



EDITORIAL

Lo fundamental y lo complementario en las habilidades del cirujano ortopédico



What is fundamental and what is complementary in the skills of the orthopaedic surgeon

Paciente joven, deportista aficionado, que acude frustrado a consulta por persistir dolor e inestabilidad en un tobillo tras una cirugía previa. Le sorprende que le haga caminar descalzo en consulta (nadie le había visto caminar con su pie cavovaro), le sorprende que le pida el disco para ver las imágenes de la resonancia (nadie las había visto, solo habían leído el informe del radiólogo), y le sorprende mucho más que le explique la posibilidad de utilizar plantillas para su tendinopatía de los peroneos en lugar de proponerle directamente una cirugía de rescate. Encima de la mesa me ha dejado tres resonancias, un TAC, un electromiograma, una gammagrafía con SPECT-TAC, una ecografía, y una baropodometría. El informe del radiólogo habla de una rotura completa del fascículo peroneoastragalino anterior del ligamento lateral externo y de una lesión osteocondral medial, pero no menciona que la lesión condral no tiene edema ni signos de inestabilidad y tampoco menciona la existencia de una rotura longitudinal del peroneo corto y la presencia de un peroneus quartus. El informe de la cirugía detalla una ligamentoplastia artroscópica con aporte de factores de crecimiento y una técnica de repavimentación de la lesión osteocondral, con un gasto mareante.

Durante mi formación como residente y como especialista he escuchado muchas veces a mis mentores y colegas "hay que operar pacientes, no radiografías". Las nuevas tecnologías de imagen son muy valiosas y han proyectado nuestra práctica profesional a otra dimensión. Las automatizaciones, informatizaciones y, recientemente, la inteligencia artificial, pueden ser una buena herramienta "complementaria" a un buen ejercicio profesional. Los navegadores en el coche o en un teléfono nos llevan a cualquier sitio, pero nos hacemos tan dependientes de ellos que perdemos o no adquirimos la capacidad de la circulación con referencias visuales. Si no metemos la dirección en la pantalla táctil con propiedades hápticas ya no sabemos llegar a la cafetería de siempre. Eso sí, sabemos cuántos metros

recorreremos, a qué altitud está la cafetería, y si tiene 7 reseñas de 4 estrellas en internet. Nuestros residentes y especialistas jóvenes están recibiendo una gran formación en habilidades quirúrgicas y aprenden técnicas complejissimas, pero no están aprendiendo, en muchos casos, los fundamentos: porqué le duele algo a un paciente, cómo explorarle, qué pedirle (o no pedirle), cómo interpretar las imágenes, cómo diferenciar la causa de la consecuencia, el dolor primario del dolor por transferencia, y cuando indicar esa técnica deslumbrante que han aprendido. Aunque sea volver a los fundamentos de nuestra especialidad, la buena práctica nos indica que hay que explorar primero, preguntarse porqué pasan las cosas, decidir si hace falta una prueba "complementaria" y saber cuál, antes de proponer un tratamiento. Una prueba "complementaria" nunca puede ser la única base de un diagnóstico y sus hallazgos interpretados por un radiólogo (que muchas veces no recibe información suficiente de nosotros y que no puede explorar al paciente) no pueden ser la base sobre la que fundamentar una indicación quirúrgica. El avance del conocimiento superespecializado por unidades funcionales nos hace ver que no podemos ser expertos en todas las regiones de nuestra economía. Mis conocimientos de columna son básicos y mi interpretación de una resonancia se reduce a hallazgos evidentes, pero cualquiera de mis compañeros de la unidad de raquis obtiene una gran cantidad y calidad de información de una resonancia de columna lumbar. Es muy evidente que pasa lo mismo con los radiólogos. Un radiólogo no puede ser muy bueno en todo si tiene que informar mama, corazón, pulmón, páncreas y tobillo. La informatización estrangula la información que un radiólogo recibe y se está perdiendo la comunicación entre radiólogo y cirujano ortopédico para saber qué buscar y qué le pasa al paciente antes de interpretar las imágenes.

Para estas carencias, la inteligencia artificial en radiología propone algoritmos inteligentes basados en cantidades

ingentes de información, procesada de manera que nos señala sospechas que deben ser "complementarias" a nuestra sospecha clínica. Esta pasada semana atendí en consulta a una paciente joven que tras una torsión casual de un tobillo fue inmovilizada con una férula en equino durante 4 semanas por una supuesta fractura de tuberosidad posterior del calcáneo. Le adjuntaron a su informe de urgencias una foto del cuadrado que señalaba la "irregularidad" que la inteligencia artificial había interpretado como una fractura. Ni el procesador ni el residente pensaron que una persona joven no se rompe su calcáneo con una torsión. Tampoco le preguntaron sus antecedentes quirúrgicos de una osteotomía de calcáneo por un pie plano, cuya "huella" en el hueso fue interpretada como una fractura. Con la inflamación y la posición del pie en equino durante 4 semanas, la paciente no puede hacer la dorsiflexión necesaria para una marcha normal. Al no haber mejorado con rehabilitación se ve abocada a una cirugía con un resultado no siempre previsible. Tomar lo complementario como lo fundamental conlleva graves problemas para algunos pacientes, también para algunos médicos, y un gasto enorme y evitable para todos.

Es evidente por mis ejemplos que me dedico a pie y tobillo, pero estoy seguro de que todos habréis encontrado paralelismos en vuestras áreas de trabajo dentro de la Cirugía Ortopédica. Es nuestra obligación profesional y ética la formación de nuevos especialistas y la transmisión de nuestros conocimientos de la manera en que la mayoría de nosotros aprendimos y aprendemos de nuestros mentores, maestros, y compañeros. Las pruebas complementarias son complementarias de lo central, que sigue siendo una buena práctica clínica y quirúrgica. La práctica quirúrgica siempre debe estar supeditada a una indicación correcta. Y la indicación necesariamente al conocimiento de la patología y a sus bases patomecánicas. Si no entendemos cómo funciona algo, difícilmente podremos entender cómo se estropea y cómo repararlo.

Metiéndome en mi piel de vocal de Docencia y Formación Continuada de SECOT pienso en los más jóvenes de nuestro colectivo y como adenda a los muchos cursos de formación en habilidades quirúrgicas y a los muchos menos de habilidades básicas, permítanme recordar algunos fundamentos de una buena práctica ortopédica. Muchos de ellos los aprendí de mis mentores, otros de mis pacientes:

Escucha al paciente. Mirándole a los ojos, no a la pantalla del ordenador. No siempre lo que le duele es lo que aparece en el informe de la prueba "complementaria". No siempre la deformidad es el motivo de consulta.

Haz una buena anamnesis para saber qué es primario y qué es secundario. Los antecedentes pueden ponerte en la pista del diagnóstico. Poder discriminar entre un dolor de transferencia y el dolor índice es uno de los retos en tu vida profesional.

Pregúntate qué le pasa, por qué le pasa, y elabora un diagnóstico clínico. No siempre hace falta pedir una prueba complementaria, con un buen diagnóstico no suele hacer falta pedir 4 pruebas a la vez.

Si después de una buena anamnesis y exploración no sabes que le pasa, haz una pausa y aparca tu ego. No hay que tener ningún miedo en decir a un paciente que no

sabes qué le pasa. En esta situación no le pidas pruebas "complementarias" si no tienes nada que complementar. Busca a un mentor, a un veterano, y aprende con él. El paciente estará siempre agradecido con tu honestidad y con la ayuda para buscar a alguien con mayor experiencia que pueda resolver su problema.

Llegado el momento de las pruebas complementarias, en casos complejos, habla con tu radiólogo especializado y establece una relación de confianza. Cuéntale qué buscas y dónde.

Salvo en excepciones contadas (tumores, infecciones), piensa siempre en agotar los tratamientos conservadores antes de plantear una cirugía. Algunos de los pacientes más agradecidos que he tenido son los que han podido evitar una cirugía porque el tratamiento conservador ha mejorado o solucionado su problema.

Conoce y respeta la evolución natural hacia la curación espontánea de algunas patologías. No tiene sentido operar una fasciopatía plantar proximal con 6 meses de evolución cuando la mayoría se autolimitan y dejan de doler en torno a los 8-10 meses.

Si al leer este editorial estás convencido de no haberte sorprendido por nada y crees que todo debe darse por sobreentendido, enhorabuena por estar en la dinámica de una buena práctica. Yo quiero que me trates tú cuando tenga un problema.

Si el editorial te ha hecho pensar que tienes margen de mejora, estoy seguro de que encontrarás el camino de la buena práctica.

Si el editorial te ha dejado indiferente y crees que el camino hacia una buena práctica se hace de prueba "complementaria" en prueba "complementaria", tienes un problema y deberías plantearte cambiar y cursar un plan de formación adecuado. Nunca es tarde para poder aprender fundamentos.

En los tiempos de la inteligencia artificial, de la satisfacción inmediata, de los efectos visuales y sonoros, de las gigas de velocidad, no es fácil cambiar la dinámica hacia el recurso más valioso e insustituible en nuestra profesión y en nuestro campo de cirujanos ortopédicos: nuestro tiempo para escuchar, explorar, y explicar al paciente. Estos recursos no están en peligro de extinción, pero no se están cultivando en la misma proporción que las habilidades quirúrgicas. El "cómo hacerlo" tiene mil padres (Industria), el "cómo y por qué" es huérfano. Desde la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología hemos introducido y seguiremos introduciendo cambios en la docencia para que nuestras preguntas cambien del "cómo hacerlo" al "cómo y por qué pasa" y "cómo cambiarlo". La combinación de ambos mundos - fundamentos y complementos - nos proyectará a la dimensión de excelencia humana y técnica que nuestros pacientes buscan en nosotros.

Manuel Monteagudo

Vocal Docencia y Formación Continuada SECOT

Manuel Monteagudo de la Rosa
*Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital
 Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, España*
 Correo electrónico: mmontyr@yahoo.com