

¿Cómo reconocer y tratar las complicaciones en Ortopedia?

Traducción de Dr. Eduardo Bustillo Sierra. Santafé de Bogotá, D.C.

Durante el tratamiento de las fracturas una *complicación* ha sido definida como: "Un indeseable curso de los eventos". Debido a que el paciente, el médico y el asegurador, traen a colación un diferente curso de valores, al evaluar los resultados médicos, la pregunta más bien podría ser: "¿Deseada por quién?". Tanto el paciente como el médico por ejemplo podrían estar de acuerdo en intentar a toda costa el salvar la muy complicada fractura abierta de la tibia con contaminación y lesión arterial. El asegurador que va a tener que encargarse de los costos en exceso de un cuarto de millón de dólares, representados en el reparo arterial, la cobertura por colgajo libre, la fijación de la fractura, el injerto óseo y la necesidad de múltiples reoperaciones si la infección llegara a desarrollarse y sumándole a esto un muy prolongado tiempo de incapacidad total, antes de que el paciente pueda volver a trabajar, puede considerar lo que va a venir como unas circunstancias indeseables si las comparamos con la amputación por debajo de la rodilla, colocar una prótesis y un retorno más temprano del paciente a trabajar. Por lo tanto un entendimiento explícito del curso *deseable* de los eventos es crucial para poder categorizar las complicaciones. En este contexto el tratamiento de una fractura es diferente al de otras áreas de la Ortopedia y más aún de la medicina en general por dos razones:

1. El objetivo del tratamiento aunque a menudo no muy explícito es generalmente obvio; esto es la curación de la fractura con retorno a una actividad total.
2. El paciente no había anticipado su accidente y por lo tanto su información al respecto es limitada.

Esta información la ha obtenido a través de una visita preoperatoria y a la asignación de un médico. Todo esto en gran parte determinado por el modo como fue referido a la Institución. Entre tanto el paciente está soportando grandes molestias y una inesperada pérdida en su productividad. Para hacer las cosas aun más difíciles las víctimas adquieren una sicopatología asociada que dificulta su comunicación.

El ortopedista, a diferencia de otros especialistas, puede ser optimista. La mayoría de sus pacientes tienen problemas que mejoran con el tratamiento y con un buen manejo ortopédico y la mayor parte reasumen sus actividades aliviados del dolor. Los pacientes con problemas persistentes y dolorosos difíciles de explicar y en los cuales no hay medidas físicas, farmacológicas o quirúrgicas que sean de claro beneficio, son referidos por el ortopedista al reumatólogo, a los neurólogos y psiquiatras.

El proceso para solucionar complicaciones comienza identificando el curso deseado de los eventos, reconociendo las secuelas adversas y de manera muy importante admitiendo su presencia cuando han aparecido. El transmitírsele a su paciente requiere de palabras que sean usadas en el lenguaje común para describir fallas. "Un poco de enrojecimiento" y "un poco de supuración" son después de todo la infección en la operación. Una "ligera angulación" es en realidad una mala consolidación.

* In skeletal Trauma. Broweer, Jupiter, Levine, Trifton. Editores. W.B. Saunder, Philadelphia, 1993.

Muchas fracturas complicadas y bien tratadas van sin embargo a determinar incapacidades permanentes. Así, una fractura conminuta supracondílea del húmero que ha sido tratada con una buena reducción abierta, puede llegar a determinar una pérdida de movilidad hasta del 5% en el codo. Este resultado excelente en términos del estado actual en el manejo de dicha fractura, será motivo de queja por el paciente quien notará la limitación medible y permanente en su extremidad.

La cadena causal que llevó a esta incapacidad comenzó cuando el paciente se cayó y golpeó su codo y es fundamental el mantener esta conexión. Cuando el médico no reconoce la presencia de la incapacidad o falla no reconocer que su paciente está molesto, por ejemplo por un tornillo prominente que se ha aflojado en el sitio de la osteosíntesis, es cuando aparece el riesgo de que el abogado del paciente pretenda cortar la cadena causal y llevarla al evento puramente operatorio. Para muchos pacientes el entender que las secuelas que notan son el resultado de la lesión y el haber sido informados oportunamente de las complicaciones posibles por la información del médico, son pasos cruciales que van a permitir que el proceso de controlar y tratar las complicaciones, sea colocado en su perspectiva real.

Algunas veces las complicaciones se catalogan como *mayores o menores*. Aunque hay muchas maneras para hacer esta categorización, una complicación mayor es aquella que causa incapacidad no anticipada o aumenta de manera considerable la morbilidad del tratamiento. Una complicación mayor crea incidentes que requieren reoperaciones o que prolongan la convalecencia del paciente.

La apariencia de una cicatriz en una localización cosméticamente sin trascendencia, es una complicación menor aunque no necesariamente en la percepción del paciente. Algunas veces complicaciones aparentemente menores como una ulceración en el talón, puede significar una pérdida mayor en la productividad del paciente. Reconocer estos tipos de morbilidad es un paso importante en la honesta evaluación del tratamiento.

Las improvisaciones técnicas en la ejecución de un procedimiento pueden resultar en pérdida de la fijación, mal posicionamiento de los implantes o una incorrecta reducción. En estas circunstancias la solución del problema va a requerir de un procedimiento planeado y del cual se le ha informado oportunamente al paciente y no verificado afanosamente a espaldas del mismo.

Siempre es útil obtener radiografías en cualquier circunstancia en que se usen implantes. Lograrlas puede ser difícil especialmente en pacientes severamente lesionados y que se deterioran durante el acto anestésico. Las radiografías tomadas en el acto operatorio pueden mostrar inicialmente que los implantes se encuentran en su deseada localización pero los estudios posteriores pueden mostrar que no había tal. Además, las radiografías portátiles se hacen en condiciones subóptimas y su interpretación puede estar influenciada por la situación misma.

Todas estas radiografías deficientes son parte del récord de la historia clínica y como tales pueden ser manipuladas fuera de contexto meses después, cuando aparecen costos exagerados por atención médica y en pacientes que tienen problemas financieros y cargas sociales. Todo esto modificado por un paciente lesionado e iracundo.

La honestidad y una comunicación oportuna y apropiada tanto oral como escrita, son esenciales.

El pasar los honorarios a destiempo puede crear en el paciente la presunción de que algo malo está sucediendo. El acordar con anticipación los honorarios proporciona al paciente un tiempo para valorar el trabajo que ha contratado. Si las complicaciones comienzan a aparecer y el problema a seguir un curso adverso estos factores deben ser previstos y por supuesto la atención de la fractura debe ser mejorada.

Los problemas de mal alineamiento en las extremidades se hacen aparentes a los pacientes en los días siguientes a la fijación de la fractura y particularmente en polifracturados. Por ejemplo, luego de un enclavijamiento endomedular, una significativa malrotación del fémur se hará evidente el paciente que está comenzando a recuperarse y a caminar. Es preferible discutir la situación con el enfermo oportunamente, demorar la rutina operatoria y cinco a diez días más tarde reinvertirlo para corregir el problema.

Las complicaciones locales que se presentan tardíamente en el curso de un tratamiento son a menudo relacionadas a perturbaciones en la consolidación de la fractura y pueden desarrollarse insidiosamente en un período de semanas o meses. A menudo el paciente ha estado anticipando su recuperación y el ortopedista ha fallado en reconocer una tendencia hacia la deformidad, que habiéndola mirado secuencialmente en exámenes radiográficos, era ciertamente evidente.

Cada fractura tiene al menos dos problemas complementarios que deben ser solucionados: Un problema biológico y un problema mecánico.

El problema biológico consiste en *proporcionar* las circunstancias para la cicatrización de la fractura. En la mayoría de las fracturas simples cerradas, todos los factores biológicos están presentes y así la consolidación va a ocurrir. En las fracturas compuestas y por alta energía es importante valorar este factor biológico. Hasta ahora solamente unas pocas estrategias están a nuestra disposición para mejorar la biología. Estas incluyen los injertos óseos autógenos, la estimulación eléctrica y la transferencia de tejidos.

En cambio el problema mecánico incluye la selección de una estrategia de tratamiento conservador o quirúrgico que anticipe la conducta mecánica del hueso fracturado y provea un ambiente favorable a los procesos biológicos. Los trabajos por Goodship y colaboradores y por Rubin y Elayon han comenzado a definir las circunstancias mecánicas favorables para la cicatrización de la fractura. Por esto los enclavijamientos intramedulares cerrados funcionan bien aunque destruyen el contenido de la médula. En estos casos la envoltura de partes blandas no se altera y así la biomecánica en el sitio de la fractura es enteramente favorable. Cuando la vitalidad de los tejidos alrededor de la fractura está comprometida, el margen de seguridad es más pequeño y se puede esperar un resultado adverso. En estas condiciones el modificar el método (por ejemplo eliminando el rimado y usando implantes mecánicamente más fuertes pero más delgados) podría reducir la incidencia de complicaciones a un nivel aceptable.

Además de los aspectos biológicos y mecánicos en el tratamiento de las fracturas hay otras consideraciones pertinentes que son aplicables a una fractura en particular. Entre ellas podemos citar el manejo del espacio muerto y la preservación de la función en el cartílago articular. En el curso del tratamiento la atención a los detalles relacionados con estos factores puede llegar a ser crítico para una recuperación sin complicaciones. Técnicas tales como los rosarios de metil metacrilato impregnados con antibióticos y la movilidad pasiva continua, pueden llegar a ser útiles en estas áreas aunque es bien cierto que nos falta una más cuidadosa comprobación para demostrar su verdadera eficacia a largo plazo.

Otra manera de ver las complicaciones locales es por su clasificación anatómica (piel, partes blan-

das, problemas neurovasculares y óseos) o por una clasificación basada en el proceso patológico mismo (inflamación, hemorragia, infección o necrosis). El método de categorizar las complicaciones locales puede influir en el tratamiento. Por ejemplo, el temor ante la posibilidad de infección postoperatoria durante muchos años dificultó el aceptar los métodos quirúrgicos en el tratamiento de las fracturas e inclinó a los ortopedistas a concentrarse en procedimientos cerrados de tratamiento. Si la atención se hubiera dirigido a detectar las perturbaciones tróficas y rigideces tan frecuentes en el tratamiento conservador, posiblemente se habrían determinado diferentes rumbos terapéuticos al menos en ciertas fracturas. El comité de fracturas de la Asociación Médica Británica identificó aquellas fracturas en las cuales las estrategias quirúrgicas resultaban superiores, pero este documento se expidió en 1912 antes de la disponibilidad de antibióticos, transfusiones, anestesia moderna, intensificación operatoria de imágenes e implantes más avanzados. El comité concluyó entonces que "en casos tratados precozmente con cirugía, la influencia de factores tales como la edad sobre resultados funcionales era mucho menos marcada. El comité también expresó que "en casi todos los grupos de edad, los pacientes quirúrgicos mostraron mejores resultados que aquellos similares no operatorios".

Cuando treinta años después un grupo de traumatólogos suizos trabajando bajo la premisa de que una fractura tratada inadecuadamente produce una muy significativa incapacidad permanente, fundó una Asociación para el estudio de la Osteosíntesis, que popularizó la fijación quirúrgica de las fracturas. Así, en la década de los 80 la AO/ASIF, estandarizaron implantes y técnicas de gran aceptación actual. Los ortopedistas dedicados al estudio y tratamiento de las fracturas han formado una nueva sociedad quirúrgica, la Asociación de Trauma Ortopédico (OTA) uno de cuyos propósitos es la de educar a profesionales en la prevención de las secuelas traumáticas al sistema musculoesquelético.

En nuestra época la relación riesgo/beneficio es el punto crítico en cuanto a la decisión de escoger el tipo de tratamiento de la fractura. En una época en que el análisis de resultados es disponible, van a aparecer nuevos factores que tendrán una gran influencia en la manera como se gasten los recursos en el cuidado de la salud y específicamente en el cuidado de las fracturas. Así, la categorización de las complicaciones va a asumir gran importancia. Debe edificarse un modelo para el tratamiento de las fracturas, en que tenga la misma importancia el

resultado a plazo de un tratamiento en particular en vez de darle mayor importancia a los parámetros económicos a corto plazo (por ejemplo días en el hospital, readmisiones, costos de los implantes, etc.)

ya que estos factores no van a mostrar la verdadera morbilidad socioeconómica de la enfermedad a largo plazo y el potencial y duradero impacto de las complicaciones locales en el tratamiento de las fracturas.

Correos
de Colombia



Adpostal

Estos son nuestros servicios

¡UTILICELOS!

- Servicio de Correo Ordinario
- Servicio de Correo Certificado
- Servicio de Certificado Especial
- Servicio Encomiendas Aseguradas
- Encomiendas Contra Reembolso
- Servicio Cartas Aseguradas
- Servicio de Filatelia
- Servicio de Giros
- Servicio Electrónico BuroFax
- Servicio Internacional APR/SAL
- Servicio "CORRA"
- Servicio Respuesta Comercial
- Servicio Tarifa Postal Reducida
- Servicios Especiales

TELEFONOS. DE RECLAMOS:

334-0304 y 341-5536

CUENTE CON NOSOTROS

Hay que creer en los correos de Colombia