

**UNA PROPUESTA PARA EL FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA
HOMEOPÁTICA**

INFORME FINAL

Presentado por: Sofía Ximena Rey Santofimio

Código del estudiante: 20142003102

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA HOMEOPÁTICA**

NOMBRE DEL TUTOR:

Profesor: Dra. Alba Martilletti

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS G. PAEZ

Bogotá, mayo de 2016

DEDICATORIA

A mi padre, por su historia y su legado.

A mi madre, por su ejemplo y su guía.

A mi esposo, ¡el mejor compañero de camino!

A mi hijo, mi tesoro máspreciado y mi maestro más pequeño.

A mis hermanos por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgencita, por mi vida y las oportunidades.

A los pacientes, por sus enseñanzas.

A toda mi familia, por su amor y su paciencia.

A toda la gran familia Instituto Homeopático Luis G. Páez, hoy Fundación Universitaria Luis G. Páez, especialmente a todos mis profesores por su compromiso, perseverancia y dedicación.

A la Dra. Luz Marina López, por su ejemplo de lucha.

A la Dra. Elizabeth Hegyi, por mostrarme la cara amable de la investigación.

A la Dra. María del Pilar Guerrero, por ser uno de mis ángeles de la guarda terrenales y una maravillosa amiga.

Y mis más infinitos agradecimientos a la Dra. Alba Martilletti, por ser mi maestra no solo de la academia, sino también de la vida.

TABLA DE CONTENIDO

1	Introducción	1
2	Objetivos.....	3
2.1	Objetivo general.....	3
2.2	Objetivos específicos.....	3
3	Estado del arte.....	4
4	Marco Teórico.....	8
4.1	Marco histórico	8
4.1.1	Escuela de Egipto	8
4.1.2	Escuela de la India	9
4.1.3	Escuela de la China.....	10
4.1.4	Escuela Hipocrática	10
4.1.5	Escuelas Europeas	11
4.1.6	Siglo XVII.....	12
4.1.7	Hasta el siglo XVIII.....	14
4.1.8	Hasta el Siglo XXI.....	15
4.2	Hahnemann y los inicios de la Homeopatía	18
4.2.1	Historia clínica homeopática o “toma del caso”	19
4.3	Marco legal	24
4.3.1	Componentes de la historia clínica	25
4.3.2	Autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en la selección de los registros específicos	26
4.4	Historia clínica electrónica	27
4.5	Importancia de la historia clínica	30

4.5.1	Importancia de la historia clínica homeopática:	31
4.5.2	Formato de historia clínica homeopática utilizado en la IPS Instituto Luis G. Páez	34
5	Metodología	39
5.1	Tipo de Estudio	39
5.2	Localización de los acervos documentales	39
5.3	Los ejes a tener en cuenta para el desarrollo del estudio fueron:	39
6	Resultados	41
6.1	Formato de historia clínica propuesto	41
7	Análisis de resultados	46
7.1	Explicación del Formato de Historia Clínica Homeopática propuesto	46
7.1.1	Identificación o número de la historia clínica: es el mismo número de identificación del paciente (Ministerio de Salud, 2015).....	46
7.1.2	Fecha y hora de realización de la historia clínica: la historia clínica es un registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, por lo tanto la fecha y la hora certifican dicha cronología (Ministerio de Salud, 2015).	46
7.1.3	Identificación de paciente	46
7.1.4	Identificación del médico	49
7.1.5	Consentimiento informado	50
7.1.6	Motivo de consulta	52
7.1.7	Anamnesis o enfermedad actual.....	52
7.1.8	Exámenes complementarios o ayudas diagnósticas	53
7.1.9	Antecedentes	53
7.1.10	Revisión por sistemas	55
7.1.11	Síntomas generales	55

7.1.12	Síntomas mentales o historia biopatográfica.....	57
7.1.13	Examen físico	59
7.1.14	Diagnostico nosológico o etiológico.....	59
7.1.15	Diagnóstico miasmático	60
7.1.16	Diagnóstico integral o análisis del caso	61
7.1.17	Repertorización.....	62
7.1.18	Diagnostico medicamentoso.....	62
7.1.19	Prescripción	63
7.1.20	Recomendaciones	63
7.1.21	Firma del medico	63
8	Conclusiones	64
9	Recomendaciones.....	65
10	Lista de referencias.....	66
11	Bibliografía	70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1:	lista de artículos	4
----------	--------------------------	---

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Electrónico de Agenda de Citas para Medicina Alternativa Hospital de Meissen	28
Figura 2. Historia Clínica electrónica utilizada en Hospital de Meissen.....	29
Figura 3. Historia Clínica electrónica: Hoja de Examen físico. Hospital de Meissen	30

Figura 4 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Identificación	34
Figura 5 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Antecedentes	35
Figura 6 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Síntomas generales	36
Figura 7 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Revisión por sistemas y síntomas mentales.....	37
Figura 8 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Diagnósticos, prescripción y recomendaciones.....	38
Figura 9 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Consentimiento informado	51

RESUMEN

La historia clínica homeopática o la toma del caso es un método diagnóstico y de seguimiento de pacientes; debe realizarse con el mayor respeto, compromiso y comprensión con el ser humano que está pidiendo ayuda para aliviar y/o curar la expresión de su enfermedad a través de sus síntomas. La misión del médico durante la toma del caso es individualizar al paciente, encontrar lo digno de curar y prescribir el medicamento homeopático más semejante posible para lograr la tan anhelada curación, a través, de una buena relación médico-paciente y unos conocimientos sólidos de medicina clásica y medicina homeopática. Por lo anterior se considera, indispensable contar con un buen mecanismo de registro de información del paciente, lo que motiva el presente trabajo en el que se “propone” un formato modelo de historia clínica homeopática, muy completo, sustentado en bases históricas, científicas y legales.

Palabras claves: Historia clínica, toma del caso, homeopatía e historia clínica y modelo de historia clínica homeopática.

ABSTRACT

Homeopathic clinical records or taking the case is a diagnostic and patient monitoring method, must be done with the utmost respect, commitment and understanding for the human being who is asking for help to relieve the expression of their disease through symptoms. The mission of the doctor while taking the case is to allow patients, to find it worthy to be cured and prescribed the possible most similar homeopathic medicine to achieve the long-awaited healing through of a good doctor-patient relationship and a solid knowledge of medicine classical and homeopathic medicine. Based on the previous information, it is indispensable to count on a good mechanism to register patient's information, therefore this research paper presents a proposal of model format of homeopathic clinical history format, very complete, supported by historical, scientific and legal bases.

Keywords: clinical records, taking the case, homeopathy and clinical records, homeopathic clinical records model.

1 Introducción

La historia clínica es el documento médico legal de diligenciamiento obligatorio más importante, con carácter privado, sometido a reserva, que registra de manera cronológica el estado de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos que conllevan a garantizar una atención de calidad (Hospital Occidente de Kennedy ESE III nivel, 2013).

En la jerga homeopática se denomina “la toma del caso” a la realización de la historia clínica. Samuel Hahnemann, el padre de la homeopatía, en su magna obra “el Organon el arte de curar”, en los párrafos 81 al 99, da indicaciones precisas de cómo debe ser este acercamiento del médico con el paciente para lograr la tan anhelada curación (Hanhemann, 1993).

Margaret L. Tyler, en su libro “Homeopatía para graduados” dice: “Quizá el problema más difícil en homeopatía sea saber tomar el caso. La experiencia puede inducir pensar que cualquiera puede tomar el caso, pero que, en cambio, se requiere un experto en prescripción para elegir la medicación. Lo cierto es, sin embargo, lo exactamente opuesto, cuando se ha tomado bien un caso la tarea está prácticamente terminada, si no ha sido bien tomado, nadie puede prescribir correctamente el remedio” (Tyler).

Desde Hipócrates (460-350 a.C.) se introduce en occidente la evaluación metódica de los signos y síntomas del paciente como base fundamental para el diagnóstico (Correa A.D., 1997); sin embargo las nuevas generaciones médicas le están restando importancia a la historia clínica y a la relación médico-paciente, al sustituirla, en buena parte, por las innovaciones tecnológicas. En Colombia el sistema de salud oficial por el afán de lograr mayor cobertura, se ha fundamentado en la disminución sustancial del tiempo de consulta, restándole validez a la tan importante e imprescindible historia clínica; el carácter personal e íntimo, resulta por el contrario, impersonal y fragmentado. Estos cambios así mismo han traído como consecuencia la pérdida del liderazgo del médico de cabecera y el deterioro

significativo de la que ha sido la piedra angular del acto médico, la relación médico-paciente (Marsiglia G., 2006).

En este trabajo se realiza la recuperación, revisión y análisis de información relevante para comprender las leyes y los principios que caracterizan la homeopatía, específicamente en el levantamiento de la historia clínica o toma del caso.

Es necesario definir el modelo de historia clínica homeopática que se deba implementar en el área de práctica clínica del programa de Especialización en medicina homeopática de la Fundación Universitaria, siguiendo las bases sólidas descritas por el Dr. Samuel Hahnemann y las reglamentaciones legales del país.

También en la actualidad la Homeopatía es una especialidad que está incursionando en los hospitales del estado, y por ende se debe tener el formato adecuado de la historia clínica homeopática.

Entonces la pregunta de este trabajo de investigación es: ¿Cuál sería el formato adecuado para diligenciar la historia clínica homeopática en una institución de salud?

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Recopilar, revisar y analizar los datos históricos de cómo ha sido el desarrollo de la historia clínica, hasta llegar a la historia clínica homeopática actual, con el fin de proponer un formato modelo de historia clínica homeopática para utilizar en los sitios de práctica clínica que tienen convenios con la Fundación Universitaria Luis G. Páez.

2.2 Objetivos específicos

- Recopilar datos históricos y actuales sobre la historia clínica y la historia clínica homeopática.
- Revisar y analizar la información recopilada sobre la historia clínica homeopática.
- Proponer un formato modelo, para diligenciar la historia clínica homeopática en los sitios de práctica clínica de la Fundación Universitaria Luís G. Páez.

3 Estado del arte

Se realiza una revisión sistemática en las bases de datos de Scielo, Science direct, Pubmed, Medline, la biblioteca digital y en los repositorios de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá; utilizando las palabras claves: homeopatía e historia clínica, modelo de historia clínica homeopática, homeopathy and clinical records; desde el año 2010 hasta la fecha, encontrado los siguientes documentos de interés:

Título del artículo	Autor	Fecha	Página web	Base de datos
Una propuesta para la habilitación del consultorio de homeopatía	Manuel del Castillo Hernández	2010	http://www.bdigital.unal.edu.co/3064/1/598300.2010.pdf	Repositorio U. Nacional Bogotá
Construcción de una herramienta pedagógica para que los estudiantes de Homeopatía de la Universidad Nacional adquieran competencias comunicativas en el arte de interrogar el paciente y en la toma del caso del paciente que acude a Homeopatía	Libia Amparo Bedoya Ruiz	2011	http://www.bdigital.unal.edu.co/4188/1/598663.2011.pdf	U. Nacional de Bogotá
Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá	Sergio Hernández V. y Diana Zulima Urrego M.	2014	http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43927	Scielo

Tabla 1: lista de artículos

En los repositorios de Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, facultad de medicina, Maestría en medicina alternativa, se encontró un trabajo del Doctor Manuel del Castillo Hernández, de noviembre de 2010, cuyo título es: *“Una propuesta para la habilitación del consultorio de homeopatía, en el sistema único de habilitación en la República de Colombia”*, la justificación de esta investigación es que las leyes colombianas en la habilitación de los consultorios médicos, son iguales para todos y una historia clínica homeopática tienen grandes diferencias con respecto a la historia clínica alopática, por lo tanto, no se deberían generalizar las normas, ni auditar de la misma forma. El doctor del Castillo en su trabajo afirma:

La historia homeopática tiene diferencias marcadas con la historia de la medicina convencional; es más amplia, el homeópata busca conocer y registrar fielmente la esencia del enfermo. El registro de la historia es dinámico por esto en la primera consulta no se concluye y a través de las consultas subsiguientes se sigue ampliando, y al momento de auditar la historia debe revisarse de una forma integral. La auditoría de la historia clínica homeopática no puede regirse por una estructura rígida sino al contrario dinámica y con cada consulta la historia clínica se va ampliando (del Castillo Hernández, 2010).

En este trabajo el doctor propone un formato de historia clínica homeopática completo, como es: doctor, cedula, fecha y hora, número de la historia clínica, datos personales (nombre, sexo, edad en años y en meses en pediatría, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, ocupación, religión, nivel educativo, dirección, teléfono fijo y celular, procedencia, localidad, estrato, profesión y/u ocupación, acudiente y parentesco del acudiente, dirección, teléfono fijo y celular del acudiente, y EPS); motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas (neurológico, endocrinológico, otorrinolaringológico, órganos de los sentidos, cardiopulmonar, gastrointestinal, genitourinario, hematológico, osteo-muscular, piel), síntomas característicos (mentales, particulares y generales), síntomas generales (sed, apetito, deseo y aversiones, sueño, calor vital, hábitos de ejercicio, horarios de agravación, transpiración, sexuales, fiebre y escalofríos); antecedentes (personales: médicos, quirúrgicos, traumáticos, ocupacionales, farmacológicos, transfusionales, tóxicos, alérgicos, alcohólicos, psicoactivos, cigarrillo, venéreos, ocupacionales ginecológicos, obstétricos y familiares),

antecedentes pediátricos (desarrollo psicomotor, vacunas, nacimiento por parto o cesárea y otros en relación); historia biopatográfica: se valora al paciente a lo largo de su vida desde su vida fetal; el dinamismo mórbido, sus relaciones familiares e interpersonales o acontecimientos importantes que llegaron a desencadenar situaciones de enfermedad aguda o crónica incluso relaciones con la utilización de medicamentos alopáticos; examen físico (aparición general, peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, cabeza, cara, ojos, nariz, oídos, dientes, orofaringe, cuello, tórax, cardiopulmonar, abdomen, extremidades, neurológico); síntomas principales y análisis, jerarquización de síntomas, repertorización y/o materia médica, impresión diagnóstica, diagnóstico nosológico, diagnóstico miasmático, diagnóstico medicamentoso, conducta, remedio, recomendaciones, cita de control, hoja de repertorización, paraclínicos; nombre, firma y sello del médico, y consentimiento informado.

Los doctores Sergio Hernández Vela y Diana Zulima Urrego Mendoza publicaron un artículo en la revista de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Bogotá, en julio de 2014, llamado: “*Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá*”, el objetivo del artículo es caracterizar el nivel de empatía de los médicos con experiencia en medicina alternativa en las áreas de homeopatía, medicina tradicional china, acupuntura, terapia neural y osteopatía; teniendo en cuenta que en la relación médico-paciente la empatía es esencial para constituir una buena práctica clínica. En este texto los autores comentan:

En el ámbito médico la adecuada relación médico-paciente se refleja en óptimos niveles de empatía y la importancia en la atención holística del enfermo que acude a la consulta con distintas expectativas acerca de su enfermedad, por lo tanto, se debe motivar al médico hacia un ejercicio personal y profesional donde se equipare el componente científico idóneo con el compromiso humanístico solidario frente al enfermo”; concluyendo que “los niveles de empatía en los médicos con formación en medicina alternativa son similares a los registrados en médicos especializados en psiquiatría, medicina familiar, medicina interna y pediatría, quienes registran los mejores estándares empáticos para la relación médico paciente (Hernandez Vela, 2014).

Otro trabajo de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, de la facultad de medicina, en la Maestría en medicina alternativa, en el año 2011, realizado por la doctora Libia Amparo Bedoya Ruiz, cuyo título es: *“Construcción de una herramienta pedagógica para que los estudiantes de Homeopatía de la Universidad Nacional adquieran competencias comunicativas en el arte de interrogar el paciente y en la toma del caso del paciente que acude a Homeopatía”*. La doctora enfoca su investigación en construir ayudas pedagógicas para que el estudiante de homeopatía adquiera mayor fluidez al hacer un interrogatorio durante la elaboración de la historia clínica o la toma del caso y el resultado final sea una muy buena historia clínica homeopática, y por consiguiente un diagnóstico y tratamiento homeopáticos asertivos, basándose en la comprensión de los elementos teórico-prácticos de la doctrina homeopática (Bedoya Ruiz, 2011).

4 Marco Teórico

4.1 Marco histórico

Resulta útil para trazar el desarrollo histórico de la historia clínica referirnos a las diferentes escuelas donde se despliega la medicina, para esto se referenciarán de manera breve.

4.1.1 Escuela de Egipto

En Egipto, hace más de 5000 años, los sacerdotes escribían en papiros lo encontrado en los enfermos. Antes del Corpus hipocrático, la medicina egipcia desarrolla un modelo de práctica médica que sirve de referencia para otras culturas del mediterráneo como la de Grecia, la de África y la de Asia central. Muchos historiadores, indican que el conocimiento medico egipcio es una mezcla de empirismo con creencias mágico-religiosas; sin embargo otros investigadores sostienen que el antiguo Egipto es la cuna del “pensamiento analítico médico” y que aquí se encuentran las raíces médicas de Occidente, o al menos su base práctica (Vargas Alex, 2012), (López Espinosa, 2002).

El primer documento científico, del antiguo Egipto del que se tiene información es un tratado de cirugía, de 2500 años antes de Hipócrates, “el papiro médico de Edwin Smith”, lleva el nombre del egiptólogo de origen norteamericano que lo compro en 1862. Es un documento excepcional en donde se describen los métodos clínicos utilizados en la época, junto con conocimientos de anatomía, fisiología y patología, sin connotación mágica, sino de alto valor científico; esto lo diferencia de la mayoría de los papiros de la época que contienen recopilaciones de oraciones y conjuros (Vargas Alex, 2012).

En el papiro de Edwin Smith se encuentran una serie de casos clínicos ordenados de manera lógica, empezando por las lesiones superficiales y luego las más severas. La presentación de cada caso incluye preguntas al paciente, el examen físico, los hallazgos

clínicos, el diagnóstico, el análisis del caso para decidir el tratamiento quirúrgico, técnicas quirúrgicas, pronósticos, y también contiene recomendaciones medicinales, posturales y dietéticas (Vargas Alex, 2012).

Otro de los papiros egipcios reconocidos en el mundo médico- científico es el de Ebers, fue redactado hacia el año 1.500 a.C. el cual muestra algo del funcionamiento del cuerpo humano, su estructura, el trabajo de los vasos sanguíneos y del corazón, anatomía, fisiología, toxicología y hechizos; también contiene recomendaciones de inspección y palpación al paciente (Carvallo, 2013).

4.1.2 Escuela de la India

En sus comienzos la medicina hindú, también se relaciona de una manera importante con la magia y la religión, sin embargo un amplio conocimiento médico científico, se ha encontrado en “Los Vedas”, libros de los años 1500 a 1200 a. C., considerados como las escrituras más antiguas de esta zona (Estruch Joan, 2007).

“Los vedas” son un compendio de diversos temas, dentro de los cuales está la medicina, llamada “Ayur Veda” cuya traducción es “ciencia de la vida o de la longevidad”. Dos de los más importantes tratados de la medicina “Ayur Veda” son “el Chakara Samjítá” y “el Susruta Samjítá”, en ellos se han encontrado descripciones de órganos y secreciones del cuerpo (anatomía y fisiología), cicatrizantes, psicoterapia, tratamientos de herbolaria, sustancias tóxicas, clasificaciones de alcoholismo y adelantos extraordinarios en la cirugía (cesáreas, cirugías plásticas, cirugías de cataratas, etc.), entre muchas (Rosado, 2002).

Aunque no se nombra la historia clínica como tal dentro de “Los Vedas”, todos estos tratados se basan en la observación detallada de los médicos hindúes de la época, y la historia clínica es la descripción del médico del estado de salud y/o enfermedad del paciente después de hacer un interrogatorio y una observación minuciosa del paciente.

4.1.3 Escuela de la China

En el desarrollo de la historia de la medicina en la Escuela China, no hay datos específicos de la historia clínica como documento, pero si se tiene conocimiento del canon médico “Nei Ching”, que data de hace 4500 años, en este documento se describen cuatro pilares del examen médico como son: el interrogatorio, la observación, la auscultación y la palpación que hacen parte de la historia clínica (Wuani, 2010).

4.1.4 Escuela Hipocrática

Hipócrates (460 a.C. - siglo V) de Asclepionm de Cos, obtiene múltiples conocimientos en los que se destacan las matemáticas de Pitágoras y la medicina de los templos egipcios, llegando a fundar la escuela “Corpus hippocraticum”, provocando así, una revolución en la medicina de la antigua Grecia. Logra separar la medicina de otros campos con los cuales se venía asociando y la convierte en una auténtica profesión.

El “Corpus hippocraticum” produce una serie de libros que representan el origen del saber médico y científico occidental. Las primeras cuarenta y dos historias clínicas completas que se conocen están recogidas en “Las Epidemias I y III”, Hipócrates redactó sus historias clínicas como textos didácticos y con ellas nace el documento fundamental de la experiencia y del saber médico.

Las historias clínicas de la escuela hipocrática tienen la misma estructura: 1°. Numeración ordinal del enfermo (enfermo primero, segundo, etc.); 2°. Mención nominal (nombre y familia a la que pertenece, por ejemplo: Filisco, una de las mujeres de la casa de Pantimedes); 3°. Localización social (sitio de vivienda); y 4°. Breve referencia a los antecedentes del paciente, este último punto no está presente en todas las historias.

La historia, al parecer, siempre empieza con la llegada del médico a la casa del paciente y siempre es este mismo el que sigue llevando el caso. El seguimiento de la enfermedad del

paciente es descrito día a día, manteniendo el orden cronológico. En el abordaje del paciente, los hipocráticos no separan la parte subjetiva (relato del paciente) de la parte objetiva (observación del médico), ellos recomiendan: “Examínese desde el comienzo las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud, empezando por las más fáciles, las que conocemos todos; lo que se puede percibir con la vista, el tacto, el oído, con la nariz, con la lengua y con el entendimiento”.

Los médicos hipocráticos clasifican las historias clínicas en grupos según lo predominante de cada una, tienen en cuenta la estación, los rasgos geográficos, astronómicos y climáticos, entre otros, para esta clasificación.

Generalmente no consignan el tratamiento en el documento, porque en la mayoría de los casos es igual para todo el grupo de pacientes, excepto en los casos muy raros que se salen de las clasificaciones.

La historia clínica termina con la purificación (“Katarsis”), o la muerte (“Thánatos”) del paciente.

Ya finalizando la edad antigua, los médicos de la escuela hipocrática salen de los templos a ejercer la medicina en las afueras de las ciudades, forman sus escuelas, cobran remuneración por su trabajo y siguen un código de ética médica, también redactado por el “Corpus hippocraticum”, que hoy todavía profesamos en el “juramento hipocrático” (Fombella María José, 2012).

4.1.5 Escuelas Europeas

En las escuelas europeas se encuentran dos corrientes importantes, primero las “Consilium” que hace referencia a consejos médicos y posteriormente las “Observatio” basadas en la descripción de lo observado en el paciente.

“Consilium”: hacia la mitad del siglo XIII (edad media) ya se conocen universidades de medicina, haciéndose popular escritos sobre consejos de los médicos experimentados en la práctica médica, llamados “consilium”, estos documentos se convierten en las historias clínicas de la época. En 1435 el Doctor Bartolomeo Montagna publica su obra magna “La consilia medica”, con 302 recopilaciones. En los “consilium” se empieza a evidenciar la importancia del diagnóstico diferencial, dada la gran preocupación de la época por el conocimiento de la causa de la enfermedad; también describen discusiones terapéuticas detalladas (Fombella María José, 2012).

“Observatio”: a mediados del siglo XVI (renacimiento) y hasta principios del siglo XVII, se vuelve al modelo de historia clínica única para cada paciente: en las “observatio”, cobra importancia la objetividad en el relato; contienen diagnóstico, indicaciones terapéuticas y evolución del paciente hacia la curación o hacia la muerte (Fombella María José, 2012).

4.1.6 Siglo XVII

Se inicia el periodo Barroco en donde la filosofía y la ciencia estaban marcadas por dos corrientes opuestas: el racionalismo y la experimentación. En el Barroco la razón es esencial para la inteligencia del ser humano basada en la observación.

Se destacan la iatromecánica y la iatroquímica como las dos escuelas de pensamiento en donde se compara el funcionamiento del organismo con una máquina o con procesos químicos (<http://www.savallnet.cl/mundo-medico/reportajes/7074.html>, 2006).

Según Laín Entralgo en la medicina del Barroco (1600 a 1740) se introduce el dinamismo, es decir se deja atrás la visión de los seres como realidades estáticas y se sustituye por la concepción de que son móviles y dinámicos; teniendo en cuenta el movimiento local tanto en la forma pura (cinemática), como la relación entre la forma y la causa (dinámica) (Entralgo, 1963).

En las historias clínicas de esta época se presentan dos tendencias: la de la “clínica pura” y la “anatomoclínica”.

La tendencia “anatomoclínica” relaciona la sintomatología del enfermo con los hallazgos anatómicos, en este siglo la práctica de la autopsia se generaliza y el informe anatomopatológico llega a ser frecuente como fin de la historia clínica. La lesión anatomopatológica puede ser hallazgo confirmatorio o hallazgo rectificador pero siempre es hallazgo explicativo, convirtiéndose así en la clave diagnóstica. La tendencia de la “clínica pura” o “historia morbi”, se centra en la descripción de una entidad morbosa (patología), más que en la descripción del individuo enfermo como tal (Wuani, 2010).

El primero que desarrolló un documento para escribir las observaciones del paciente, en el siglo XVII, retomando las enseñanzas de la escuela hipocrática e iniciando las historias clínicas de la “Clínica Pura”, fue Thomas Sydenham (1624-1689), y por lo tanto es considerado el padre de la historia clínica.

Sydenham en la universidad de Leiden, se dedica al estudio sistemático de las enfermedades y a escribir algunos tratados que publica a partir de 1666 (“Observationes medicae”); para Sydenham, la enfermedad es el esfuerzo que hace la naturaleza para exterminar la materia morbosa y buscar la salud, por lo tanto el médico debe procurar hacer una descripción, lo más correcta posible de esa enfermedad (“tan gráfica y natural como sea posible”), distinguiendo en cada caso los síntomas y signos peculiares y constantes de los puramente accidentales u ocasionales, sin olvidar la influencia que ejerce sobre ellos la época del año, los cambios de la atmosfera, el sexo y las condiciones del lugar.

Con base en un estudio cuidadoso sobre las enfermedades que sufren los londinenses entre 1671 y 1676 clasifica las enfermedades en cuatro grandes clases clínicas: 1) Epidémicas (causadas por alteración de la atmosfera), 2) Intercurrentes (por condiciones peculiares del individuo que las padece), 3) Estacionarias (provocadas por alteraciones ocultas en las entrañas de la tierra), y 4) Anómalas (no están sujetas a regla alguna); por este esfuerzo

observacional y descriptivo, con Sydenham se considera el inicio de la clínica moderna denominándolo el “Hipócrates inglés” (Medoza-vega, 1989).

El holandés Hermann Boerhaave (1668-1738), es el continuador de las ideas de Sydenham, se encarga de la cátedra de “medicina clínica” en Leiden y establece que la observación del paciente debe comenzar siempre con una anamnesis amplia, seguir con la búsqueda sistemática de los signos y síntomas que permitan el diagnóstico certero y culminar con el establecimiento del pronóstico, la terapéutica adecuada y las órdenes para vigilar la evolución del caso; todo ello anotado cuidadosamente en registros especiales que considera indispensables para el quehacer médico; enseña a examinar primero al enfermo y a estudiar el mal y después sobre esa base construir la doctrina, así nace el concepto de la “Historia Clínica” que se perfecciona y refina por los brillantes discípulos de Leiden (Mendoza Vega, 1989).

A finales del siglo XVII Giorgio Baglivi (1668-1707), maestro de la clínica italiana, seguidor y contemporáneo de Sydenham, escribe su famoso libro “De praxis médica” y sintetiza la esencia del pensamiento clínico de su época en la frase con la que se le conoce en la historia médica: “Sepan los jóvenes que nunca encontrarán un libro más docto e instructivo que el enfermo mismo” (Hospital Clínico Quirúrgico Docente General Calixto García, 2014).

4.1.7 Hasta el siglo XVIII

En este siglo se combina el final del periodo Barroco (1600 a 1740) y el periodo de la Ilustración (1740 a 1800). Según el desarrollo histórico de la medicina, para esta época ya se habían descrito importantes descubrimientos, tales como: la circulación pulmonar (Miguel Serveto, 1553); la circulación mayor (William Harvey, 1578-1657); los vasos capilares, los alveolos pulmonares y los glóbulos rojos de la sangre (Marcelo Malpighi, 1628-1694) con ayuda del microscopio, desvirtuando así el concepto de que la sangre era una mezcla homogénea de “humores”; los músculos y su función (Fabrizzi' Acquapendente, 1533-1619); técnicas quirúrgicas para amputación, trepanación del cráneo, cirugías plásticas, cirugías

urológicas, cirugías oftalmológicas y obstetricia; transfusiones sanguíneas, inyecciones endovenosas, farmacología (quina e ipecacuana).

También para este siglo ya se habían propuesto el uso de mediciones, el médico italiano Santorio (1561-1636), desarrolla y practica la manera de determinar la pérdida continua de líquidos a través de la piel, llamada “perspiración insensible”, la temperatura corporal con el termómetro, y la frecuencia del pulso con el pulsilogio, pues los relojes de la época no tenían manecillas para los segundos.

4.1.8 Hasta el Siglo XXI

A lo largo del siglo XIX se comienzan a medir síntomas y signos con precisión, gracias a las técnicas de percusión (Corvisart, 1755-1821) y auscultación (Laennec, 1781-1826); con Corvisart se inicia el movimiento que involucra la fisiología patológica y la clínica francesa en los procedimientos de la práctica médica. Aparecen nuevos inventos como el estetoscopio y el esfigmomanómetro. Se empieza a inspeccionar órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, el oftalmoscopio y el otoscopio. Se desarrolla el laboratorio como signo clínico, la microbiología, y el uso de pruebas funcionales. Con esta mentalidad fisiopatológica la historia clínica gana riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna (Medoza-vega, 1989).

A finales del siglo XIX nace la psiquiatría, aportando importancia a la visión que tiene el paciente del hecho de enfermar, de su propia enfermedad, y la influencia que ello puede tener en el propio curso de la enfermedad; entonces la anamnesis y su interpretación se vuelven básicas en la historia clínica, así como la interrelación entre el médico y el paciente (Fombella María José, 2012), (Marietám, 2004).

Todo el siglo XX se caracteriza por el extraordinario desarrollo tecnológico, empezando por la radiología que es la primera de las técnicas de diagnóstico por imagen, multiplicándose así de forma exponencial las exploraciones complementarias. Se desarrollan las especialidades

médicas y la inclusión dentro de la historia clínica de informes de pruebas especializadas o ayudas diagnósticas (Fombella María José, 2012).

A raíz de la Segunda Guerra Mundial adquiere gran importancia la enfermera como profesional dedicada a proporcionar los cuidados necesarios para recuperar y mantener la salud, y en el último cuarto del siglo XX se organiza y regulan sus funciones documentando y recogiendo de forma paralela a la historia médica los registros de enfermería.

Se consolida los servicios de farmacia como unidad básica para el uso racional de medicamentos; se generalizan los documentos de prescripción y dispensación de medicamentos.

Todo esto convierte a la historia clínica en un documento multidisciplinario, ya no elaborado por un solo médico sino por múltiples profesionales que asisten al paciente (Wuani, 2010).

También durante la segunda mitad del siglo XX comienza la creación de servicios nacionales de salud, que proporcionan cobertura pública a la población en general; la historia clínica deja de ser entonces propiedad particular del médico ya que se crean los servicios de documentación y custodia, en ellos se archivan ordenados por eventos los contactos del paciente con el médico o con el sistema público de salud aumentando considerablemente la información de la historia clínica de cada paciente (Fombella María José, 2012).

En la última década del siglo XX e influidos por la corriente americana basada en la sanidad privada surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal de obligatorio cumplimiento, sujeto a la ley de protección de datos y al secreto profesional. Se elaboran leyes que aumentan la participación del paciente en su descripción de la enfermedad y en la toma de decisiones, creándose el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital, con el fin de proteger y preservar la salud del paciente; pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia,

entendiendo de esta manera, también por las leyes, la necesidad de la historia individual del paciente como método científico para el desarrollo y aprendizaje de la medicina.

Se establece la obligatoriedad de elaborar y facilitar al paciente o a sus representantes un informe de salida o epicrisis para egresos hospitalarios (Fombella María José, 2012), (Wuani, 2010) (Laín Entralgo, Historia de la medicina moderna y contemporánea, 1963) (Barrios, y otros, 2005).

A finales del siglo XX, Codman crea la historia llamada "de resultado final", que establece las raíces de la auditoría y supervisión actuales, pues se trata de definir si un mal resultado quirúrgico es debido a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad (Codman, 2000).

Este mismo proceso impulsa al Doctor Lawrence Weed al desarrollo de un modelo diferenciado de historia clínica al que denominó "historia clínica orientada al problema". Dentro de esta variante particular que cada vez es más acogida se puede decir, en general que:

"Problema es todo aquello que requiere o puede requerir una acción del equipo de salud, motivando un plan de intervención. Así, puede considerarse problema a cualquier queja, observación, necesidad de salud o condición individual, familiar o socialmente percibida como una desviación de la normalidad. Igualmente lo son algunos hechos pasados que afectaron, afectan o puedan afectar la capacidad funcional o calidad de vida del paciente, así como situaciones o estados que requieren ser intervenidos para incidir en el manejo de otros problemas por ejemplo desempleo, aislamiento, pérdida de la vivienda".

La estructura básica que Weed presenta en este tipo de historia se orienta en cuatro partes: la base de datos del paciente, una lista de problemas, el plan inicial y las notas de evolución (Sinche, 2008).

Con el siglo XXI llega a la historia clínica algunas innovaciones, la más importante es la historia clínica electrónica. Hasta ahora los artesanos documentalistas e informáticos nos están

proporcionando una excelente transcripción del formato pero, faltan ajustes y seguirán faltando por el proceso dinámico de los pacientes y la historia clínica como tal. Sin embargo, este cambio nos está empezando a mostrar un nuevo concepto: la “biopatografía” completa del paciente; o como se está empezando a llamar: historia de salud (HS), que es un concepto mucho más amplio que el de la historia clínica tradicional y se puede definir como el registro longitudinal de todos los acontecimientos relativos a la salud de una persona, tanto preventivos como asistenciales, desde el nacimiento, hasta su fallecimiento. Los adelantos en medicina genética harán que ésta se refiera también a datos anteriores al nacimiento (Fombella María José, 2012).

4.2 Hahnemann y los inicios de la Homeopatía

Hipócrates introdujo dos métodos terapéuticos: la "cura por los contrarios" (contrario contrariis curentur), seguido y afianzado por Galeno (129-199 d.C.) y Avicena (980-1037 d.C.), convirtiéndose en la base de la medicina alopática; y la "cura por lo semejante" (similia similibus curentur), impulsado en el siglo XVI por Paracelso (1493-1591), y posteriormente por el Doctor Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) fundador de la homeopatía en el siglo XVIII (Correa A.D., 1997).

En el siglo XVIII, las técnicas terapéuticas más empleadas y aceptadas eran: las sanguijuelas, sangrías, vomitivos, administración de purgantes y sudores, entre otros, basados en la teoría de que la sangre era una mezcla homogénea de “humores”. Además, algunos médicos trataban casi todas las enfermedades de la misma forma, debido a las grandes epidemias que azotaban a Europa en esos días (Correa A.D., 1997), (Mendoza Vega, 1989).

El Doctor Hahnemann nace en Meissen (Alemania), a los 12 años fue enviado a estudiar lenguas extranjeras y nociones de comercio, a los 20 años logra entrar gratis a la Universidad de Leipzig para estudiar medicina, pero su familia no podía ayudarlo con su sustento, entonces daba clases de idiomas y traducía obras de medicina.

En 1785 en la ciudad de Dresde, siendo médico ya graduado realizó un importante trabajo sobre el arsénico, llamado “venenos”, que fue un valioso aporte para la medicina legal de la época, pues describió nuevos procedimientos para comprobar el envenenamiento por este tóxico, y todavía en nuestros días son tenidos en cuenta. Para esta misma época ya empieza a manifestar su inconformidad con el ejercicio de la medicina por la terapéutica insuficiente, indicó que su desconocimiento de la acción exacta de las drogas lo hacía sentirse incapaz de curar a sus semejantes; además se sentía impotente por no poder aliviar enfermedades graves en algunos de sus cinco hijos que llevaron a la muerte a dos de ellos; es entonces cuando toma la decisión de no ejercer más la medicina y seguir trabajando en hacer traducciones.

En 1792 traduce “la Materia Médica de Cullen” e insatisfecho con las diversas y contradictorias explicaciones que daba el autor sobre la acción de la quina, usada en el tratamiento de la malaria; Hahnemann decide tomar quina durante muchos días a diferentes dosis y observa que él comienza a presentar todos los síntomas de la fiebre que producía la malaria, posteriormente repite el experimento en muchas personas y obtiene el mismo resultado, entonces postula: “La quinina, que destruye las fiebres, provoca en el sujeto sano las apariciones de la fiebre”. Hahnemann sigue experimentando en él, en familiares y muchas otras personas, llegando a describir la experimentación pura como todo un método de investigación, este es el punto de partida de su genial método: “la Homeopatía” (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

4.2.1 Historia clínica homeopática o “toma del caso”

Hahnemann realiza muchos escritos a lo largo de su vida, uno de sus principales es el “Organon”, en este libro desarrolla todo su método homeopático y da indicaciones precisas para ejecutarlo adecuadamente.

Hahnemann denomina la toma del caso a la historia clínica homeopática.

En los siguientes párrafos de la sexta edición del Organon encontramos las normas y recomendaciones, a seguir, para una adecuada toma del caso (Hahnemann S. , Organon de Hahnemann, 1993):

Parágrafo 82: ... “para la indicación terapéutica en cada caso de enfermedad crónica el medico homeópata deberá siempre escrutar con cuidado los síntomas perceptibles y todas sus modalidades y características (lo que es tan indispensable como antes de ese descubrimiento), y evitar prescripciones rutinarias. Ya que no es posible tanto en esas enfermedades como en otras, obtener una verdadera curación sin tratar de una manera rigurosa y personal cada caso particular (individualización)”...

... “Al trazar este cuadro será necesario distinguir si la enfermedad es aguda o crónica, ya que, en el primer caso, los síntomas principales aparecen y se hacen evidentes a los sentidos más rápidamente y, por ese motivo, hace falta mucho menos tiempo para trazar el cuadro de la enfermedad y muchas menos preguntas (ya que casi todos los indicios reveladores se muestran con toda evidencia); mientras que una enfermedad crónica que ha evolucionado gradual y lentamente durante años enteros, aquellas características son mucho más difíciles de describir”.

En este párrafo el Maestro resalta la importancia del interrogatorio en la toma del caso para la individualización del enfermo mediante la modalización de los síntomas, teniendo en cuenta los antecedentes y el tiempo de evolución de la enfermedad (aguda o crónica).

Parágrafo 83: Hahnemann expone claramente las condiciones que el médico debe tener:

“Este examen de un caso de enfermedad con el fin de individualizarlo, exige del médico nada más que un espíritu libre de prejuicios, un buen funcionamiento de los órganos de los sentidos, la atención al observar, y fidelidad absoluta al trazar el cuadro de la enfermedad”.

Parágrafo 98: Hahnemann muestra otras cualidades importantes que el médico debe poseer para hacer una buena toma del caso y fortalecer la relación médico-paciente:

“En todas las enfermedades, pero muy especialmente en aquellas que tienen un carácter crónico, para formarse una imagen verdadera y completa en todos sus detalles, el médico necesita poseer en alto grado: paciencia en sumo grado, conocimiento de la naturaleza humana, psicología y prudencia en la conducción del interrogatorio, cualidades de circunspección y tacto, y por fin, las facultades analíticas y sintéticas propias de un sano razonamiento”.

Parágrafos 84 a 89: Hahnemann aconseja que el médico debe escuchar todo el relato del enfermo, en lo posible sin interrupciones, también a los familiares. El médico debe ir anotando toda la información con las palabras del paciente y los acompañantes; posteriormente cuando el paciente termine de contar, el médico vuelve a preguntar sobre los síntomas que sea necesario aclarar o sobre temas que el paciente no menciona como funciones orgánicas, carácter, emociones, etc.; las preguntas deben ser abiertas para que el paciente responda espontánea y libremente, por ejemplo: ¿Hace cuánto tiempo fue?, ¿Cuánto tiempo duro?, ¿Dónde es el dolor?, ¿A qué hora del día es peor?, ¿Su dolor tiene alguna relación con el clima? etc. No son relevantes preguntas en las que solamente se conteste “sí o no”. En algunos casos cabe realizar preguntas más específicas como por ejemplo: ¿Cuál es el aspecto y color exacto de las deposiciones?, ¿Qué posición adopta usted para dormir?, etc.

Parágrafo 90: “Después que el médico ha terminado de poner por escrito todas las respuestas, anota lo que el mismo observa en el enfermo, e indaga para investigar si lo que observa en el paciente existía antes de enfermarse”.

Parágrafos 91 y 92: También se deben tener en cuenta los síntomas producidos por algún medicamento que el paciente venga recibiendo desde antes de la consulta, a menos que sea un caso grave de urgencia, en donde se toman solo los síntomas actuales.

Parágrafo 93: “Un acontecimiento importante, que merezca ser mencionado, habiendo causado una afección reciente, o también una enfermedad crónica de antigua data, podrá ser confesado por el enfermo, ya de un modo espontáneo o después de un interrogatorio

cuidadoso y circunspecto, o revelado eventualmente por sus parientes o amigos en forma privada. Por ejemplo: tentativas de suicidio, decepciones amorosas, vicios, deformidades, hambre, enfermedades venéreas, entre otras”.

Hahnemann menciona estar pendiente de eventos que significan o significaron humillación o motivo de vergüenza para el paciente, pues pueden ser el desencadenante de su enfermedad, por consiguiente deben incluirse en la historia clínica, sin embargo depende de la pericia del médico en el interrogatorio.

Parágrafo 94: “En el curso del interrogatorio en las enfermedades crónicas, es necesario profundizar y pesar bien las circunstancias particulares en las que el paciente ha podido encontrarse, relacionadas con sus ocupaciones habituales, su género de vida familiar o privada, su situación doméstica, su régimen dietético, etc.”...

... “Se debe averiguar que hay en esas circunstancias que sea capaz de producir o mantener la enfermedad de manera que, al descartarlas, se favorezca la curación”.

Parágrafo 95: ... “En las enfermedades crónicas,”... “se observan síntomas originales y singulares, que lejos de ser comparables a los que llaman la atención en las enfermedades agudas, exigen ser estudiados con el mayor cuidado, para poder determinar la medicación curativa” ... “en las afecciones crónicas, los enfermos se han habituado de tal manera a sus prolongados sufrimientos, que prestan muy poca o ninguna atención a los pequeños síntomas accesorios, a menudo muy significativos (característicos) y decisivos para guiar hacia la elección del remedio”.

Parágrafo 96: Los pacientes hipocondriacos

“no inventan jamás íntegramente los síntomas y sufrimientos que no sientan realmente”.

Hahnemann dice, ellos exageran los síntomas, pero la toma del caso y el tratamiento se realiza igual.

Parágrafo 97: “Otros enfermos, por el contrario, ya sea por timidez, o por una especie de apocamiento, o bien por indolencia o por un falso pudor, evitan mencionar una cantidad de síntomas, o los describen en términos vagos o, si señalan algunos valederos, los califican de insignificantes”...

... “Conviene, sin embargo remitirse sobre todo a lo que el enfermo mismo dice de sus sufrimientos y sensaciones y, especialmente, dar crédito a sus propias expresiones”... “las palabras casi siempre se alteran o son erróneamente enunciadas al pasar por la boca de los miembros de su familia o de aquellos que los cuidan”.

Parágrafo 99: ... “en el estudio de las enfermedades agudas o de aquellas que comenzaron recientemente, es mucho más fácil para el médico, porque el enfermo y sus allegados tiene aún fresca en la memoria la diferencia entre el estado presente de enfermedad con sus cambios y fenómenos nuevos y llamativos, y el estado de su salud antes de perderla”...

... “Aquí también el medico necesita conocer todo lo que tiene relación con el enfermo y su familia”...

Parágrafo 104: “Cuando la totalidad de los síntomas que especialmente determinan y caracterizan un caso de enfermedad o, en otras palabras cuando el cuadro de la enfermedad, cualquiera sea, ha sido correctamente concluido, la parte más difícil de la tarea ha sido cumplida”...

... “el médico debe tener siempre a la vista en este cuadro en el curso de sus tratamientos, y eso sobre todo en las enfermedades crónicas. De esta manera puede examinarla en todos sus detalles, y consultarla cuando le plazca”...

... “Posee entonces los elementos que le permiten establecer la valorización sintomatológica para especificar los rasgos característicos del caso considerado, con el objeto de oponer a estos síntomas que representan la enfermedad entera, por la medicación elegida

homeopáticamente, una potencia patogenética (un medicamento) que le sea exactamente semejante y cuya elección haya sido determinada por la naturaleza de los síntomas que ha producido en el hombre sano”...

... “Durante el tratamiento, el medico toma debida nota del efecto del remedio y del cambio que ha tenido lugar en el estado del enfermo. Para completar su observación hace una revisión de los síntomas y, dejando de lado aquellos que han desaparecido definitivamente, anota: 1) los síntomas antiguos que persisten; y 2) los síntomas nuevos, si es que han aparecido”.

Hahnemann en la coherencia que siempre lo caracterizo recalca realizar una muy buena historia clínica de primera vez, debido a que de este acto médico se desprende el poder hacer o no, una correcta prescripción del remedio y un adecuado seguimiento al paciente.

4.3 Marco legal

La historia clínica en nuestro país es considerada un documento privado, de diligenciamiento obligatorio, sometido a reserva y que registra de manera cronológica el estado de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos que conllevan a garantizar una atención de calidad al usuario; solamente es conocido por terceros por autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Hospital Occidente de Kennedy ESE III nivel, 2013).

La Ley 23 de 1981 en su capítulo III determina los lineamientos principales de la historia clínica, en el artículo 34 da la definición establecida anteriormente como un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Así mismo en el artículo 35 se establece que en las entidades del sistema nacional de salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud, y en el artículo 36 determina que se debe diligenciar con claridad.

El 8 de julio de 1999 la Resolución 1995 expide las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de la historia clínica, y en su artículo tercero determina las características que deben ser conocidas y aplicadas por los estudiantes de pre y post grado, como son:

Integralidad: debe contener todos los conceptos, actividades científico, técnicas y administrativas en todas las fases de la atención incluida la promoción y prevención dentro del concepto biopsicosocial.

Secuencialidad: debe consignar en forma cronológica el acumulado de todos los documentos relativos a la prestación del servicio.

Racionalidad científica: debe consignar todos los criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones brindadas en forma que evidencie lógica clara y completamente el procedimiento que se realizó en las investigaciones de las condiciones de salud del paciente, su diagnóstico y su plan de manejo.

Disponibilidad: posibilidad de utilizarla en el momento que se necesita con las limitaciones de ley.

Oportunidad: diligenciamiento de los registros de atención simultanea o inmediatamente después de que ocurra la atención.

Obligatoriedad: se deben consignar todas las acciones de todo el equipo de salud, las entregas de documentos y anexos al paciente o a su representante legal y la entrega de imágenes diagnósticas.

4.3.1 Componentes de la historia clínica

Los componentes básicos de la historia clínica dos: la identificación y los registros específicos, cada uno se divide en varios elementos como son:

Identificación:

- Apellidos y nombres completos
- Estado civil
- Documento de identidad
- Fecha de nacimiento
- Edad y sexo (genero)
- Ocupación habitual
- Dirección y teléfono del domicilio
- Nombre y teléfono del acompañante
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable
- Aseguradora
- Tipo de vinculación

Registros específicos:

- Motivo de consulta
- Anamnesis
- Antecedentes
- Revisión por Sistemas
- Examen físico
- Diagnostico
- Plan y tratamiento

4.3.2 Autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en la selección de los registros específicos

Las IPS seleccionan el registro específico que corresponda a la naturaleza de la atención para consignar la información.

Cada IPS definirá los datos adicionales en la historia clínica necesarios para una adecuada atención.

Toda IPS debe adoptar registros específicos de conformidad con los servicios prestados (portafolio) así como el contenido de los mismos en los que se incluyan todas las acciones de atención.

Las IPS pueden adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades.

4.4 Historia clínica electrónica

En la ley 1995 del año 1999, el artículo 18 hace referencia a la realización de las historias clínicas en... “medios físicos, técnicos como computadoras o medios magneto-ópticos”, según las necesidades de los prestadores de servicios de salud; siempre y cuando los programas automatizados, los equipos y los soportes documentales diseñados para tal fin, posean mecanismos de seguridad garantizados para evitar modificaciones en la historia clínica después de registrar y guardar los datos, y la destrucción de los registros de manera accidental o provocada. También deben poseer mecanismos para proteger la reserva del documento impidiendo el ingreso de personas no autorizadas, al igual que la identificación idónea del personal autorizado que reemplace en la historia electrónica la firma y el sello de la historia física (Ministerio de Salud, 1999).

En el artículo 112 de la ley 1438 del año 2011, en un párrafo transitorio se documenta que... “La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013”, pero en el artículo 267 de la ley 1753 del año 2015 este requerimiento fue derogado (Ministerio de salud, 2011).

Si sigue en vigencia del artículo 112 de la ley 1438 del año 2011: ... “Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los

beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras, dicha articulación deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012” (Ministerio de Salud, 2015).

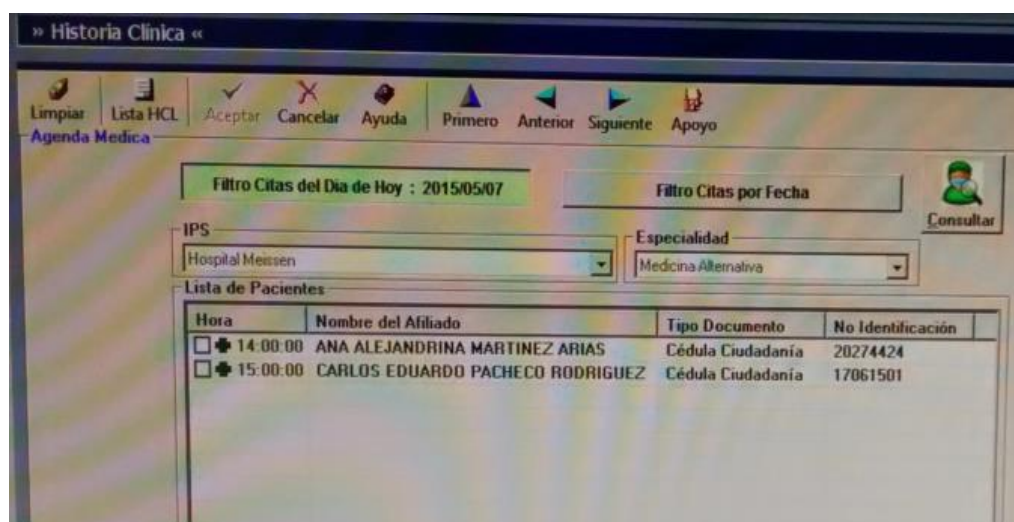


Figura 1. Modelo Electrónico de Agenda de Citas para Medicina Alternativa Hospital de Meissen

Limpiar Lista HCL Aceptar Cancelar Ayuda Primero Anterior Siguiente Apoyo

Información del Usuario - Ver. 1.0.122

Documento de identidad

Tipo Documento: Cédula Ciudadanía Número: 17061501 Nombre: CARLOS EDUARDO PACHECO RODR

Número de Historia: 17061501

Información IPS

IPS: Hospital Meissen Nivel IPS: 3

Sexo: Masculino Tipo de plan: Pos Subsidiado Estado civil: Soltero(a) Edad: 73 años 11 meses 17 días

Datos del Profesional

Tipo Documento: Cédula Ciudadanía Número: 19479872

Nombre Profesional: Edgar Hurtado

Especialidad: Medicina Alternativa Registro Médico: 19479872

Tipo de afiliado: Pos Subsidiado Nivel 1 Acompañante: Nivel de estudios:

Causa Externa: Enfermedad General Ocupación: Ninguna

Fecha y Hora de Ingreso: 01/05/2015 10:10 a.m. Teléfono: 3145262349 Convenio: CAPITAL SALUD EPS

Revisión Por Sistemas Antecedentes Personales Antecedentes Familiares

Refiere No Refiere

Observaciones:

Sistema Urinario

Variables:

- Anuria
- Cambios chorro urinario
- Dolor al orinar
- Dolor en flanco, lumbar
- Incontinencia
- Oliguria
- Polaquiuria
- Retención urinaria
- Otro Sistema Urinario

Sistema	Variable
Neurológico y Psíquico	No Refiere
Órgano de los sentidos	No Refiere
Piel y Fanereas	No Refiere
Sistema Cardiovascular	No Refiere

Establecer Sistemas No seleccionados como "No Refieridos"

Ehurtado 07/05/2015 Versión: 1.0.544

Figura 2. Historia Clínica electrónica utilizada en Hospital de Meissen para la consulta de Medicina Alternativa

Información del Usuario - Ver. 1.0.122

Documento de identidad

Tipo Documentación: Cédula Ciudadanía | Número: 17061501 | Nombre: CARLOS EDUARDO PACHECO RODEF

Número de Helosa: 17061501

Información IPS

IPS: Hospital Meissen | Nivel IPS: 3

Sexo: Masculino | Tipo de plan: Pos Subariado | Estado civil: Soltero(a) | Edad: 73 años, 11 meses, 17 días

Tipo de afiliado: Pos Subariado Nivel 1 | Acompañante: | Nivel de estudios: | Ocupación: Ninguna

Datos del Profesional

Tipo Documento: Cédula Ciudadanía | Número: 19479872

Nombre Profesional: Edgar Hurtado

Especialidad: Medicina Alternativa | Registro Médico: 19479872

Causa Externa: Enfermedad General

Fecha y Hora de Ingreso: 01/05/2015 10:10 a.m. | Teléfono: 3145262349 | Convenio: CAPITAL SALUD EPS

Examen Físico

FC: 78 | TA: Sistole 120, Diástole 60, T.A.M 80 | FR: FR 18, T# 1 | Talla: 163 | Peso: 55 | IMC: 20.7008

Saturación O2: | Glucometria: | Vrs: 1.0.43

Examen | Resumen

Partes del cuerpo: R. Aspecto General

Estado	Variable	Observaciones
<input checked="" type="checkbox"/>	Normal	
<input type="checkbox"/>	Anormal	
<input type="checkbox"/>	Buen aspecto general	
<input type="checkbox"/>	Deshidratado	
<input type="checkbox"/>	Hidratado	

Ehurtadoc | 07/05/2015 | Versión: 1.0.544

Figura 3. Historia Clínica electrónica: Hoja de Examen físico. Hospital de Meissen

4.5 Importancia de la historia clínica

Debido a la importancia que ha tomado en los últimos años la responsabilidad profesional del médico y con ella la historia clínica, Criado del Río cita una definición de Jornet, en su libro *Mal praxis*:

La historia clínica es el documento médico legal más importante, porque pasó de ser una documentación que servía para valorar criterios médico asistenciales, a ser un documento con criterios médico legales que se utiliza no sólo para informar al médico de la evolución de la enfermedad del paciente, sino también para informar a la justicia de lo acontecido a lo largo

del tiempo con el proceso patológico del paciente, y sí todas y cada una de las conductas del médico y el enfermo han sido correctas (Codman, 2000).

Actualmente cuando hablamos de la historia clínica es necesario también referirse a los procesos de calidad que la envuelven dentro de marcos de legalidad y satisfacción en cuanto a la prestación de un servicio, por lo tanto, la evolución del concepto de calidad en los servicios de salud, ha estado unida al avance de los conocimientos (Chaves, 2010).

La historia clínica no solo es necesaria para registrar el estado de salud del individuo, teniendo en cuenta factores que inciden en su salud como son: somáticos, psíquicos, sociales, culturales, económicos y medio ambientales; sino también puede ser usada para fines legales, científicos, académicos, históricos y culturales (Ministerio de Salud, 1999).

4.5.1 Importancia de la historia clínica homeopática:

Como ya se mencionó, según la resolución 1945, la ley colombiana dictamina que la historia clínica es un registro del estado de salud del individuo, teniendo en cuenta factores que inciden en su salud como son: somáticos, psíquicos, sociales, culturales, económicos y medio ambientales. Debe regirse por unas características de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad, oportunidad y obligatoriedad; además la historia clínica debe contener unos componentes básicos ya establecidos, aunque las instituciones prestadoras de salud posean autonomía para adoptar formatos que correspondan a sus necesidades (Ministerio de Salud, 2015).

La historia clínica homeopática cumple con estos requerimientos y profundiza mucho más en la salud y en la enfermedad del individuo.

La toma del caso en homeopatía se rige especialmente por la ley de la semejanza y la ley de la individualidad.

La palabra homeopatía etimológicamente se deriva de dos raíces griegas: *homeios* que significa semejante y *pathos* que significa enfermedad, es decir, tratar al enfermo con medicamentos que experimentalmente producen síntomas en personas sanas, semejantes a los síntomas que padece un paciente durante la enfermedad (ley de la semejanza); entonces el objetivo del médico al realizar la historia clínica homeopática es encontrar esos síntomas a tratar, en su totalidad, para llegar a la curación o la mejoría del paciente, y lograr como dice el maestro Hahnemann, en el parágrafo 9 del Organon: ... *“de tal manera que el espíritu dotado de razón que habita en ese organismo pueda disponer libremente de ese instrumento vivo y sano para alcanzar los más altos fines de su existencia”* (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

La homeopatía estudia al ser humano de una manera integral, lo concibe como una unidad entre el cuerpo y la mente, cada persona tiene unas características propias que lo hacen diferente a los demás, cada individuo es único e irrepetible (ley de la individualidad); por eso para el homeópata todos los síntomas son importantes, tanto físicos como mentales.

En la toma del caso es necesario modalizar los síntomas, es decir, escudriñar muy bien cuáles son las modalidades y características de presentación de los síntomas; se tienen en cuenta cantidad de datos tales como: tiempo de evolución, duración, frecuencia de presentación, horario (de inicio, de agravación, de mejoría, etc.), influencia del clima (por ejemplo: el dolor se desencadena con el frío y mejora con el calor, etc.), que cosas empeoran o agravan el síntoma, que cosas lo mejoran, sentimientos o estados de ánimo relacionados con el síntoma y/o propios del paciente, y muchos más.

Un ejemplo, entre infinidad, de modalización de un síntoma podría ser: dolor reumático en las manos al levantarse en la mañana, que empeora con el calor y la presión, mejora con aplicaciones frías y el movimiento, y durante el dolor hay ansiedad.

Es importante también jerarquizar los síntomas, cuando se tiene la totalidad sintomática, es decir, al finalizar la toma del caso, para escoger el remedio homeopático que se va a

prescribir, se tienen en cuenta los síntomas más importantes, los que más están causando sufrimiento al paciente, los mejor modalizados y que más individualizan.


En la medicina están descritas muchas enfermedades con sus síntomas, sin embargo la individualidad también se manifiesta en la enfermedad, puede haber muchos pacientes con el mismo diagnóstico, pero las manifestaciones patológicas nunca son exactamente iguales; cada enfermo tiene su propia forma de enfermarse y por eso necesita su propio tratamiento.

El médico homeópata en la toma del caso realiza un interrogatorio exhaustivo, encaminado a individualizar al paciente, a entender cómo llega a enfermarse, cómo vive y como siente ese ser humano que está en la consulta, a encontrar lo digno de curar; y al finalizar este acto médico, estar en la capacidad de prescribir un remedio homeopático y dar recomendaciones precisas a esa persona, no al nombre de la enfermedad (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

También en la toma del caso es recomendable tener en cuenta (Houghton, 2011), (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Hahnemann, 1993):

- Asegurar, en la medida de lo posible, una buena relación médico-paciente.
- Hacer preguntas abiertas, no sesgadas.
- Volver a preguntar las veces que sea necesario hasta aclarar bien el síntoma.
- Escribir lo que el paciente dice con las palabras del paciente y/o de sus familiares, entre comillas, porque al traducir a la jerga médica lo manifestado por el paciente, se puede estar haciendo una interpretación errónea de la modalización de los síntomas.
- El formato ya sea físico o electrónico debe contar con espacio suficiente para consignar la totalidad de los síntomas con sus modalizaciones.
- Se debe diligenciar de forma clara, letra legible, sin enmendaduras ni tachones.

4.5.2 Formato de historia clínica homeopática utilizado en la IPS Instituto Luis G. Páez



FUNDACIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATÍA
"LUIS G. PÁEZ"
INSTITUCIÓN DE UTILIDAD PÚBLICA
Nº. 860.007.371-1

HISTORIA CLÍNICA (BIOPATOGRÁFICA)

MÉDICO DOCENTE:	No. H.C.:	Día	Mes	Año
REGISTRO MÉDICO No.	RC; TL; CC; CE; Menor DCC; Sin Doc. Otro. CONSECUTIVO:			

I. IDENTIFICACIÓN:

1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRES:		
SEXO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	Fecha de nacimiento DÍA MES AÑO		Edad: EPS:
PROCEDENCIA:	DIRECCIÓN:	BARRIO:	LOCALIDAD:	TELÉFONO:
PROFESIÓN:	OCCUPACIÓN:	ESTRATO:		
ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL	Vivienda: P: A: I: O:		
INFORMANTE	CELULAR	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:		
E-MAIL:		TELÉFONO:		
		REMITIDO O RECOMENDADO POR		

P: Propia A: Arriendo I: Inquilino O: Otro

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

TEL: 514 25 70 FAX: 514 25 70 2186579 FAX: 255 03 36 A.A. 925779 Bogotá D.C. Colombia
MAIL: mg-hom@colombioel.org
www.colombioel.org.co

Figura 4 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Identificación

III. ANTECEDENTES:

PERSONALES	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Tratamiento médico actual e Ingesta de medicamentos			
2. Reacciones alérgicas			
3. Tóxicos y adicciones			
4. Hipertensión y cardio vasculares			
5. Ginecobstetricos			
6. Digestivos			
8. Infecciosos			
9. Renales			
10. Quirúrgicos			
11. Traumáticos			
12. Enfermedades de transmisión sexual			
13. Otros			
FAMILIARES			
1. Diabetes y otros Metabólicos			
2. Cáncer			
3. Hipertensión y cardiovasculares			
4. Trastornos mentales			
5. Convulsiones			
6. Asma			
7. Cálculos			

Figura 5 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Antecedentes

8. Otros			
IV. SÍNTOMAS GENERALES	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Sed y apetito			
2. Deseos y aversiones alimenticias			
3. Sueño y sueños			
4. Calor Vital y telúricos			
5. Transpiración			
6. Hábitos de ejercicios			
7. Horarios de agravación			

V. PEDIÁTRICOS:



1. Embarazo:
2. Parto:
3. Lactancia:
4. Alimentación:
5. Desarrollo psicomotor:
6. Vacunas:

Figura 6 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Síntomas generales

VI. REVISIÓN POR SISTEMAS:

1. OFTALMOLÓGICOS:

2. OTO, RINO, LARINGE:

3. RESPIRATORIOS:

4. GASTRO INTESTINAL:

5. CARDIO VASCULAR:

6. GENITO URINARIO:

7. PIEL Y ANEXOS:

8. ÓSTEO MÚSCULO ARTICULAR:

9. NERVIOSO:

10. ENDOCRINO:

VII. SÍNTOMAS MENTALES:

Figura 7 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Revisión por sistemas y síntomas mentales

VIII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE TRAE EL USUARIO:**IX. EXAMEN FÍSICO:**

Peso: _____ Talla: _____ Temperatura: _____ Frecuencia Cardíaca: _____ Frecuencia Respiratoria: _____
Presión Arterial: _____ Perímetro cefálico: _____ Perímetro Torácico: _____ Perímetro Abdominal: _____

X. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO: _____ **CODIGO CIE -10** _____

OTROS DIAGNÓSTICOS:

XI. REPERTORIZACIÓN (RESULTADOS DE):

XII. TENDENCIA MIASMÁTICA (PROCESO SÁNCHEZ):

XIII. DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOSO:

XIV. PRESCRIPCIÓN Y MÉTODO:

XV. RECOMENDACIONES:

6

Figura 8 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Diagnósticos, prescripción y recomendaciones

Metodología

4.6 Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo cualitativo, histórico-documental, revisión no sistemática.

4.7 Localización de los acervos documentales

- **Bibliotecas:**

- Biblioteca de la Fundación Universitaria Luis G. Páez
- Biblioteca de la Universidad Nacional: Repositorio digital Universidad Nacional de Colombia
- Biblioteca Luis Ángel Arango

- **Bases de Datos:**

- Ciencias de la salud: Medline – OVID, Evidence Based Medicine Review – EBMR, PubMed, Embase, LiLaCs, Science Direct, Scielo.
- Google academic

4.8 Los ejes a tener en cuenta para el desarrollo del estudio fueron:

- Revisión de las bases de datos ya mencionadas.
- La toma del caso propuesta por el Dr. Samuel Hahnemann en el Organon el arte de curar.
- Los lineamientos dados por el Ministerio de la Protección Social en la resolución 1995 del 8 de julio de 1999, que regula todo el marco legal de la historia clínica en Colombia.
- Componentes de la historia Clínica según la ley.

- El formato de historia clínica usado en la consulta homeopática del Instituto Homeopático Luis G. Páez y del Hospital de Meissen, en la ciudad de Bogotá.

5 Resultados

5.1 Formato de historia clínica propuesto

Historia Clínica Homeopática	
Fecha y hora:	
Identificación de paciente	
Nombres y apellidos:	
Numero de documento de identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Sexo:	
Lugar de nacimiento:	
Lugar de procedencia:	
Escolaridad:	
Ocupación:	
Estado civil:	
Teléfono(s): Vivienda:	Celular:
Dirección de la vivienda:	
Localidad:	
Estrato socio-económico:	
Persona responsable: Nombres y apellidos:	
Parentesco:	Teléfono(s):
Aseguradora y tipo de vinculación:	
Religión	
Referido por:	
Informante(s):	

Acompañante: Nombres y apellidos:	
Parentesco:	Teléfono(s):
Foto del paciente (opcional)	
Identificación del médico	
Nombres y apellidos:	
Especialidad:	
Número de registro médico y/o número de identificación:	
Consentimiento informado	
Motivo de consulta	
Anamnesis o enfermedad actual	
Exámenes complementarios o ayudas diagnosticas	
Antecedentes Personales	
Farmacológicos:	
Alérgicos:	
Tóxicos:	
Patológicos:	
Traumáticos:	
Hospitalarios:	
Transfusionales:	
Enfermedades de trasmisión sexual:	
Gineco-obstétricos: Fecha de la menarquia (M):	
Frecuencia y duración de los ciclos:	
Características de los ciclos menstruales:	
Síntomas asociados a la menstruación: antes, durante o después:	
Fecha de la última menstruación (FUM): Planificación:	
Fecha de la última citología:	

Gestaciones (G): Abortos (A): Espontáneos: Provocados:
Partos (P): Cesáreas(C): Número de hijos vivos:
Edad y sexo de los hijos:
Inmunizaciones:
Ejercicio y/o pasatiempos:
Antecedentes Familiares
Revisión por sistemas
Cabeza:
Ojos:
Oídos:
Nariz:
Boca:
Garganta:
Cuello:
Sistema respiratorio:
Sistema cardio-vascular:
Sistema gastro-intestinal o digestivo:
Sistema genito-urinario:
Sistema osteo-músculo-articular:
Sistema endocrino:
Sistema neurológico:
Piel y anexos:
Síntomas generales
Apetito:
Deseos alimentarios:
Aversiones alimentarias:
Intolerancia alimentaria:

Sed:
Temperatura corporal (Calor vital):
Transpiración:
Sueño:
Sueños:
Síntomas mentales o historia biopatográfica
Examen físico
Apariencia general:
Signos vitales: Frecuencia cardíaca (FC): Frecuencia respiratoria (FR):
Tensión arterial: Peso: Talla: Índice de masa corporal (IMC):
Cabeza:
Ojos:
Oídos:
Nariz:
Boca:
Garganta:
Cuello:
Tórax:
Abdomen:
Osteo-musculo-articular:
Genito-urinario:
Recto:
Piel:
Neurológico:
Diagnóstico nosológico o etiológico
Diagnóstico miasmático

Diagnóstico integral o análisis del caso
Repertorización
Diagnostico medicamentoso
Prescripción
Recomendaciones
Firma del medico

6 Análisis de resultados

6.1 Explicación del Formato de Historia Clínica Homeopática propuesto

6.1.1 **Identificación o número de la historia clínica:** es el mismo número de identificación del paciente (Ministerio de Salud, 2015).

6.1.2 **Fecha y hora de realización de la historia clínica:** la historia clínica es un registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, por lo tanto la fecha y la hora certifican dicha cronología (Ministerio de Salud, 2015).

6.1.3 Identificación de paciente

Todos los datos de la identificación del paciente, además de ser requisitos exigidos por la ley, son necesarios para el seguimiento, la ubicación y la comunicación con el paciente y su familia.

Con estos datos el medico homeópata empieza a observar factores influyentes en el paciente, tales como: culturales, socio-económicos, ambientales, laborales, relaciones familiares, entre otros (Ministerio de Salud, 2015), (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

Nombres y apellidos completos: todo niño tiene derecho a tener un nombre y una nacionalidad. Inmediatamente después de su nacimiento el niño debe ser registrado, los padres tienen la obligación de informar nombre, apellido y fecha de nacimiento para que el estado lo reconozca como ciudadano y permita preservar sus derechos, sus orígenes (las relaciones de parentesco que lo unen a sus padres biológicos), y tener accesos a todos los servicios del estado como salud, educación, recreación, etc. (Unicef, s.f.).

Para el homeópata la empatía con el paciente es fundamental, entonces se le puede preguntar al paciente que nombre le gusta más, o como le gusta que le digan, para ir rompiendo el hielo e ir fortaleciendo la relación médico-paciente (Hahnemann, 1993), (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

Numero de documento de identidad: la resolución 1945 de 1.999, indica: “la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía (CC) para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad (TI) para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil (RC) para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería (CE). En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del mayor a menor en el grupo familiar” (Ministerio de Salud, 2015).

En Colombia la Registraduría Nacional del Estado Civil, por medio de la resolución 0146 del 18 de enero de 2000 implemento un nuevo sistema de identificación personal, llamado Número Único de Identificación personal (NUIP), en el cual, el numero otorgado en el registro civil de nacimiento es el número único que va a identificar a la persona para toda la vida, es el mismo número en la tarjeta de identidad y en la cédula de ciudadanía. El NUIP está compuesto por diez dígitos numéricos y entro en vigencia desde el año 2004 (Registraduría Nacional del Estado Civil de la Republica de Colombia, 2016).

Fecha de nacimiento: es un derecho y permite hacer seguimiento cronológico.

Edad: durante el primer mes de nacido se informa en días, hasta el primer año en meses, en los primeros años de vida en años y en meses y luego en años.

Sexo: además de ser masculino o femenino en este ítem también se puede consignar la inclinación sexual del paciente o en historia biopatográfica.

El lugar de nacimiento, el lugar de procedencia, la escolaridad, la ocupación, la dirección de la vivienda, la localidad, el estrato socio-económico y el seguro médico o tipo de vinculación, dan muestras claras de la influencia social, cultural, económica y medio ambiental del paciente (Ministerio de Salud, 2015), (Hahnemann, 1993), (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

Ocupación: también puede alertar si el paciente está expuesto a algún toxico, posición repetitiva, estrés, acoso laboral, etc. (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Houghton, 2011).

Estado civil: puede ser:

- Soltero: cuando la persona no se ha casado o no convive con una pareja.
- Casado: registro legal de la unión afectiva de una pareja.
- Unión libre: o pareja de hecho, es la unión afectiva de una pareja, sin importar su inclinación sexual, sin registro jurídico, pero en Colombia, después de dos años de convivencia adquiere los mismos derechos jurídicos del matrimonio.
- Divorciado: es la ruptura del vínculo matrimonial registrado ante la ley.
- Separado: la pareja no convive más, pero no hay registro jurídico.
- Viudo: cuando muere el cónyuge y no ha vuelto a formar pareja.

La sentencia de tutela 963 del 10 de septiembre de 2001 de la Corte Constitucional, definió al estado civil como "un conjunto de situaciones jurídicas que relaciona a cada persona con la familia de donde proviene, o con la familia que ha formado y con ciertos hechos fundamentales de la misma personalidad" (vlex.com.co/tags/sentencia-t-963-2001-673177, 2001).

Según el artículo 1 del decreto 1260 de 1970 de Colombia, el estado civil es irrenunciable, intransmisible e imprescriptible.

Empezando la historia clínica se puede percibir si el estado civil en que se encuentra el paciente es una influencia positiva o negativa en su vida, o si desde que su estado civil cambió están apareciendo síntomas de importancia.

Religión: en algunas personas la influencia religiosa es un factor muy importante en su vida; también hay religiones que por sus creencias no aceptan algún tipo de tratamiento médico (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

Foto del paciente: Es opcional, tal vez es más factible en las historias electrónicas. La foto muestra la expresión del paciente, sus características físicas particulares, la forma de vestir, todo encaminado a la individualización del paciente; y evita suplantaciones.

6.1.4 Identificación del médico

La identificación del médico debe ser clara y fidedigna, en hospitales universitarios, es frecuente que el estudiante en entrenamiento realice la historia bajo la supervisión del médico docente, pero el nombre y la firma que debe aparecer en el registro de la historia clínica es solo el del docente.

Según las recomendaciones del Dr. Hahnemann un médico homeópata debe poseer unas condiciones especiales, descritas en el parágrafo 83 del Organon: ... “un espíritu libre de prejuicios, un buen funcionamiento de los órganos de los sentidos, la atención al observar, y fidelidad absoluta al trazar el cuadro de la enfermedad”; y en el parágrafo 98: ... “el médico necesita poseer en alto grado: paciencia en sumo grado, conocimiento de la naturaleza humana, psicología y prudencia en la conducción del interrogatorio, cualidades de circunspección y tacto, y por fin, las facultades analíticas y sintéticas propias de un sano razonamiento”.

El lenguaje usado en el interrogatorio por el médico debe ser comprensible para el paciente, es decir, el médico debe usar el lenguaje del paciente (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Houghton, 2011).

6.1.5 Consentimiento informado

La primera norma sobre consentimiento informado en Colombia, fue ley 23 de 1981 o ley de ética médica, en la cual se indica que “ningún médico intervendrá, ni clínica ni quirúrgicamente a un paciente, sin obtener su previa autorización”.


Según la doctora Ana María De Brigard Pérez, Abogada de la Universidad Javeriana, especializada en derecho médico y legislación en Salud, el consentimiento informado se define como: “aquella obligación, de carácter legal, que tiene un médico de explicar a su paciente, en forma clara, completa y veraz, su patología y opciones terapéuticas, con la exposición de beneficios y riesgos, a fin de que el paciente, ejerciendo su derecho a autodeterminarse, acepte o rechace las alternativas planteadas” (De Brigard Perez, 2004).

El consentimiento informado debe poseer las siguientes características:

- Revelación de la información: la información se debe transmitir de una forma clara, completa y totalmente veraz.
- Comprensión de la información: asegurarse de que el paciente ha comprendido claramente la información del médico y resolver todas las dudas que manifieste el paciente.
- El consentimiento debe ser voluntario
- Competencia para consentir: si el paciente no tiene la capacidad para discernir y consentir voluntariamente (menores de edad, discapacidad mental, etc.), el consentimiento debe ser firmado por la persona legalmente a cargo (Vásquez Ferreira, 2006).

El consentimiento informado al igual que la historia clínica puede redactarse según el tipo de procedimiento o terapéutica que se vaya a realizar. Si la historia clínica se va a utilizar con fines docentes, esto debe aclararse en el consentimiento.

La siguiente figura nos muestra el modelo de consentimiento informado que se usa en la IPS Instituto Luis G. Páez.



INSTITUTO LUIS G. PÁEZ

AUTORIZACIÓN

Yo _____, identificado con la C.C. y/o T.I. N° _____ de _____, autorizo al Instituto Luis G. Páez, para que la historia clínica pueda ser revisada e inspeccionada para eventos de orden científico, como de autoridad clínica a que hubiere lugar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN POR MEDICINA HOMEOPÁTICA DEL INSTITUTO LUIS G. PÁEZ

A. IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA N°. _____

1. APELLIDO	2. APELLIDO	NOMBRES
-------------	-------------	---------

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____ HORA _____

B. CERTIFICACIÓN

EL SUSCRITO(A) CERTIFICA QUE DESPUES DE HABER SIDO DEBIDAMENTE INFORMARDO EN TERMINOS CLAROS Y SENCILLOS SOBRE LA NATURALEZA Y PROPOSITO DEL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO, YO, ENTENDI Y COMPRENDI LAS POSIBLES REACCIONES Y DURACIÓN APROXIMADA DEL TRATAMIENTO; AUTORIZO AL INSTITUTO LUIS G. PÁEZ, PARA QUE BAJO SU RESPONSABILIDAD ASIGNE AL DR (A): _____ PARA QUE BAJO SU SUPERVISIÓN SE REALICE DICHO TRATAMIENTO EN LA MODALIDAD DE CONSULTA DOCENTE ASISTENCIAL, DE ACUERDO A SU CRITERIO TECNICO CIENTIFICO.

FIRMADO POR

FIRMA PACIENTE	Nombre Persona Responsable
Nombre claro del Paciente	C.C. _____

C.C. _____

Carrera 5 # 65-50 – Teléfonos 3003158 – 3003278 – 3452530 – Bogotá, Colombia
www.homeopatia.org.co

Figura 9 Historia Clínica del Instituto Luis G. Páez – Consentimiento informado

6.1.6 Motivo de consulta

Es el síntoma o los síntomas principales que hacen acudir al paciente a la consulta médica. Se describen en una forma corta (Universidad Nacional del Rosario facultad de ciencias médicas, 2011).

6.1.7 Anamnesis o enfermedad actual

Se consigna él o los síntomas del motivo de consulta con todas las especificaciones o modalidades, lo más fielmente posible.

Cada síntoma se describe en un párrafo diferente.

Para poder caracterizar bien los síntomas e individualizar al paciente, se recomienda hacer preguntas abiertas, que puedan proporcionar al médico claridad con respecto a los padecimientos del enfermo, como son:

- ¿Hace cuánto tiempo empezó?
- ¿Con que frecuencia se repite?
- ¿Cómo siente la molestia (dolor, prurito, regurgitación, insomnio, etc.)?
- ¿En qué parte del cuerpo siente la molestia (localización)?
- ¿La molestia se extiende a otras partes del cuerpo?
- ¿Se presenta más frecuentemente a alguna hora?
- ¿Qué situaciones agravan este padecimiento?
- ¿Qué situaciones mejoran este padecimiento?
- ¿Está recibiendo alguna medicación?
- ¿Ya ha consultado antes por esto, que le han dicho, le han realizado exámenes para eso?
- ¿Trae los exámenes?
- ¿Usted cree que hay alguna causa para esta molestia?

Durante todo el interrogatorio se debe observar muy bien el lenguaje verbal y el lenguaje corporal del paciente (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005) (Hahnemann, 1993) (Houghton, 2011).

6.1.8 Exámenes complementarios o ayudas diagnosticas

Son todos los estudios, informes y resúmenes de historias clínicas que le han realizado al paciente anteriormente y los trae a la consulta.

Deben consignarse en un espacio a parte para facilitar su revisión.

6.1.9 Antecedentes

En esta parte de la historia clínica se realiza un recorrido histórico del paciente, desde la concepción y el embarazo, si es posible, hasta la actualidad, de muchos aspectos personales que permitan conocerlo mejor, desde enfermedades anteriores, relacionadas o no con la enfermedad actual, cirugías, traumas, etc.; hábitos poco saludables (alcohol, cigarrillo, exposición a tóxicos, etc.) y saludables (ejercicio o distracciones); todos los medicamentos que usa, prescritos o autoformulados; procesos normales de la fisiología humana como la menstruación en las mujeres; bienestar social (tipo de vivienda, convivencia con mascotas, etc.); y cualquier cantidad de información (Universidad Nacional del Rosario facultad de ciencias médicas, 2011), (Houghton, 2011).

En la historia clínica convencional se recomienda incluir tipo de alimentación y aspectos emocionales del paciente como: con quien vive y relaciones interpersonales dentro de los antecedentes, en la toma del caso estos datos se describen en síntomas generales e historia biopatográfica (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Houghton, 2011).

Se interroga los antecedentes familiares porque hay muchas enfermedades que son hereditarias o de predisposición familiar, ya descritas la mayoría, por la genética. En el caso de la homeopatía, la predisposición heredada a enfermar de cada individuo, se complementa con otros matices y características, a esta predisposición se le llama miasmas, posteriormente profundizaremos en este tema (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Houghton, 2011).

En el proceso de la individualización del paciente todos los datos de la historia clínica son importantes, pero algunos antecedentes tienen mayor relevancia o jerarquía para el médico homeópata, según el curso que lleve el interrogatorio. Como son:

- Antecedentes farmacológicos: varios de los síntomas del paciente pueden estar relacionados con los efectos secundarios de los medicamentos que recibe. El maestro Hahnemann, en el párrafo 32 del Organon llama “agentes morbígenos artificiales” a los fármacos alopáticos y explica como producen enfermedades medicamentosas.
Los fármacos que recibe el paciente también nos abren las puertas a información que puede haberse olvidado (Hahnemann, 1993), (Houghton, 2011).
- Antecedentes gineco-obstétricos: la menstruación y los antecedentes gineco-obstétricos en general proporcionan mucha información en la caracterización e individualización de los síntomas femeninos, en gran parte de las mujeres se observa alteración de este proceso fisiológico (antes, durante o después), además con mucha carga emocional alrededor, revelando conflictos difíciles de exteriorizar en otro momento del interrogatorio (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).
- Enfermedades de transmisión sexual: nos hablan de la predisposición a enfermar de cada persona, la influencia socio-cultural y medioambiental (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).
- Las inmunizaciones: las vacunas no son inocuas, pueden producir efectos secundarios y reacciones adversas; en los libros donde están descritos los síntomas de los remedios homeopáticos (materias medicas) hay evidencia de

efectos post-vacunación (<http://www.who.int/topics/vaccines/es/> :pagina OMS, 2011).

6.1.10 Revisión por sistemas

La enfermedad puede presentar síntomas en diferentes órganos y un paciente puede padecer varias enfermedades nosológicas concomitantes.

La revisión por sistemas es un complemento a los antecedentes (Houghton, 2011), (Universidad Nacional del Rosario facultad de ciencias médicas, 2011).

Los libros de semiología médica aclaran que se debe hacer una revisión “breve” de síntomas; en la toma del caso se hará corta o extensa, según las necesidades del paciente y del homeópata.

El doctor Ricardo Cediél, en su libro semiología médica, hace una propuesta muy completa de los sistemas que se deben revisar durante la historia clínica, a saber: cabeza, ojos, oídos, nariz, boca, garganta, cuello, sistema respiratorio, sistema cardio-vascular, sistema gastro-intestinal o digestivo, sistema genito-urinario, sistema osteo-músculo-articular, sistema endocrino, sistema neurológico, piel y anexos (Cediél A., 2002).

Los libros de semiología médica proponen incluir síntomas generales dentro de la revisión por sistemas, pero la historia clínica homeopática tiene un espacio especial para profundizar en estos síntomas debido a la importancia que tienen en la individualización del paciente.

6.1.11 Síntomas generales

Si bien es cierto que las personas están bajo muchas influencias de índole social, cultural, ambiental, etc.; ya mencionadas a lo largo del trabajo, los síntomas generales nos muestran

cosas muy propias de cada individuo, características específicas sin análisis mayores, se podría decir que son síntomas más objetivos que subjetivos.

En el libro *Doctrina homeopática*, el doctor Fabio González define los síntomas generales así: “expresan una condición general de todo el organismo, aunque se expresen a través de órganos o tejidos específicos” (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

A veces los síntomas generales son “normales” para el paciente, pero la pericia del médico homeópata en el interrogatorio puede hacer aflorar síntomas raros o de características poco comunes que van a individualizar al paciente; por ejemplo una mujer que al interrogar su apetito dice que es poco, que su comida es muy saludable y en los deseos alimenticios muestra que su comida preferida es el dulce y no puede dejar de comerlo.

Apetito: síntomas que tienen que ver con el aumento, disminución o anormalidades del apetito, entre más raro, más útil es el síntoma.

Deseos alimentarios: es síntoma cuando este deseo por alguna comida o bebida es muy marcado, el paciente no puede dejar de comerlo aun sabiendo que le hace daño. El síntoma adquiere mayor importancia entre más inusual es ese gusto, teniendo en cuenta los parámetros de normalidad del medio en que se desenvuelva el paciente. Aquí también se describe el deseo por cosas no comestibles.

Aversiones alimentarias: al igual que el anterior, debe ser muy notoria esa aversión por algún o algunos alimentos, no lo prueba por nada, cuando el paciente dice: “no me gusta mucho, pero si me toca me lo como”, no es síntoma. Tiene que ver solo con que no le gusta, es diferente a que le caiga mal.

Intolerancia alimentaria: síntomas que se generan luego de la ingesta de una comida que no tolera o enferman al paciente.

Sed: hace parte de la fisiología humana normal, es síntoma cuando hay sed o ausencia de sed en situaciones que no son normales. Por ejemplo: sed antes de vomitar.

Temperatura corporal (calor vital): es propia de cada individuo, independientemente del clima donde viva. En lenguaje homeopático se le denomina calor vital, los que tienen calor vital son calurosos y los friolentos tienen falta de calor vital.

Transpiración: o sudoración, es otra función fisiológica del organismo; cuando se presenta en situaciones poco comunes adquiere el título de síntoma, también cuando está ausente sin justificación. En la modalización del síntoma son muy importantes las características del sudor: olor, color, temperatura, sitios del cuerpo donde hay sudoración, situaciones en las que aparece el sudor, tanto físicas como emocionales, y horario de presentación.

Sueño: en esta parte de la toma del caso se consigna todo lo relacionado con trastornos del sueño, somnolencia, calidad del sueño, la posición al dormir y síntomas asociados (bruxismo, sonambulismo, hablar dormido, fiebre durmiendo, etc.).

Sueños: la homeopatía no interpreta sueños, profundiza en ellos para la individualización del paciente. En las patogenesias de los remedios homeopáticos están descritos innumerables sueños. Se toma el síntoma cuando es repetitivo o le causa molestias al paciente (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

6.1.12 Síntomas mentales o historia biopatográfica

“La medicina nos lleva a introducirnos dentro del sufrimiento ajeno y nos contacta diariamente con el dolor de nuestro prójimo; la homeopatía nos da el instrumento médico más perfecto y las bases doctrinarias para utilizarlo correctamente” Marcelo Candegabe (Candegabe, 1996).

El ser humano es un ser integral espíritu, mente y cuerpo, como ya se dijo. La mente y el cerebro comandan todas las funciones orgánicas. Junto con la influencia externa que recibe cada individuo, la mente también dirige o condiciona las características de personalidad, el afecto, la voluntad y el intelecto, es por lo tanto, una parte fundamental en el estudio del paciente al realizar la historia clínica, y debe quedar registrado con las palabras del paciente, pero con mucha claridad, para que cualquier profesional que revise la historia concuerde con el que la realiza.

En este ítem de la historia clínica se puede conocer cómo vive la persona, cómo reacciona ante ciertos eventos, cuáles son sus herramientas para enfrentar la vida, sus miedos, sus relaciones interpersonales, sus traumas o decepciones emocionales, sus ansiedades; si la causa de sus sufrimientos es por una situación emocional (pasada o reciente), en fin, de la esfera mental se obtienen, la mayoría de las veces, síntomas bien modalizados, con un valor jerárquico primordial para la escogencia del remedio homeopático.

Es importante no confundir un síntoma homeopático con características de personalidad que no están causando sufrimiento ni al paciente ni a su entorno.

El homeópata a través de su práctica adquiere la destreza para ganar la confianza del paciente y llegar a esa parte íntima de su ser, en muchos casos, guardada con recelo, pero que al penetrar nos ayuda a entender mejor al paciente, no para juzgar, sino para encontrar lo digno de curar y esa individualidad tan anhelada.

A veces, se encuentran pacientes con pocos síntomas mentales, o por diferentes motivos, no quieren expresarlos, entonces la historia se concluye con la totalidad sintomática que se tenga.

Otras veces, los paciente puede contar sus síntomas mentales después de varias consultas, no en la primera consulta (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Hahnemann, 1993).

6.1.13 Examen físico

En la exploración física el médico debe seguir con sus sentidos afinados, continuar una observación exhaustiva, sentir el olor, oír, palpar y si es necesario probar.

El examen físico además de ser un requisito en el desarrollo de la historia clínica, es el complemento al interrogatorio, se obtienen signos y síntomas objetivos que el profesional entrenado encuentra y describe en lenguaje de semiología médica. El organismo expresa síntomas o también muestra que físicamente la persona está en buen estado.

Debe hacerse con mucho respeto y explicarle al paciente como como son los pasos a seguir, por ejemplo: “voy a revisar su garganta, ahora voy a oír su corazón, etc.” (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005), (Houghton, 2011).

6.1.14 Diagnostico nosológico o etiológico

“Un diagnóstico es la explicación más racional de los síntomas y signos” (Houghton, 2011).

“Diagnóstico médico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud” (Anaya N., 2002).

El diagnóstico puede ser evidente; .muchas enfermedades se presentan con signos y síntomas “clásicos”, el médico simplemente reconoce el patrón y da el diagnóstico; pero a veces no resulta tan fácil de emitir.

Siempre se hace un diagnóstico principal, es el que compromete la mayoría de los sistemas del paciente y el encargado de la mayoría de los padecimientos descritos en la enfermedad actual. El diagnóstico principal puede ser único en la historia clínica, o puede ir

acompañado de otros diagnósticos secundarios menos importantes en el momento, pero que hay que dejar constancia de ellos, por ejemplo: un paciente que consulta por cuadro de rinorrea, odinofagia, fiebre, tos, malestar general, de tres días de evolución, se le hace un diagnóstico principal de rinofaringitis aguda, pero en los antecedentes se encuentra que toma medicación para hipertensión, entonces un diagnóstico secundario es hipertensión arterial.

6.1.15 Diagnóstico miasmático

Thomas Sydenham (1624-1689), el padre de la historia clínica, clasifica las enfermedades en cuatro grupos, en dos de los cuales atribuye las causas de las enfermedades al medio ambiente, en las enfermedades epidémicas la causa es por alteración de la atmósfera y en las estacionarias las causas son por alteraciones ocultas en las entrañas de la tierra. Sydenham introduce el término “miasma”, al que define como conjunto de sustancias fétidas de suelos y aguas impuras, que causan enfermedad (Medoza-vega, 1989).

El fundador de la homeopatía desarrolla la teoría de los miasmas para explicar el origen de las enfermedades crónicas, manifestando que este origen es producto de un contagio o principio infeccioso denominado “miasma crónico”, siendo suprimido en su momento, es decir no se realiza una curación real, sino que solamente se quitan los síntomas externos (lesiones en piel) sin llegar a la curación, por lo tanto esta forma de “enfermedad latente” queda inserta en la humanidad traduciéndose en una predisposición a enfermar que se transmite de generación en generación (Asociación Médica Homeopática Argentina, 1994), (Hahnemann, Las enfermedades crónicas, su naturaleza peculiar y su curación homeopática, 1999).

Hahnemann clasifica los miasmas en tres grandes grupos: *psora*, *sycosis* y *syphilis*:

La psora: según Hahnemann, la psora es el miasma básico, no venéreo, el causante de casi todas las enfermedades crónicas (7/8 partes de las enfermedades), se presenta por la supresión de la escabiosis o la sarna.

Hahnemann la define como: “la más antigua, la más extendida, la más perniciosa, la más contagiosa, la más pruriginosa y pese a todo la menos conocida de todas las enfermedades crónicas miasmáticas”... “atormenta y desfigura a los pueblos desde hace miles de años. Se ha convertido en el origen de una multitud de males crónicos y también de agudos” (Hahnemann, Las enfermedades crónicas, su naturaleza peculiar y su curación homeopática, 1999).

La sycosis: es el miasma que menos enfermedades crónicas genera. La sycosis al igual que la syphilis son de origen venéreo (transmisión sexual). Se presenta por la supresión de la secreción purulenta y de los condilomas de la blenorragia.

La syphilis: es el segundo miasma crónico después de la psora. Se presenta al suprimir el chancro sifilítico.

La predisposición a enfermar de la *psora* muestra síntomas con tendencia a la hipofunción; de la *sycosis* hacia la hiperfunción, exceso o hipertrofia; y de la *syphilis* hacia la destrucción y el caos.

Cuando el medico homeópata entiende la tendencia miasmática del enfermo, hacia la *psora*, la *sycosis* o la *syphilis*, puede hacer un pronóstico del curso de la enfermedad, y también es una ayuda para decidir el medicamento homeopático a prescribir. Por eso en el orden de la toma del caso, el diagnostico miasmático esta primero que el diagnostico medicamentoso (Hahnemann, Las enfermedades crónicas, su naturaleza peculiar y su curación homeopática, 1999), (Asociación Médica Homeopática Argentina, 1994), (Hahnemann, Organon de Hahnemann, 1993).

6.1.16 Diagnóstico integral o análisis del caso

Al terminar la historia clínica y biopatográfica se hace un resumen corto que exprese la dinámica miasmática del enfermo (cómo y por qué se enfermó) y la imagen de lo digno de curar, para que tanto el homeópata que tomo el caso como otros médicos que revisen posteriormente

la historia tengan claridad del remedio prescrito (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

6.1.17 Repertorización

El Dr. Javier Díaz del Castillo, en el libro *Doctrina Homeopática*, define que el repertorio “es una recopilación ordenada y sistemática de síntomas con los medicamentos correspondientes a cada uno de ellos, clasificados alfabéticamente y numéricamente para facilitar la individualización del paciente y del remedio” (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

El repertorio es una herramienta homeopática que le facilita al terapeuta la búsqueda del remedio homeopático.

Al terminar el interrogatorio, el examen físico; tener ya la totalidad de los síntomas, el diagnóstico nosológico, el diagnóstico miasmático y el diagnóstico integral, el homeópata en base a esta información determina cuáles son los síntomas jerarquizados para repertorizar, es decir, buscarlos en el repertorio, en orden de mayor a menor jerarquía, y encontrar el remedio homeopático, o también confirmar el remedio que ya estaba pensando formular.

6.1.18 Diagnóstico medicamentoso

El homeópata también debe poseer conocimientos amplios de materia médica, entre otros, para que después de la toma del caso con todos sus requerimientos, encuentre lo digno de curar en el enfermo y la prescripción del medicamento homeopático sea lo más certera posible (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, 2005).

6.1.19 Prescripción

Es hacer la formula medica con el nombre del medicamento, la potencia y la frecuencia con que lo va a recibir.

6.1.20 Recomendaciones

En la formula médica, se debe escribir en cuanto tiempo debe regresar a la consulta de control.

Hay otras recomendaciones que puedes ser escritas o verbales, tales como cambios o ajustes en la dieta, el ejercicio, higiene personal, etc.; se puede solicitar algún tipo de ayuda diagnóstica o remisión a otro profesional de la salud; en fin, lo que sea necesario en beneficio del paciente y como complemento al tratamiento homeopático.

6.1.21 Firma del medico

En las historias electrónicas la identificación del médico esta al principio, en las historias en físico o si se imprime la electrónica, la historia es firmada por el medico al final.

7 Conclusiones

- ✓ El formato de historia clínica homeopática “propuesto” se sustenta fielmente en la doctrina homeopática.
- ✓ En este trabajo quedo consignada la explicación teórica de las partes que debe contener la historia clínica homeopática.
- ✓ Cuando se realiza la toma del caso completa, siguiendo las instrucciones del maestro Hahnemann y de la semiología homeopática y clínica, la prescripción del remedio será muy asertiva en la mayoría de los casos.
- ✓ Ninguna ayuda diagnóstica, reemplaza los datos obtenidos en el interrogatorio y en la exploración física, ni siquiera con el avance tecnológico que estamos viviendo, como su nombre lo dice, son “ayudas” o complementos; sin embargo si es necesario pedir algún estudio complementario es completamente válido.
- ✓ La historia clínica homeopática cumple con las normas requeridas por el Ministerio de salud en la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999.
- ✓ La información recopilada en esta investigación, puede ser utilizada en la docencia de la universidad en el módulo de la introducción a la práctica clínica, y para un futuro libro de semiología homeopática.

8 Recomendaciones

- ✓ En el ámbito académico es importante unificar conceptos, por lo tanto se recomienda aplicar este formato como guía, en los sitios de práctica de la Fundación Universitaria Luis G. Páez, previo consentimiento de los convenios docencia-servicio.
- ✓ Es importante en el interrogatorio seguir el orden de la historia clínica, en la medida de lo posible, para que no queden partes sin completar.
- ✓ En los ítems donde no se presenten síntomas, es mejor especificar con frases como “no aplica” o “no hay sintomatología”, porque un espacio en blanco puede prestarse para confusiones.
- ✓ Durante el interrogatorio las preguntas debe ser abiertas, no inducir al paciente a una respuesta específica.
- ✓ En la modalización de los síntomas se debe preguntar cuantas veces sea necesario hasta que quede bien claro.
- ✓ El lenguaje utilizado por el médico debe ser claro y comprensible para el paciente.

9 Lista de referencias

Hospital Occidente de Kennedy ESE III nivel. (18 de Noviembre de 2013).

www.hospitaloccidentekennedy.gov.co. Recuperado el 22 de Noviembre de 2013, de http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=289

Hanhemann, S. (1993). *Traducción y comentarios del Organon de Hahnemann* (Sexta edición ed.). (B. Vijnovsky, Trad.) Buenos Aires, Argentina: RGP Editores.

Tyler, M. L. (s.f.). *Curso de Homeopatía para graduados*. Albatros.

Marsiglia G., I. (septiembre de 2006). Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gaceta Médica de Caracas*, 114(3).

Del Castillo Hernández, M. (Noviembre de 2010).

<http://www.bdigital.unal.edu.co/3064/1/598300.2010.pdf>. Recuperado el 14 de Marzo de 2016

Hernandez Vela, S. y. (Julio de 2014). Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá. *Revista de la facultad de medicina de la Univesidad Nacional* (<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43927>), 62(3). Recuperado el 23 de Marzo de 2016

Bedoya Ruiz, L. A. (2011). <http://www.bdigital.unal.edu.co/4188/1/598663.2011.pdf>. Recuperado el 29 de marzo de 2016

Vargas Alex, L. M. (1 de marzo de 2012). El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica. *Revista médica de Chile*, 140(10), 1357-1362. Recuperado el 17 de septiembre de 2014

López Espinosa, J. A. (marzo de 2002). http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol10_3_02/Aci052002.htm. (ACIMED) Recuperado el 19 de septiembre de 2014

- Carvalho, J. P. (9 de agosto de 2013). toxipedia.org/display/toxipedia/Papiro+Ebers. Recuperado el 25 de septiembre de 2014
- Estruch Joan, G. J. (2007). Las otras religiones: Minorías religiosas en Cataluña. 236. Recuperado el 25 de septiembre de 2014
- Rosado Juan Antonio, d. M. (2002). La medicina en la antigua India. *Revista de la Universidad Autonoma de México*, 244. Recuperado el 27 de septiembre de 2014
- Wuani, H. E. (2010). La historia clínica, evolución histórica, objetivos e importancia. *Órgano oficial de la medicina Interna venezolana* , 26, 139-151.
- Fombella Posada, María José M. J. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica* , 1(73), 21-26. Recuperado el 23 de septiembre de 2014
- <http://www.savnet.cl/mundo-medico/reportajes/7074.html>. (5 de junio de 2006). Recuperado el 27 de septiembre de 2014
- Entralgo, P. L. (1963). *Historia de la medicina moderna y contemporánea* (segunda ed.). Barcelona, Madrid, Lisboa, Rio de Janeiro, Montevideo: Editorial científico-médica. Recuperado el 27 de septiembre de 2014
- Mendoza Vega, J. (1989). *Lecciones de Historia de la medicina*. Bogotá, Colombia: Ediciones Rosaristas.
- Hospital Clínico Quirúrgico Docente "General Calixto García". (16 de septiembre de 2014). http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/his0290.htm. Recuperado el 25 de septiembre de 2014
- Codman, E. (2000). La historia clínica: documento científico del médico (Vol. 1). (P. J. Barreto, Trad.) Ateneo.

Sinche, E. (2008). Historia clínica orientada al problema. *MPA e-journal Medicina Familiar*, 2(1), 39-47.

Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez. (2005). *Doctrina Homeopática* (Primera ed.). Bogotá, Colombia: Comité de publicaciones de la Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez.

Ministerio de Salud. (Agosto de 1999).

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737>.

Ministerio de salud. (19 de enero de 2011).

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>. Recuperado el 20 de abril de 2016

Ministerio de salud. (19 de enero de 2011).

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>. Recuperado el 20 de abril de 2016

Chaves, P. R. (2010). *Diseño de un modelo de historia clínica para terapia neural acorde con la reglamentación actual en Colombia*. tesis de grado en Maestría de medicina alternativa, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Recuperado el junio de 2014

Unicef. (s.f.). <http://unicef.org.co/derechos/derechos/derechos-ninos/>. Recuperado el 24 de abril de 2016

Registraduría Nacional del Estado Civil de la Republica de Colombia. (20 de abril de 2016).

<http://www.registraduria.gov.co/El-NUIP-es-el-numero-que-permite.html>. Recuperado el 20 de abril de 2016

Houghton, A. (2011). *Chamberlain Síntomas y Signos de la medicina clínica* (13a. ed.). Mexico: McGraw Hill Interamericana. Recuperado el 1 de mayo de 2016

vlex.com.co/tags/sentencia-t-963-2001-673177. (2001). Recuperado el 28 de abril de 2016

<http://www.who.int/topics/vaccines/es/> :pagina OMS. (8 de junio de 2011). Recuperado el 3 de mayo de 2016

De Brigard Perez, A. M. (Septiembre/diciembre de 2004). Consentimiento informado del paciente. Revista Colombiana de Gastroenterología, 19(4). Recuperado el 4 de mayo de 2016

Vásquez Ferreira, R. A. (diciembre de 2006). <http://www.sideme.org/doctrina/index.html>. (S. I. Médico, Productor) Recuperado el 4 de mayo de 2016

Universidad Nacional del Rosario facultad de ciencias médicas. (2011).

<http://www.semiologiaclinica.com/index.php/biblioteca-virtual/historia-clinica/83-redaccion-de-historia-clinica>. (G. E. Fabbro, Productor) Recuperado el 29 de abril de 2016

Cediel A., R. (2002). Semiología Clínica (5a ed.). Bogotá: Celsus. Recuperado el 3 de mayo de 2016

Candegabe, M. (1996). Escritos sobre Homeopatía (1a. ed.). Buenos Aires, Argentina: Club de estudio. Recuperado el 4 de mayo de 2016

Anaya N., D. (2002). Diagnóstico en educación. Madrid, España: Sanz y Torres. Recuperado el 5 de mayo de 2016

Asociación Médica Homeopática Argentina. (1994). Tratado de Doctrina Médica Homeopática. Buenos Aires, Argentina: editorial A.H.M.A. Recuperado el 4 de mayo de 2016

Hahnemann, S. (1999). Las enfermedades crónicas, su naturaleza peculiar y su curación homeopática. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Tomás P. Paschero. Recuperado el 4 de mayo de 2016
Marietán, Hugo. Historia de la psiquiatría. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Volumen 11, N°4, Octubre de 2004. Recuperado el 17 de mayo de 2016

10 Bibliografía

- Barrios, J., Correa, F., Cubillos, C., Diaz del Castillo, J., Gonzalez, F., Lopez, L. M., & Martilletti, A. (2005). *Doctrina Homeopática*. Bogotá: Rasgo y Color.
- Carvalho, J. P. (9 de agosto de 2013). *toxipedia.org/display/toxipedia/Papiro+Ebers*. Recuperado el 25 de septiembre de 2014
- Cerda Gutierrez, H. (1991). Los elementos de la investigación.
- Correa A.D., S.-B. R. (diciembre de 1997). Similia Similibus Curentur: reseña historica de la medicina homeopática. *Revista de la Asociación Médica Brasileira*, 43 (4), 347-351.
- Freidson, E. (1978). El surgimiento de la medicina como una profesión de consulta. En *Profesión de la Medicina*. Barcelona: Ediciones Península.
- Grzywacz, J. G. (2007). Age, Ethnicity and use of Complementary and Alternative Medicine in Health Self-Mangement. *Journal of Health and Social Behavior*, 4, 84-98.
- Hahnemann, S. (2000). *Organon del arte de curar*. (R. G. Pirra, Trad.) Buenos Aires, Argentina: RGP Editores.
- Laín Entralgo, P. (1982). La Medicina Hipocrática. En P. Laín Entralgo, *Historia Universal de la Medicina* (pág. 364). Barcelona: Salvat.
- Lectourt, D. (2004). Historia de la historia de la medicina. En *Dictionaire de la pensee medicale*. Paris: Presses Universitaires.
- Lopez, P. (2000). La enseñanza y la profesión médica. En P. T. Lopez, *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica.

Luz, M. T. (1997). *Natural, racional, social: razón medica y racionalidad científica moderna*. (V. Martinovich, Trad.) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Luz, M. T. (2002). Homeopatía, medicina e arte de curar. En M. T. Luz, *Fundamentos de Homeopatía para estudiantes de Medicina e de Ciencias da Saúde* (Vol. Volumen I). Sao Paulo: Roca.