

Historia de la historia clínica

Story of the medical history

M^a José Fombella Posada, M^a José Cereijo Quinteiro

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS. Lugo

Resumen

La historia clínica es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica. Las primeras historias clínicas completas están contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum. Su elaboración se recupera en la Edad Media con Los Consilia y se mantiene a lo largo del renacimiento denominándose Observatio. Sydenham perfecciona su contenido completándose a lo largo del s. XVIII con el método anatomoclínico y del XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas. El s. XX representa un rápido crecimiento de pruebas complementarias con aumento de la complejidad de la historia clínica que se convierte en multidisciplinar y de obligado cumplimiento. La informatización de la historia clínica conllevará cambios radicales en el s. XXI.

PALABRAS CLAVE: Historia Clínica, Historia De Salud.

Summary

The clinical history is the essential document of medical learning and medical practice. The first complete histories can be found in the book The Epidemics I and III of the Corpus Hipocraticum. It was continued in The Middle Age with the Consilia and during the Renaissance, it received the name of Observatio. It was perfected by Sydenham and it was completed through of XVIII century with the anatomo-clinic methodology and in the XIX with the development of physiopathological technical. The complexity of the clinical history suffered a fast increase though the XX century when it turns into multidisciplinary and of forced fulfillment. The computerization of the clinical history can suppose radical changes in the XXI century.

KEYWORDS: Clinical History, Health History.

El saber científico constituye la solución dada por el hombre para resolver un problema. La medicina es, por tanto, el saber que se ocupa de solucionar el problema de la restauración de la salud de un semejante cuando está alterada. Como todo saber científico tiene su propia historia pero antes de referirnos al nacimiento de una ciencia en la cultura occidental debemos situarnos tomando como referencia la Mitología Griega.

Mitología Griega

Asclepio era hijo de Apolo y la mortal Cornide, su cuidado se confió al centauro Quirón que le instruyó en el poder de la sanación; se mostró siempre muy habilidoso y llegó a dominar incluso el arte de la resurrección. Devolvió la vida a un gran número de personas importantes entre las que se encuentra Hipólito, hijo de Teseo. Practicó la medicina con gran éxito por lo que le levantaron santuarios en diversos puntos de Grecia. Pero el poder de resucitar a los muertos indujo al dios Zeus, quien temía se podría alterar el orden de las cosas, a terminar con su vida mediante un rayo. Asclepio, Esculapio (fig. 1) para los romanos, ascendió a los cielos y se convirtió en la constelación de Serpentario y dios de la Medicina¹.

Tuvo varias hijas entre las que destacan: Yaso (la curación), Higía (la salud) y Panacea (la curación universal gracias a las plantas) y dos hijos Polidario y Macaón, ambos médicos, pretendientes de Helena en la Guerra de Troya. Polidario se encargó, sobre todo, de curar a Menelao, herido por una flecha; comenzó por examinar al enfermo y después de retirar la flecha, desvistió al herido, succionó la sangre de la herida y le aplicó medicamentos; los cuales no se precisan, excepto

que le fueron ofrecidos por el centauro Quirón a Asclepio, quien se los entregó a Macaón. Éste sería uno de los relatos topográficos que encontramos en la Iliada.

“Prehistorias Clínicas”

La medicina griega tiene, por tanto, origen mítico-religioso; se ejerce en templos “Asclepiom” donde los dioses inspiran a los sacerdotes-médicos, “asclepiadeas”, mediante el sueño terapéutico o “incubación” del paciente. Los asclepiadeas transmiten las consultas en forma de “oráculo” y reciben a



Figura 1. Esculapio (a)

cambio donativos. La enseñanza se ejercía a través de procesos de iniciación en los templos. En el templo de Epidauro existen las primeras lápidas votivas donde consta por escrito el nombre del enfermo que hace la ofrenda y el mal que padece. Estos documentos podrían considerarse como las primeras “prehistorias clínicas”.

Otras culturas, como la egipcia, añaden un carácter mágico-religioso. No podemos dejar de mencionar aquí los papiros de Edwin Smith y de Ebers, por citar algunos ejemplos de los documentos médicos más antiguos que se conocen. El primero sorprende por la precisión de sus descripciones y prescripciones, pero su contenido es básicamente quirúrgico; consta la recopilación de 48 pacientes individuales heridos de guerra y el tratamiento que reciben recurriendo muy rara vez a remedios mágicos².

Historia Clínica Hipocrática

Hipócrates nace en el Asclepiom de Cos en el s. V a.C., pertenece a la 28 generación de descendientes de Asclepio, sus viajes le llevan a conocer la ciencia matemática con Pitágoras y la medicina ejercida en los templos Egipcios. Con estos conocimientos funda una escuela que revolucionó la medicina de La Antigua Grecia, estableciéndola como una disciplina separada de otros campos con los cuales se la había asociado tradicionalmente, la convierte en una auténtica ciencia y su ejercicio en una auténtica profesión. Esta escuela recopila en el “Corpus hippocraticum” (fig. 2) una serie de libros que representan el origen del saber científico-médico occidental. Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico³.

Para entender estas historias clínicas debemos conocer algo acerca del pensamiento hipocrático. Todos los enfermos, piensa Hipócrates, se parecen por el hecho de estar enfermos pero unos se parecen entre sí por la forma de cómo están enfermos. Llama “Eidos” a las formas de enfermar análogas entre sí que con sólo variantes individuales se repiten en distintos pacientes. Ante un enfermo el asclepiadeas hipocrático analizaba las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud llamando “Tropos” al modo de establecer las comparaciones, estos “tropos” podían ser sintomático, patocrónico (agudo, crónico), localizadorio, etiológico, pronóstico, constitucional. Cada una de las desemejanzas se podía ver desde dos puntos de vista: el del médico “semion” (signo) y el del paciente “páthema” (síntoma). El conjunto de “páthema” y “semion” constituye el “nousos” (forma de enfermar propia de cada paciente) y su descripción ordenada forma la historia clínica⁴.



Figura 2. Corpus Hippocraticum⁽⁴⁾

Los Asclepiadeas hipocráticos sienten la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden su experiencia de médicos ante la enfermedad individual de algunos pacientes, naciendo de esta manera la historia de la historia clínica. Estas historias las ordenan en grupos o “Katástasis” según lo dominante o esencial que hay en cada una de ellas. Antes de cada grupo consigna los rasgos geográfico, astronómicos y climáticos del lugar y la estación.

La historia clínica hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetida en todas que consta de: numeración ordinal del enfermo dentro del grupo (enfermo primero...); mención nominal (Filisco, una de las mujeres de la casa de Pantimedea...); localización social (el clazomeniense que vivía cerca de los pozos); breve referencia, no constante, a datos anamnésicos (antecedentes), la historia parece siempre comenzar con la llegada a casa del paciente. A continuación se describe día a día el curso de la enfermedad con rigurosa ordenación cronológica de los hechos sin clara separación entre lo subjetivo y objetivo “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” (L III). Son muy raras las referencias a actuaciones terapéuticas, ya que no se considera necesario incluir el tratamiento en casos conformes a la norma por lo que sólo constan aquellos que parecen excepcionales. Acaba con la “Katarsis” (purificación) o “Thánatos” (muerte no violenta) del paciente. Son siempre

obra de un solo médico, el que asiste al paciente. Algunas terminan con una breve reflexión acerca del caso.

Hipócrates redactó sus historias como textos didácticos, pero con dos intenciones diferentes: la primera para enseñar al lector cómo conducirse ordenada y minuciosamente ante un paciente; y la segunda para el adiestramiento a futuros lectores en la “*tékhnē iatriké*” (arte que consiste en saber hacer sabiendo porqué se está haciendo, saber racional), esto es, enseñar a entender y actuar técnicamente. Al ordenar y catalogar historias clínicas comienza a describir el método que convierte su arte en ciencia.

Pocos decenios después de que Hipócrates escribiera *Las Epidemias*, escribía Aristóteles, hijo del asclepiadea Nicómaco y aprendiz de médico en su juventud: “Nace el arte (“*tékhnē iatriké*”) cuando de las muchas observaciones de la experiencia (*empeiría*) brota un juicio general”. (Methp A, 1, 981). La “*tékhnē*” es por tanto un saber que requiere conceptos universales y la *empeiría* se convierte en *tékhnē* cuando la inteligencia ha sabido inferir de la experiencia un juicio general; de esta manera nace la medicina como saber científico³.

De Grecia al fin de la edad antigua

A raíz de entonces el asclepiadea sale de los templos, comienza a desarrollar su arte no como artista, ya que ello requeriría de un “*don*” especial que sólo unos pocos médicos han poseído, si no como artesano cuyos conocimientos provienen del estudio y el entrenamiento como aprendices al lado de maestros artesanos, viven en las afueras de las ciudades donde forman sus escuelas, cobran una remuneración por su trabajo y siguen un código ético también redactado por los hipocráticos en su famoso juramento.

Después de Aristóteles todo “*tekhnites*” de la medicina aspirará a describir las enfermedades según especies bien caracterizadas pero es en Galeno donde la clasificación de las enfermedades en géneros (*géne*) y especies (*eíde*) alcanza su verdadera plenitud. Los seis puntos establecidos por Hipócrates para establecer semejanzas patológicas “*tropos*” son concienzudamente desarrollados por Galeno, pero como hombre de ciencia, con mentalidad fisiopatológica y localizatoria, pretende conocer las enfermedades como son



Figura 3. El saber médico de la época^(a)

en si mismas y no como aparecen. Así se entiende que en toda su obra no haya una casuística propiamente dicha y por lo tanto no sepamos como hubiera podido redactar una historia clínica individual completa. De los muchos enfermos que vio, solo se refiere al plano de su experiencia para poner algún ejemplo de la generalidad a la que se está refiriendo².

Lo mismo podríamos decir de la medicina Bizantina y Árabe. Evidentemente sus médicos supieron observar muy bien la realidad de sus pacientes, pero toda su experiencia se manifiesta de forma genérica, la referencia a “*casos*” particulares, cuando existe, es alusiva y sirve de ejemplo a una sentencia general.

Edad Media: “*Consilia*”

En la Edad Media, a mediados del siglo XIII, ya existían las Universidades y se decreta la obligatoriedad del estudio de medicina en sus incipientes facultades (fig. 3). La mayoría de los aspirantes a médicos estaban, por tanto, posiblemente muy preparados desde el punto de vista teórico pero comenzaban el ejercicio sin haber visto paciente alguno.

Este hecho condiciona la reaparición de la historia clínica como documento escrito en forma de “*consilium*”, consejos de médicos más adiestrados en la práctica, que comenzaron a circular por Europa inicialmente manuscritos y a partir del año 1450 impresos. Bartolomeo Montagna en 1435 publica una de las recopilaciones más importante con 302 ordenadas en “*capites*” con disposición topográfica descendente.

Cada “*consilium*” estaba formado por cuatro apartados: Título o “*Epígrafe*”, nombra el proceso morboso que define; “*Primera Sectio*” donde se nombra la persona y los síntomas enumerados ordinalmente; “*Segunda sectio*” dividida en “*Sumae*”, “*Capitula*” y “*Sermones*” que recoge la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas, utiliza toda la erudición científica del autor sin dejar de incluir opiniones religiosas y una fórmula final del tipo “*Haec ad laudem amen*” en la que se ofrece a la divinidad su acción terapéutica y busca su colaboración⁵.

A diferencia de la historia Hipocrática, en el “*consilium*” se enumeran los síntomas sin tener en cuenta el “*tempus morbi*” (momento en que aparecen); comienza a aparecer de forma expresa el diagnóstico diferencial, dada la gran preocupación de la época por el conocimiento “*per causas*” de la enfermedad, se detalla una amplia discusión terapéutica, pero destaca la ausencia del “*exitus*” entendida como salida.

Renacimiento: “*Observatio*”

Durante el s. XV las Facultades de Medicina comienzan a exigir para la obtención de la licenciatura que el candidato hubiese hecho, con aplicación, formación práctica mediante visitas a enfermos bajo dirección técnica, por lo que las universidades



Figura 4. Un hospital en época de epidemia (a)

se adaptan a esta nueva realidad comenzando a coordinar con los hospitales las lecciones clínicas para estudiantes, surgiendo así en el s. XVI las “Observatio” que se mantuvieron durante todo el Renacimiento y principios del XVII⁵ (fig. 4).

El proceso morbosos individual se comienza a llamar “casus”. La preocupación por la descripción de nuevas enfermedades lleva a la publicación de cientos de casos raros.

El cambio de mentalidad del hombre del renacimiento hace que la historia clínica se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, acaba con una reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas, se hace mención del exitus en el sentido de salida hacia la curación o hacia la mención de la muerte “Exitus letalis”.

Siguiendo la tendencia de la época, se añade una clara visión estética mejorando el estilo literario y añadiendo coherencia narrativa en la descripción clínica.

Historia Clínica de Sydenham

Sydenham (1624-1689), llamado el Hipócrates inglés (fig. 5), veneró e reinterpretó las enseñanzas del Corpus Hippocraticum, lo que le llevó a exponer con claridad los fenómenos de cada enfermedad sin fundarlos en hipótesis ni agruparlos de manera forzada.

Probablemente no lo podemos considerar como artista de la medicina pero sí como el prototipo de excelente artesano. Redactó meticulosamente las historias individuales de sus pacientes y reunió su amplia experiencia clínica en el “Observationes medicae” en cuyo prólogo expuso un programa para construir una nueva patología basado en la descripción de todas las enfermedades “tan gráfica y natural como sea posible” ordenando los casos de la experiencia clínica en especies, igual que hacían los botánicos de la época.

Su trabajo se caracterizó por ser siempre de estrecho contacto con el paciente, consagrándose más al estudio de los síntomas que al de las teorías médicas.

Describe y nombra con precisión los síntomas y signos, los clasifica en patognomónicos o peculiares (propios de la en-



Figura 5. Sydenham (a)

fermedad), constantes (aparecen siempre pero no son propios) y accidentales (añadidos por la naturaleza del enfermo, edad, sexo, temperamento, otras enfermedades, etc...). Define los grandes Síndromes. Ordena los síntomas en el tiempo por la velocidad de instauración: agudo y crónico y por el momento en que aparecen (curso clínico)⁵.

La minuciosa observación de muchos casos individuales y su comparación hace reunirlos de forma abstracta definiendo lo que es propio de cada enfermedad. Proscribe los casos raros a los que considera aberraciones de la naturaleza debidas a causas circunstanciales. Aspira a tratamientos específicos.

Método Anatomoclínico

La exploración anatómica de cadáveres comienza en Alejandría en el s. III a.C., pero en Europa no se inicia hasta mediados del s. XIII con la descripción anatómica del cuerpo humano. En los s. XIV y XV comenzaron a aparecer historias con un apéndice patológico si el “exitus” es “letal”. En el s. XVII 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. Pero su diagnóstico “postmortem”, aunque es de utilidad para la humanidad, no aporta ningún beneficio al enfermo.

A lo largo del s. XVIII se desarrolla el “método anatomoclínico” en el que aparece la lesión anatómica como fundamento de la enfermedad y surge la necesidad de encontrar el dato explicativo “premortem”.

Con el desarrollo del microscopio (fig. 6) se describe la célula comenzando así la histología, con el inicio de la anestesia se descubren técnicas de obtención de tejidos y así diagnosticar “intra vitem” la existencia, el lugar y la especie de la enfermedad.



Figura 6. El microscopio de Leeuwenhoek ^(a)

Mentalidad Fisiopatológica

A lo largo del s. XIX se comenzaron a medir síntomas y signos con precisión gracias a las técnicas de percusión (Corvisant) y auscultación (Laenec); aparecen nuevos inventos como el termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro.

Se comienza la inspección de órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, el oftalmoscopio y el otoscopio. Se desarrollan el laboratorio como signo clínico y la microbiología; empiezan a realizarse pruebas funcionales.

Con esta mentalidad fisiopatológica la historia clínica ha ganado riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna.

Documento multidisciplinar

A principios del siglo XX nace la psiquiatría, con lo que comienza a tomar importancia 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. Adquiere entonces extraordinaria importancia la anamnesis y su interpretación así como la interrelación entre el médico y el paciente.

Todo el s. XX se caracteriza por el extraordinario desarrollo tecnológico, comenzando 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.

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

En 1990 el Parlamento Español aprueba la Ley del Medicamento, que consolida los servicios de Farmacia como unidad básica para el uso racional del medicamento; se generalizan los documentos de prescripción y dispensación de medicamentos.

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

También durante la segunda mitad del s. XX y como corriente general en toda Europa, comienza la creación de Servicios nacionales de Salud, que proporcionan cobertura sanitaria pública a los trabajadores y con ello la construcción de grandes hospitales (fig. 7); 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 episodios los contactos del paciente con el sistema público de salud aumentando considerablemente la información que el relato patográfico nos proporciona de cada paciente.

Perspectiva legal

En la última década del s. 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 obligado cumplimiento⁶.

Comienzan entonces a elaborarse leyes que aumentan el protagonismo del paciente en su propio relato patográfico y en la toma de decisiones, surgiendo el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital.

Dado que contiene información privada debe de garantizar la intimidad del paciente, está sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional; debe ser elaborada con el fin de proteger y preservar la salud del paciente pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia, entendiéndose 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.



Figura 7. Hospital Lucus Augusti. Lugo ^(b)

Informe de Alta

Conscientes de la necesidad del paciente de poseer un documento comprensible y actualizado que describa su condición clínica, las pruebas realizadas y el tratamiento recomendado, en 1984 se publica una Orden Ministerial, todavía vigente, que establece la obligatoriedad de elaborar y facilitar al paciente o a sus representantes un informe de alta para ingresos hospitalarios. La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002) amplía la obligatoriedad de entregar un informe al finalizar cada proceso asistencial de un paciente.

Debido a la gran heterogeneidad en nuestro país en la realización de estos Informes Médicos por parte de los servicios y especialidades médicas, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), junto con la participación de doce sociedades médicas y el asesoramiento del Foro Español de Pacientes, ha promovido el “Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en Especialidades Médicas”, publicado recientemente. Este consenso recoge las recomendaciones generales acordadas para la correcta elaboración de un buen informe de alta⁷.

Perspectivas de futuro

Con el siglo XXI nos llegan en este arte del registro patográfico algunas innovaciones, la más importante es la Historia Clínica Electrónica (fig. 8). Hasta ahora los artesanos documentalistas e informáticos nos están proporcionando una excelente transcripción del formato pero, desde nuestro punto de vista, está por llegar el artista que revolucione este proceso dándole la gran dimensión que puede adquirir en nuestra “tékhne iatriké”.

Sin embargo, este cambio nos está empezando a mostrar un nuevo concepto: la “Patobiografía” 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 nacimiento⁸.

Conclusión

Al comenzar este artículo hemos reseñado que con el nacimiento de la Historia clínica nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento



Figura 8. Anagrama lanus. Sergas (b)

fundamental del saber médico, más de veinticinco siglos después hemos pasado del papiro al formato electrónico, hemos alcanzado una gran complejidad en documentos y pruebas complementarias, pero el registro de nuestra observación del paciente continua siendo el método que convierte nuestro arte en ciencia.

Naturalmente una buena historia Clínica es necesariamente extensa, pero no por extenso es necesariamente buena. Su elaboración requiere no sólo tiempo sino también una gran pericia que sólo se puede adquirir al lado de maestros experimentados en este arte. Afortunadamente el sistema de formación médica actual proporciona al aspirante tiempo, y los diversos Sistemas de salud maestros, medios y, sobre todo, pacientes para que puedan adquirir esta pericia; sólo es necesaria, pues, su plena dedicación.

Bibliografía

1. Souli S. Mitología Griega. Atenas: Toubis Editions; 1995.
2. Lain Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Editorial Salvat; 1978
3. Lain Entralgo P. La Medicina Hipocrática. Barcelona: Alianza editorial; 1970.
4. Vintró E. Hipócrates y la nosología hipocrática. Barcelona: Editorial Ariel; 1973.
5. Lain Entralgo P. La Historia clínica. Madrid: Editorial Triacastela; 1998.
6. Criado del Río M T. Aspectos Médico Legales de la Historia Clínica. Madrid: Editorial Colex; 1999.
7. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalario en Especialidades Médicas. Med Clin (barc) 2010; 134:505-10.
8. Carnicero J (Coordinador). De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Informes SEIS (5). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2003.

Fotografías

- (a) Instituto de Salud Carlos III. Museo Nacional de Sanidad. http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/museo_visita.jsp.
- (b) Hospital Lucus Augusti. Intranet. <http://intranetcalde/boletin.asp>