

# Introducción

“Doctor, a mí me duele mucho, casi incluso más que antes de operarme”. Todo cirujano que se precie ha escuchado esta lapidaria frase en algún momento a lo largo de su carrera profesional. Afortunadamente para nuestra salud mental, estos tristes momentos no son muy frecuentes si se realiza un correcto diagnóstico, una adecuada selección del enfermo y una buena indicación, junto con una aceptable ejecución técnica.

Esta percepción de mal resultado por parte del enfermo, y el dolor es su máxima expresión, tiene dos grandes vertientes: por un lado, genera un notable grado de insatisfacción al cirujano y paciente, deteriorando la relación médico-enfermo y, por otro, es fuente de no pocos litigios ante una cada vez más demandante, sociedad.

Salvo en el enfermo fracturado y quizá en el neuropático, el paciente que se somete a cirugía del pie y tobillo acude al quirófano con la idea de que va a pasar por el taller del servicio técnico humano y que, por tanto, la mejoría de las circunstancias clínicas y de los síntomas que le han llevado a esta situación debe garantizarse.

El cirujano sabe que nada más lejos de la realidad pero el hecho cierto es que los enfermos se operan para ganar calidad de vida y que, afortunadamente, la mayoría de los pacientes mejoran de sus síntomas tras la cirugía; por lo tanto, no debemos aceptar como “normal” la existencia de dolor tras una intervención electiva.

Si analizamos con espíritu crítico la aparición de dolor tras la cirugía casi siempre podremos encontrar una explicación. Otra cosa bien distinta es que, en ocasiones, no sea fácil resolverlo o que la solución sea mas agresiva que el síntoma o que simplemente no se acepte la propuesta para enfocararlo.

Es en este contexto, donde surge la necesidad, que nos llevó a los coordinadores a proponer esta mesa redonda en nuestro Congreso Nacional con la intención de profundizar en las posibles causas que puedan llevar a tener dolor después de una intervención y sistematizar las alternativas aprovechando el conocimiento común acumulado para nuestro bien y el de los enfermos a nuestro cargo.

A lo largo de la obra veremos cómo los autores, de forma casi sistemática, insisten en la mayor importancia de la necesidad de hacer una indicación correcta más que en la ejecución técnica y, por tanto, es necesario constatar de forma precoz los errores de indicación que hayamos podido acometer toda vez que ya no podemos volver atrás y, sobre todo, evitarlos en futuras intervenciones.

En otras circunstancias, puede ser que el tipo de cirugía que realizamos, en partes acras, junto con características individuales del enfermo, haga que nos enfrentemos a un dolor no tratable de forma quirúrgica. El síndrome de dolor regional complejo es la máxima expresión de esta situación y por ello hemos considerado oportuno añadir un capítulo dedicado al tratamiento médico del pie doloroso tras la cirugía. Estamos convencidos de que la lectura de este capítulo hará que



podamos ofrecer alguna alternativa en esas ocasiones en las que nos sentimos desarmados ante un paciente con dolor no tratable.

Entre un dolor por fallo en la indicación y un dolor “intrínseco” existe todo un abanico de posibilidades: derivados de la técnica, de la biología, del enfermo..., y por eso es necesario que seamos capaces de identificarlos y conocer las soluciones que podemos ofertar para el alivio de nuestros enfermos.

El tema es amplio y el espacio disponible en la monografía reducido, por eso hemos agrupado la obra en regiones anatómicas y seleccionado las cirugías más frecuentes y los síntomas dolorosos más prevalentes.

Debemos mostrar nuestro sincero agradecimiento a todos los autores de esta obra que de forma desinteresada han puesto su tiempo, dedicación, ilusión y trabajo a disposición común y a todos aquellos que, con vuestras aportaciones en la mesa redonda, hagáis de la experiencia individual conocimiento compartido.

Ricardo Larraínzar Garijo