

Apreciado Señor director

En reciente editorial de ANC, firmado por dos apreciados colegas y profesores universitarios Julio Chalela y Jorge Restrepo, se intenta realizar un réquiem por la historia clínica en general y por la historia clínica neurológica en particular (1). El escrito cuyo espíritu general bien pudiera compartirse, incurre en varias imprecisiones que ameritan algunas claridades.

El editorial en mención comienza aceptando que las referencias consignadas sobre enfermos y sus dolencias en elementos votivos y lápidas en los antiguos templos griegos constituyen antecedentes de la historia clínica actual. Si tal aseveración se aceptara por cierta debería trasladarse su antigüedad a las tabillas sumerias y a los papiros egipcios donde también se mencionan enfermos y probables síntomas y hasta desenlaces del accionar de sacerdotes o curanderos, predecesores para algunos del médico actual (2).

En aquellas épocas la adecuada relación con los dioses y la acción de las fuerzas de la naturaleza sobre los humanos, constituían los pilares del concepto mágico religioso de la salud y la enfermedad. Fue precisamente la escuela de Cos y su gran maestro Hipócrates, quienes desarrollaron el conjunto de ideas que dio paso a las teorías humorales que suplantaron, al paso del tiempo, el viejo paradigma mágico-religioso de la salud y la enfermedad. Con su muy conocido escrito “Sobre la enfermedad Sagrada” Hipócrates creó el parteaguas entre estas dos concepciones y sentó las bases para lo que por catorce o más siglos fue la mejor explicación de la salud o la enfermedad (3,4).

Es frecuente asumir que lo actual es la sumatoria de lo antiguo y lo reciente, en historia esta postura se denomina desarrollismo y suele ser criticada porque asume el resultado como verdadero haciendo caso omiso de las circunstancias sociales y culturales de cada época o período previo y por ende conduce a un concepto, casi siempre simple e inadecuado, del verdadero devenir de cada hecho; esta postura ha permitido sugerir que la idea de “microbio” fue esbozada por el erudito romano Marco Terencio Varrón en el año 36 a.C (3).

Cierto es que las historias clínicas Hipocráticas comienzan con una clara identificación (nombre, procedencia, lugar de habitación, ocupación etc.) de las personas y de cómo ellas fueron enfermando, este relato conocido como patocronía, un tanto desdibujado en nuestras historias clínicas actuales, obedecía a la necesidad absoluta del médico de reconocer el “modo de enfermar” pues con ello se podía establecer el pronóstico del enfermo, elemento esencial de acto médico hipocrático, para quien dicho sea de paso su acción constituía

el mejor camino para permitir que obrara la naturaleza. Si el médico reconocía en el “modo de enfermar” la acción del azar o tike (τυχαίεες) el pronóstico era favorable y la enfermedad se curaría (como sucedía con la malaria), pero si por el contrario identificaba la acción de la ananké (νάγκη), la costumbre, el hábito, la necesidad etc.; médico y enfermo solo podían esperar la mejoría pues la compulsión había alterado de manera esencial el equilibrio (o eutarquía) de los humores (3,4).

Aceptar que la formulación de las especies morbosas de Sydenham y que su intento de clasificarlas en mayores y menores (también denominadas principales y secundarias) para así reconocer las enfermedades; constituye un franco antecedente de la historia clínica moderna, es como en el caso de la patocronía una demostración de anacronismo (descontextualización temporal de un hecho) pues tanto Hipócrates como Sydenham persiguieron fines harto diferentes con sus propuestas. El primero intentó en el marco de la teoría humoral, reconocer el pronóstico de la enfermedad y el segundo quería con su propuesta (que además deslindaba con muchos elementos hipocráticos) establecer un sistema de clasificación de las enfermedades que apuntaba al diagnóstico; métodos diferentes para diferentes fines (3,4).

Ahora bien, sobre si la historia clínica actual, en especial aquella que recoge datos demográficos, resultados de laboratorios y exámenes múltiples e incluso informes impersonales de otros profesionales (elementos a veces llamados epidemiológicos); ha de desplazar o suplantarse, que no reemplazarse, a la historia clínica médica (que tampoco ha de llamarse tradicional) es como lo expresan los colegas Chalela y Restrepo, prácticamente imposible. Siempre habrá un elemento clínico particular que a pesar de confirmar el diagnóstico de ACV (para hacer una referencia a un campo de experticia que nos es común) permitirá identificar un territorio arterial especial, una evolución diferente, un factor de riesgo diferenciador, una esperanza distinta de rehabilitación, o una indicación propia de tratamiento; que hará cada caso diferente y cada paciente distinto; y que conservará intacta la capacidad del clínico de diagnosticar y de tratar personas y no casos y por tanto preservará en el acaecer de los tiempos el diario quehacer del médico.

Ello permitirá, además, que quienes recorren el amplio mundo de la docencia, médica en particular, tengan siempre argumento para continuar enseñando a sus discípulos que es la historia clínica el instrumento de trabajo por excelencia del médico, el que le permitirá identificar enfermos y reconocer enfermedades, salvaguardando la particularidad personal en el ingente universo de enfermos y médicos.

REFERENCIAS

1. Chalela JA, Restrepo J. Réquiem por la historia clínica(Ed). Acta Neurol Colomb 2017;33:127-8.
2. Zaragoza JR. La medicina de los pueblos mesopotámicos. En Laín-Entralgo P ed. Historia Universal de la Medicina. Tomo I Era Pretécnica. Salvat Editores Barcelona 1971:67-94.
3. Laín-Entralgo P. La Historia Clínica. Historia y Teoría del Relato Patográfico. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid 1950:29-64.
4. Quevedo E. Pérez GE, Miranda N, Eslava JC, Hernández M. Historia de la Medicina en Colombia. Tomo I: Prácticas Médicas en Conflicto. Editorial Normal-Tecnoquímicas. Cali: 2007: 50-4.

GERMAN ENRIQUE PEREZ ROMERO MD, MSc

Profesor Titular – Tenencia de Cátedra

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA – BOGOTÁ