

Toma de decisiones a pie de campo en fútbol. Opinión de los médicos de equipos profesionales ante siete casos problema

JORDI ARDEVOL CUESTA^a Y LLUÍS TIL PÉREZ^b

^aHospital Asepeyo Sant Cugat. Clínica FIATC. Barcelona. España.

^bDepartament Mèdic FCBarcelona. Cosorci Sanitari de Terrassa. CAR Sant Cugat. Barcelona. España.

RESUMEN

Introducción: Para identificar si existe o no discrepancia entre los médicos de equipo de fútbol en decisiones a pie de campo, se realiza una encuesta sobre casos clínicos comunes.

Material y método: Durante la reunión anual de la Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol se realizó una encuesta individual y anónima sobre 7 supuestos médicos de asistencia inmediata en el terreno de juego. Los casos hacían referencia a episodios reales que obligan a una toma de decisión rápida.

Resultados: Los encuestados valoran reducir la luxación en vestuario con un máximo de 2 intentos y retirar al jugador. En cuanto al traumatismo torácico y el esguince del ligamento lateral externo del tobillo de grado II, la mayoría recomienda la retirada y no realizar infiltraciones. En una elongación de isquiotibiales, la mitad de los encuestados tendría en cuenta las sensaciones del jugador. En una contusión craneal con desorientación transitoria, la mayoría de médicos no retiraría al jugador. Ante una herida contusa en la cabeza, se prefieren las grapas a los puntos y realizar la sutura en el vestuario. En la parada cardiorrespiratoria, la mayoría de los médicos propone iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediatamente en el terreno de juego.

Discusión: Los resultados obtenidos tienen diferente grado de disparidad, por lo que se anima a las distintas asociaciones médicas de nuestro ámbito a que elaboren protocolos y consensos acerca de las acciones que se deben tomar. Predominan, no obstante, las actitudes conservadoras y preservadoras de la salud del futbolista.

PALABRAS CLAVE: Médico de equipo. Fútbol. Encuesta. Toma de decisiones.

ABSTRACT

Introduction: To identify whether there are any discrepancies among the professional team physicians when making sideline decisions, a survey on common cases was performed.

Material and method: During the annual meeting of the Spanish Association of Football Team Doctors, we administered an anonymous, individual questionnaire on 7 simulated cases requiring immediate medical attention on the pitch. The cases were based on real episodes requiring rapid decision making.

Results: The respondents would reduce shoulder dislocation in the changing room with a maximum of 2 attempts and withdraw the player. With thoracic injury and grade II sprain of the external lateral ligament of the ankle, most respondents recommended withdrawing the player and would not perform infiltrations. With pulled ischiotibial muscles, half the respondents would bear the player's sensations in mind. In cranial contusion with transitory disorientation, most physicians would not withdraw the player from the game. With contused head wounds, most respondents preferred staples to sutures and would perform the suturing in the changing room. In cardiorespiratory arrest, most respondents proposed starting cardiopulmonary resuscitation immediately on the pitch.

Discussion: The results obtained show distinct degrees of disparity. Consequently, we recommend that the various sports medicine associations design protocols and consensus documents on the actions that should be taken. Nevertheless, conservative attitudes predominated with the aim of preserving footballers' health.

KEY WORDS: Team physician. Soccer. Questionnaire. Sideline decisions.

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones inmediatas a pie de campo y su repercusión en el desarrollo de la competición son rasgos diferenciales característicos del trabajo del médico de equipo durante la competición. La toma de decisiones en la práctica clínica tiene un objetivo común: conseguir el mejor acto médico, con la mínima repercusión negativa sobre la disponibilidad de efectivos para la competición. Esto viene condicionado por 3 situaciones:

- La variabilidad entre médicos ante un mismo proceso es muy alta, también la de un mismo médico ante distintos pacientes que presentan el mismo proceso en diferentes situaciones. Esta incertidumbre en observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica se conoce como variabilidad de la práctica clínica. La variabilidad es habitual y deseable cuando hay una débil evidencia científica, convierte la medicina en un arte, pero es poco apropiada cuando hay evidencia científica.

- El exceso de información biomédica es un problema cualitativo y cuantitativo, y puede llegar a ser una intoxicación.

- El aprendizaje de la medicina construye un pensamiento fisiopatológico deductivo. Es deseable trabajar según un modelo inductivo que permita confirmar las hipótesis¹.

Cada deporte tiene sus peculiaridades en cuanto a las facilidades para atender a los deportistas lesionados. En nuestro ambiente, el fútbol profesional es un espectáculo de masas con altísima repercusión pública, que puede afectar a la toma de decisiones. Hay que tener en cuenta que la decisión más trascendente para la competición es si el jugador ha de abandonar el partido y ha de ser sustituido. Esta decisión puede ser trascendente para la evolución de la lesión o para evitar posibles complicaciones. Diferentes asociaciones médicas del deporte han puesto en marcha intentos de protocolizar diferentes actuaciones médicas (posición de la Federación Española de Medicina del Deporte en temas de medicina del deporte). Pero las decisiones a pie de campo son difíciles de estandarizar. Con la presente encuesta se pretende valorar la situación actual de las decisiones a tomar de forma inmediata.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante la reunión anual de los médicos de la Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol (AEMEF), el día 5 de septiembre, en Villarreal, dentro de la ponencia

“Actuación médica a pie de campo”, el autor J.A.C. impartió la conferencia “Criterios de actuación médica a pie de campo”, y planteó 7 supuestos clínicos habituales en un partido de fútbol. Simultáneamente, y durante la presentación de cada caso (2 min de duración máxima), cada médico podía, voluntariamente, contestar a una encuesta dirigida sobre cuál sería su criterio de actuación.

La encuesta se resolvía individual y anónimamente, sin poner en común los resultados y sin discusión entre los asistentes. Se animó a los asistentes a participar en la encuesta de forma simultánea, con una rápida reflexión, intentando introducirse en la situación, como si estuvieran haciéndolo dentro de un partido. En el caso de plantearse una duda sobre la decisión que tomar, se recomendó no dejar la respuesta en blanco y contestar en función del planteamiento más frecuente en la práctica médica de cada uno.

Caso clínico 1

Jugador de campo (no portero) con sospecha clínica de un primer episodio de luxación escapulo humeral.

Preguntas

- Intento de reducción en el terreno de juego/banda/vestuario.
- Número de intentos: 0/1/2/más de 2.
- Radiografía previa al intento de reducción: siempre/no siempre.
- Vuelta al terreno después de reducción: sí/no.

Caso clínico 2

Jugador de campo con herida en el cuero cabelludo de 5 cm de longitud.

Preguntas

- Sutura en la banda/el vestuario.
- Sutura con puntos/grapas.
- Anestesia local: sí/no.
- Vuelta al terreno de juego después de la sutura: sí/no.

Caso clínico 3

Contusión craneal con desorientación transitoria, sin pérdida de conocimiento ni focalidades aparentes.

Preguntas

- Evaluación en: terreno de juego/banda/vestuario.

- Retirada de la competición: sí/no.
- Observación: no hace falta/en vestuario/en hospital.

Caso clínico 4

Traumatismo torácico por pisotón con dolor costal mecánico.

Preguntas

- Retorno al terreno a prueba con vendaje elástico/retirada de competición para valorar la radiografía.
- Auscultación en la banda para toma de decisión: sí/no.

Caso clínico 5

Distensión del tobillo en pronación. Dolor en trayecto del ligamento lateral externo. Sospecha de esguince de grado II. Voluntad de seguir por parte del jugador.

Preguntas

- Retirada de terreno de juego/vuelta al terreno de juego con vendaje funcional.
- En caso de vuelta al terreno de juego, añadir infiltración: sí/no.

Caso clínico 6

Episodio agudo de elongación de isquiotibiales con síntomas que el jugador interpreta como de ligeros.

Preguntas

- Estiramientos + masaje y vuelta al terreno de juego/retirada del terreno para evitar recaída.
- Autotest del jugador y aceptar su decisión: sí/no.

Caso clínico 7

Futbolista inconsciente, arreactivo a estímulos, dificultad para palpar el pulso carotídeo.

Preguntas

- Inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediatamente en el terreno de juego/traslado inmediato a una zona tranquila e inicio de maniobras de RCP.
 - Utilización de desfibrilador semiautomático (DSA) por: médico del equipo/médico de emergencias, si se dispone.
- Una vez planteados y resueltos los cuestionarios en 10 min, aproximadamente, se recogieron y se analizaron los

datos. El análisis de los datos se expresó en porcentajes, y los resultados se devolvieron a los participantes.

RESULTADOS

De un total de 27 médicos asistentes a la ponencia, 24 (88,8%) contestaron de forma completa y devolvieron de forma inmediata la encuesta.

En la tabla I se exponen los resultados porcentuales de las diferentes preguntas. En las figuras 1-9 se muestran los resultados de algunas de las preguntas más significativas.

DISCUSIÓN

El conocimiento de la praxis, los criterios y las actitudes de los profesionales médicos está creciendo y es de mucho interés para los médicos y la Administración sanitaria. Últimamente no es extraño ver encuestas que muestran la más variada información de cómo los médicos diagnostican, tratan y abordan diversos cuestionarios. Esto se ha incrementado para valorar la variabilidad en la toma de decisiones frente a la creciente presencia de la medicina basada en la evidencia².

Dentro del ámbito de la cirugía ortopédica y traumatología, y concretamente en la traumatología del deporte, especialmente en países anglosajones, en los últimos años son comunes las encuestas sobre los criterios y las técnicas practicadas al enfrentarse a lesiones del ligamento cruzado anterior de la rodilla o del manguito de los rotadores del hombro³⁻⁵. También hay alguna publicación que valora el trabajo del médico de equipo, especialmente en cuanto a los conflictos medicoéticos, que se encuentra en su trabajo^{6,7}, pero también sobre la praxis más habitual⁸. No tenemos conocimiento de que en España se hayan valorado, mediante encuesta, los criterios médicos practicados en el medio deportivo, y tampoco específicamente con los médicos de equipos de fútbol.

Los casos clínicos que se proponen en este trabajo están basados en episodios reales que plantearon situaciones de duda y obligaron a tomar una rápida decisión al médico. Todos ellos muestran una disparidad más o menos marcada entre las opciones escogidas en la encuesta.

El primer caso es un supuesto que manifiesta una opinión mayoritaria, en que prima la protección de la articulación lesionada: mayoritariamente reducir la luxación en el vestuario con un máximo de 2 intentos y no permitir la vuelta al terreno de juego. Sorprende el elevado porcentaje (41,6%) de médicos que optaba por hacer una radiografía previa al intento de reducción, sobre todo teniendo en cuen-

Tabla I Resultados porcentuales de las diferentes preguntas

Caso 1	a	b	c	d
Reducción en: a. Terreno juego/b. Banda/c. Vestuario/d. No intentar	8,3	25	50	16,6
Número de intentos de reducción: a. 0/b. 1/c. 2/d. Más de 2	25	12,5	50	12,5
Radiografía siempre previa a intento reducción: a. Sí/b. No	41,6	58,4		
Vuelta al terreno después de reducción: a. Sí/b. No	12,5	87,5		
Caso 2	a	b		
Sutura en: a. Banda/b. Vestuario	37,5	62,5		
Sutura con: a. Puntos/b. Grapas	37,5	62,5		
Utilización de anestesia local: a. Sí/b. No	37,5	62,5		
Vuelta a terreno de juego después de sutura: a. Sí/b. No	66,6	33,3		
Caso 3	a	b	c	
Evaluación en: a. Terreno de juego/b. Banda/c. Vestuario	16,6	58,3	25	
Retirada de competición: a. Sí/b. No	37,5	62,5		
Observación: a. No hace falta/b. En vestuario/c. En hospital	0	70,8	29,1	
Caso 4	a	b		
a. Vuelta a prueba con vendaje/b. Retirada competición para hacer una radiografía	29,1	70,8		
Auscultación en banda para toma de decisión: a. Sí/b. No	41,6	58,4		
Caso 5	a	b		
a. Retirada del terreno/b. Retorno al campo con vendaje funcional	70,8	29,1		
En caso de retorno: a. Poner infiltración/b. No infiltrar	0	100		
Caso 6	a	b		
a. Estiramientos + masaje + retorno/b. Retirada competición	62,5	37,5		
Autotest jugador y aceptar su decisión: a. Sí/b. No	50	50		
Caso 7	a	b		
a. Inicio de reanimación cardiopulmonar (RCP) en terreno de juego/b. Traslado inmediato a zona tranquila e inicio de RCP	75	25		
Desfibrilador utilizado por: a. Médico equipo/b. Médico de emergencias	75	25		

Figura 1

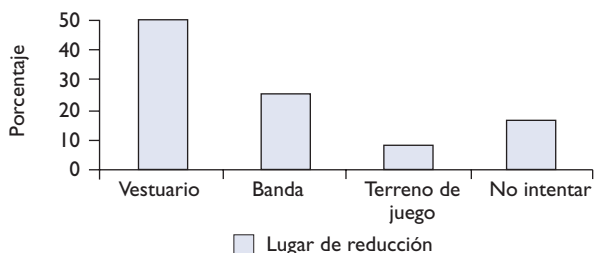


Figura 2

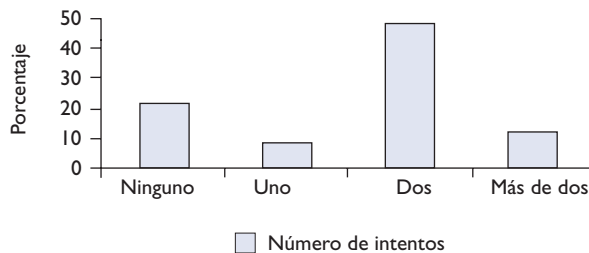


Figura 3

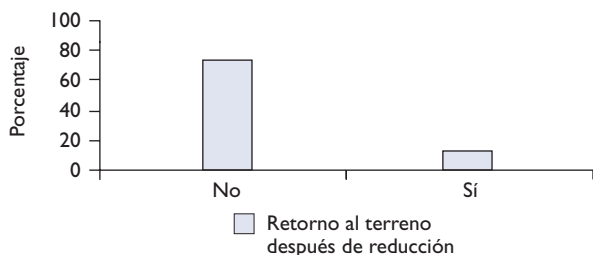


Figura 5

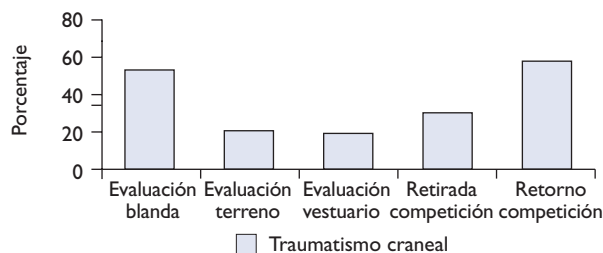


Figura 4

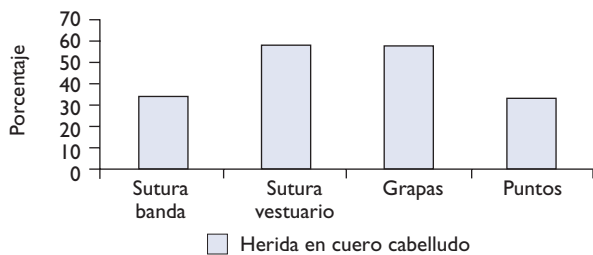


Figura 6

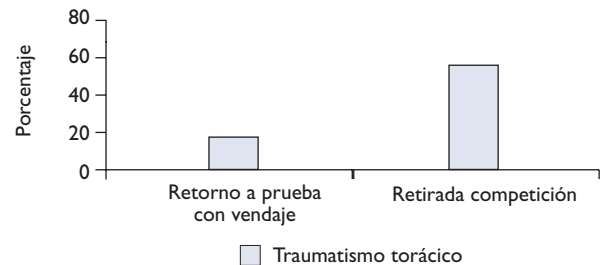
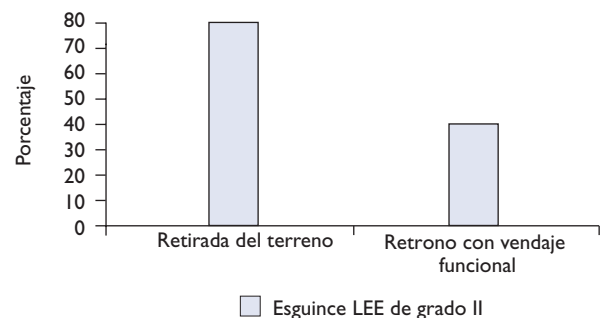


Figura 7



ta que más de un 80% haría la reducción dentro de las instalaciones del estadio.

Actitudes igualmente conservadoras y preservadoras de la integridad del deportista son mayoría en las respuestas de los casos del traumatismo torácico, con la consiguiente retirada del partido, y en el caso de la rotura de grado II del ligamento lateral externo del tobillo. Más de dos tercios de los médicos prefieren retirar al futbolista del partido, a pesar de la voluntad de éste de continuar, para evitar complicaciones y agravamientos de la lesión. En este caso, se da unanimidad a la no administración de infiltraciones para disminuir el dolor.

Más disparidad hay en la actitud ante una elongación de isquiotibiales. Aumenta hasta el 50% de médicos, que en este caso sí escucharían y tendrían en cuenta las sensaciones subjetivas del jugador.

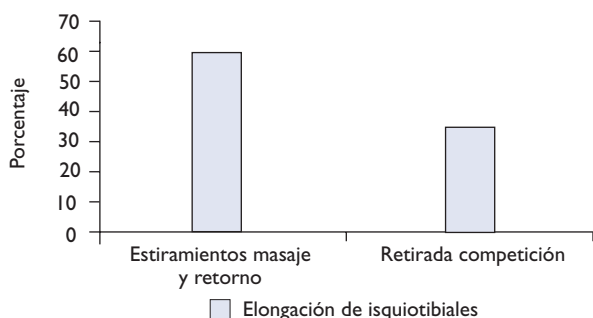
El caso de la contusión craneal con desorientación transitoria, pero sin pérdida de conocimiento, los resultados son muy interesantes. La mayoría de médicos no retirarían al jugador de la competición, pero todos ellos harían una evaluación reglada y posteriores medidas de observación. Parece, en nuestra opinión, que la política de los organismos médicos europeos y mundiales como el F-Marc, de la Federación Internacional de Fútbol Asociado, ha llegado a esta-

blecer cierto consenso en el procedimiento y los criterios que se deben seguir en el caso de los traumatismos craneales^{9,10}.

Un tema, quizá no tan trascendente, pero con muchísima incidencia en nuestro entorno, es la herida contusa en la cara o la cabeza. La mayoría de los médicos encuestados prefieren las grapas a los puntos y prefieren realizar la sutura en el vestuario.

Por último, en el caso clínico más grave, la parada cardiorrespiratoria, la mayoría de los médicos de equipo profesional españoles que contestaron la encuesta proponen iniciar las maniobras de RCP inmediatamente en el terreno de

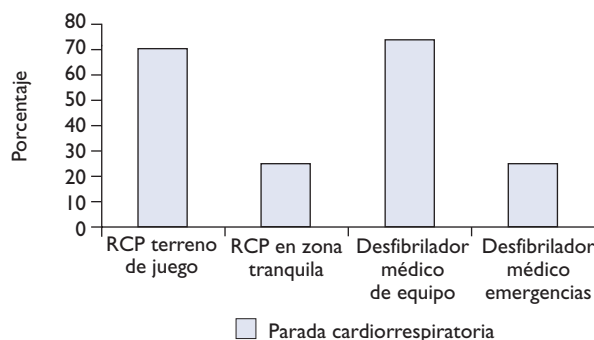
Figura 8



juego. Asimismo, utilizarían el DSA ellos mismos, sin esperar a la presencia de un médico reanimador de emergencias. Probablemente, estos resultados de la encuesta responden a la formación continuada que, desde hace tiempo, lleva realizando la AEMEF en RCP y en el uso de los DSA en el fútbol profesional. Como muestra, a finales de la temporada 2005-2006 se promovió un curso de emergencias en San Sebastián, que fue un éxito tanto de participación como de contenidos.

No obstante, estos comentarios no pueden esconder el hecho de que todavía tenemos criterios demasiado diferenciados. Evidentemente, cada club, equipo, competición y futbolista tienen sus propias características, pero el camino que se ha iniciado en algunos aspectos, como el del traumatismo craneoencefálico o la RCP, sería deseable que se extendiera a

Figura 9



otros supuestos y lesiones. Aunque se sabe que este trabajo carece de valor estadístico, el alto grado de disparidad de criterios de actuación hace recomendable la puesta en marcha de un comité que dicte protocolos clínicos de actuación. Esta disparidad es atribuible a los diferentes entornos que envuelven cada toma de decisión, para cada situación en particular.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los médicos de la AEMEF que respondieron la encuesta desinteresadamente, así como las facilidades que nos dieron los servicios médicos del Villareal y especialmente del Dr. Juan Abors, organizadores del encuentro anual en septiembre de 2006, al incluir la encuesta en el programa docente del curso.

Bibliografía

1. Declaraciones de consenso FEMEDE.
2. Buñuel Álvarez JC, González de Dios J, González Rodríguez P. Bienvenidos a evidencias en Pediatría. Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores evidencias científicas. *Evid Pediatr.* 2005;1:1.
3. Marx RG, Jones EC, Angel M, Wickiewicz TL, Warren RE. Beliefs and attitudes of members of the American Academy of Orthopaedic Surgeons regarding the treatment of anterior cruciate ligament injury. *Arthroscopy.* 2003;19:762-70.
4. Kapoor B, Clement DJ, Kirkley A, Maffulli N. Current practice in the management of anterior cruciate ligament injuries in the United Kingdom. *Br J Sports Med.* 2004;38:542-4.
5. Dunn WR, Schackman BR, Walsh C, Lyman S, Jones EC, Warren RF, et al. Variation in orthopaedic surgeons' perceptions about the indications for rotator cuff surgery. *J Bone Joint Surg (Am).* 2005;87:1978-84.
6. Tucker AM. Ethics and the professional team physician. *Clin Sport Med.* 2004;23:227-41.
7. Stovitz SD, Satin DJ. Professionalism and the ethics of the sideline physician. *Curr Sports Med Rep.* 2006;5:120-4.
8. Bolin D, Goforth M. Sideline documentation and its role in return to sport. *Clin J Sport Med.* 2005;15:405-9.
9. McCrory P, Johnston K, Meewisse W, Aubry M, Cantu R, Dvorak J, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. *Br J Sports Med.* 2005;39:196-204.
10. McCrory P. When to retire after concussion? *Br J Sports Med.* 2001;35:380-2.