

# Presa de decisions damunt mateix del camp de futbol. Opinió dels metges d'equips professionals davant de set casos problema

JORDI ARDÈVOL CUESTA<sup>a</sup> I LLUÍS TIL PÉREZ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Asepeyo Sant Cugat. Clínica FIATC. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Departament Mèdic FCBarcelona. Cosorci Sanitari de Terrassa. CAR Sant Cugat. Barcelona. España.

## RESUM

**Introducció:** Per identificar si hi ha discrepància o no entre els metges d'equip de futbol en decisions a peu de camp, es fa una enquesta sobre casos clínics comuns.

**Material i mètode:** Durant la reunió anual de l'Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol es va fer una enquesta individual i anònima sobre 7 supòsits mèdics d'assistència immediata damunt el terreny de joc. Els casos feien referència a episodis reals que obliguen a prendre una decisió ràpida.

**Resultats:** Els enquestats valoren reduir la luxació al vèrtex amb un màxim de 2 intents i retirar el jugador. Quant al traumatisme toràcic i l'esquinç de II grau del lligament lateral extern del turmell, la majoria recomana la retirada i no realitzar infiltracions. En una elongació d'isquiotibials, la meitat dels enquestats tindrien en compte les sensacions del jugador. En una contusió cranial amb desorientació transitòria, la majoria de metges no retirarien el jugador. Davant d'una ferida contusa al cap, es prefereixen les grapes als punts, i sutura al vestidor. En l'aturada cardiorespiratòria, la majoria dels metges proposen iniciar les maniobres de reanimació cardiopulmonar immediatament al terreny de joc.

**Discussió:** Els resultats obtinguts presenten diferent grau de disparitat, per la qual cosa s'anima les diverses associacions mèdiques del nostre àmbit a protocol·litzar i consensuar les accions que cal prendre. Predominen, amb tot, les actituds conservadores i preservadores de la salut del futbolista.

**PARAULES CLAU:** Metge de l'equip. Futbol. Enquesta. Presa de decisions.

## 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.

## INTRODUCCIÓ

La presa de decisions immediates damunt el camp i la seva repercussió en el desenvolupament de la competició és un dels trets diferencials característics del treball del metge d'equip durant la competició. La presa de decisions en la pràctica clínica té un objectiu comú: aconseguir el millor acte mèdic amb la mínima repercussió negativa sobre la disponibilitat d'efectius per a la competició. Això ve condicionat per 3 situacions:

- La variabilitat entre metges davant d'un mateix procés és molt alta, també la d'un mateix metge davant de pacients diferents amb el mateix procés en situacions diferents. Aquesta incertesa en observacions, percepcions, raonaments, intervencions i estils de pràctica es coneix com la variabilitat de la pràctica clínica. La variabilitat és habitual i desitjable quan hi ha una dèbil evidència científica; converteix la medicina en un art, però és poc apropiada quan hi ha evidència científica.

- L'excés d'informació biomèdica és un problema qualitatiu i quantitatiu, que pot arribar a ser una intoxicació.

- L'aprenentatge de la medicina construeix un pensament fisiopatològic deductiu. És desitjable treballar segons un model inductiu que permeti confirmar les hipòtesis<sup>1</sup>.

Cada esport té les seves peculiaritats quant a les facilitats per atendre els esportistes lesionats. En el nostre àmbit, el futbol professional és un espectacle de masses amb altíssima repercussió pública que pot afectar la presa de decisions. Cal tenir en compte que la decisió més transcendent per a la competició és si el jugador ha d'abandonar el partit i ha de ser substituït. Aquesta decisió pot ser transcendental per a l'evolució de la lesió o per evitar possibles complicacions. Per això diverses associacions mèdiques de l'esport ha posat en marxa intents de protocol·litzar diverses actuacions mèdiques (posició de la Federación Española de Medicina del Deporte en temes de medicina de l'esport). Però les decisions damunt mateix del camp són difícils d'estandarditzar. Amb l'enquesta d'aquest treball es pretén valorar la situació actual de les decisions que cal prendre d'una manera immediata.

## MATERIAL Y MÈTODE

Durant la reunió anual dels metges de l'Asociación Española de Médicos de Equipos de Fútbol (AEMEF) el dia 5 de setembre a Vila-real, dins la ponència "Actuació mèdica

damunt mateix del camp", l'autor J.A.C. va impartir la conferència "Criteris d'actuació mèdica damunt mateix del camp" i va plantejar 7 supòsits clínics habituals en un partit de futbol. Simultàniament i durant la presentació de cada cas (2 min de durada màxima), cada metge podia, voluntàriament, contestar una enquesta dirigida sobre el seu criteri d'actuació.

L'enquesta s'empenava individualment i de manera anònima, sense posar en comú els resultats i sense discussió entre els assistents. Es va animar els assistents a participar en l'enquesta simultàniament amb una ràpida reflexió, tot intentant posar-se dins la situació, com si estiguessin fent-ho durant un partit. En el cas de plantejar-se un dubte sobre la decisió per prendre, es va recomanar no deixar la resposta en blanc, i contestar en funció del plantejament més freqüent en la pràctica mèdica de cadascú.

### Cas clínic 1

Jugador de camp (no porter) amb sospita clínica de primer episodi de luxació escapulohumeral.

#### Preguntes

- Intent de reducció al terreny de joc/banda/vestidor.
- Nombre d'intents: 0/1/2/més de 2.
- Radiografia prèvia a l'intent de reducció: sempre/no sempre.
- Tornada al terreny després de reducció: sí/no.

### Cas clínic 2

Jugador de camp amb ferida al cuir cabellut de 5 cm de longitud.

#### Preguntes

- Sutura a la banda/al vestidor.
- Sutura amb punts/amb grapes.
- Anestèsia local: sí/no.
- Tornada al terreny de joc després de la sutura: sí/no.

### Cas clínic 3

Contusió cranial amb desorientació transitòria, sense pèrdua de coneixement ni focalitzades aparents.

#### Preguntes

- Avaluació en: terreny de joc/banda/vestidor.

- Retirada de la competició: sí/no.
- Observació: no cal/al vestidor/a l'hospital.

#### Cas clínic 4

Traumatisme toràcic per trepitjada amb dolor costal mecànic.

##### *Preguntes*

- Retorn al terreny, de prova, amb embenat elàstic/retirada de competició per valorar Rx.
- Auscultació a la banda per a presa de decisió: sí/no.

#### Cas clínic 5

Distensió del turmell en pronació. Dolor en trajecte del lligament lateral extern. Sospita d'esquinç de II grau. Voluntat de seguir del jugador.

##### *Preguntes*

- Retirada del terreny de joc/tornada al terreny de joc amb embenat funcional.
- En cas de tornada al terreny de joc, afegir-hi infiltració: sí/no.

#### Cas clínic 6

Episodi agut d'elongació d'isquiotibials amb símptomes que el jugador interpreta com lleugers.

##### *Preguntes*

- Estiraments+massatge i tornada al terreny de joc/retirada del terreny per evitar recaiguda.
- Autotest del jugador i acceptar la seva decisió: sí/no.

#### Cas clínic 7

Futbolista inconscient, areactiu a estímuls, dificultat per palpar pols carotídi.

##### *Preguntes*

- Inici de maniobres de reanimació cardiopulmonar (RCP) immediatament al terreny de joc/trasllat immediat a zona tranquil·la i inici maniobres RCP.
- Utilització desfibril·lador semiautomàtic (DSA) per: metge d'equip/metge d'Emergències si n'hi ha.

Una vegada plantejats i resolts els qüestionaris en 10 minuts aproximadament es van recollir i analitzar les dades. L'anàlisi es va expressar en percentatges i els resultats es van tornar als participants.

#### RESULTATS

D'un total de 27 metges assistents a la ponència, 24 metges (88,8%) van contestar d'una manera completa i van tornar l'enquesta immediatament.

A la taula 1 s'expressen els resultats percentuals a cada pregunta. A les figures 1-9 es mostren els resultats d'algunes de les preguntes més significatives.

#### DISCUSSIÓ

El coneixement sobre la praxi, els criteris i les actituds dels professionals mèdics està creixent i és de molt interès per als metges i l'Administració sanitària. Darrerament no és estrany veure enquestes que mostren la més variada informació de com els metges diagnostiquen, tracten i acaren qüestionaris diversos. Això s'ha incrementat per valorar la variabilitat en la presa de decisions davant la presència creixent de la medicina basada en l'evidència<sup>2</sup>.

En l'àmbit de la cirurgia ortopèdica i traumatologia, i concretament en la traumatologia de l'esport, especialment en països anglosaxons els últims anys són comuns les enquestes sobre els criteris i les tècniques seguides per enfrontar-se a lesions del lligament encreuat anterior del genoll o del maneguet dels rotadors de l'espatlla<sup>3-5</sup>. També hi ha alguna publicació que valora el treball del metge d'equip, especialment quant als conflictes medicoètics que es troba en la seva feina<sup>6,7</sup>, però també sobre la praxi més habitual<sup>8</sup>. No tenim coneixement que al nostre país s'hagin valorat mitjançant enquesta els criteris mèdics practicats en el medi esportiu, ni tampoc específicament amb els metges d'equips de futbol.

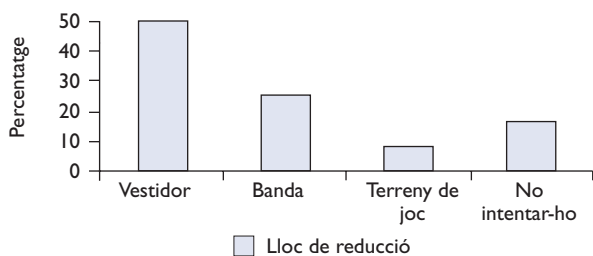
Els casos clínics que es proposen en aquest treball estan basats en episodis reals que plantegen situacions de dubte i que van obligar el metge a prendre una decisió ràpida. Tots mostren una disparitat més o menys marcada entre les opcions triades en l'enquesta.

El primer cas és un supòsit que manifesta una opinió majoritària en la qual preval la protecció de l'articulació lesionada: majoritàriament reduir la luxació al vestidor amb un màxim de 2 intents i no permetre la tornada al terreny de joc. Sorpren l'alt percentatge (41,6%) de metges que op-

**Taula 1** Resultats percentuals a cada pregunta

<b>Cas 1</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>
Reducció a: a. Terreny de joc/b. Banda/c. Vestidor	8,3	25	50	16,6
Nombre d'intents: a. 0/b. 1/c. 2/d. Més de 2	25	12,5	50	12,5
Rx sempre prèviament a l'intent de reducció: a. Sí/b. No	41,6	58,4		
Tornada al terreny després de reducció: a. Sí/b. No	12,5	87,5		
<b>Cas 2</b>	<b>a</b>	<b>b</b>		
Sutura a: a. Banda/b. Vestidor	37,5	62,5		
Sutura amb: a. Punts/b. Grapes	37,5	62,5		
Utilització d'anestèsia local: a. Sí/b. No	37,5	62,5		
Tornada al terreny de joc després de la sutura: a. Sí/b. No	66,6	33,3		
<b>Cas 3</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	
Avaluació en: a. Terreny de joc/b. Banda/c. Vestidor	16,6	58,3	25	
Retirada de la competició: a. Sí/b. No	37,5	62,5		
Observació: a. No cal/b. Al vestidor/c. A l'hospital	0	70,8	29,1	
<b>Cas 4</b>	<b>a</b>	<b>b</b>		
a. Retorn al terreny, de prova, amb embenat/b. Retirada de competició per valorar Rx.	29,1	70,8		
Auscultació a la banda per a presa de decisió: a. Sí/b. No.	41,6	58,4		
<b>Cas 5</b>	<b>a</b>	<b>b</b>		
a. Retirada del terreny de joc/b. Tornada al terreny de joc amb embenat funcional	70,8	29,1		
En cas de tornada al terreny de joc: a. Afegir-hi infiltració/b. No infiltrar	0	100		
<b>Cas 6</b>	<b>a</b>	<b>b</b>		
a. Estiraments+massatge-tornada/b. Retirada joc	62,5	37,5		
Autotest del jugador i acceptar la seva decisió: a. Sí/b. No	50	50		
<b>Cas 7</b>	<b>a</b>	<b>b</b>		
a. Inici de reanimació cardiopulmonar (RCP) al terreny de joc/b. Trasllat immediat a zona tranquil·la i inici de RCP		75	25	
Desfibril·lador semiautomàtic per: a. Metge d'equip/b. Metge d'emergències	75	25		

**Figura 1**



**Figura 2**

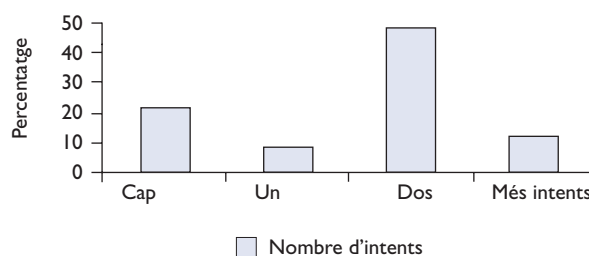


Figura 3

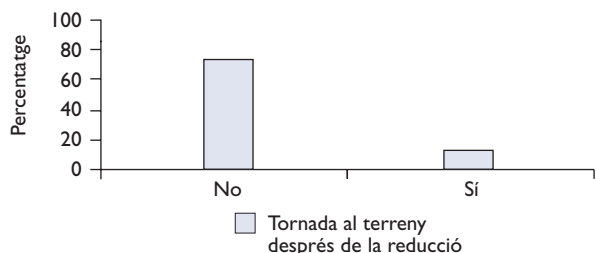


Figura 5

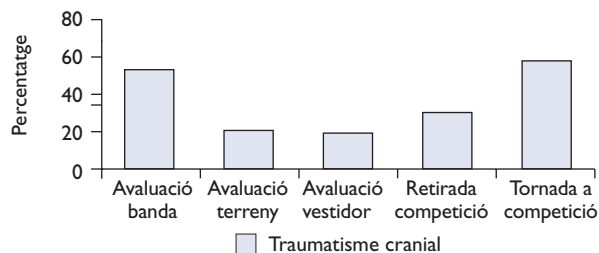


Figura 4

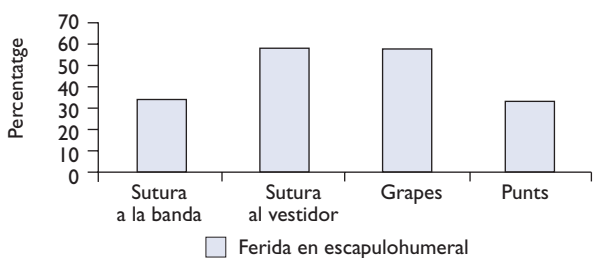


Figura 6

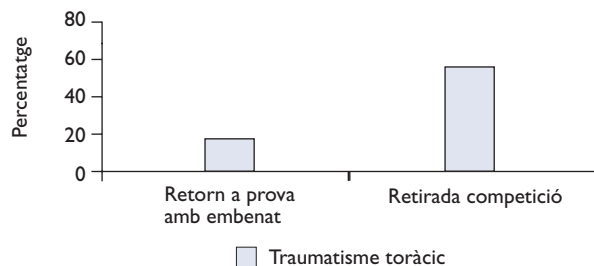
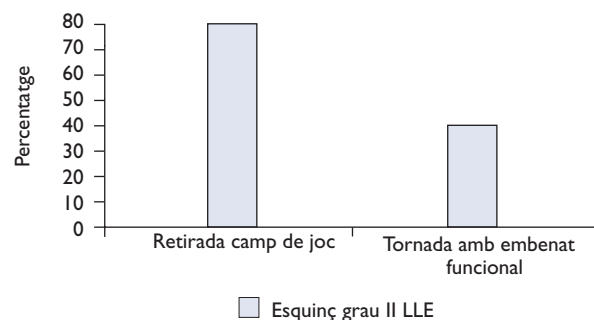


Figura 7



tava per fer una Rx prèvia a l'intent de reducció, sobretot tenint en compte que més d'un 80% farien la reducció a les mateixes instal·lacions de l'estadi.

Actituds igualment conservadores i preservadores de la integritat de l'esportista són majoria en les respostes dels casos del traumatisme toràcic, amb indicació de la retirada del partit, i en el cas de la ruptura de grau II del lligament lateral extern del turmell. Més de dos terços dels metges prefereixen retirar el futbolista del partit, malgrat la voluntat d'aquest per continuar, per evitar complicacions i agreujaments de la lesió. En aquest cas es dona unanimitat en la no administració d'infiltracions per fer disminuir el dolor.

Més disparitat hi ha en l'actitud davant una elongació d'isquiotibials. Augmenta fins al 50% els metges que en aquest cas sí que escoltarien i tindrien en compte les sensacions subjectives del jugador.

El cas de la contusió cranial amb desorientació transitòria, però sense pèrdua de coneixement, té uns resultats molt interessants. La majoria de metges no retirarien el jugador de la competició, però tots ells farien una avaluació reglada i seguirien posteriors mesures d'observació. Sembla, segons la nostra opinió, que la política dels organismes mèdics europeus i mundials com el F-Marc de la Federació Espanyo-

la de Fútbol Asociado ha arribat a establir un cert consens en el procediment i els criteris que cal seguir en el cas dels traumatismes cranials<sup>9,10</sup>.

Un tema potser no tan transcendent, però amb moltíssima incidència en el nostre entorn és la ferida contusa a la cara o al cap. La majoria dels metges enquestats prefereixen les grapes als punts i prefereixen fer la sutura al vestidor.

Per últim, en el cas clínic més greu, l'aturada cardiorespiratòria, la majoria dels metges d'equip professional espanyols que van contestar l'enquesta proposen iniciar les ma-

Figura 8

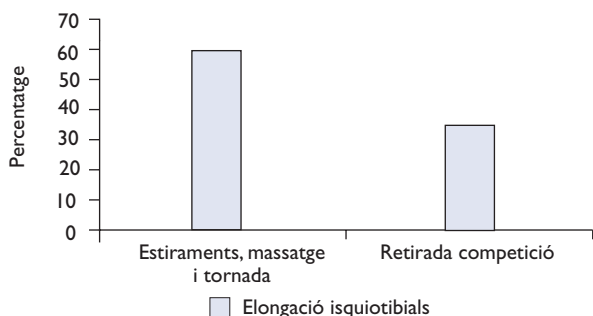
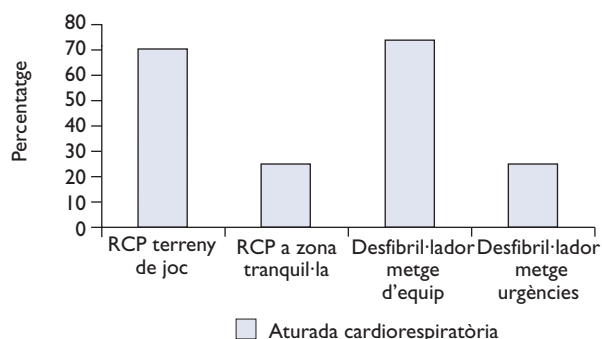


Figura 9



niobres de reanimació cardiopulmonar (RCP) immediatament al terreny de joc. Així mateix utilitzarien el DSA ells mateixos, sense esperar la presència d'un metge reanimador d'emergències. Probablement, aquests resultats de l'enquesta responen a la formació continuada que des de fa temps du a terme l'AEMEF en RCP i en l'ús dels DSA en el futbol professional. Com a mostra, al final de la temporada 2005-06 es va promoure un curs d'emergències a Sant Sebastià que va ser un èxit tant de participació com de continguts.

No obstant això, aquests comentaris no poden amagar el fet que encara tenim criteris massa diferenciats. Evidentment, cada club, equip, competició i futbolista tenen les seves pròpies característiques, però el camí que s'ha iniciat en alguns aspectes, com el del traumatisme cranioencefàlic o la reanimació cardiopulmonar, seria desitjable que s'estengués

a altres supòsits i lesions. Per bé que sabem que aquest treball manca de valor estadístic, l'alt grau de disparitat de criteris d'actuació fa recomanable la posada en marxa d'un comitè que estableixi protocols clínics d'actuació. Aquesta disparitat és atribuïble als diversos entorns que envolten cada decisió presa per a cada situació en particular.

**AGRAÏMENTS**

Volem mostrar el nostre agraïment als metges de l'AEMEF que van respondre l'enquesta desinteressadament, com també les facilitats que ens van donar els serveis mèdics del Vila-real i especialment del Dr. Juan Abors, organitzadors de la trobada anual el setembre de 2006, per incloure l'enquesta en el programa docent del curs.

**Bibliografia**

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