

EDITORIAL

La historia clínica en cirugía ortopédica y traumatología: *quo vadis?*



Medical history in orthopaedic surgery and traumatology: *quo vadis?*

Existe la falsa creencia de que la evolución tecnológica es lineal. Lo desmienten muchos hechos. En el campo arquitectónico, por ejemplo, la cúpula del panteón de Agripa o la de la iglesia de Santa Sofía, finalizadas en los siglos II y VI, respectivamente. También lo sugiere Edgar Allan Poe en su “Conversación con una momia”, donde precisamente un médico presume pretenciosamente de los adelantos de su país y tiempo. Tan sencillo de explicar como que el uso inteligente de la tecnología básica desmiente la mayor parte de los que se han tenido por enigmas del pasado.

El progreso es esencial para el desarrollo de una sociedad. Sin embargo, en la actualidad el significado del término está lejos de ser puro: muchos lo han sobrevalorado, cuando no mancillado, haciendo bandera política de él. El campo de la salud, limitándonos a nuestros intereses profesionales, no escapa a este pensamiento y a los riesgos que comporta. ¿Cuáles son estos? Deslumbrados por la innovación, las redes sociales y el marketing sanitario, sobre todo los más jóvenes, corremos el riesgo de olvidar el sentido común aplicado a la “tecnología básica” de nuestra especialidad, el verbo, los ojos y las manos. Es decir, desatender la anamnesis, la inspección y la palpación, que son los componentes esenciales de la historia clínica ¹. Ésta y un estudio radiográfico simple permiten el diagnóstico de sospecha de la mayoría de los tumores óseos, por poner un ejemplo en una patología tan variada, infrecuente y exigente como es la oncológica. Y el ejemplo podría extrapolarse a la mayoría de las enfermedades músculo-esqueléticas, traumáticas y ortopédicas ².

Hace bastantes años atendí a un joven con una luxación traumática de rodilla que se presentó con parálisis de los músculos inervados por el nervio peroneo común, frialdad de los dedos del pie y ausencia de pulsos tibial posterior y pedio. En menos de una hora, con una radiografía que confirmaba el diagnóstico, la luxación estaba reducida y el paciente había recuperado el pulso, el color y la temperatura de su pie, si bien no la parálisis, que sería motivo de intervenciones posteriores por secuelas de la misma ³. Mi asombro fue, más

de un año después del accidente, una condena que atendió mi seguro médico por no haber realizado una arteriografía, a lo que un juez sorprendentemente atribuyó la no recuperación del problema neurológico. Sin entrar en detalles estériles ni debatir acerca de la diferencia entre posibilidad y probabilidad, ni de reflexionar sobre la práctica de la medicina defensiva, también la “sociedad” parece no entender el valor de la historia clínica frente a los “avances tecnológicos modernos”. Pareciera subyugada por los términos de ingeniería tisular, genómica, proteómica, informática y robótica. ¿Realidad irreal?

En un reciente artículo publicado en *Neurological Sciences* bajo el título “*Less is better*” – *always true?* los autores también insisten en la importancia de que cada técnica de imagen se solicite después de un fundamento clínico para simplificar el proceso diagnóstico y reducir el gasto final ⁴. La misma importancia tiene la integración y comunicación entre los diferentes especialistas para aumentar el valor diagnóstico y terapéutico de las pruebas posteriores. Se trata, sencillamente, de intentar “hacerlo mejor” ⁵.

Por otra parte, los nuevos retos formativos y asistenciales derivados de los acontecimientos que estamos viviendo y que voluntariamente voy a omitir por bien conocidos, también son una amenaza para la historia clínica. Los primeros, por el posible exceso de protagonismo de los procedimientos frente al razonamiento que los indica. El desplazamiento de la carga de la historia clínica hacia las pruebas complementarias y el tratamiento juega en perjuicio del discente y del paciente como conjunto somático, endopsíquico y social. Lo explica igualmente LaPorte et al. ⁶ cuando escriben que “la decisión más importante de un cirujano con el paciente es si operarlo...”, que “los cirujanos *senior* ven a los pacientes muchas veces para desarrollar una relación con ellos y conocer sus necesidades...” o, en el mismo artículo, que “claramente, se necesita alguna experiencia quirúrgica mínima, pero más importante que realizar un enclavado o una artrodesis es enseñar sus conceptos y principios...”. Entre los retos asistenciales, por la telemedicina ⁷, que cual

“bálsamo de Fierabrás” para los gestores, desbordados por la realidad de la demanda de una sociedad hipermedicalizada, derivará en la concesión de un excesivo valor a las pruebas complementarias de imagen en la Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Sirva este editorial, aprovechando el hito del paso de nuestra revista a un formato de acceso abierto (*Open Access*), para recordarnos y transmitir a los jóvenes traumatólogos que nos lean que la historia clínica sigue siendo el estudio pivotal y la técnica básica de nuestra Especialidad. Y que es segura, eficiente y humanizadora. Como también lo fue el agua en el antiguo Egipto para transportar las grandes piedras que darían como resultado las extraordinarias pirámides de la planicie de Guiza...

Bibliografía

1. Marañón G, Balcells-Gorina A. Manual de diagnóstico etiológico. Madrid: Espasa-Calpe SA; 1974.
2. Geraets SE, Meuffels DE, van Meer BL, Breedveldt Boer HP, Bierma-Zeinstra SM, Reijman M. Diagnostic value of medical history and physical examination of anterior cruciate ligament injury: comparison between primary care physician and orthopaedic surgeon. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2015;23:968–74.
3. Maslaris A, Brinkmann O, Bungartz M, Krettek C, Jagodzinski M, Liodakis E. Management of knee dislocation prior to ligament reconstruction: What is the current evidence? Update of a universal treatment algorithm. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2018;28:1001–5.
4. Dicunzo F, Purciariello S, Andresciani S, De Marco A, Colamaria A, Calace A. Less is better” –always true? *Neurological Sciences.* 2020;41:41–7.
5. Rosenbaum L. The less is more crusade - are we overmedicalizing or oversimplifying? *N, Engl J. Med.* 2017;377:2392–7.
6. LaPorte DM, Tornetta P, Marsh JL. Challenges to orthopaedic resident education. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019;27:419–25.
7. Buvik A, Bugge E, Knutsen G, Smabrekke A, Wilsaard T. Patient reported outcomes with remote orthopaedic consultations by telemedicine: A randomised controlled trial. *J Telemed Telecare.* 2019;25:451–9.

Luis R. Ramos Pascua

Presidente de la SECOT 2020-22

Correo electrónico: luisramospascua@gmail.com