

## UN EJEMPLO DE RESISTENCIA AL CAMBIO

Juan José Mezzadri<sup>1</sup>, Carmen Doria Medina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sección de Cirugía de Columna, División de Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires & <sup>2</sup>Consultora Folino Learning Alliances, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas origina resistencias a cambiar las viejas técnicas. Las

razones son múltiples pero ningún pionero ha dejado de sufrirlas y aunque hoy en día, por su generalización y difusión, algunas técnicas nos parezcan de uso rutinario, en los comienzos no siempre fue así. En esta breve presentación vamos a describir y analizar las resistencias que Ralph B. Cloward (Fig. 1) tuvo que enfrentar cuando presentó su técnica del abordaje anterior de la columna cervical<sup>1</sup>.



Fig. 1. Ralph B. Cloward (1908-2000)

### ¿QUÉ ES EL CAMBIO?

El cambio es el pasaje de una situación personal, grupal o social a otra. Supone una modificación. Todo cambio implica pérdida, es incertidumbre y disuelve significados, implica desaprender y aprender, desestructurando conocimientos, conductas y viejas pautas y modelos; adoptando, ejercitando e internalizando nuevas<sup>2</sup> (Fig. 2).

Hay diferentes tipos de cambios. Los cambios reactivos surgen como una respuesta a una coyuntura externa o interna determinada. Los cambios anticipatorios buscan adelantarse a situaciones contextuales del entorno. Pretenden adaptarse a escenarios futuros o a superar debilidades.

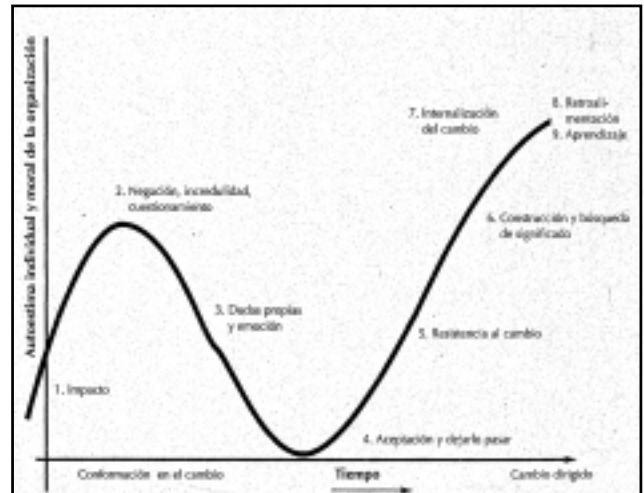


Fig. 2. Estadios de resistencia al cambio y su superación (modificado de M. Krieger, 2001)

Existen muchas razones para que la gente se resista al cambio. Lo desconocido provoca temor. Las fuentes individuales de resistencia al cambio residen en la personalidad, percepción, necesidades e intereses, hábitos y búsqueda de mantener un *statu quo*.

Todo cambio implica una transición, que es el proceso psicológico por el que atraviesa todo ser humano para aceptar la nueva situación que se impone. Todo cambio es externo, toda transición es interna<sup>3</sup>.

### PUBLICACIONES DE RALPH B CLOWARD

En su primera publicación<sup>1</sup> (Fig. 3) incluyó 47 casos consecutivos (29 varones/18 mujeres), 46 casos operados por vía anterior y 1 caso por vía posterior. La edad media fue de 46,3 años (33 a 74). Incluyó pacientes con signos neurológicos (radiculopatía/mielopatía) y sin signos neurológicos (disco doloroso). Como la separación de cada grupo por la clínica no fue clara, resulta imposible determinar el número exacto de casos en cada uno. Todos tenían una discopatía cervical salvo 3 casos con una fractura luxación. La cirugía se hizo en uno (40 casos) o dos niveles (6 casos). El injerto fue de hueso de banco salvo en 1 caso. El seguimiento fue de 6 a 18 meses. En 42 casos el dolor desapareció y en 5 casos mejoró. La artrodesis fue completa en 44 casos a los 3 o 4 meses; en 3 casos el injerto se reabsorbió y sólo 2 casos tuvieron dolor residual. Solamente 1 caso se complicó



Fig. 3. Primera página de la publicación de 1958

con una mielopatía postoperatoria. Los resultados tampoco fueron discriminados de acuerdo con la presencia o ausencia de compromiso neurológico. En sus conclusiones consideró que ésta era una operación simple, poco dolorosa, con un corto período de internación, capaz de descomprimir las raíces y la médula espinal y, de lograr una buena artrodesis en poco tiempo.

En una segunda publicación<sup>4</sup>, analizó los resultados en 200 casos con discopatías sintomáticas, 122 varones y 78 mujeres, con una edad entre 27 y 74 años. El diagnóstico preoperatorio fue: disco doloroso en 77 casos, radiculopatía en 114 casos y mielopatía en 9 casos. Fueron operados 146 casos en 1 nivel, 52 casos en 2 niveles y 3 casos en 3 niveles. Fueron reoperados 16 casos: 9 por problemas con el injerto y 7 por otra lesión discal. Los resultados postoperatorios no estaban discriminados de acuerdo con los distintos grupos diagnósticos. El dolor desapareció en 179 casos, persistió levemente en 15 casos y no mejoró en 6 casos. Los síntomas neurológicos desaparecieron en 108 casos, mejoraron en 8 casos, no mejoraron en 6 casos y empeoraron en 1 caso. En 254 casos la artrodesis fue completa (98%). El promedio de internación para todo el grupo fue de 4 días. Las complicaciones fueron: disfagia transitoria 164 casos, disfonía transitoria 15 casos, dolor de cuello y hombros 16 casos, hematoma superficial 9 casos, hematoma profundo 1 caso (reoperado), infección profunda 1 caso y daño medular 1 caso.

No hubo mortalidad. Concluyó que por los buenos resultados obtenidos, la cirugía por vía anterior, estaba destinada a reemplazar los demás procedimientos. Esto fue reafirmado en una publicación posterior sobre 300 casos con resultados similares<sup>5</sup>.

En una conferencia pronunciada a fines de los años ochenta dijo que la cirugía cervical por vía anterior tenía un gran futuro si se incluían: la reducción y alineación de la columna, la descompresión radiculomedular y la estabilización mediante una artrodesis. De esta manera los pacientes obtendrían el máximo beneficio que esta técnica brindaba<sup>6</sup>.

### CLOWARD Y LA RESISTENCIA AL CAMBIO

En la página 614 del artículo publicado en el año 1958, está publicada la discusión que se generó en el Congreso de la Harvey Cushing Society (abril de 1958) luego de la presentación de Cloward, sobre el empleo de la vía anterior para remover los discos intervertebrales cervicales. Participaron en dicha discusión varios neurocirujanos, algunos muy conocidos: John Raaf, William Scoville, Earl Walker, George Perret y obviamente, Cloward.

Al comienzo de la discusión, uno de los participantes, sarcásticamente, hizo el siguiente comentario:

"Por algún tiempo yo he tratado de decidir si la fusión cervical anterior está dentro de la misma categoría que la tonsilectomía rusa. Quizás, todos ustedes leyeron el reporte de la Unión Soviética, de hace unos años atrás, en donde la tonsilectomía se realizaba desde la porción inferior del tubo digestivo porque, al ciudadano ruso no le estaba permitido abrir su boca" (*"For some time I have been trying to decide whether anterior cervical fusion is in the same category as Russian tonsillectomy. Perhaps you all saw the report from the Soviet Union a few years ago that tonsillectomy is performed from the lower end of the alimentary canal because the Russian citizen is not allowed to open his mouth"*).

A renglón seguido, otro de los participantes, comentó que él prefería seguir realizando la técnica del *keyhole* por vía posterior porque era simple y sus resultados habían sido excelentes, sobre todo en las hernias blandas laterales<sup>7</sup>. En 165 pacientes operados, 97% mejoraron, 86% mejoraron mucho, 16% retornaron a su trabajo a las dos semanas, 60% al mes y sólo 3 pacientes no retornaron a su trabajo previo. Solo consideraría la vía anterior para las hernias centrales (las menos frecuentes).

La resistencia al cambio se evidencia primero, en un comentario muy descalificador y luego en otro más conservador.

Cloward respondió con un dicho: «...a un viejo perro no se le pueden enseñar nuevos trucos...» y además, señaló que en la vía anterior no importaba el tipo de hernia (blanda o dura) ni su ubicación (lateral o central), todo el disco era removido y la articulación inmovilizada, eliminando todas las causas de dolor y que no se lesionaban las raíces o la médula porque no se manipulaban. Finalmente, comentó que sus pacientes

le refirieron que la operación por vía anterior no había sido «tan mala como la tonsilectomía rusa» porque habían experimentado muy poco o ningún dolor luego del procedimiento.

### FIN DE ESTA HISTORIA

Hoy en día resulta evidente la aceptación general de la vía anterior y su preferencia por la mayoría de los cirujanos espinales, neurocirujanos y ortopedistas a lo largo y ancho del mundo. El instrumental que Cloward diseñó es ampliamente utilizado.

Cloward fue reconocido por todos como un pionero. Integró, como miembro honorario, numerosas sociedades y en 1990 recibió el mayor honor conferido por sus colegas neurocirujanos: el premio «*Life Achievement*», otorgado por la Sección Conjunta en Columna del *Congress* y la *American Association of Neurological Surgeons*<sup>8</sup>.

En la misma discusión<sup>1</sup>, el participante que prefería la técnica del *keyhole* hizo una observación que hoy en día es de enorme actualidad:

«...aproximadamente un cuarto de nuestros discos blandos laterales se ha roto en el interespacio adyacente a él, pero no en el interespacio que mostraba una reducción artrítica y fusión parcial en las radiografías. Esto nos sugiere que, un interespacio dañado o parcialmente inmovilizado, sobrecarga en forma adicional al espacio superior o inferior a él, produciendo la ruptura lateral del disco ¿La fusión de un interespacio cervical podría causar la misma sobrecarga en los interespacios adyacentes?...»

Cloward no hizo ningún comentario sobre el problema de la enfermedad adyacente. En 1958 no aparecía como un problema porque no había pasado tanto

tiempo desde que se comenzaron a realizar artrodesis cervicales y hoy sabemos que la enfermedad del segmento adyacente es un problema que generalmente aparece luego de algunos años.

Actualmente, el problema de la enfermedad del segmento adyacente<sup>9</sup> ha impulsado el reemplazo de la artrodesis por la artroplastia<sup>10</sup>, con el objetivo de preservar la movilidad y evitar los problemas de sobrecarga sobre los discos superior e inferior

¿Se producirán las mismas resistencias al cambio que en 1958?

### Bibliografía

1. Cloward RB. The anterior approach for removal of ruptured cervical disks. **J Neurosurg** 1958; 15: 602-17.
2. Krieger M. *Sociología de las Organizaciones*. Buenos Aires: Pearson Education S.A., 2001.
3. Bridges W. *Managing Transitions: Making the Most of Change*. Mill Valley, California: William Bridges & Associates, 1991.
4. Cloward RB. New method of diagnosis and treatment of cervical disc disease. **Clin Neurosurg** 1962; 8: 93-132.
5. Cloward RB. Lesions of the intervertebral disks and their treatment by interbody fusion methods. The painful disk. **Clin Orthop** 1963; (27): 51-77.
6. Cloward RB. The anterior surgical approach to the cervical spine: The Cloward procedure: past, present, and future. The Presidential Guest Lecture, Cervical Spine Research Society. **Spine** 1988; 13: 823-7.
7. Spurling RG, Scoville WB. Lateral ruptured cervical intervertebral discs: A common cause of shoulder and arm pain. **Surg Gynec Obstet** 1944; 78:350-8.
8. Lin PM, Lin PS. In Memoriam. Ralph B. Cloward, MD (1908-2000). **Spine** 2001; 26: 2303-4.
9. Hilibrand AS, Robbins M. Adjacent segment degeneration and adjacent segment disease: the consequences of spinal fusion? **Spine J** 2004; 4: 190S-4S.
10. Anderson PA, Sasso RC, Rouleau JP, Carlson CS, Goffin J. The Bryan Cervical Disc: wear properties and early clinical results. **Spine J** 2004; 4: 303S-9S.

GRUPO SUDAMERICANO DE TRABAJO EN NEURORADIOLOGÍA IN-  
TERVENCIONISTA Y TERAPÉUTICA  
NEURORADIOLOGY

XVII REUNION: DEL 21 AL 24 DE MARZO DE 2007  
HOTEL "LOS CAUQUENES" USHUAIA, ARGENTINA

INFORMACION

[www. gruposudamericano.tripod.com](http://www.gruposudamericano.tripod.com)

Juncal 2990 2º F (1425) Cap. Fed.

Tel/Fax: (54 11) 4827 4311 Tel (54 11) 4821 1600 Int. 156

Urgencias (54 11) 154-412 2946 [echevarrieta@ciudad.com.ar](mailto:echevarrieta@ciudad.com.ar)



Centro Endovascular Neurológico  
Buenos Aires

Director: Luis A. Lemme-Plaghos

**El Centro Endovascular Neurológico Buenos Aires  
seleccionara por antecedentes una plaza de médico  
becario para entrenamiento en Neurocirugía Endo-  
vascular durante el período 2007-2009**

**Solicitar información de condiciones y  
requerimientos hasta el 30 de noviembre de 2006 en  
la secretaría administrativa, Srta. Laura Fernández,  
correo electrónico [cenba.neuro@arnet.com.ar](mailto:cenba.neuro@arnet.com.ar)**