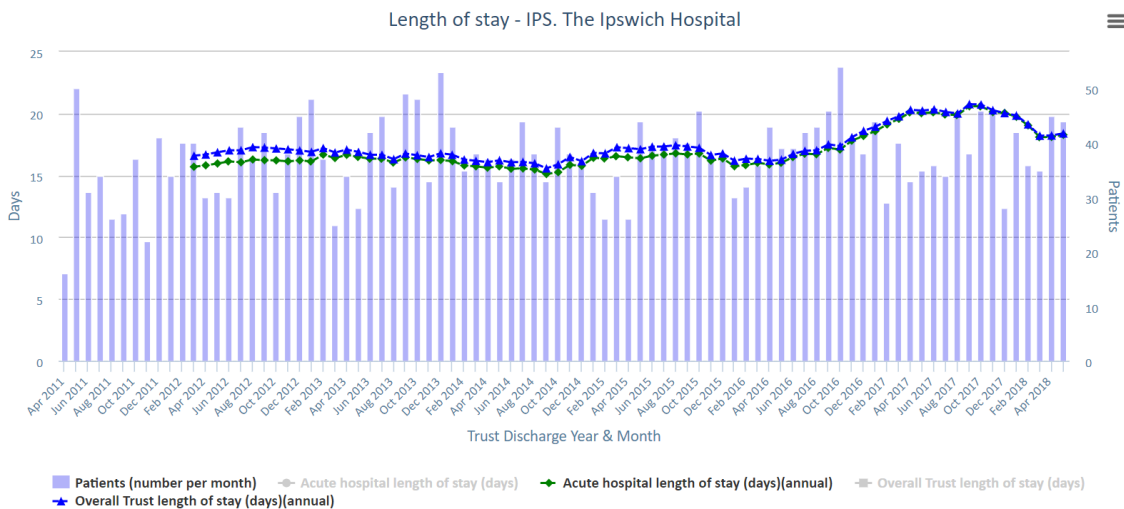


Figura 19: Estancia media postoperatoria fractura de cadera. Ipswich Hospital. NHFD

La base de datos de fractura de cadera indica, explica y especifica el tipo de operación realizada. En la *Figura 20*, se muestran los datos de adecuación de las intervenciones quirúrgicas conforme a las recomendaciones de ambas organizaciones: NICE y Royal Physicians Colleague, que son quienes elaboran el NHFD. La figura, establece el % de adecuación entre la operación recomendada para cada tipo de fractura de cadera según la zona de fractura.

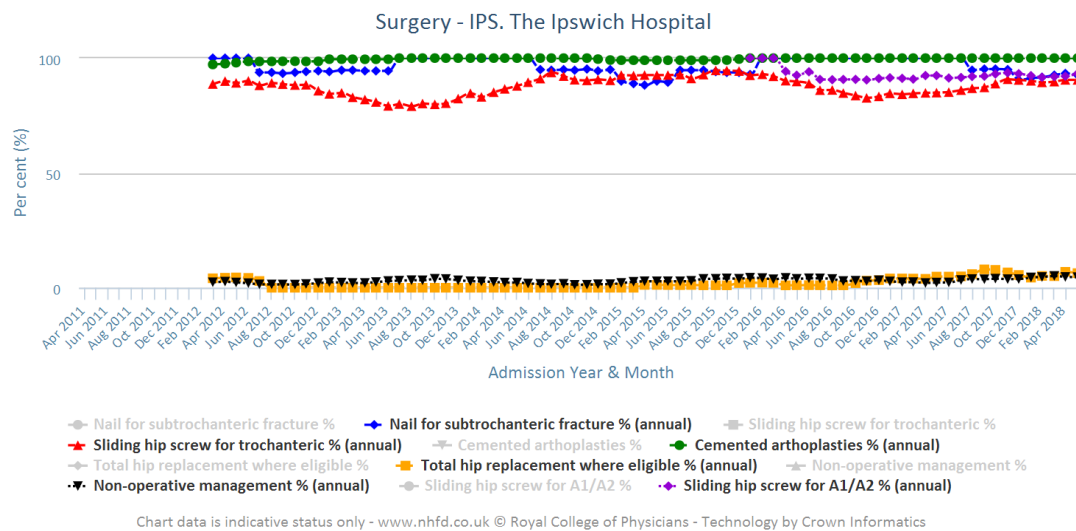


Figura 20. Adecuación quirúrgica.

4.4.- PREVISIÓN DE LA DEMANDA:

La previsión de la demanda para los próximos años para la población de Suffolk y en concreto para la población a la que da cobertura el Hospital de Ipswich se estima que vaya a aumentar. Como ya se ha mencionado antes en la página 15, se espera un crecimiento poblacional, siendo este, mayoritariamente de personas > de 65 años²¹, que, unido a la cronicidad de los pacientes¹⁶, hacen que la demanda vaya a ser mayor año tras año. Esto se puede observar en la *Tabla 2* antes mostrada, como el número de pacientes >65 atendidos en Urgencias, creció significativamente en los últimos 5 años (2013-2017). Por lo que el área de quirófano de traumatología y ortopedia tendrá que hacer frente a esta creciente demanda de servicios, optimizando los recursos

disponibles en cada momento, para seguir ofreciendo una atención de calidad, segura y equitativa a todos sus pacientes.

4.5.- DAFO/CAME

Una vez realizado el análisis del entorno (análisis externo) y el análisis interno de la Unidad de Gestión, se deben establecer los puntos fuertes y puntos débiles, las amenazas y las oportunidades, que en este caso tiene el área de quirófano de traumatología y ortopedia. La mejor manera de establecer las futuras líneas estratégicas es mediante la realización de un Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) *Figura 21*. Esta herramienta ayuda a conocer de forma real como se encuentra una determinada cuestión, así como su riesgo y las oportunidades que existen a su alrededor, creando una visión estructurada de las mismas. Las debilidades y fortalezas pertenecen al apartado del análisis interno, mientras que las oportunidades y amenazas pertenecen al análisis externo. Tal y como indica la *Figura 22*, el análisis DAFO conlleva la búsqueda de mejora de las debilidades mediante la corrección de estas, el afrontamiento de las amenazas que puedan surgir, manteniendo las fortalezas que uno posee y explotando las oportunidades disponibles. Todo esto se realizaría mediante el Análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar). *Figura 23*.



Figura 21: Interrelación DAFO-CAME

DAFO:

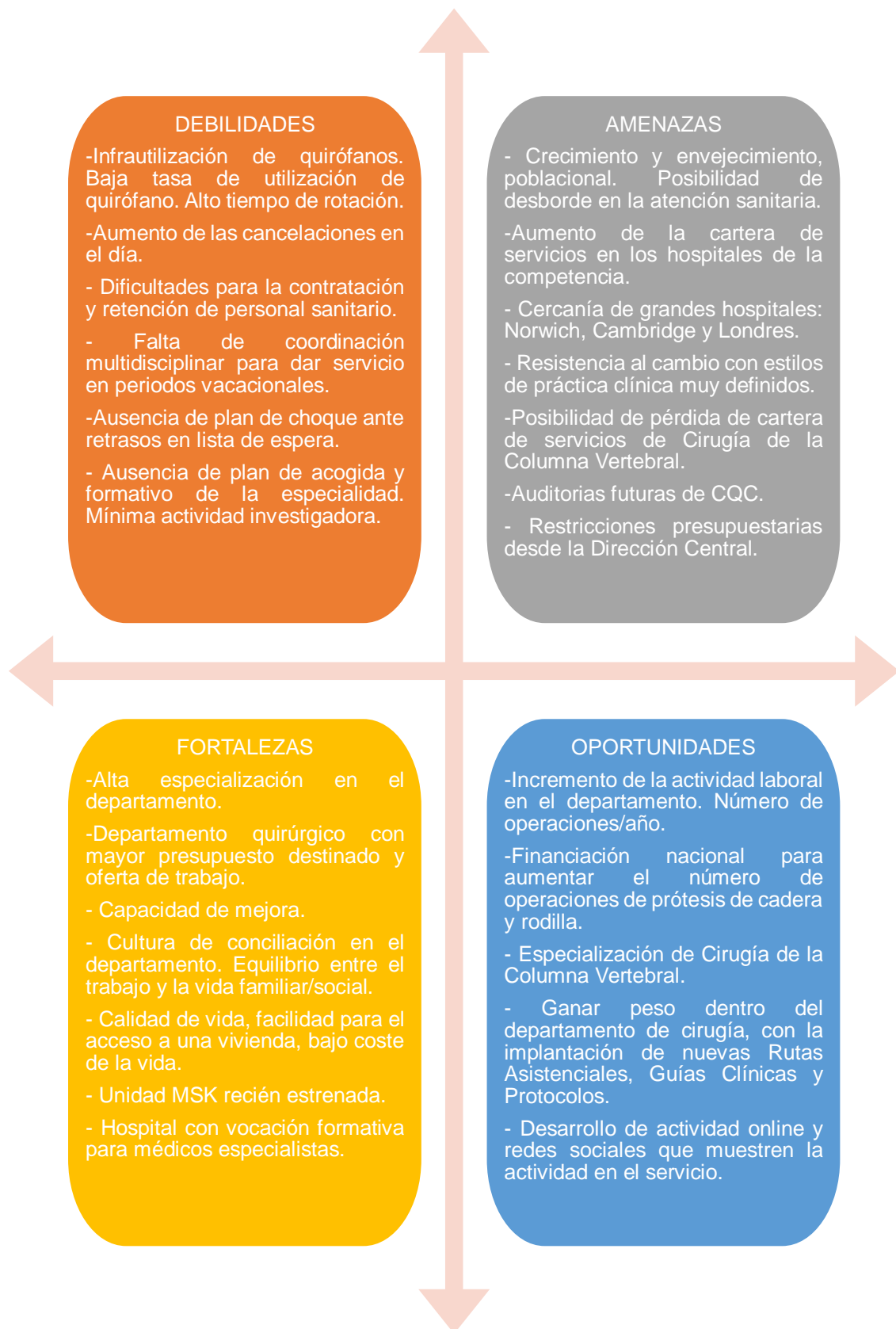


Figura 22: Análisis DAFO.

CAME:

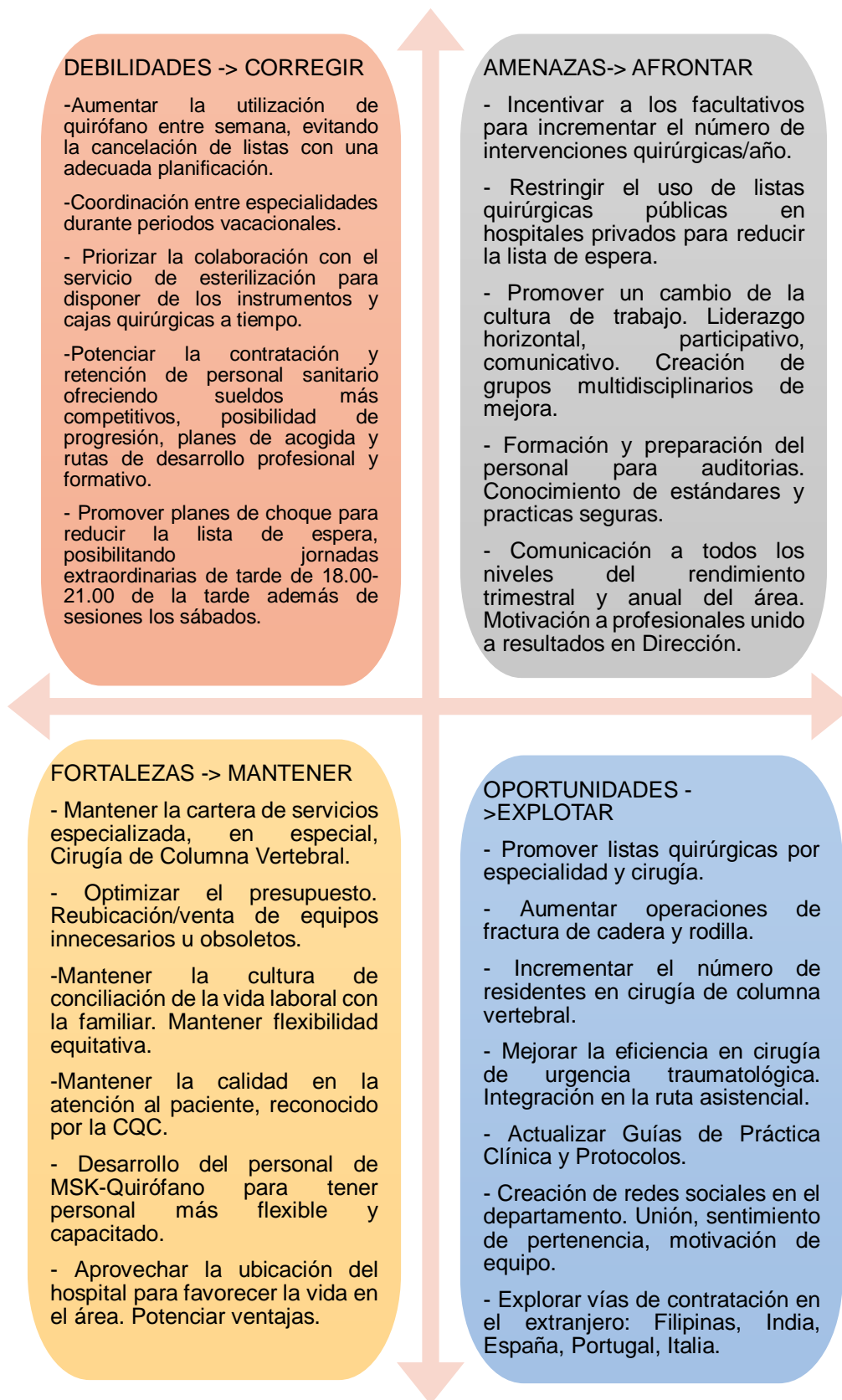


Figura 23: Análisis CAME.

5.- PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA

5.1.- MISIÓN:

Ofrecer a nuestros pacientes una atención sanitaria de calidad, donde ellos sean el centro de nuestra atención, fomentando el cuidado individualizado y la humanización en el proceso operatorio.

5.2.- VISIÓN:

Que el área de quirófano de traumatología y ortopedia consigan ser referencia no solamente en el área de Suffolk sino en el resto del Este de Inglaterra, liderando la asistencia de manera segura, eficiente y potenciando la docencia e investigación.

5.3.- VALORES:

En línea con el Hospital de Ipswich, los valores del área de quirófano de Traumatología y Ortopedia son:

- Respeto.
- Amabilidad.
- Escucha e involucración.
- Profesionalidad.
- Eficiencia.
- Mejora entre todos.

5.4.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVES DEL ÉXITO:

- Calidad Asistencial.
- Experiencia y Seguridad del paciente.
- Eficiencia.
- Docencia e Investigación.



Figura 24: Líneas estratégicas y factores claves del éxito.

5.5.- OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD:

Una vez definidas las líneas estratégicas, hay que definir los objetivos para cada una de ellas.

Calidad Asistencial:

- Minimizar el tiempo de espera entre derivaciones de atención primaria e intervención quirúrgica.
- Establecer los tiempos de espera para cirugía programada de manera permanente por debajo de las 18 semanas.
- Aumentar el número de operaciones de prótesis de cadera y de rodilla en cirugía programada hasta 1200 intervenciones/año.
- Disminución del número de operaciones canceladas en el día.

- Disminuir la variabilidad clínica entre profesionales mediante la puesta en marcha de rutas asistenciales y guías clínicas.
- Crear listas quirúrgicas más realistas, potenciando las cirugías sin hospitalización.

Eficiencia:

- Mejorar el rendimiento quirúrgico.
- Organizar el quirófano de cirugía de urgencia traumatología, para optimizar el tiempo.
- Impulsar una mayor coordinación entre Urgencias, Quirófanos y los servicios de anestesiología y traumatología para potenciar el uso del quirófano de urgencias traumatológicas.
- Impulsar el llamado “Golden patient” nombrado por Roberts et al³⁶. Es decir, conseguir que el primer paciente de la lista quirúrgica en urgencias traumatológicas pueda estar en la sala de anestesia a las 08.30 am cada día.
- Controlar el gasto de material no reutilizable, farmacia y prótesis.
- Establecer nuevos acuerdos con las compañías proveedoras de prótesis y osteosíntesis, para reducir costes.

Experiencia y Seguridad del Paciente:

- Crear cuestionarios para los pacientes de evaluación de la calidad percibida en el área quirúrgica.

³⁶ Roberts et al, Golden Patient. BMJ. Improving theatre efficiency and utilisation through early identification of trauma patients and enhanced communication between team

- Mejorar la información preoperatoria a los pacientes y la correcta cumplimentación del consentimiento informado.
- Contratar más personal de enfermería y auxiliares de enfermería para dar un rendimiento óptimo y seguro al área de quirófano de traumatología y ortopedia.
- Asegurar la adecuada cumplimentación del “WHO Surgical Check List” o listado de verificación quirúrgica, llegando a niveles entre el 95-100%.
- Desarrollar cuestionarios.

Docencia e Investigación:

- Establecer acuerdos con la Universidad de Suffolk para la rotación obligatoria de alumnos de 3º y 4º curso de enfermería por el área de quirófano.
- Favorecer la formación continuada del personal del área quirúrgica, llevando a cabo un plan de formación y reciclaje anual.
- Mejorar la formación de médicos especialistas dentro y fuera del área.
- Revisar y actualizar guías clínicas y recomendaciones en el área de quirófano.
- Desarrollar un programa de formación para el personal de enfermería, teniendo en cuenta experiencia, docencia, investigación, méritos y compromiso con el centro hospitalario.
- Potenciar y fomentar la investigación en el departamento, financiando congresos y exposiciones para aquellos que desarrollen su actividad en el servicio y la mejora de este.

5.6.- MAPA ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD:

A continuación, se muestra el mapa estratégico del área de quirófano de traumatología y ortopedia del Hospital de Ipswich con las principales relaciones entre sus procesos.

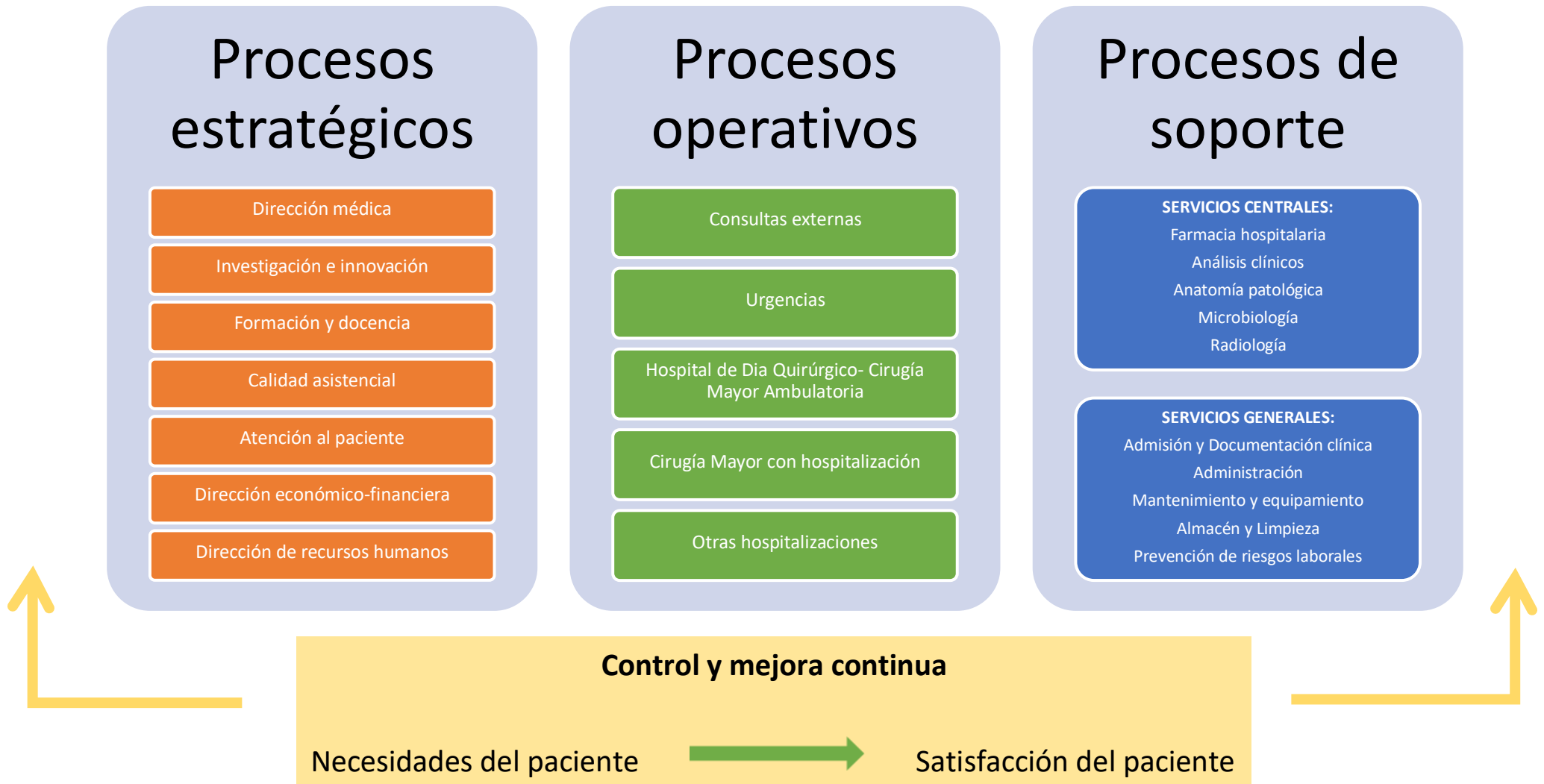


Figura 25: Mapa de procesos

5.7.- PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE:

La gestión por procesos debe de ser uno de los objetivos estratégicos de eficiencia. Así pues, en el área de quirófano de traumatología y ortopedia del Hospital de Ipswich deben de ser definidos aquellos procesos estratégicos, operativos y de soporte que se necesita para el correcto funcionamiento del área.

Procesos Estratégicos:

- Dirección Médica.
- Investigación e Innovación.
- Formación y Docencia.
- Calidad asistencial.
- Dirección Económico – Financiera.
- Atención al Paciente.
- Dirección de Recursos Humanos.

Procesos Operativos:

- Consultas Externas.
- Urgencias.
- Hospital de día quirúrgico – Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Cirugía Mayor con Hospitalización.
- Otras Hospitalizaciones.

Procesos de Soporte:

Servicios Centrales:

- Farmacia Hospitalaria.
- Análisis Clínicos.
- Anatomía Patológica.
- Microbiología.
- Radiología.
- Anestesia y Reanimación.

Servicios Generales:

- Admisión.
- Documentación Clínica.

- Administración.
- Mantenimiento.
- Equipamiento.
- Almacén.
- Prevención de Riesgos Laborales.
- Limpieza.
- Tecnologías de la Información.

Control y Mejora Continua.

5.8.- CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Uno de los pilares fundamentales del área de quirófano es la **Calidad Asistencial** del paciente. En ella, como medidas para una óptima calidad asistencial se encuentran:

- Reducción de los tiempos de espera desde la derivación de atención primaria hasta la intervención quirúrgica. Este apartado es clave en el devenir del área, ya que, de esta manera, el servicio puede llegar a todos los pacientes en poco tiempo, respetando la política nacional de tiempos de espera de menos de 18 semanas. De esta manera se reduciría la lista de espera para cirugía programada.
- La repetitividad de los procesos y de las acciones dentro de un quirófano disminuye la variabilidad. Para ello, el área de quirófano de traumatología y ortopedia propone al jefe clínico y los facultativos especialistas la creación de listados por intervención. De manera que, se pueda unificar en una misma lista, varios pacientes con la misma intervención quirúrgica. Se pretenden alcanzar las 1200 operaciones anuales de prótesis de cadera y rodilla. Incrementando en 156 operaciones respecto al sumatorio del año 2017, 1.044 operaciones.

Memoria de Servicio de Quirófano - Mario Samuel García de la Torre Fernández

- Las cancelaciones en el día suponen uno de los caballos de batalla del área de quirófano de traumatología y ortopedia. La ausencia de camas de ingreso, complicaciones en la lista quirúrgica, falta de tiempo de quirófano e indisponibilidad de equipamiento son las razones más frecuentes que provocan la cancelación de los pacientes. Disminuir el número de cancelaciones, 628 durante el año 2016/2017 es una de las prioridades dentro de la calidad asistencial del área.
- Establecimiento de rutas asistenciales y guías clínicas para la disminución de la variabilidad clínica por parte de los profesionales.
- Potenciar la creación de listas quirúrgicas realistas, la distribución de los pacientes y su prioridad en la lista puede reducir las estancias hospitalarias. Priorizando a aquellos pacientes que pueden recibir el alta en el día, y liberando así el recurso cama hospitalario.

Entre las medidas de **seguridad** del paciente, podemos resaltar las siguientes:

- La creación de cuestionarios contrastados para evaluar la calidad de la atención sanitaria recibida por el paciente durante todo el proceso perioperatorio.
- Establecimiento de medidas de mejora y evaluación de la información aportada al paciente y en el cumplimiento del consentimiento informado.
- Mecanismos de auditoría y revisión de la cumplimentación de la documentación quirúrgica intraoperatoria, siendo de máxima importancia el listado de verificación quirúrgica.
- Con la contratación de más personal de enfermería y auxiliares de enfermería se busca tener los recursos humanos adecuados para poder prestar un servicio

de atención adecuado a las necesidades del servicio, pudiendo llevar a cabo intervenciones quirúrgicas en todos los quirófanos diariamente.

5.9.- ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE:

En concordancia con los valores del Hospital de Ipswich, el área de quirófano de traumatología y ortopedia canaliza sus esfuerzos en el paciente como centro de toda acción o proceso. Para que esta predisposición se vea reflejada en hechos, el área de quirófano se ha propuesto diversos objetivos, como la correcta información individualizada del procedimiento quirúrgico, la cumplimentación pormenorizada del consentimiento informado, la disponibilidad del personal para presentarse al paciente y atender ruegos y preguntas. En el área de quirófano, nos encargamos de acompañar al paciente a la URPA y posteriormente de allí a su habitación en planta.

La consecución de una atención centrada en el paciente no es nada sin una atención integral, es por eso, que el área de quirófano está en contacto continuo con el departamento de fisioterapia y rehabilitación, para tratar todas las necesidades que un paciente pueda tener. Además, se facilita la participación de los pacientes como responsables de su propia salud para que puedan tomar sus propias decisiones.

Dado que la atención centrada en el paciente no significa únicamente el paciente, sino su entorno más cercano, el servicio de quirófano está trabajando en implementar en las plantas de hospitalización unas pantallas electrónicas informativas sobre la situación de los pacientes a su paso por quirófano, donde se pueda visualizar a tiempo real las notificaciones de: Pre-Cirugía, Cirugía y Recuperación. Así los familiares y amigos del paciente podrán saber en todo momento en el estado del proceso operatorio en el que se encuentra el paciente, teniendo siempre en cuenta la privacidad y confidencialidad del paciente.

5.10.- GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA:

La actividad en el área de quirófano de traumatología y ortopedia debe de plasmarse en documentos de consenso basados en la evidencia científica como son las Rutas Asistenciales y las Guías Clínicas. Estos documentos promueven la mejor de las actuaciones en cada proceso asistencial en el contexto de nuestra unidad clínica, promoviendo una atención segura y de calidad con las mejores actuaciones coste-efectivas y coste-utilitarias. La elaboración de estas guías clínicas y rutas asistenciales son llevadas a cabo por las Sociedades Científicas y Grupos de Expertos que junto con diferentes miembros de nuestro servicio pueden colaborar activamente en su realización.

En la especialidad de traumatología y ortopedia existen numerosas Guías Clínicas a nivel nacional, algunas de ellas creadas por NICE³⁷, las cuales ayudan y simplifican los pasos a seguir para una atención de calidad y segura. Uno de los objetivos de esta unidad clínica en el ámbito de docencia e investigación es la actualización de las guías clínicas, implicando a todo el personal para su conocimiento y uso de estas.

Por otra parte, la elaboración de rutas asistenciales es otro de los puntos de mejora en la unidad, se necesita tener una visión general de los sucesivos procesos por los que el paciente atraviesa hasta su intervención quirúrgica. Estas rutas proporcionan la información suficiente para llevar a cabo un tratamiento integral, de calidad y personal a cada paciente.

³⁷ NICE. Hip Fracture Overview. Hip Fracture Surgery. Hip Fracture in Adults. Hip Fracture Management.

5.11.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN:

Para que a los profesionales de salud que realizan su actividad en el área de quirófano de traumatología y ortopedia se les consideren competentes, deben de tener un plan formativo y de conocimiento en la especialidad.

Debido a la naturaleza de la especialidad todos los profesionales deben de ser gestionados y evaluados por sus respectivos departamentos (traumatología, cirugía de la columna, anestesiología, enfermería etc). Estos son los encargados de considerar competentes y óptimos a los profesionales que trabajan en el quirófano, los que desarrollen planes de formación paulatinos.

Los planes de innovación estarán dirigidos por un pequeño grupo multidisciplinar de profesionales, siendo estos, los encargados de recibir, gestionar e implementar todas las ideas y aportaciones tanto del propio grupo como de sugerencias y recomendaciones enviadas desde los profesionales que trabajan en la unidad como de los pacientes y familiares.

5.12.- DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA:

Sin ser el Hospital de Ipswich un tipificado como Hospital Universitario, sí que está acreditado y capacitado para responder a las necesidades de formación y educación de los profesionales sanitarios y no sanitarios que vienen a recibir docencia.

Son varias las Universidades que tienen acuerdos con el Hospital de Ipswich, como son: la Universidad de Suffolk (University of Suffolk), la Universidad de Essex (University of Essex), especialmente los alumnos que provienen del Campus de Colchester; la Universidad del Este de Inglaterra (East Anglian University) y por último, de la Universidad de Anglian Ruskin, con sus Campus en Chelmsford, Cambridge y Petersborough.

Memoria de Servicio de Quirófano - Mario Samuel García de la Torre Fernández

Hay que destacar, que existen programas de formación y docencia de médicos especialistas como la rotación anual de estudiantes de medicina especializada, con la asignación a un profesional facultativo diferente cada 6 meses. Los profesionales rotan por los diferentes servicios relacionados con la especialidad: Urgencias, Quirófanos, Consultas externas, hospitalización, obteniendo una visión global de todo el proceso de atención. También existen:

Programas de formación de farmacéuticos.

Programas de formación y docencia de enfermería y matrona en todos sus cursos.

Programas de formación de fisioterapeutas y otras profesiones sanitarias.

Programas de formación de auxiliares de enfermería y promoción para ser enfermera/o.

Otros programas de formación.

5.13.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA:

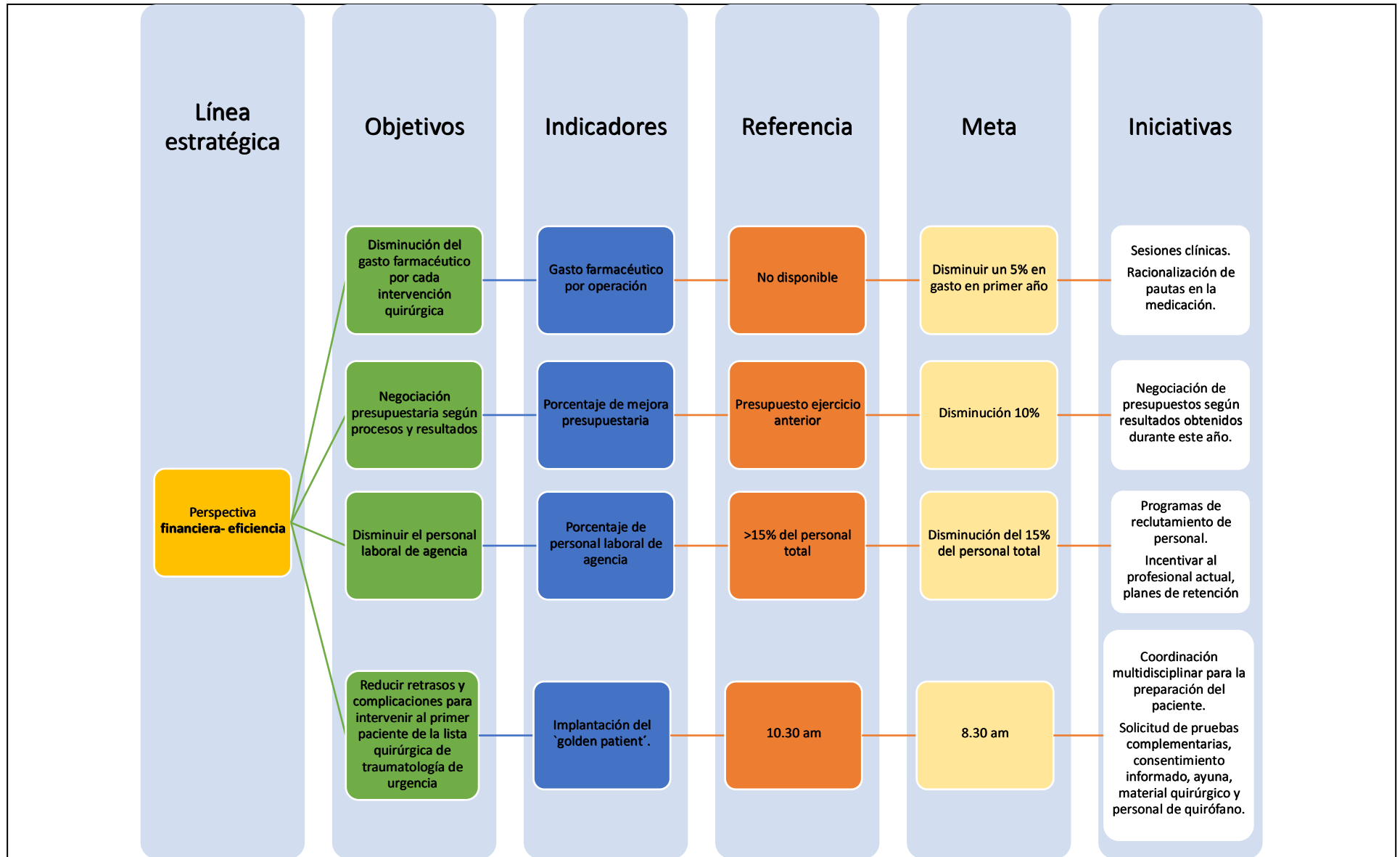
En estos momentos en el área de quirófano de traumatología y ortopedia no se está llevando a cabo ningún trabajo de actividad investigadora, debido a las carencias de personal en la unidad y a los graves problemas que surgen debido a las cancelaciones en el día llevan a la unidad a tener un rendimiento quirúrgico del 57% en los últimos 5 años (Ver Tablas 3 y 4). El foco de atención se centra en incrementar los esfuerzos para solucionar estos dos grandes problemas que afectan a la seguridad y calidad asistencial que el paciente recibe.

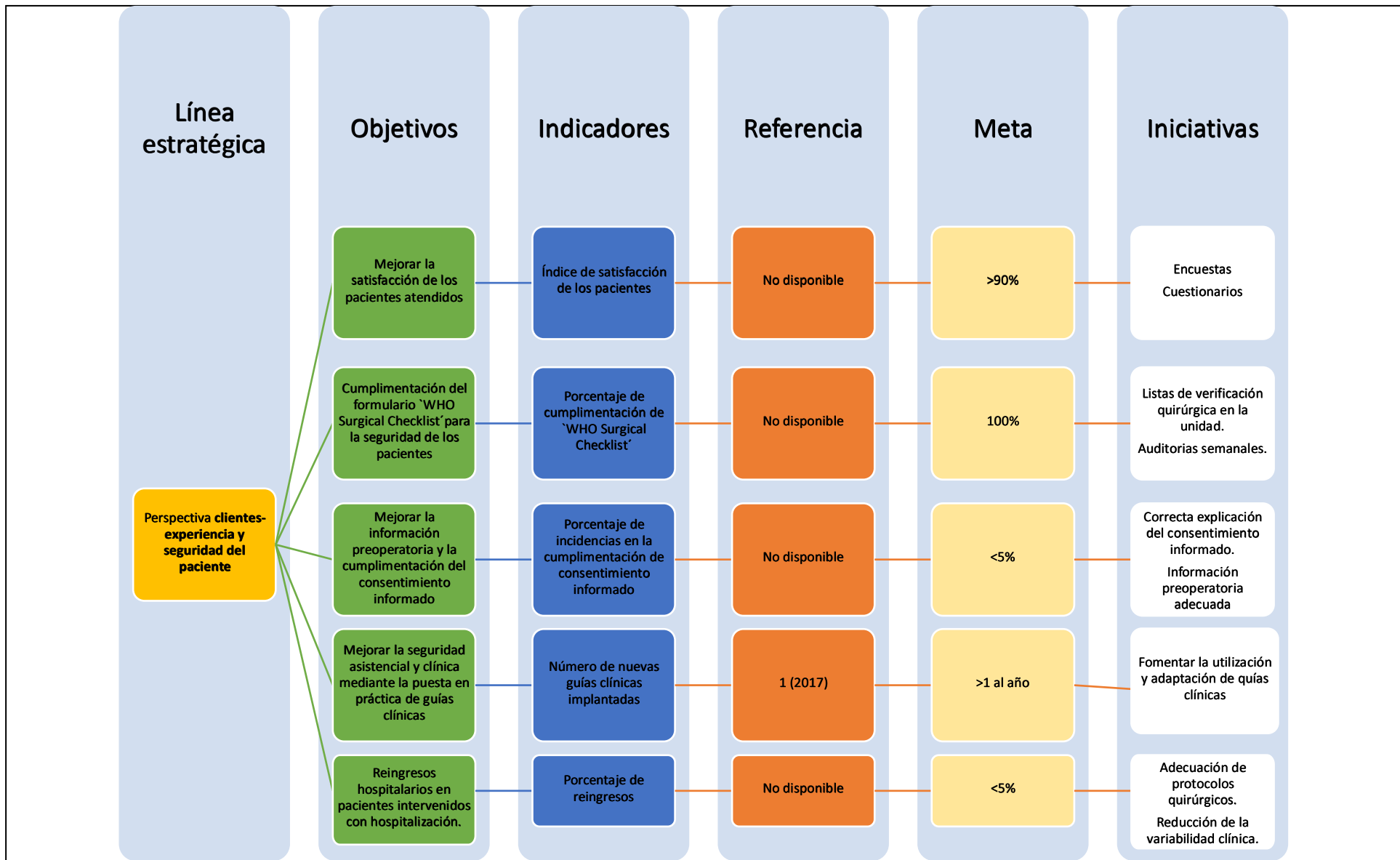
Sin embargo, en agosto de 2017 se presentó el programa para el aumento de la recuperación postquirúrgica (Enhanced Recovery), en el que se sugerían técnicas y procedimientos para aumentar el bienestar, confort y analgesia del paciente después de la intervención quirúrgica.

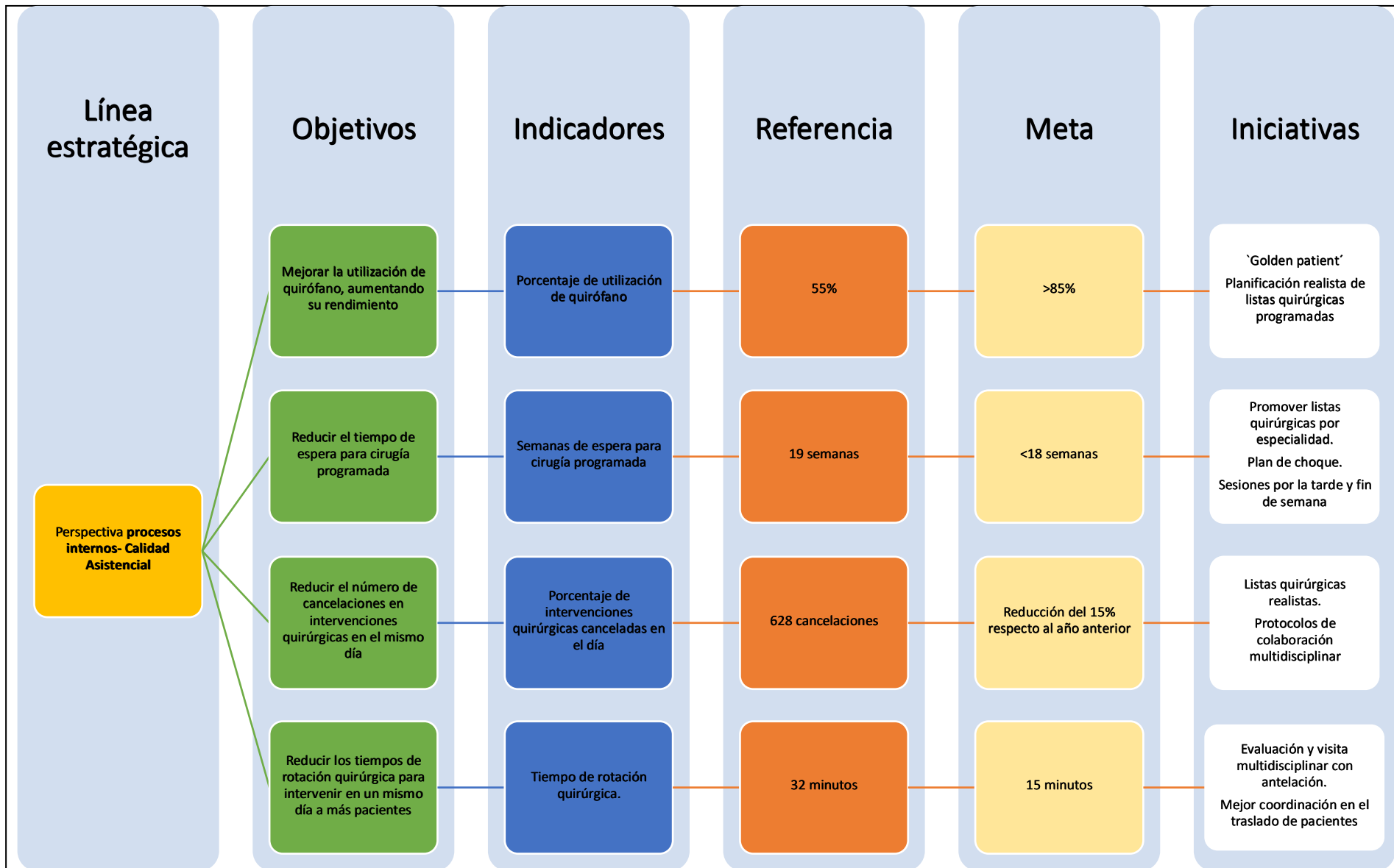
5.14.- MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN. CUADRO DE MANDO:

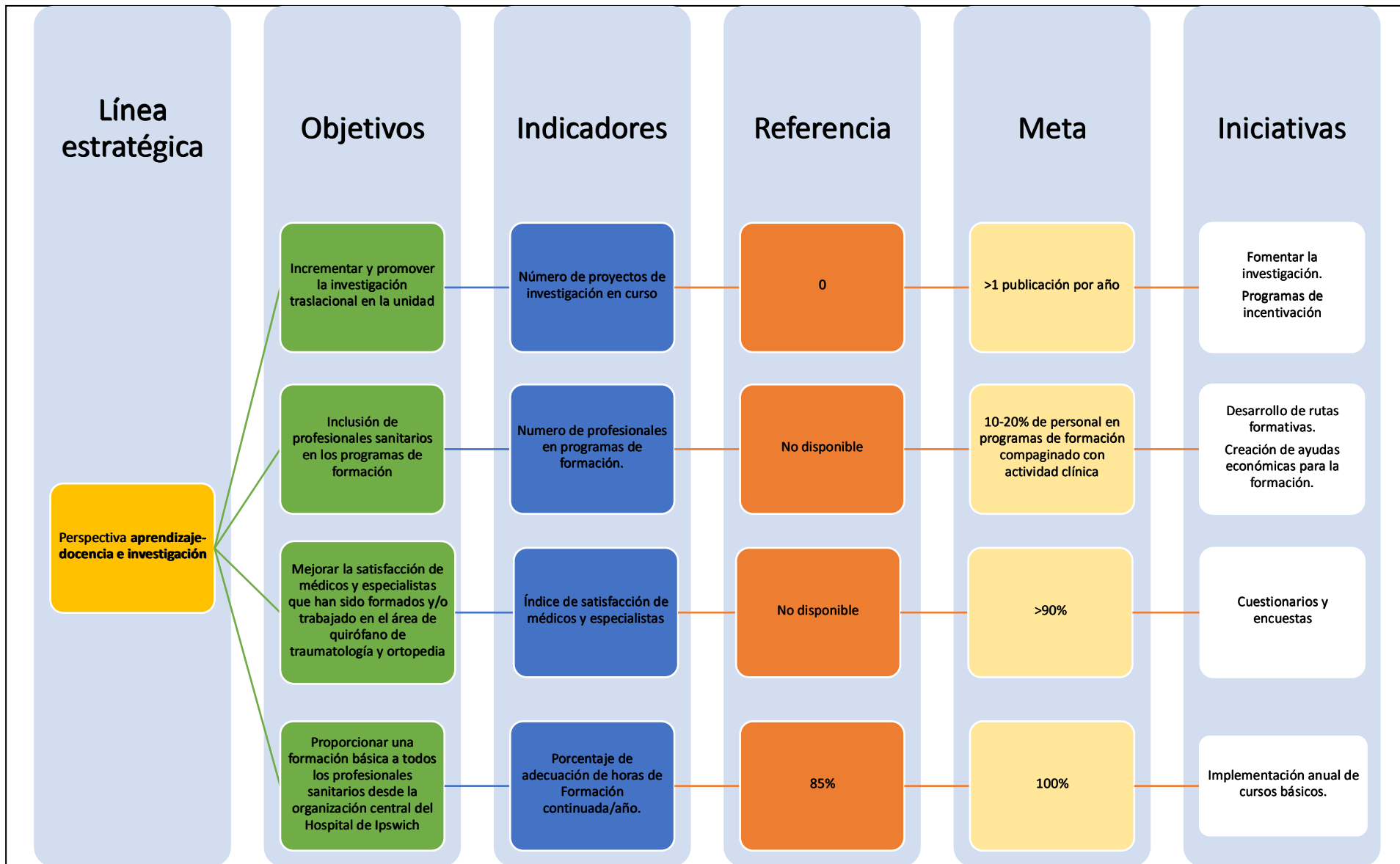
A continuación, se muestra el Cuadro de Mando Integral para el área de quirófano de traumatología y ortopedia, sirviendo de base para su creación las estrategias y dimensiones del Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton³⁸: las perspectivas financieras, clientes, procesos internos y aprendizaje y crecimiento. En el cuadro de mando, en cada indicador se muestra (de haberlo) el valor de referencia, la meta y las iniciativas propuestas (*Figuras 26-29*).

³⁸ Kaplan y Norton. Cuadro de Mando Integral.









La definición de los indicadores se llevará a cabo mediante la definición mediante ficha de cada uno, siendo este el esquema a seguir:

Criterio:
Indicador:
Descripción:
Fórmula:
Tipo de Indicador:
Fuente de Información:
Justificación:
Periodicidad del análisis:
Elaboración del indicador:
Estándar:

Perspectiva Financiera – Eficiencia:

Criterio: Disminución del gasto farmacéutico por cada intervención quirúrgica.
Indicador: Gasto farmacéutico por cirugía.
Descripción: Calculo del porcentaje de gasto farmacéutico por cirugía, incluyendo intervenciones programadas y de urgencia.
Fórmula: $\text{Gasto farmacéutico total en el quirófano} \times 100 / \text{total de gasto en el quirófano (durante un tiempo)}$
Tipo de Indicador: Resultado.
Fuente de Información: Dirección de Gestión.
Justificación: Conocer el gasto farmacéutico por cada paciente nos ayudará a implantar medidas de mejora para racionalizar el uso de medicamentos y concienciar a los profesionales sanitarios del gasto sanitario.
Periodicidad del análisis: Trimestral.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: Según contratos con Gestión.

Criterio: Negociación presupuestaria según procesos y resultados.
Indicador: Porcentaje de Mejora Presupuestaria.
Descripción: Porcentaje de mejora en el presupuesto de la Unidad Clínica respecto al presupuesto del año anterior en base a las negociaciones y resultados.
Fórmula: $\text{Presupuesto vigente en la Unidad Clínica} \times 100 / \text{presupuesto del año anterior}$.
Tipo de Indicador: Resultado.
Fuente de Información: Dirección de Gestión.
Justificación: Negociación de presupuestos en base a resultados y procesos.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Propia.
Estándar: Según contratos con Gestión.

Criterio: Disminuir el personal laboral de agencia.
Indicador: Porcentaje de personal laboral de agencia.
Descripción: Porcentaje de personal contratado desde una agencia respecto a personal laboral propio.
Fórmula: $\text{Número de profesionales contratados por agencia} \times 100 / \text{número total de trabajadores}$.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Recursos Humanos.
Justificación: Conocer el porcentaje de personal laboral contratado mediante agencia, indica la necesidad de personal externo y las futuras vacantes en la unidad clínica. Reducción de costes.
Periodicidad del análisis: Semanal/ Mensual.
Elaboración del indicador: Propia.
Estándar: 15%.

Criterio: Reducir retrasos y complicaciones para intervenir al primer paciente de la lista quirúrgica de traumatología de urgencia.
Indicador: Implantación del "Golden Patient".
Descripción: Implantación, adecuación y conocimiento de "Golden Patient".
Fórmula: Implantación del programa Golden Patient. Si/No.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Propia.
Justificación: Gracias al "Golden Patient" se busca decidir con antelación quien será el primer paciente de la lista quirúrgica de traumatología de urgencia, para que este esté visitado por los especialistas, firmado el consentimiento informado, estando el paciente preparado y disponible para ser intervenido quirúrgicamente.
Periodicidad del análisis: Mensual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: 08:30 AM.
En la actualidad: 10.30 AM (Hora de inicio de la intervención quirúrgica actual en el quirófano de traumatología de urgencia).

Perspectiva Clientes – Experiencia y Seguridad del Paciente.

Criterio: Mejorar la satisfacción de los pacientes que han sido atendidos en el área de quirófano de traumatología y ortopedia.
Indicador: Índice de satisfacción de los pacientes.
Descripción: Índice de satisfacción de los pacientes atendidos en la unidad mediante encuestas de pacientes intervenidos quirúrgicamente.
Fórmula: Número de pacientes satisfechos o muy satisfechos / pacientes encuestados.
Tipo de Indicador: Resultado.
Fuente de Información: Encuestas de satisfacción creadas por el área de quirófano de traumatología y ortopedia. Supervisado por el Hospital de Ipswich.
Justificación: Conocer la satisfacción de los pacientes a su paso por la unidad.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: > 90%.

Criterio: Adecuada cumplimentación del formulario "WHO Surgical Check-list" para la seguridad de los pacientes.
Indicador: Porcentaje de cumplimentación de "WHO Surgical Check-list".
Descripción: Grado de cumplimentación del listado de verificación quirúrgica tanto en cirugías programadas como de urgencia en un determinado tiempo.
Fórmula: Listado de verificación quirúrgica totalmente completo x 100 / Total de cirugías realizadas en el tiempo.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Auditorias.
Justificación: Utilización protocolizada de listas de verificación quirúrgica en la unidad.
Periodicidad del análisis: Mensual.
Elaboración del indicador: Propia.
Estándar: 100%.

Criterio: Mejorar la información preoperatoria y la cumplimentación del consentimiento informado.
Indicador: Porcentaje de incidencias en la cumplimentación de consentimiento informado.
Descripción: Calcular el porcentaje de incidencias que guardan relación con la cumplimentación del consentimiento informado en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en el departamento de quirófano de traumatología y ortopedia.
Fórmula: $\text{Número de incidentes relacionados con el consentimiento informado} \times 100 / \text{total de intervenciones quirúrgicas en un tiempo determinado.}$
Tipo de Indicador: Resultado.
Fuente de Información: Servicio de documentación.
Justificación: Un consentimiento informado correctamente cumplimentado en un indicador de seguridad tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.
Periodicidad del análisis: Semestral.
Elaboración del indicador: Elaboración propia.
Estándar: < 5%.

Criterio: Mejorar la seguridad asistencial y clínica en los diferentes procesos asistenciales mediante la puesta en práctica de guías clínicas.
Indicador: Número de nuevas guías clínicas implantadas.
Descripción: Determinar la revisión e instauración de nuevas guías clínicas en la unidad durante un tiempo determinado.
Fórmula: $\text{Número de nuevas guías clínicas implantadas y revisadas en la unidad en un tiempo determinado.}$
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Adecuación de las recomendaciones de NICE, NHS England y datos propios.
Justificación: La implantación de guías clínicas en la unidad protocoliza las actuaciones de los profesionales sanitarios y mejora la seguridad de los pacientes.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: > 1.

<p>Criterio: Reingresos hospitalarios en pacientes intervenidos con hospitalización.</p> <p>Indicador: Porcentaje de reingresos.</p> <p>Descripción: Determinar los pacientes que han tenido que ser reingresados para ser operados de la misma patología/diagnóstico.</p> <p>Fórmula: Número de pacientes con reingreso hospitalarios >30 días tras ser intervenidos quirúrgicamente x 100 / Número de pacientes intervenidos con hospitalización.</p> <p>Tipo de Indicador: Resultado.</p> <p>Fuente de Información: Servicio de Admisión.</p> <p>Justificación: Conocer el número de pacientes que han tenido que ser reingresados para ser intervenidos quirúrgicamente otra vez debido a complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica y cuidados postoperatorios.</p> <p>Periodicidad del análisis: Mensual.</p> <p>Elaboración del indicador: Elaboración Propia.</p> <p>Estándar: <5%.</p>
--

Perspectiva procesos internos – Calidad Asistencial.

<p>Criterio: Mejorar la utilización de quirófano, aumentando su rendimiento.</p> <p>Indicador: Porcentaje de utilización de quirófano.</p> <p>Descripción: Determinar el uso activo de quirófano (desde que el paciente entra en la sala de anestesia hasta que se transfiere a la URPA)</p> <p>Fórmula: Sumatorio de tiempos de entrada y salidas de quirófano de todos los pacientes x 100 / número de intervenciones llevadas a cabo en un tiempo determinado.</p> <p>Tipo de Indicador: Resultado.</p> <p>Fuente de Información: Programa Online de recogida de datos de actividad quirúrgica.</p> <p>Justificación: Conociendo el porcentaje de utilización de quirófano se podrá determinar si se está sobreutilizando o infrautilizando un quirófano ayudará a destinar los recursos de manera más apropiada.</p> <p>Periodicidad del análisis: Anual.</p> <p>Elaboración del indicador: Propia.</p> <p>Estándar: > 85%.</p> <p>En la actualidad: 55%.</p>
--

Criterio: Reducir el tiempo de espera por debajo de lo aprobado por el NHS England (18 Semanas).
Indicador: Semanas de espera para cirugía programada.
Descripción: Calcular el tiempo de espera (semanas) para la intervención quirúrgica en cirugía programada.
Fórmula: Sumatorio de días (semanas) de espera para cirugía programada / total de pacientes en la lista de espera para cirugía programada. Los días de espera se calculan desde que el paciente ha sido derivado al médico especialista "National Clock Rules".
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
Justificación: Controlar las demoras y la lista de espera para intervenciones quirúrgicas programadas es parte de la calidad asistencial en el servicio quirúrgico.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Propia y NHS England.
Estándar: <18 semanas.
En la actualidad: 19 semanas.

Criterio: Reducir el número de cancelaciones en intervenciones quirúrgicas en el mismo día.
Indicador: Porcentaje de intervenciones quirúrgicas canceladas en el día.
Descripción: Establecer unas listas programadas quirúrgicas realistas, planificación con antelación y preparación de pacientes y material/instrumental con tiempo suficiente para evitar complicaciones.
Fórmula: $\frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas canceladas en el día} \times 100}{\text{Número total de intervenciones quirúrgicas en un tiempo determinado}}$
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Servicio de admisiones, Dirección de Gestión.
Justificación: Disminuir el número de cancelaciones en el día es un indicador de calidad asistencial. Con ello se demuestra que el departamento está bien organizado, se evitan gastos adicionales tanto para el departamento como para el paciente (tangibles y no tangibles) y las posibles penalizaciones desde el NHS.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: Reducción de un 15% respecto al año anterior (Año 2016/17: 628 cancelaciones en el día)

Criterio: Reducir los tiempos de rotación quirúrgica para intervenir en un mismo día a más pacientes.
Indicador: Tiempo de rotación quirúrgica.
Descripción: Establecer unos tiempos máximos para la rotación de pacientes en quirófanos, diseñando competencias y maximizando tiempos.
Fórmula: Sumatorio de tiempos de salida de un paciente de quirófano hasta la entrada del siguiente paciente / número total de pacientes.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Programa Online de recogida de datos de tiempos quirúrgicos.
Justificación: Minimizando el tiempo de rotación quirúrgica se puede aumentar la eficiencia del quirófano.
Periodicidad del análisis: Semestral.
Elaboración del indicador: Propia.
Estándar: 15 minutos.
En la actualidad: 32 minutos.

Perspectiva Aprendizaje – Docencia e Investigación:

Criterio: Incrementar y promover la investigación traslacional en la unidad.
Indicador: Número de proyectos de investigación en curso.
Descripción: Gestionar e involucrar a los profesionales sanitarios.
Fórmula: Número total de comunicaciones, proyectos o investigaciones traslacionales publicadas en el año.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Publicaciones en revistas, ponencias en congresos.
Justificación: La investigación traslacional se encarga de transferir el ámbito del conocimiento científico a al paciente, en dar solución a los problemas planteados desde la clínica, centrandó su investigación en los pacientes y acortando los tiempos para la aplicación de nuevos conocimientos.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: > 1 publicación / año.

Criterio: Inclusión de profesionales sanitarios en los programas de formación.
Indicador: Número de profesionales en programas de formación.
Descripción: Establecer programas de formación especializada, oferta formativa voluntaria y obligatoria.
Fórmula: Profesionales adheridos a programas de formación, docencia y especialización en el área de quirófano de traumatología y ortopedia.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Servicios de formación continuada del Hospital de Ipswich. Universidades Asociadas.
Justificación: La formación continuada de los profesionales sanitarios es fundamental para que estos dispongan de la información y conocimiento más actualizado en su actividad clínica y asistencial. Los programas formativos adicionales deben de servir como una motivación interna para la progresión como profesionales dentro del departamento.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: 10-20% del personal en programas de formación a tiempo parcial compaginado con actividad clínica.

Criterio: Mejorar la satisfacción de médicos y especialistas que han sido formados y/o trabajado en el área de quirófano de traumatología y ortopedia.
Indicador: Índice de satisfacción de médicos y especialistas.
Descripción: Evaluar la satisfacción de los médicos y especialistas en cuanto a la oferta formativa proporcionada por el Hospital de Ipswich y el área de quirófano de traumatología y ortopedia.
Fórmula: Número de profesionales médicos y especialistas satisfechos o muy satisfechos / profesionales médicos y especialistas encuestados.
Tipo de Indicador: Resultado.
Fuente de Información: Cuestionarios y encuestas.
Justificación: Conocer la satisfacción de los profesionales médicos y especialistas en relación con la oferta y formación recibida en el área de quirófano de traumatología y ortopedia.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Elaboración Propia.
Estándar: >90%.

Criterio: Proporcionar una formación básica a todos los profesionales sanitarios desde la organización central del Hospital de Ipswich.
Indicador: Porcentaje de adecuación de horas de formación continuada/año.
Descripción: Conocer el porcentaje de profesionales del área de quirófano que han asistido, conocen y son competentes en los cursos de formación básica y continuada (anual) que imparte el Hospital de Ipswich.
Fórmula: Número de profesionales sanitarios que han asistido a los cursos de formación y han sido evaluados satisfactoriamente / número total de profesionales.
Tipo de Indicador: Proceso.
Fuente de Información: Hospital de Ipswich, servicio de Educación y Formación continuada.
Justificación: Todos los trabajadores deben de estar actualizados en cuanto a competencias básicas profesionales dentro del hospital, entre las que se incluyen: Reanimación Cardio Pulmonar Básica, Fuego y evacuación de edificios, Programas de sensibilización contra el maltrato (menores, dependientes, discapacitados), movilización adecuada de pacientes, etc.
Periodicidad del análisis: Anual.
Elaboración del indicador: Servicio de Educación y Formación continuada del Hospital de Ipswich.
Estándar: 100% para todos los trabajadores.

6.- CURRICULUM VITAE DEL CANDIDATO:

DATOS PERSONALES

Sexo: Hombre

Estado civil: Soltero

Nacionalidad: Española.

Dirección de contacto: c/ Las Doncellas 14.

Localidad de contacto: Santa Olalla

Ciudad de contacto: Toledo

Código postal: 45530

País de contacto: España.

Teléfono de contacto: +44 78450 74516

Correo electrónico: gtfmario@gmail.com

FORMACIÓN

- **Diplomado Universitario en Enfermería.** Periodo de formación en el centro adscrito de Ávila de la Universidad de Salamanca. (2006-2009).
- Titulación de **Experto en Quirófano.** Curso de experto en Quirófano impartido por la Universidad London South Bank (Londres). (septiembre 2014- junio 2015).
- Obtención del título de **Mentor y facilitador de aprendizaje en la práctica clínica** por la Universidad de London South Bank (Londres). (enero 2016- abril 2016). Este curso se requiere una actualización trianual, última actualización mayo 2018.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Enfermero en planta de hospitalización en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina, Toledo. (Julio 2009- septiembre 2009; y junio 2010- septiembre 2010).
- Enfermero de Quirófano en el Departamento de Dermatología en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo (junio 2011- enero 2012).
- Enfermero en residencia de la tercera edad en Norwood Green Care Home, en Londres, Reino Unido. (febrero 2013- diciembre 2013).
- Enfermero supervisor de Quirófanos en el Hospital de Kingston en Londres, Reino Unido. (diciembre 2013- abril 2017).
- Enfermero de Quirófano en el Hospital de Ipswich en Ipswich, Reino Unido. (abril 2017- en la actualidad).

PUBLICACIONES

- García Moreno G, García de la Torre Fernández M, Sánchez Nogales M. **Adherencia al tratamiento con anticoagulantes orales en atención primaria**. II Congreso Internacional Virtual de Enfermería 'Ciudad de Granada'. 2010, 2126.
- Gallardo Mena E, Aranda Fuentes E, Rufo Pérez H, Rufo Lorenzo J; Alba Varas L, García de la Torre Fernández M. **El porqué y para qué una enfermera en la Unidad de Documentación Clínica**. II Congreso de Enfermería 'Ciudad de Talavera' 2010.
- Rufo Lorenzo J, Muñoz Hijas P, Rufo Pérez H, García de la Torre Fernández M, Alba Varas L, García Moreno G. **Satisfacción del paciente atendido en consulta de Medicina Interna**. II Congreso de Enfermería 'Ciudad de Talavera' 2010.

Memoria de Servicio de Quirófano - Mario Samuel García de la Torre Fernández

- García Moreno G, García de la Torre Fernández M, Rufo Lorenzo J, Muñoz Hijas P. **‘Vía intraósea en el ámbito sanitario’**. II Congreso de Enfermería ‘Ciudad de Talavera’ 2010.
- Rufo Lorenzo J, Muñoz Hijas P, Rufo Pérez H, García de la Torre Fernández M, Alba Varas L, Gallardo Mena E. **‘Comunicación con el paciente hospitalario’**. II Congreso de Enfermería ‘Ciudad de Talavera’ 2010.
- Rufo Pérez H, García de la Torre Fernández M, Alba Varas L, Gallardo Mena E, Muñoz Hijas P, Rufo Lorenzo J. **‘Papel de enfermería en la unidad de medicina preventiva’**. II Congreso de Enfermería ‘Ciudad de Talavera’ 2010.
- Rufo Pérez H, García de la Torre Fernández M, Alba Varas L, Gallardo Mena E, Muñoz Hijas P, Rufo Lorenzo J. **‘Papel de la enfermera e importancia en una unidad de correturnos’**. II Congreso de Enfermería ‘Ciudad de Talavera’ 2010.
- Muñoz Hijas P, Rufo Lorenzo J, Rufo Pérez H, García de la Torre Fernández M, Gallardo Mena E, García Moreno G. **‘Conocimiento de la población sobre soporte vital básico’**. II Congreso de Enfermería ‘Ciudad de Talavera’ 2010.
- García de la Torre Fernández M, García Moreno G, Muñoz Hijas P, Rufo Lorenzo J, Rufo Pérez H, Alba Varas L. **‘Al alcance de tu mano’**. II Congreso de Enfermería ‘Ciudad de Talavera’ 2010.
- García de la Torre Fernández M. **‘Está en tus manos’**. I Congreso Internacional Virtual de Enfermería ‘Ciudad de Granada’. 2010.3532.
- García de la Torre Fernández M. **‘Uso de contención mecánica’**. I Congreso Internacional Virtual de Enfermería ‘Ciudad de Granada’. 2010.3530. García de la Torre Fernández M, Muñoz Hijas P, Rufo Lorenzo J, Rufo Pérez H, Alba Varas L, Gallardo Mena E. **‘Calidad de la educación sanitaria del paciente portador de ostomías’** Congreso Nacional de Enfermería ‘Un paso hacia adelante’. 2010.

7.- FUNCIONES DEL JEFE CLÍNICO:

Como Jefe Clínico del área de quirófano de traumatología y ortopedia, definiría las siguientes funciones a llevar a cabo.

- Llevar a cabo la Planificación Estratégica de la Unidad.
- Planificación Operativa de la Unidad a corto plazo.
- Gestión eficiente de los recursos de la unidad, tanto materiales como humanos.
- Gestión y dirección del personal y del servicio diariamente.
- Trabajar conjuntamente con la Dirección/Gerencia en la revisión de planes de gestión para la Unidad.
- Gestión, control y revisión de los resultados e indicadores.
- Implementación de acciones y medidas de mejora en aquellas áreas en los que los resultados y los indicadores no sean adecuados.
- Control y revisión de las adquisiciones de materiales, nuevas tecnologías, gasto farmacéutico. Control de gasto y ajuste a presupuestos.
- Coordinación con Recursos Humanos para la promoción y adquisición de profesionales sanitarios.
- Gestión y liderazgo de equipos multidisciplinares de trabajo, implicando a todos en la gestión y mantenimiento del correcto funcionamiento de la Unidad.
- Integrar a los miembros del equipo multidisciplinar en la participación en Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo, así como en la participación activa para la innovación y desarrollo del área de quirófano de traumatología y ortopedia.
- Fomentar la formación continuada de todos los profesionales sanitarios, la rotación por diferentes especialidades dentro del hospital y la especialización de los profesionales. Mantenimiento de la formación básica anual definida por el Hospital.

Memoria de Servicio de Quirófano - Mario Samuel García de la Torre Fernández

- Impulsar la participación de los miembros del equipo multidisciplinario en congresos y jornadas, promoviendo la realización de trabajos de investigación traslacional en el departamento.
- Promocionar la unidad fuera del hospital, permitiendo a sus trabajadores el desarrollo profesional acorde a sus preferencias.
- Colaboración con tutores y mentores de profesionales y estudiantes, para la ayuda y apoyo en sus tareas formativas.
- Promover valores éticos y fomentar la Responsabilidad Social Corporativa dentro de la unidad.

8.- LISTADO DE FIGURAS, TABLAS Y ACRÓNIMOS:

Lista de Figuras:

Figura 1	Regulación de la Sanidad Británica	p.6
Figura 2	División de la Sanidad Británica	p.7
Figura 3	Mapa de Inglaterra. Señalado en rojo, área de Suffolk	p.8
Figura 4	Densidad de población en Suffolk	p.10
Figura 5	Pirámide poblacional área de Suffolk. Año 2015	p.11
Figura 6	Cuadro de diversidad étnica de Suffolk	p.12
Figura 7	Distritos a los que da cobertura el Hospital de Ipswich	p.14
Figura 8	Área de influencia del Hospital de Ipswich	p.15
Figura 9	Radio de actuación del Hospital de Addenbrooke's	p.19
Figura 10	Disposición geográfica de los hospitales comunitarios	p.20
Figura 11	Inauguración del Helipuerto en el Hospital de Ipswich	p.23
Figura 12	Niveles de personal, diciembre 2017	p.24
Figura 13	Mapa del Hospital de Ipswich	p.26
Figura 14	British Medical Association. Ruta formativa	p.37
Figura 15	Organigrama del área de quirófano	p.38
Figura 16	Manejo total de los pacientes con fractura de cadera	p.46
Figura 17	Datos para mayo 2018	p.47
Figura 18	Seguridad del paciente. Hospital de Ipswich	p.47

Memoria de Servicio de Quirófano - Mario Samuel García de la Torre Fernández

Figura 19	Estancia media postoperatoria fractura de cadera	p.48
Figura 20	Adecuación quirúrgica	p.48
Figura 21	Interrelación DAFO-CAME	p.50
Figura 22	Análisis DAFO	p.51
Figura 23	Análisis CAME	p.52
Figura 24	Líneas estratégicas y factores claves del éxito	p.54
Figura 25	Mapa de procesos	p.58
Figura 26	Perspectiva financiera-eficiencia	p.67
Figura 27	Perspectiva clientes- experiencia y seguridad del paciente	p.68
Figura 28	Perspectiva procesos internos- Calidad asistencial	p.69
Figura 29	Perspectiva aprendizaje- docencia e investigación	p.70

Lista de Tablas:

Tabla 1	Cartera de Servicios del Hospital de Ipswich y prestaciones	p.17
Tabla 2	Ratio de nacimientos y defunciones 2013-2017	p.42
Tabla 3	Cuadro de mando de hospitalización	p.43
Tabla 4	Actividad quirúrgica del área de traumatología y ortopedia	p.44
Tabla 5	Nº de operaciones canceladas en el día y causa más repetida	p.45

Lista de Acrónimos:

BMA	British Medical Association.
CAME	Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar.
CQC	Care Quality Commission.
NHS	National Health Service.
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.
DHS	Dynamic Hip Screw.
GP	General Practitioner.
IPS	Ipswich.
MSK	Muskuloskeletal.
NICE	National Institute for Health and Care Excellence.
NHFD	National Hip Fracture Database.
URPA	Unidad propia de Recuperación Post Anestésica.
WHO	World Health Organisation.
WTE	Whole Time Equivalent.

9.- BIBLIOGRAFÍA:

1.- Health.org [Internet]. Inglaterra-Cambridge; 2009 [Citado 5 de junio 2018] Disponible en:

https://www.health.org.uk/sites/default/files/QualityInHealthcareInEnglandWalesScotlandNorthernIreland_IntraUKChartbook.pdf

2.- Nhs.uk [Internet]. Inglaterra; [Citado 5 junio 2018] Disponible en:

<https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>

3.- Nhs.uk [Internet]. Inglaterra; [Citado 5 junio 2018] Disponible en:

<https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/uk-visitors/Pages/access-services-in-England.aspx>

4.- Kingsfund.org.uk [Internet]. Inglaterra; [Actualizado 16 mayo 2017, citado 5 junio 2018] <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>

5.- rcplondon.ac.uk [Internet]. Inglaterra; 2016 [Actualizado 21 septiembre 2016, citado 5 junio 2018] Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/underfunded-underdoctored-overstretched-nhs-2016>

6.- kingsfund.org.uk [Internet]. Inglaterra; 2016 [Actualizado 20 enero 2016, citado 5 junio 2018] Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/01/how-does-nhs-spending-compare-health-spending-internationally>

7.- gov.uk [Internet]. Inglaterra; 2013 [Actualizado 26 marzo 2013, citado 18 junio 2018] Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/the-health-and-care-system-explained/the-health-and-care-system-explained>

7.- Nhs.uk [Internet]. Inglaterra [Citado 17 junio 2018] Disponible en: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>

- 8.- NHS.uk. [Internet]. Inglaterra [Citado 1 julio 2018] Disponible en: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>
- 9.- Plumplot.co.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado 2016, citado 1 julio 2018] <http://www.plumplot.co.uk/Suffolk-population.html>
- 10.- Ons.gov.uk [Internet]. Inglaterra; 2018 [Actualizado 22 marzo 2018, citado 9 junio 2018] Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/datasets/populationestimatesforukenglandandwalesscotlandandnorthernireland>
- 11.- Suffolk.gov.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado 2015, citado 9 junio 2018] Disponible en: <https://www.suffolk.gov.uk/assets/council-and-democracy/our-aims-and-transformation-programmes/Suffolk-Diversity-Profile.pdf>
- 11.- Suffolkobservatory.info [Internet]. Inglaterra; 2011 [Actualizado 2011, citado 14 junio 2018] Disponible en: <https://www.suffolkobservatory.info/population/report/view/4832969924e842a49d455fb92dfef2cc/E07000200>
- 12.- Healthysuffolk.org.uk [Internet]. Inglaterra; 2015 [Actualizado en junio 2015 , citado 12 junio 2018] Disponible en: <https://www.healthysuffolk.org.uk/uploads/18611-The-State-of-Suffolk-Final.pdf>
- 13.- Statista.com [Internet]. Reino Unido [Actualizado 2016, citado junio 2018] Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/281416/birth-rate-in-the-united-kingdom-uk/>
- 14.- Statista.com [Internet]. Inglaterra [Actualizado 2016, citado junio 2018] Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/281478/death-rate-united-kingdom-uk/>

- 15.- Healthysuffolk.org.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado junio 2015, citado 20 junio 2018, pág. 111] Disponible en: <https://www.healthysuffolk.org.uk/jsna/reports/state-of-suffolk-report>
- 16.- Healthierlives.phe.org.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado 2015, citado 12 junio 2018] Disponible en: <https://healthierlives.phe.org.uk/topic/mortality>
- 17.- Fingertips.phe.org.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado 2015, citado 14 junio 2018] Disponible en: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework>
- 18.- Fingertips.phe.org.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado septiembre 2014, citado 14 junio 2018] Disponible en: <https://fingertips.phe.org.uk/profile/local-alcohol-profiles/data#page/0>
- 19.- Ng M Fleming, T Robinson M et al. "Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study" The Lancet; 2013. 384 (9945): 766-781
- 20.- Sportengland.org [Internet]. Inglaterra [Actualizado enero 2015, citado 14 junio 2018] Disponible en: <https://www.sportengland.org/research/about-our-research/active-people-survey/>
- 21.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra; 2017 [Actualizado verano 2017, citado 12 junio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/aboutourhospital/Documents/Annual%20Reports/Annual%20Report%20and%20Accounts%202016-17.pdf>
- 22.- Ons.gov.uk [Internet]. Inglaterra; 2017 [Actualizado diciembre 2017, citado junio 2018] Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/bulletins/ukpopulationbycountryofbirthandnationality/2017>

22.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado junio 2018, citado junio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/a-zofservices/>

24.- England.nhs.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado 2016, citado junio 2018] Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/patientsafety/wp-content/uploads/sites/32/2016/03/discharge-cs-iph-patient-flow-bundle.pdf>

25.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra; 2016 [Actualizado 2016, citado junio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/aboutourhospital/Documents/Publication%20Scheme/Quality%20Account%202016-17.pdf>

26. Suffolkfed.org.uk [Internet]. Inglaterra; 2018 [Actualizado 2018, citado junio 2018] Disponible en: <https://suffolkfed.org.uk/about-us/>

27.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra; 2017 [Actualizado verano 2017, citado 12 junio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/news/green-light-for-helipad.htm>

28.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra; 2017 [Actualizado mayo 2017, citado junio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/aboutourhospital/annual-reports.htm>

29.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado mayo 2018, citado julio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/aboutourhospital/boardmeetings/Board%20Papers/180524/4.1a%20Integrated%20Performance%20Report%20REVISED.pdf>

30.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra [Citado junio 2018] Disponible en: <http://www.ipswichhospital.nhs.uk/forpatientsandvisitors/Documents/00037-16%2018->

[week%20Maximum%20Waiting%20Time%20from%20Referral%20to%20Treatment
What%20does%20this%20mean%20for%20you.pdf](#)

31.- Bbc.co.uk [Internet]. Reino Unido; 2016 [Actualizado abril 2016, citado junio 2018]

Disponible en: <https://www.bbc.co.uk/news/health-41483322#healthTrust=RGQ>

32.- Ipswichhospital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra [Actualizado diciembre 2016, citado Junio 2018]

<http://www.ipswichhospital.nhs.uk/aboutourhospital/Documents/Publication%20Scheme/Trust%20Business%20Plan.pdf>

33.- Files.digital.nhs.uk [Internet]. Inglaterra; 2018 [Actualizado marzo 2018, Citado julio 2018] Disponible en:

<https://files.digital.nhs.uk/33/744C9D/SHMI%20one%20page%20summary%2C%20Oct16-Sep17.pdf>

34.- Cqc.org.uk [Internet]. Reino Unido; 2018 [Actualizado enero 2018, citado julio 2018]

Disponible en: <https://www.cqc.org.uk/location/RGQ02/inspection-summary#urgent>

35.- The Ipswich Hospital NHS Trust. Anabell Towns. Departamento: Information Management. Business Performance and Technology Directorate. Email:

Annabel.towns@ipswichhospital.nhs.uk

36.- Roberts S, Saithna A, et al. "Improving theatre efficiency and utilisation through early identification of trauma patients and enhanced communication between teams" British Medical Journal, Quality Improvement Programme, BJM Open Quality. Volume 4, Issue 1. [Internet] Reino Unido; 2015 Disponible en: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/4/1/u206641.w2670>

37.- Nice.org.uk [Internet] Reino Unido. [Citado Julio 2018] Disponible en:

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/hip-fracture>

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/hip-fracture#content=view-index&path=view%3A/pathways/hip-fracture/hip-fracture-surgery.xml>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg124> <https://www.nice.org.uk/guidance/qs16>

38.- Kaplan RS, Norton DP [2002] Cuadro de Mando Integral. Madrid: Gestión 2000.