

**DISEÑO DE UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA NEURAL
ACORDE CON LA REGLAMENTACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA**

PAULO RENATO SEGURA CHAVES

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN MEDICINA ALTERNATIVA
TERAPIA NEURAL
BOGOTÁ
2010**

**DISEÑO DE UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA NEURAL
ACORDE CON LA REGLAMENTACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA**

PAULO RENATO SEGURA CHAVES

Código: 05-598346

**MAGÍSTER EN MEDICINA ALTERNATIVA
CON ÉNFASIS EN TERAPIA NEURAL**

Tutor:

Dr. EDUARDO BELTRÁN DUSSÁN

Médico Familiar Pediatra- Oncohematólogo

Profesor asociado

Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN MEDICINA ALTERNATIVA

TERAPIA NEURAL

BOGOTÁ

2010

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Bogotá, 26 de mayo de 2010.

“La ciencia, como algo existente y completa es la cosa más objetiva conocida por el hombre. Pero la ciencia en proceso de hacerse, la ciencia como un fin perseguido, es tan subjetiva y psicológicamente condicionada como cualquier otra rama del conocimiento humano”

Einstein

A Gloria, Rosa y Marcela, las mujeres más importantes en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su infinito agradecimiento al Doctor Eduardo Beltrán Dussán, su constante esfuerzo y oportuno consejo fueron determinantes en cada parte de este proceso.

Sin duda, los aportes del Doctor Julio César Payán y del Doctor Orlando Sánchez contribuyeron en gran medida a lograr los objetivos fundamentales de este trabajo.

Jamás terminaré por agradecer a mi familia, a mis padres, mis abuelos y mis hermanos por su amor, preocupación y constante apoyo en esta etapa de mi vida.

Finalmente, nunca podré olvidar el apoyo de personas tan especiales como Nelson, Socorro, Alex y Beatriz quienes me acogieron en su hermoso hogar.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
JUSTIFICACIÓN	19
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	21
1 OBJETIVOS	22
1.1 OBJETIVO GENERAL	22
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2 MARCO TEÓRICO	24
2.1 MARCO HISTÓRICO	24
2.2 MARCO LEGAL	30
2.2.1 Consideraciones generales	30
2.2.2 Normas Vigentes en Colombia	33

	pág.
2.2.3 Generalidades	42
2.2.4 Importancia de la historia clínica	44
2.2.5 Finalidad	45
2.2.6 Componentes	46
2.2.6.1 Identificación del usuario	46
2.2.6.2 Registros específicos	49
2.2.6.3 Anexos	59
• Interconsultas	59
• Reporte de exámenes	60
• Reporte de procedimientos	60
• Consentimiento informado	60
2.3 MARCO CONTEXTUAL	62
2.3.1 Historias clínicas en la Universidad Nacional	62
2.3.2 La Terapia Neural en la Universidad Nacional	63
2.4 MARCO CONCEPTUAL	65
5.5 MARCO REFERENCIAL	69

	pág.
2.5.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA TERAPIA NEURAL	69
2.5.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	69
2.5.3 CONCEPTOS EPISTEMOLÓGICOS	85
2.5.3.1 Conceptos filosóficos	85
2.5.3.2 Conceptos sociales y antropológicos	92
2.5.3.3 Conceptos biológicos, ecológicos y tecnológicos	94
2.5.3.4 Conceptos bioquímicos y farmacológicos	97
2.5.3.5 Conceptos físicos	101
2.5.3.6 Conceptos estadísticos	106
2.5.3.7 Conceptos culturales, religiosos y espirituales	107
3 MARCO METODOLÓGICO	112
3.1 TIPO DE ESTUDIO	112
3.2 FASES DEL ESTUDIO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	112
3.2.1 Primera etapa	112
3.2.1.1 Primera Fase	112
3.2.1.2 Segunda fase	113

	pág.
3.2.1.3 Tercera fase	113
3.2.1.4 Cuarta fase	114
3.2.2 Segunda etapa	118
3.2.2.1 Quinta fase	118
3.2.2.2 Sexta fase	118
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	118
3.3.1 Criterios de inclusión	118
3.3.2 Criterios de exclusión	119
3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS	119
3.5 VARIABLES	119
3.6 DISEÑO DEL INSTRUMENTO	120
3.7 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	121
3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	121
4 RESULTADOS	123
4.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO INICIAL	123

	pág.
4.2 DISEÑO FINAL DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA NEURAL	130
4.3 GUIA PARA DILIGENCIAR EL FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA A LA TERAPIA NEURAL	146
5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	160
6 CONCLUSIONES	164
6.1 VERIFICACIÓN Y CONCLUSIONES CON RESPECTO A LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS	164
6.2 VERIFICACIÓN Y CONCLUSIONES CON RESPECTO AL OBJETIVO GENERAL	166
6.3 APORTES ORIGINALES	167
7 RECOMENDACIONES	168
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170
ANEXOS	209

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Resultados de la Evaluación del diseño inicial y la guía de la Historia Clínica de Terapia Neural.	129

LISTA DE ANEXOS

pág.

ANEXO A. Instrumento de recolección de datos.

209

DISEÑO DE UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PARA TERAPIA NEURAL ACORDE CON LA REGLAMENTACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA

DESIGN OF A MODEL OF CLINICAL HISTORY FOR NEURAL THERAPY ACCORDING TO THE CURRENT REGULATION IN COLOMBIA

RESUMEN

OBJETIVO: Presentar un diseño de historia clínica que incluya los diferentes principios de la Terapia Neural según Huneke teniendo en cuenta la actual legislación colombiana.

METODOLOGÍA: Por medio de un estudio descriptivo se diseñó un modelo inicial de historia clínica que fue sometido a evaluación por parte de expertos permitiendo la realización del diseño final.

RESULTADOS: El diseño final cumplió con las características de integralidad, funcionalidad, secuencialidad, seguridad, utilidad, individualidad, pertinencia, racionalidad, reglamentación y necesidades de la Terapia Neural. El diseño contó con una guía explicativa del modo de diligenciamiento.

CONCLUSIONES: Los parámetros de la historia clínica son similares a los de la historia convencional, su mayor diferencia radica en los fundamentos propios de la medicina alternativa y en el cambio de paradigma, en particular de la Terapia Neural, en el cual la interrelación de cada uno de los datos registrados permitirán reconocerlos como partes de un proceso emergente llamado enfermedad en un sentido individual e irrepetible para cada enfermo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To present a design of clinical history that includes the different principles of the Neural Therapy according to Huneke having in account the current Colombian legislation.

METHODOLOGY: By means of a descriptive study, there was designed an initial model of clinical history who was submitted to evaluation by experts allowing the accomplishment of the final design.

RESULTS: The final design expired with the characteristics of integrality, functionality, secuenciality, safety, usefulness, individuality, relevancy, rationality, regulation and needs of the Neural Therapy. The design counts with an explanatory guide about the way of fill it.

CONCLUSIONS: The parameters of the clinical history are similar to those of the conventional history, his major difference takes root in the own foundations of the alternative medicine and in the change of paradigm, especially of the Neural Therapy, in which the interrelationship of each one of the registered data will allow to recognize them as parts of an emergent process called disease, in an individual and unrepeatable way for every patient.

PALABRAS CLAVE: Historia clínica, registros específicos, Terapia Neural.

KEY WORDS: Clinical History, specific records, Neural Therapy.

Tutor: Dr. EDUARDO BELTRÁN DUSSÁN

Firma: _____

PAULO RENATO SEGURA CHAVES. 1978.

INTRODUCCIÓN

Cuando Von Roques denominó a aquella novedosa terapia de aplicación del entonces llamado impletol como Terapia Neural según Huneke, sin duda hizo uno de los mejores reconocimientos a quienes habían descubierto una de las terapias que aunque nacida en la ortodoxia se ha convertido en una de las más prometedoras en el campo de la llamada medicina alternativa, bioenergética o integral; sin embargo no se debe olvidar que para ello fue necesario el conocimiento previo de las diferentes sustancias que ahora se emplean como es el caso de los anestésicos locales, incluso la invención de instrumentos que permitieran nuevas vías de aplicación como son las agujas y jeringas y la descripción de las diferentes técnicas y procedimientos que poco a poco esta terapia ha incorporado.

A pesar de que su nacimiento se dio hace sólo unas décadas, sus conceptos se han difundido ampliamente entre la comunidad médica y se ha convertido en una de las favoritas por quienes se dedican a la práctica de nuevas alternativas que a la vez brindan nuevas esperanzas en el tratamiento de enfermedades que desde otras concepciones se consideran incurables.

El estudio de la Historia de la Terapia Neural permite descubrir que tras la sombra del aparente, pero afortunado descuido terapéutico de Ferdinand Huneke cuando aplicó procaína a su hermana para el tratamiento de una jaqueca, se ocultaba un arte difícil de explicar, ya que sus conceptos y fundamentos se han venido construyendo como producto de la confluencia de múltiples interacciones conceptuales que al igual que una propiedad emergente sólo busca dar una identidad o una forma de conocimiento accesible a todos los campos, y lo más importante: una visión integradora del fenómeno salud-enfermedad con la

consecuente decisión terapéutica, en este caso el proceso auto eco organizador de la Terapia Neural.

Es así como esta terapia ha nacido en medio de un revuelo de teorías contemporáneas, que lejos de opacarla, se han convertido en verdaderos pilares de su razón de ser, hechos aparentemente inexplicables, encuentran acogida en conceptos provenientes de las más diversas ramas de la ciencia, como por ejemplo de la Física, especialmente la Cuántica, la Bioquímica, Biología, Sociología y por supuesto la Filosofía, lo que ha implicado que mas allá de realizar un procedimiento de infiltración, el concepto de Terapia Neural implica también el proceso de autocuestionamiento, de integración de los conceptos sociales, espirituales, mentales, biológicos, políticos, culturales, religiosos, filosóficos, económicos, en fin, cualquiera que crea que pueda actuar y modificar el resultado de su acción en el universo del cuerpo humano y que a manera de un proceso de auto eco organización nos lleve a una posible propiedad emergente que dadas las condiciones se podría llamar mejoría y por qué no, curación.

Posiblemente todos estos conceptos en los que la Terapia Neural podría apoyarse sean insuficientes para demostrar o explicar la magnitud de los hallazgos que pueden suceder en las diferentes personas que acuden a esta terapia, indudablemente en el futuro surgirán nuevas teorías que llegarán a unificar criterios y permitirán logran un mayor acercamiento para tratar de entender su forma de acción en cada ser humano.

Sería infructuoso considerar que la aplicación de un estímulo específico traería como efecto solamente un resultado específico, mejor aún, se puede considerar que de él se derivan múltiples informaciones que casi siempre ignoramos; de tal manera, en Terapia Neural se promulga el hecho de que la aplicación de estímulos inespecíficos con una adecuada concepción integral del estado de salud enfermedad produce un resultado totalmente original, único e irrepetible en un proceso de auto eco organización que sólo el individuo como ser también único

sabrá interpretar en su inteligencia no sólo funcional sino orgánica. Si esto sucede con un único estímulo, podríamos imaginar la cantidad de reacciones que sucederían si aumentamos el escenario a dos o tres o miles de estímulos, por eso se estima que cuando se plantea un estudio y se tiene en cuenta tan sólo unas pocas variables y se ignoran las miles que suceden en cada organismo sólo nos puede llevar a conclusiones parcialmente válidas para casos muy específicos y en situaciones ideales.

A pesar de los grandes adelantos tecnológicos y científicos, la decisión de optar por una determinada terapéutica recae principalmente en la calidad con que se desarrolle la historia clínica o también llamada historia de vida; el valor de este documento se fundamenta en el acto concluyente de un proceso de análisis exhaustivo, que no debe ignorar los múltiples aspectos que implica, comenzando desde los conceptos biológicos hasta los legales.

En este momento, es necesario evocar unas pocas líneas para reconocer al Dr. Germán Duque Mejía, como uno de los seres más representativos y visionarios en el campo de la Terapia Neural, posiblemente habría repetido estas palabras si se le pidiera una opinión acerca del médico que practica este tipo de terapia:

“Es de cardinal importancia saber y reconocer que el neuralterapeuta tiene que aprender a dominar las técnicas de su nuevo y prometedor método. El camino de la Maestría en Terapia Neural hasta que se manejan con elegancia, precisión, soltura y extrema seguridad todas las técnicas es largo y difícil. Reclama más tiempo y sacrificios que cualquier otra especialidad. Pasarán los años antes de que la seguridad que viene de la experiencia le imponga su carácter al médico, que bien entonces podría llamarse “Especialista en Terapia Neural”. (...) No es posible quedarnos estancados en la pequeña Terapia Neural. Hay que atreverse a dar el paso hacia el campo de la terapia grande y aprender las técnicas un poco difíciles de la aplicación ganglionar”. (...)

“A lo mejor algunos piensan que como neuralterapeutas pueden desistir de todo laberinto anatómico, también incluso a diagnósticos y similares. Si bien es cierto que existe alguna semejante manera de pensar, tenemos que rechazar estrictamente esta forma de Terapia Neural. De lo contrario se justificaría la recriminación que nos hacen algunos colegas de que metemos una aguja con procaína en cualquier parte del cuerpo y luego nos sentamos a esperar un milagrito. Esto no es así. Cuando vean que para lo nuestro se requieren conocimientos anatómicos exhaustivos así como también conceptos precisos sobre la función del sistema nervioso y su correlación con todo el organismo, se tranquilizarán”.[1]

Así pues, es necesario recurrir a diferentes conceptos que reflejen los fundamentos del terapeuta neural, que le permitan lograr un acercamiento y una visión integral de cada uno de los pacientes que trate, siempre acogándose a los principios éticos y legales que en el momento se establezcan. Una de las formas para lograr esta visión integradora es la de desarrollar una adecuada historia clínica que pueda reflejar el pensamiento del médico y que a la vez le sirva de soporte legal para cada uno de sus análisis y procedimientos.

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica es la herramienta indispensable para individualizar e integrar todos los aspectos concernientes al ciclo de salud y enfermedad de las personas; es a través de ésta que el equipo de salud podrá redactar e interpretar las impresiones que le deja un paciente, definiendo una o varias posibilidades terapéuticas, así como le será de gran utilidad para recordar datos imposibles de memorizar en su totalidad. Se debe entender que lo que se está redactando puede en cierta medida llegar a convertirse en la prueba de que se ha seguido un proceso de pensamiento amparado por las connotaciones científicas que se tengan en el momento, así como los razonamientos que permitan entender la necesidad de haber realizado determinadas intervenciones.

Para la mayoría del personal médico es conocida la tendencia estadística que muestra el crecimiento en los procesos de investigación legal hacia los actos médicos, motivados esencialmente por una inadecuada comunicación con los pacientes o por mala praxis, o simplemente por el hecho de que determinados procedimientos no se encuentran justificados bajo los conceptos teóricos, filosóficos y legales para el tipo de terapia que se practica.

Debido a la necesidad de entender que el proceso de todo acto médico se debe emprender bajo condiciones de calidad, se requiere hacer un análisis de los aspectos más básicos del desarrollo de una historia clínica, comenzando por reconocer que los formatos actuales no permiten describir las verdaderas necesidades que surgen en el desarrollo de la consulta médica que permitan plasmar de una manera ordenada el pensamiento que ha llevado a tomar determinadas decisiones y que a la vez sean el reflejo de los conocimientos que se tenga sobre una terapia, siendo coherente con las reglamentaciones que dispone el Estado.

De igual forma es necesario recordar que la reglamentación en cuanto a Terapias Alternativas es incipiente, contando apenas con ciertas herramientas que permiten legalizar su práctica, de ahí que se estime de gran conveniencia adoptar estrategias básicas y fundamentales como es el de desarrollar un formato de historia clínica, en este caso dirigida a la práctica de la Terapia Neural.

Se debe reconocer la importancia del desarrollo de la historia clínica en su contexto histórico y normativo, así como los principales fundamentos teóricos en que podría ampararse el ejercicio de la Terapia Neural y que en la actualidad ciñe el proceder médico, culminando con el diseño de un formato de historia clínica más acorde con los fundamentos de esta práctica y a la vez amparada bajo la reglamentación vigente.

Finalmente, se debe recordar que la Terapia Neural se encuentra en proceso de formación, por lo cual el análisis, la evaluación y el diseño de un modelo de historia clínica es fundamental a la hora de enfrentar estudios de mayor magnitud, en los que además de realizar conclusiones estadísticas permitan entender los planteamientos e interpretaciones que la Terapia Neural pueda arrojar en el estudio de un paciente como ser integral, facilitando la autoevaluación y retroalimentación de dichos procesos y acoplándose al mejoramiento continuo que caracteriza el pensamiento autocrítico e investigador de las instituciones universitarias, alcanzando de esta manera los ideales del médico tanto investigativos, terapéuticos o pedagógicos amparados bajo la fundamentación social, ética y legal.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los parámetros que debe contener la historia clínica de la Terapia Neural según Huneke que sean acordes a sus principios filosóficos, físicos, químicos, éticos, sociales, antropológicos, ecológicos, entre otros, que cumplan con la reglamentación actual en Colombia?

1 OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Presentar un diseño de historia clínica que incluya las diferentes concepciones de la Terapia Neural según Huneke teniendo en cuenta la actual legislación colombiana.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la actual legislación colombiana que reglamenta el desarrollo de la historia clínica.
- Revisar los diferentes fundamentos en los que se apoya la intervención terapéutica de la Terapia Neural según Huneke: filosóficos, físicos, químicos, biológicos, matemáticos, estadísticos, culturales, religiosos, económicos, sociales y éticos entre otros.
- Revisar la historia clínica en sus aspectos histórico, legal, documental, administrativo y pedagógico relacionados con el ejercicio de la Terapia Neural.
- Elaborar una propuesta inicial del diseño de historia clínica orientada a la Terapia Neural.
- Someter el diseño a un proceso de evaluación que incluya sugerencias y comentarios por parte de docentes con amplia experiencia en Terapia Neural.

- Presentar la propuesta final del diseño de la historia clínica orientada a la Terapia Neural.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO HISTÓRICO

La historia clínica es un producto de la evolución, por ende está sujeta a constantes cambios que tratan de responder a las necesidades y los descubrimientos que suceden en todas las áreas del conocimiento y más precisamente en medicina, no obstante, para llegar hasta este punto se ha necesitado de varios ajustes a lo largo de la historia universal, aportes que han sido valiosos no sólo para la comprensión de los mecanismos por los cuales se produce una enfermedad sino también para reconocer la importancia de la individualización de cada proceso y de cada persona.

Por supuesto es de resaltar que la literatura médica predominantemente de orientación ortodoxa se ha inclinado en referenciar los aspectos históricos que enmarcan el inicio de las escuelas occidentales y deja a un lado los progresos que se originaron en otras latitudes.

El recorrido histórico se origina en África, entre los textos que tratan sobre medicina se destacan el papiro de Kahun, que describe problemas ginecológicos; el papiro de Chester-Beatty trata sobre las afecciones del recto; el papiro de Edwin Smith (1600 a. C), copia de un trabajo del 3000 a. C, cuyo autor posiblemente fuera Imhotep, describe casos clínicos sobre el cuerpo humano, el diagnóstico y el tratamiento de cada caso. Además se resaltan otros documentos como el papiro de Carlsberg, el de Londres, de Brugh o Berlín y el de Hearst.[2-4]

El papiro de Ebers es el primero y el más extenso documento médico del antiguo Egipto, data aproximadamente de la XVIII dinastía.[5]

En el código de Hammurabi, (1660-1750 a.C) que es considerado como el primer código de ética y de honorarios médicos, ya se preveían penas para aquellos que cometieran lesiones personales o mataran a un hombre libre o esclavo,.[6]

En documentos alusivos al emperador Chen Nung (3000 a.C.) y posteriores, se reconoce la responsabilidad del médico ante el enfermo. Cuando fracasaba por ejemplo, podría correr con la suerte del famoso cirujano Hua To quien fue decapitado al intentar una trepanación craneal con objeto de curar al emperador. [7]

Según la tradición, el llamado Emperador Amarillo (Huang Ti) escribió hacia los años 2600-3000 a. C. un libro de medicina llamado el Nei Ching, pero la forma conocida en la actualidad apenas data del siglo III a. C. En este libro se describe entre otras cosas nueve tipos de agujas, técnicas de uso, la localización de 160 puntos en el cuerpo y teorías de diagnóstico.[8-9]

En la india sobresalen los Vedas o libros del conocimiento que fueron escritos entre los años 1500 y 1200 a. C., consideradas como las escrituras más antiguas de esta región.[10]

Lain Entralgo realiza una clara descripción de los cambios que ha tenido la historia clínica a través del tiempo, diferenciándola en historia clínica hipocrática, los consilia, historia clínica renacentista, historia clínica sydenhamiana, historia clínica del siglo XVIII de Boerhaave, historia clínica del siglo XIX, historia clínica anatomoclínica, historia clínica fisiopatológica, historia clínica etiológica, historia clínica del siglo XX, historia clínica biopatológica e historia clínica antropopatológica. [11]

Las primeras historias bien caracterizadas se encuentran contenidas en el *Corpus Hippocraticum*, “en este caso los Asclepiades hipocráticos se sintieron en la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su

experiencia de médicos ante la individual enfermedad de algunos de sus pacientes. Nació así el documento que llamamos historia clínica, de ese empeño queda una muestra en las cuarenta y dos que contienen los libros I y III de las Epidemias Hipocráticas”. [11]

Posteriormente se realizan historias clínicas propiamente dichas, las llamadas consilias, que eran las recopilaciones a manera de consejos de quienes ya practicaban la medicina; las dos primeras colecciones de que se tiene noticia son las del florentino Taddeo Alderotti (1260-1303), tras ellos, el más importante monumento del género consiliar: La Consilia medica de Bartolomeo Montagnana.[11-12]

Hacia mediados del siglo XVI hay un nuevo modelo de historia clínica, “*la observatio*”. Lo cual implicaba volver al modelo individual de cada enfermo y no a la manera general que se recreaba en las consilias.[11-12].

En el siglo XVII se produce la ruptura definitiva con la tradición galénica para dar paso a la revolución científica. Aparece una nueva nosología inductiva que originó que la historia clínica empezara a ser reconocida en todo el mundo como el elemento básico de descripción de la enfermedad de un paciente y como el documento principal en el ejercicio médico. Aquí se destaca Thomas Sydenham quien formula el concepto de especie morbosa; basándose en esto, Boerhaave realizó un modelo de historia clínica que se considera canónico, estableciendo que el examen clínico se debería dividir en inspección, anamnesis y exploración.[11]

Boerhaave define a la lesión como la clave en el proceso diagnóstico. Lancisi y Thomas Willis (1622- 1675) son los que convierten la lesión en el fundamento de la patología y de la clínica. Por su parte Bayle y Laennec desarrollaron la mentalidad anatomoclínica aunque quien lo había formulado fue Bichat (1771-1802). [11-13]

En 1761 Giovanni Battista Morgagni publica "*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*" con quinientos casos clínicos anatomopatológicos comprobados.[11-14]

En la historia clínica fisiopatológica la enfermedad era una alteración de las funciones del organismo provocada por procesos materiales o energéticos que indicaban el trastorno funcional, mientras que en la historia clínica etiológica las causas de la enfermedad eran lo más importante, llegando a considerarla como el resultado de la lucha del organismo humano por vencer al agente causal.[11]

En la historia clínica biopatológica la descripción del hombre adquiere un rango especial, se incluyen pruebas funcionales que estudian la adecuación del ser vivo a su nuevo estado. Por otro lado en la historia clínica antropopatológica se piensa que como la constitución del hombre no resuelve el problema de la personalidad del mismo, la historia clínica se convertirá en la biografía de la enfermedad de un paciente.[11]

Desde entonces y a pesar del auge en el estudio de la medicina en Europa, los cambios en la historia clínica no son tan notorios, puesto que ya cuentan con esquemas más ordenados de identificación de pacientes, descripción de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, pero lo que en este punto se debe resaltar es la gran cantidad de patologías descritas, caracterizadas y que obligaban al médico a reconocerlas y darles un específico tratamiento aún si no existiera un diagnóstico definido o se trataran de síntomas desconocidos o difíciles de clasificar, cuestiones que aún en nuestros días no han logrado una aceptable explicación.

Desde finales del siglo pasado y la primera mitad del presente, existieron intentos de organizar la información procedente de los pacientes. Así, Codman creó la historia llamada "de resultado final", que estableció las raíces de la auditoría y

supervisión actuales, pues se trataba de definir si un mal resultado quirúrgico se debía a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad.[15-17]

Es este mismo proceso el que impulsa al Doctor Lawrence Weed al desarrollo de un modelo diferenciado de historia clínica al que denominó “historia clínica orientada al problema”. [18-19]

Dentro de esta variante particular que cada vez es más acogida se puede decir que, en general, “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”. [20]

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. [18-19]

Afortunadamente el advenimiento de la tecnología informática ha sido clave en el establecimiento de los nuevos modelos sistematizados de historia clínica, Pedraza describe: “La tendencia de la automatización a la estandarización de las ciencias de la salud está implícita en su estructura científica. Desde este punto de vista (se podría afirmar que desde siempre), la medicina y todas las ciencias de la salud han manejado la informática como: “Una disciplina que estudia la información desde su origen, su proceso y transformación hasta su presentación y distribución”. [21]

La informática formalmente aplicada a las ciencias de la salud tienen sus orígenes en La Federación Internacional para el Procesamiento de la información conocida como IFIP (*International Federation for Information Processing*). En 1969 se crea la IMIA (*The International Medical Informatics Association*) que ha formado grupos especializados entre ellos los del expediente clínico computarizado y la codificación de la información médica, siendo la única organización internacional en el campo profesional y científico de la informática en salud. [21-22]

Poco tiempo después, con el notable desarrollo de los sistemas de análisis por computadora muchas empresas comienzan a abordar el tema de crear bases de datos informáticos, por ejemplo “en 1986 la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, comenzó una investigación para construir un sistema de lenguaje médico unificado cuyo propósito fue contribuir al desarrollo de sistemas que ayudaran a los profesionales de la salud y a los investigadores a recuperar e integrar la información biomédica electrónica de distintas fuentes y facilitar a los usuarios la unión de información de sistemas completamente diferentes, incluyendo registros computados de pacientes (historias clínicas), bases de datos bibliográficas y sistemas expertos”. [23]

Desde el surgimiento de estos sistemas de información, y la competencia empresarial a través calidad, eficiencia y oportunidad son cada vez más las empresas que se vinculan a crear la llamada historia clínica electrónica que según el concepto de múltiples estudios permiten concluir que el uso de este tipo de documento sistematizado no afecta la satisfacción en la atención del paciente y del médico, favoreciendo la implementación del sistema tecnológico con una adecuada planeación que logre motivar y concientizar a los profesionales sobre las ventajas que tiene, conclusiones que se reflejan en varios estudios. [24-26]

En la actualidad existe una amplia legislación al respecto de las historias clínicas que van desde la forma en que se debe diligenciar hasta la manera de realizar el proceso de gestión de la documentación clínica que de acuerdo con Curiel y

Estévez ha evolucionado en siete fases progresivas en los últimos 20 años iniciando desde la fase de anamnesis documental y mini archivos periféricos hasta la fase de gestión integrada de la historia clínica, la cual puede ser realidad en este comienzo del siglo XXI.[27]

2.2 MARCO LEGAL

2.2.1 Consideraciones generales. Varios son los factores por los cuales poco a poco se han aumentado las exigencias y demandas al equipo de salud, entre ellas los grandes cambios que se producen después de la segunda guerra mundial, comenzando por el reconocimiento de los derechos de los pacientes, seguido por la caída del paternalismo médico existente hasta ese momento y por los avances en cuanto a la bioética en donde se crea el principio de autonomía sin olvidar los propios en el campo médico tecnológico que implican procesos invasivos y por supuesto el incremento de riesgos en la práctica.[28]

Aunque en los últimos años existe un notable incremento de las demandas hacia los actos médicos, no es exclusivo de este periodo, desde que se puso en vigencia el Código de Hammurabi, ya se establecían penas a los médicos por errores en su ejercicio profesional. Así se puede apreciar en uno de sus artículos: “Si un médico abre a alguien una herida con un cuchillo de bronce y lo cura, o si vacía a alguien una cavidad orbitaria y salva el ojo del hombre, recibirá diez shekels de plata (...) si por el contrario, lo deja sin ojo, se le deberá cortar al cirujano las manos”. [29-30]

La historia clínica constituye un medio de prueba de suma importancia en los juicios por responsabilidad médica, a tal grado que la sola imposibilidad por parte de una institución para suministrarla incluso por extravío, puede llegar a ser entendida como una conducta negligente y generadora de culpa. Lo que es más, si se concibe la historia clínica como parte integrante del acto médico, la falla en el registro constituye por sí una falla del acto médico, eventualmente culpable.[31]

La observación de los procesos pone en evidencia la realidad de que no existe una especialidad exenta del problema. Existen algunas con mayor riesgo de demandas como ginecoobstetricia, medicina general, cirugía general y anestesiología. “Con gran preocupación se observa que el menor porcentaje de las historias clínicas es de alta calidad, lo que constituye una dificultad en el curso de una acción penal. En no pocos casos se determina que si bien es cierto la atención fue adecuada y se ajusta a la *lex artis* no existe soporte documental que lo demuestre”. [32]

“Los fallos mayoritarios juzgan en contra del profesional ante la inexistencia de historia clínica o la presentación de irregularidades de la misma. La carencia de historia clínica priva de un elemento valioso para la prueba de responsabilidad médica y debe perjudicar a quien le era exigible como deber de colaboración en la difícil actividad probatoria y esclarecimiento de estos hechos”. [33]

“Hemos visto muchas veces algunos casos en los cuales la demanda contra el médico y el establecimiento asistencial ha sido interpuesta temerariamente, sin interesarse lo más mínimo en averiguar la posibilidad de la existencia real de negligencia profesional. Muchas de estas, que no dudamos en calificar de abusivas (...) en los casos relatados pensamos que ha existido un ejercicio abusivo del derecho a demandar, el que ha sido realizado culposamente dando lugar por ende a la reparación del perjuicio ocasionado” [34]

Según cifras publicadas en un informe de la Organización Mundial de la Salud y del Consejo Europeo sobre Seguridad del Paciente del año 2001 y otras fuentes de información, se plantea que sólo en Estados Unidos el costo nacional por eventos médicos adversos, lucro cesante, demandas por discapacidad y otros, asciende a alrededor de US\$ 40.000 millones por año. [35]

Por otra parte cabe decir que la mayoría de países latinoamericanos ha adoptado premisas establecidas en el código de ética español, por citar algunos ejemplos,

en el Capítulo XI del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, en lo referente a la historia clínica, se expresa:

Art.-173: En la historia clínica se deberá hacer una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando, y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarla. Debe ser contemporánea a las distintas prestaciones que se vayan realizando.

Art.-174: Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales se debe registrar la opinión de las mismas y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas.

En el código de Ética y Deontología del Perú sobresalen algunos artículos:

Art. 16: El médico debe ejercer y fomentar la medicina en forma científica. No podrá incurrir en actos de curanderismo, cualquiera sea su forma, inclusive de las que presumen ser científicas.

Art. 47: El diagnóstico debe ser emitido en términos precisos.[36]

En cuanto a la reglamentación que rige en Colombia se pueden identificar artículos referentes a la Constitución, leyes, decretos, y resoluciones que permiten dar sustento legal a la práctica de la medicina y especialmente en lo que se refiere al manejo de las historias clínicas.

2.2.2 Normas Vigentes en Colombia

- **Constitución Nacional de 1991.**
- **Ley 0014 de 1962** por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la Medicina y Cirugía.
- **Ley 23 de 1981** por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica.
- **Ley 100 de 1993** por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 594 de 2000** por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. (Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4124 de 2004).
- **Ley 599 de 2000** por la cual se expide el Código Penal.
- **Ley 906 de 2004** por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Corregida de conformidad con el Decreto 2770 de 2004.
- **Ley 1164 de 2007** por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
- **Decretos 1400 y 2019 de 1970** por los cuales se expide el Código de Procedimiento Civil.
- **Decreto 3380 de 1981.** Reglamentario de la Ley 23 de 1981.

- **Decreto 806 de 1998** por el cual se reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.
 - **Art 7.** Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

- **Decreto 1011 de 2006** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Resolución 13437 de 1991** por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

- **Resolución 04252 de 1997** por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 02927 de 1998** por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 1995 de 1999** por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

- **Resolución 1895 de 2001** por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión.
- **Resolución 1043 de 2006 anexos 1 y 2** por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

A continuación se hará referencia a los aspectos más fundamentales de esta reglamentación de acuerdo a la importancia en el desarrollo de la historia clínica.

LEY 23 DE 1981

En el Código de Ética Colombiano sobresalen los siguientes artículos:

“**Art. 1.** El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.”

“En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.”

“**Art. 10.** El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.”

“**Parágrafo.** El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.”

“**Art. 12.** El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.”

“**Art. 15.** El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”

El soporte como anexo del consentimiento informado es imprescindible en el ejercicio de la aplicación de cualquier procedimiento invasivo.

“**Art. 34.** La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.”

“**Art. 35.** En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.”

“**Art. 36.** En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad.”

DECRETO 3380 de 1981

En su artículo 8 describe: Para los efectos del artículo 12 de la Ley 23 de 1981, las instituciones científicas legalmente reconocidas comprenden:

- a). Las Facultades de Medicina legalmente reconocidas.
- b). Las Academias y Asociaciones médico científicas reconocidas por la Ley o por el Ministerio de Salud.
- c). La Academia Nacional de Medicina.
- d). Las instituciones oficiales que cumplan funciones de investigación médica y de vigilancia y control en materia médico científica.[37]

RESOLUCIÓN 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

Sobresalen los siguientes artículos:

Art. 3. Características de la historia clínica. Algunas de las características básicas son:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento

que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Art. 5. Generalidades. La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Art. 8. Componentes. Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

Art. 9. Identificación del usuario. Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

Art. 10. Registros específicos. Es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta. Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos

contemplados en la resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

Parágrafo primero. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

Parágrafo segundo. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

Art. 11. Anexos. Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Parágrafo primero. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

Parágrafo segundo. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnosticas podrán ser entregadas al paciente,

explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

Parágrafo cuarto. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega.

Art 18. Los prestadores de servicios de salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

DECRETO 1011 DE 2006

Describe entre otros el artículo 3 que establece las características del Sistema Obligatorio de Garantía de de la Atención en Salud, entre los cuales sobresalen:

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.[38]

En el numeral 9 del artículo 153 de la Ley 100 y el artículo 39 de la ley 112 se especifica sobre la calidad y el control en la atención: “El sistema establecerá

mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”. Los servicios deben tener unas guías o parámetros de calidad que deben ser soportados por un nivel de conocimiento aceptado.[39]

Aparece el tema de una serie de parámetros que deben ser únicos, de aplicación nacional, de manera obligatoria, sustentados en una evidencia probada y validada y que necesariamente están ligados con los resultados en salud de la población atendida. [39]

La elaboración y confección hace parte de la Norma de Atención o *Lex Artis*. Prima el deber ético por sí mismo de dejar constancia de las condiciones como se efectúa la atención y que ésta efectivamente se realizó. El manejo inadecuado de la historia clínica como documento privado se describe en el Código Penal (Ley 599 de 2000) en el Título IX. Delitos contra la fe pública. Capítulo tercero. De la Falsedad en documentos:

Art. 287. Falsedad en documento privado. El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años.

Art. 289. Destrucción, supresión y ocultamiento de documento privado. El que destruya, suprima u oculte, total o parcialmente un documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá en prisión de uno (1) a seis (6) años.

Art. 294. Documento. Para los efectos de la ley penal es documento toda expresión de persona conocida o conocible recogida por escrito o por cualquier

medio mecánico o técnicamente impreso, soporte material que exprese o incorpore datos o hechos, que tengan capacidad probatoria.

De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil Sección III. Régimen Probatorio. Título XIII. Pruebas. Capítulo I:

Art. 175. Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez.

Art. 251. Son documentos, los escritos impresos, planos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos, y en general todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo.

2.2.3 Generalidades. El resumen de la historia clínica debe ser conciso y claro. Expresará en forma evolutiva los hallazgos positivos y los negativos importantes, el interrogatorio, antecedentes personales y familiares y examen físico. Una vez agrupados y correlacionados síntomas y signos se formula un diagnóstico de trabajo inicial. [40]

La institución donde es atendido el enfermo tiene derecho a exigir calidad, precisión y certeza en los juicios consignados en la historia, notas evolutivas, diagnósticos definitivos, procedimientos a que se sometió el paciente, su reacción y tolerancia a los mismos. Si la historia clínica es correcta, técnica y científicamente, nada habrá que temer y el médico podrá defenderse de pacientes o familiares que descontentos demandan al médico y a la institución. [40]

Los síntomas de una exposición peligrosa pueden ser inespecíficos y afectar a cualquier sistema corporal. Por tanto, toda historia clínica debe incluir de forma rutinaria preguntas sobre la ocupación.[41]

Piñeros Corpas manifiesta la desorientación del estudiante, la multitud de detalles sobrantes, el desorden en la anotación de los hechos y el natural descuido en la exploración completa del enfermo que se observan en las historias clínicas hechas sin guía. [42]

Como se ha podido establecer en el marco legal cualquier empresa puede realizar diseños particulares de historia clínica que cumpla con requisitos mínimos y que además pueda utilizar los formatos que considere necesarios para su correcto diligenciamiento y por medio del Comité de Historias Clínicas realizar las respectivas recomendaciones. A manera de ejemplo podemos apreciar algunas sugerencias que en la fundación Clínica Valle de Lili se imparte a sus trabajadores: [43]

- Cuando la historia clínica, sea elaborada por un miembro del cuerpo profesional en adiestramiento, éste deberá firmarla y solicitar al médico tratante del paciente que también la firme en señal de aprobación de su contenido.

- También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al paciente acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.

- Todas las notas de evolución llevarán fecha y hora, firma, registro médico y sello de quien las elaboró y la firma del médico tratante si no fue él quien las escribió, en señal de que comparte el contenido de las mismas.

2.2.4 Importancia de la historia clínica

Inferencia científica: si la historia clínica cumple con los objetivos señalados se puede considerar como un documento de trascendental importancia para el paciente, profesional e institucional. [44]

Una verdadera historia clínica es un documento importante en los siguientes aspectos: [45]

- **Científico:** el valor científico de la historia clínica está en proporción directa con el cuidado con que ha sido compilada.
- **Epidemiológico:** es una fuente de datos que sirve para realizar estudios epidemiológicos de tipo descriptivo, analítico y experimental.
- **Médico-odontológico:** es una fuente para determinar, aclarar y especificar el transcurso de la historia natural de las enfermedades.
- **Institucional:** las instituciones cuentan con un sólido respaldo administrativo, científico, legal, académico, cuando tiene una excelente historia clínica.
- **Legal:** Ante la ley la historia clínica es un documento de inculcable valor jurídico, del cual dependen decisiones para calificar o tipificar la comisión de los delitos por mala atención de salud, o en su defecto, para refrendar una adecuada acción profesional.

- **Estadístico:** la historia clínica es una reserva inagotable de datos que permite obtener tasas, razones, proporciones e índices, para a su vez sustentar estudios de cualquier índole.
- **Administrativo:** La historia clínica es un documento que permite visualizar y calificar los servicios finales que presta una institución.
- **Académico:** (docente-asistencial). La historia clínica se convierte en un verdadero texto de enseñanza-aprendizaje.
- **Sociológico:** la historia clínica es un instrumento sociológico porque permite medir y evaluar el comportamiento socio-económico, político y biológico del individuo ante los eventos de salud y enfermedad.
- **Personal:** es un verdadero diario interno de las personas; que relata pormenorizadamente actitudes, respuestas, procesos y hechos del individuo ante la enfermedad o la salud.
- **Profesional:** la historia clínica retrata además las verdaderas condiciones y calidades académicas, científicas y personales del profesional que la ejecuta.

2.2.5 Finalidad[46]

- **Asistencial:** comprende el registro histórico del estado de salud del paciente que permitirá establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento así como su evolución, este documento permite la continuidad de la asistencia al paciente y además un medio de comunicación entre los diversos profesionales que intervengan en el tratamiento, evolución, etc.

- **No asistencial:** la historia clínica ha adquirido con el transcurso del tiempo funciones en el ámbito administrativo y dentro de éste el de la planeación en el campo docente, investigativo, epidemiológico y legal, entre otros.

2.2.6 Componentes. Cuando se habla de historia clínica se suponen cuatro momentos teóricos distintos: [47]

1. La recolección de datos.
2. La selección significativa de los mismos.
3. La interpretación de los datos.
4. La conclusión.

La estructura de la historia clínica diseñada, se caracteriza por un enfoque modular, que permite configurar la historia con un número variable de formularios de acuerdo con el estado de salud del paciente, condicionada por los recursos disponibles y el tipo de atención brindada, de tal forma que a mayor complejidad del riesgo y de la atención corresponderá un número mayor de formularios para incorporarlos en la historia.[48]

Es necesario realizar un mayor análisis en cuanto a los diferentes ítems que pueden plantearse en un formato, por lo cual se pueden revisar diferentes semiologías médicas entre las que resaltan las de Cediell [49] y Surós, [50] además de tomar algunas recomendaciones del libro de Semiología de Duque y Rubio [51] insistiendo en la posibilidad de profundizar en el área de especialidad médica que se requiera.

2.2.6.1 Identificación del usuario. Indudablemente que la primera forma de individualizar cada caso es por medio de la identificación de los datos personales, sin olvidar los propios de la institución prestadora de los servicios de salud.

La recolección de estos datos marca el inicio de la relación médico paciente, por medio de este interrogatorio, el profesional de la salud conocerá de forma general a su paciente, reconociendo condiciones sociales, económicas, laborales, en fin, una serie de datos que lograrán identificar mejor al individuo.

- **Nombres y apellidos completos:** es un dato indispensable pues es la principal forma de identificación que tiene una persona, el manejo adecuado dentro de la consulta aumenta el vínculo de la relación médico-paciente.
- **Tipo de Identificación:** en este se anotará el documento de identidad que puede ser cédula de ciudadanía, extranjería, tarjeta de identidad, registro civil, entre otros.
- **Fecha de nacimiento y edad:** existen muchas enfermedades que realizan su presentación de forma prevalente en determinadas épocas de la vida, además que permite correlacionar la edad aparente con la real.
- **Género:** son diversas las enfermedades asociadas al sexo masculino o femenino.
- **Raza:** hay enfermedades que afectan y tienen mayor prevalencia o severidad dependiendo de la raza.
- **Ocupación:** muchos cuadros clínicos pueden ser originados o influenciados por el ambiente laboral o profesión que se desempeñe.
- **Estado civil:** se relaciona con el entorno social del paciente, para ser analizado como un ente psicosocial.

- **Escolaridad:** orienta sobre la mejor manera de comunicarse con el paciente, para explicarle el tratamiento y realizar el interrogatorio. Establece el nivel sociocultural.
- **Religión:** determinadas creencias tienen influencia en la alimentación, aceptación o no de procedimientos médicos.
- **Origen o nacionalidad:** se consignará el país o lugar de nacimiento. Es reconocida la mayor presentación de determinadas patologías dependiendo del sitio de origen del paciente.
- **Procedencia:** indica el sitio donde el paciente ha vivido en los últimos años, es decir su residencia habitual, lo que permite relacionar factores como el clima, costumbres, etc. Es conveniente interrogar sobre los diferentes lugares en que se ha vivido.
- **Dirección y teléfono del domicilio:** en caso de requerir una posterior atención personalizada o recordar citas e incluso establecer posibles enfermedades debidas a la zona de residencia. Igualmente es de considerar la anotación del correo electrónico.
- **Nombre, teléfono y parentesco:** de la persona responsable o acompañante del usuario.
- **Tipo de vinculación:** al sistema de salud y nombre de la empresa aseguradora.
- **Fecha y hora en que se elabora la historia clínica:** es imprescindible para establecer la secuencia cronológica del proceso de evaluación, terapéutica y seguimiento.

2.2.6.2 Registros específicos.

- **Motivo de consulta:** constituye el núcleo esencial de cualquier interrogatorio y debe ser enunciado con pocas palabras.
- **Historia de la enfermedad actual:** se refiere al interrogatorio que realiza el médico y consiste en una narración clara y cronológica de los problemas por los cuales el entrevistado busca cuidado por el personal de salud y en especial del médico. Es una descripción hecha por el profesional en la cual se debe utilizar el lenguaje técnico o semiológico adecuado, generalmente incluye un inicio del proceso, evolución y estado actual de la enfermedad. Comprende el interrogatorio en general y la revisión por sistemas.
- **Revisión por sistemas** busca asegurarse de que no se dejó de considerar información importante, en particular en las áreas que no se exploró completamente mientras indagaba solo la enfermedad actual.

Se puede indagar entre otros:

Síntomas generales: fiebre, cambios en el peso, malestar general, astenia, adinamia, anorexia, fatiga, alteraciones en el estado de ánimo, sudoración nocturna, insomnio, etc.

Aparato respiratorio: tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico, vómica, disnea, cianosis, alteraciones de la voz, etc.

Aparato cardiovascular: disnea de esfuerzo, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ortopnea, edema de extremidades inferiores, dolor precordial, acufenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, claudicación, etc.

Aparato digestivo: dolor, halitosis, regurgitación, trastornos en el apetito, en la masticación, náuseas, vómito, disfagia, odinofagia, meteorismo, flatulencia, borborigmos, pirosis, diarrea, constipación, melena, ictericia, coluria, acolia, etc.

Aparato genitourinario: disuria, poliuria, nicturia, polaquiuria, hematuria, cambios en la micción, etc.

Aparato hematológico: astenia, adinamia, palidez, hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.

Sistema endocrino: cambios de peso, intolerancia al frío o al calor, poliuria, polidipsia, polifagia, somnolencia, letargia, bradipsiquia, bradilalia, nerviosismo, temblor fino, hiperquinesis, galactorrea, ginecomastia, amenorrea, obesidad, ruborización, sequedad de la piel, etc.

Sistema nervioso: cefalea, vértigo, problemas de coordinación, marcha, síncope, confusión, alteración de la vigilia y/o el sueño, convulsiones, parestias, parestesias, hiperalgesia, hipoestesia, disestesia, etc.

Ojo: alteraciones visuales, fosfenos, dolor ocular, eritema, secreción, prurito, diplopía, nictalopía, amaurosis, etc.

Oído, Nariz y Garganta: dificultades de la audición, secreciones, otorragia, hipoacusia, tinnitus, epistaxis, congestión, odinofagia, rinorrea, ronquera, vértigo, disgeusia, etc.

Aparato genital femenino: dolor pélvico, flujo vaginal, sangrado post-coito, dispareunia, sangrado intermenstrual, tumores mamarios, dolor mamario, secreción del pezón, etc.

Aparato genital masculino: dolor, secreciones, sangrado, edema, prurito, anomalía anatómica, curvatura, etc.

Piel y anexos: prurito, rash, cambios de coloración, manchas, cicatrices, tumores de piel, caída de cabello, cambios en las uñas, etc.

Sistema musculoesquelético: Retracciones, rigidez articular, dificultad para la movilización, dolor, edema, deformidad, atrofia, etc.

Síntomas mentales: se deben preguntar síntomas de depresión, ansiedad, obsesiones, manías, delirios, insomnio, personalidad, afectividad, emotividad, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, etc.

- **Antecedentes Familiares:** preguntar sobre patologías que se presenten en los familiares en primer orden de consanguinidad, de ser posible hasta la línea de primos. Investigar: tuberculosis, diabetes mellitus, hipertensión, epilepsia, asma, carcinomas, cardiopatías, hepatopatías, nefropatías, enfermedades endocrinas, mentales, hematológicas, etc.

- **Antecedentes Personales:**

- **Patológicos:** se registran las enfermedades sufridas por la persona desde su infancia hasta la enfermedad actual, otitis, amigdalitis, infecciones urinarias a repetición, etc.

Preguntar además sobre procesos como hepatitis, insuficiencia hepática, convulsiones, alteraciones en la conducción cardíaca y alteraciones en la coagulación.

- **Quirúrgicos:** cirugías realizadas, amputaciones, cuándo y por qué se realizaron, tipo de anestesia utilizada.

- **Traumáticos:** antecedentes de fracturas y tratamiento, secuelas como cicatrices.
- **Alérgicos:** Asma, dermatitis de contacto, intolerancia a algunos alimentos por alergizantes, jabones, medicamentos como penicilina procaínica, etc.
- **Farmacológicos:** indagar sobre el consumo reciente de medicamentos, entre ellos anticoagulantes, digital, anticolinesterasas, succinilcolina o sulfas.[52]
- **Toxicológicos:** tabaco, alcoholismo, drogadicción.
- **Terapias alternativas:** muchos pacientes ya conocen algunos tipos de terapias alternativas y es importante conocer qué tratamientos han recibido.
- **Inmunizacionales:** dosis y fechas en que se recibió, de igual manera cicatrices.
- **Ginecoobstétricos:** menarquia, ritmo y regularidad, fecha de última menstruación, método de planificación familiar, problemas de fertilidad, complicaciones de embarazo, gravidez, cesáreas, abortos, leucorrea, incluso enfermedades de transmisión sexual.
- **Ocupacionales:** exposiciones, enfermedades profesionales, secuelas.
- **Odontológicos:** gingivitis, exodoncia, caries, procedimientos reconstructivos, estéticos o funcionales, odontomas, amalgamas, restos radiculares, entre otros.
- **Historia personal, social y psicológica:** Información sobre el régimen de vida en el presente y en el pasado para conocer mejor su medio ambiente,

las características de la vivienda. Se debe pedir al paciente que describa un día típico. Indagar con quien vive, sus relaciones familiares, problemas, separación de padres, estudios, entretenimientos, actividad física, actividad y preferencias sexuales, actitud ante la enfermedad y la vida, etc.

- **Hábitos de alimentación:** Preguntar sobre la cantidad y calidad de los alimentos consumidos regularmente durante el día, alimentos difíciles de digerir, comida rápida, lugar en donde los consume, etc.
- **Signos vitales y somatometría:** tomar y anotar en todos los casos la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la temperatura, además se debe tomar el peso y la talla para reconocer trastornos nutricionales o endocrinos, además de preguntar por el peso habitual, especificar el grado subjetivo de dolor, índice de masa corporal.
- **Inspección General:** Describir entre otros: el hábito, el tipo de constitución, la marcha, la actitud, la facies, etc.
- **Examen físico:** por tratarse de un capítulo extremadamente dispendioso que sobrepasa los objetivos de este trabajo es necesario remitirse a la bibliografía descrita. “En las condiciones de la práctica médica presente, resulta casi imposible la obtención de una base de datos completa debido a que el número de preguntas, técnicas y maniobras serían agotadoras y muchas innecesarias para un caso particular. Por consiguiente, se hace indispensable llegar a un compromiso práctico y definir tanto al nivel nacional como en los diferentes estratos académicos y hospitalarios, la cantidad y calidad de la información básica a obtener en cada paciente adulto y pediátrico”. [53]

El adecuado desarrollo de esta práctica es de vital importancia para reconocer alteraciones que el mismo paciente ha olvidado, para descubrir

lesiones dolorosas, restrictivas, aparentemente anormales que harían incluso cambiar las sospechas acerca de lo que el interrogatorio hasta ahora había arrojado.

El cuerpo humano se debe explorar como una unidad integral, inspeccionar y describir el aspecto general, la constitución, la marcha, para luego adentrarse en la exploración regional. Se debe realizar entre otros:

- Exploración de cabeza y cuello.
 - Exploración de órganos de los sentidos.
 - Exploración de tórax.
 - Exploración cardiovascular.
 - Exploración de abdomen.
 - Exploración urogenital.
 - Exploración de sistema musculoesquelético.
 - Exploración neurológica.
 - Exploración de piel y anexos.
- **Diagnóstico.** La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico a seguir; organiza la secuencia de eventos encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico.[54]

En la Academia Americana de Ortopedia, durante la revisión de 63 demandas por atención en fracturas de cuello femoral, se encontraron las siguientes fallas en orden de frecuencia: fallas diagnósticas, falla del diagnóstico de complicaciones, tratamiento inapropiado, infección, complicaciones y fallas en la técnica.[55]

Como puede observarse la misión fundamental del médico, su actividad medular y el punto de partida de toda asistencia médica radica en el planteamiento del diagnóstico médico, es decir, la identificación de la enfermedad que presenta el paciente, que a su vez requiere y exige del médico en la mayoría de los casos el indicar las pruebas y estudios necesarios para tales efectos.[56]

“La medicina no es una ciencia exacta ni se maneja con postulados dogmáticos. Todos lo deseáramos, en primer lugar los médicos, pero exigirlo es un desatino. Quizás no exista tratamiento tan protocolizado como el del paciente oncológico. Sin embargo, dice el Dr. Abel Canónico, presidente de la Asociación Argentina del Cáncer y prestigioso profesional de la especialidad: No se puede hablar de tratamiento universal sino selectivo, casi individual: porque aunque hubieran diez enfermos con tumor en el mismo órgano, requieren terapias diferentes. Hay que descartar la generalización”. [57]

“Independencia absoluta de la historia y el diagnóstico: durante la obtención y la anotación de los datos, el médico debe estar totalmente ajeno al diagnóstico, y no pensar en ninguna entidad patológica determinada porque inevitablemente será objeto de una autosugestión capaz de hacerle modificar de manera inconsciente el registro de los fenómenos”. [58]

El organismo (soma y psique) se comporta ante la enfermedad de una manera unitaria, y la falta de comprensión de este hecho en el acto del diagnóstico conduce fácilmente al error. [57]

Lain [11] se encarga de introducir al lector en el proceso del pensamiento hacia el diagnóstico, en uno de sus apartes cita a Owsei Temkin: “Del mismo modo que Hipócrates no concede valor a la existencia de enfermedades determinadas, tampoco conoce casos de determinadas

enfermedades. No es su ideal la posibilidad de catalogar a un enfermo dentro de un tipo morboso determinado; para él sólo hay una innumerable suma de “casos”, de hombres enfermos, y el conocimiento de la peculiaridad de cada “caso” singular es precisamente lo que a sus ojos constituye lo esencial (...) su atención se endereza sobre todo hacia las divergencias que entre si presentan cada uno de los enfermos singulares. Todo caso morboso es diferente de los demás; todas las afirmaciones generales que desconocen las circunstancias de persona, tiempo y lugar, son peligrosas; toda tipificación nosográfica es estéril; porque o el tipo no comprende el caso singular- y de conocerlo plenamente es de lo que se trata- o los tipos son indefinidos en número, con lo cual es cosa fatigosa e insensata proveerles de nombre y querer describirlos como tales tipos”. [59]

Ahora bien: si se diagnostica considerando un proceso morboso, mal puede ser el proceso morboso mismo objeto del diagnóstico. Diagnosticar sería “entender científicamente “al enfermo, no saber “catalogarlo” según su modo de enfermar.[11]

Siguiendo con este autor, narra la manera en que Claudino da dos pautas cuando se refiere al diagnóstico y desde donde podemos establecer el origen no sólo de una clase de diagnóstico sino de cuatro, “la primera razón consiste en determinar lo que en la enfermedad hay por razón de su esencia y lo que depende de su existencia.(...) El segundo proceder constaba de cinco tiempos, de los cuales dos correspondían a la “*diagnotio*” y comprendían cuatro sucesivos problemas: determinación de la idea (diagnóstico específico); localización de la parte afecta (diagnóstico regional); discernimiento de las *causae morbi* (diagnostico etiológico) y conocimiento de la *generatio morbi* (diagnóstico genético o patogenia)”. [11]

Más adelante, describe lo que sucede en la historia: “El patógrafo ensayará la conquista de una “idea” desde la cual queden ordenados en “figura” y

sean biológicamente comprensibles. Esta “idea” no puede ser por tanto una mera etiqueta diagnóstica, a la manera habitual. Debe referirse al organismo individual que está “haciendo su enfermedad” y dar cuenta del modo como la hace en el espacio y en el tiempo. Diagnosticar no es, si nos atenemos a estas premisas, catalogar según los departamentos de un sistema nosográfico, sino entender la vida del organismo enfermo desde dentro de él mismo”. [11]

Es, dice Siebeck, “la mejor, más importante y más segura de las pruebas funcionales”. De ahí un estricto imperativo patográfico: la historia clínica no debe hallarse ordenada a establecer el “diagnóstico de la enfermedad”, sino a posibilitar un buen enjuiciamiento del enfermo. Diagnosticar no es ordenar la dolencia del enfermo en un “sistema de formas morbosas”, sino saber responder, frente a cada enfermo a un “sistema de cuestiones” [11]

“Dos son las ideas fundamentales de la Filosofía Natural Romántica Alemana que presiden la doctrina de los especuladores románticos acerca de la historia clínica y que se hallan esencialmente conexas entre sí: la de organismo y la de evolución. Dentro de esto: “Una enfermedad individual- escribía K. Fr. Burdach (1776-1857)- es un todo cerrado en si mismo que tiene su completo fundamento en la totalidad de la naturaleza del individuo enfermo y que, en cuanto está determinado por la peculiaridad de éste -una peculiaridad en parte permanente y en parte transitoria y momentánea- sólo es igual a sí mismo y nunca se repite.” La observación y la comparación de los casos individuales permitiría al “entendimiento ordenador” del médico construir las “formas morbosas”, y creciendo el nivel de la abstracción llegar a los “elementos” de esas formas morbosas, por Burdach llamados anormalidades”. [11]

Es difícil establecer protocolos rígidos para cada una de las enfermedades, más complicado aún es poder definir diagnósticos para cada motivo de

consulta de un paciente, evento que no exime de de la responsabilidad de utilizar los medios adecuados para optimizarlo. No es correcto dejar vacío un espacio en el que se debería llenar una impresión diagnóstica comenzando por el hecho de que se convierte en una falta grave e incoherente ante el posterior tratamiento de un paciente, sino que además es prueba irrefutable de una posible sanción por omisión de datos en la historia clínica como ya se ha descrito anteriormente.

Se debe acoger el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), para registrar el diagnóstico en la historia clínica según lo estipulado en la resolución 1895 de 2001.

- **Tratamiento y descripción de procedimientos.** El tratamiento puede ser dividido en cuatro aspectos: plan diagnóstico concerniente a los datos del interrogatorio al paciente y/o familiares y exámenes complementarios; plan terapéutico que se corresponde con el tipo de terapia propuesta, para la resolución de los problemas planteados por el paciente, incluye medicamentos, dieta, cambio de hábitos; plan educacional a manera de resumen de la información aportada al paciente y su familia para la comprensión y manejo del problema y el plan de seguimiento que consta de los datos del examen físico o de estudios complementarios que serán de utilidad para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta terapéutica.[18]

Los procedimientos se describen en formatos especiales, en los cuales además de la identificación del paciente se realiza una descripción del procedimiento realizado, consignando por ejemplo la técnica utilizada, hallazgos, concentración y dosis de los medicamentos utilizados, jeringas, asepsia, reacciones secundarias y la presencia o no de complicaciones.

- **Evolución.** Cada nota posterior a la primera entrevista debe ser fechada y firmada. Esto es importante pues existe un principio general de derecho en el cual cada persona responde por sus acciones u omisiones.[34]

Cada evolución debe contener también aspectos como análisis, conducta, plan de tratamiento y diligenciamiento de la descripción de los procedimientos que se hagan en cada sesión.

2.2.6.3 Anexos. Corresponden a todos los formatos diseñados con el fin de registrar la información que complementa los datos obtenidos de la historia clínica. La evolución, los exámenes de laboratorio, las imágenes diagnósticas, la descripción de procedimientos realizados y el consentimiento informado son algunos de los formatos diseñados en los servicios de consulta externa y de baja complejidad para tal fin. Los formularios de solicitud de estos exámenes no hacen parte de la historia clínica.

Además de estos formatos, existe una inmensa cantidad de cuestionarios que sirven para evaluar diferentes estados de las personas, Borrell [60] por ejemplo, describe varios test que evalúan el estado general de salud y perfiles de calidad de vida, evaluación de la familia, problemas psicológicos, sociales y biológicos, así como los que permiten evaluar el cumplimiento del tratamiento prescrito, la satisfacción del consultante y hasta los conocimientos que un paciente tiene acerca de su enfermedad. [61-78]

- **Interconsultas.** Se debe realizar las consultas necesarias con las diferentes especialidades en caso de necesitarse. En Odontología, es obligatorio en el caso de requerirse para el tratamiento de un paciente y está contemplado en el artículo 6 del decreto 491 de 1990 el cual expresa: “en caso de sospecha de enfermedad infectocontagiosa o de cualquier otra etiología que comprometa la ejecución de procedimientos clínicos en el paciente, debe solicitarse la interconsulta pertinente.[63]

En el art. 15 del decreto 3380 de 1981, se entiende por junta médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

- **Reporte de exámenes.** El resultado de los exámenes solicitados y de las ayudas diagnósticas se consigna en la historia clínica, dejando constancia de su entrega al paciente según lo estipulado en el artículo 11 de la resolución 1995 de 1999.
- **Reporte de procedimientos.** ítem explicado en forma conjunta al tratamiento.
- **Consentimiento informado:** Ver art. 15 del Código de Ética.

Respecto al consentimiento informado, en el decreto 3380 se manifiesta:

Art. 10. El médico cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica-médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

Art. 11. El médico quedara exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:

- a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan.
- b) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento medico.

Art. 12. El médico dejara constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

Art. 13. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento medico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la practica medica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento medico.

En el parágrafo 2 del artículo 1 de la resolución 13437 de 1991 se garantiza al paciente el derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones sicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

Art. 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto.

Los diferentes aspectos que debe cumplir un documento de consentimiento informado son: [79]

- Brindar datos suficientes sobre la naturaleza y el origen del proceso.
- Explicación breve y sencilla (comprensible) de los objetivos del procedimiento, así como de la forma que se llevará a cabo.
- Beneficios esperados.
- Molestias previsibles y posibles riesgos.

- Espacio en blanco para riesgos personalizados.
- Existencia o no de alternativas diferentes, de forma que el paciente participe, si así lo desea, en la elección de la más adecuada, teniendo en cuenta sus preferencias.
- Efectos esperados si no se hace nada. El paciente debe conocer lo que puede ocurrir en el caso de no realizar el procedimiento.
- La garantía de esclarecimiento, antes, y durante el curso de la pesquisa, sobre la metodología que será utilizada y la posibilidad de inclusión en grupos de control o placebos.
- Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Datos del enfermo.
- Nombre del médico que informa sobre el procedimiento.
- Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información, y que se han aclarado sus dudas.
- Firmas del médico y el paciente y la fecha.
- Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento.
- Si se realizan varios procedimientos, se recomienda realizar un documento único para cada procedimiento.

2.3 MARCO CONTEXTUAL

2.3.1 Historias clínicas en la Universidad Nacional. En la guía de series documentales de la Universidad Nacional de Colombia, [80] se puede reconocer la gran cantidad de historias clínicas no sólo en número sino en variedad. En este documento se describen adecuadamente los lugares en que se producen y se archivan. Textualmente se afirma: “Por una parte la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD conserva historias clínicas del personal administrativo y docente, las unidades de bienestar de sede en sus secciones o áreas de atención médica

conservan las historias clínicas de los Estudiantes, otras áreas como es el caso de las oficinas de personal (áreas de salud ocupacional) registran la serie historias clínicas Ocupacionales, el Instituto de Genética de la Sede Bogotá elabora y conserva historias clínicas genéticas, las Facultades de Odontología, Medicina (no solo el programa de Medicina sino los de Terapias) y Ciencias Humanas (programa de Psicología) generan algunas clases de historias clínicas, la División de Recreación y Deportes de la Sede Bogotá produce historias clínicas de Deportistas”.

Se aprecia entonces, que existe una gran referencia en cuanto a la diversidad de diseños adoptados dependiendo de las necesidades y del lugar en que se empleen, entre ellas se encuentran: historias clínicas de estudiantes, ocupacionales, genéticas, de salud mental, de deportistas, así como subseries documentales de historias clínicas odontológicas, médicas, psicológicas, y subseries especiales entre las que se encuentran las historias clínicas médicas y odontológicas de estudiantes de pregrado y postgrado.

Debido a esta diversidad se recomienda que en cada área se forme el Comité de Historias Clínicas como lo indica la resolución 1995 de 1999.

Se debe considerar la importancia del desarrollo de las terapias alternativas en la Universidad Nacional de Colombia como bien lo recoge el siguiente documento propiedad de la Maestría de Medicina Alternativa de esta universidad.

2.3.2 La Terapia Neural en la Universidad Nacional de Colombia. En la ciudad de Bogotá, hacia el año 1999, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia se creó la Primera Línea de Profundización en Terapéuticas Alternativas dirigida a los estudiantes de Pregrado de la Carrera de Medicina por iniciativa del Dr. Eduardo Beltrán Dussán, Oncohematólogo Pediatra, Profesor de la Facultad y Director de la división de Oncohematología Pediátrica.

Esta fue una actividad que facilitó la introducción de la visión holística-alternativa dentro del campo de la Medicina convencional la cual se ha destacado por ser categóricamente ortodoxa, determinista y mecanicista; además de ser el primer intento de introducir una instrucción formal sobre terapéuticas alternativas dentro del componente flexible del Pensum Académico de dicha carrera. En el año 2000 se creó también por iniciativa del Dr. Beltrán, el curso Electivo de Terapéuticas Alternativas para estudiantes de Pregrado y Postgrado de la Facultad, el cual ha tenido una enorme aceptación.

En el año 2001 se inició el primer curso de Extensión en Terapéuticas Alternativas para médicos graduados, con la participación de la Asociación de Médicos Investigadores en Terapéuticas Alternativas y con la inscripción de 89 participantes. El 28 de Marzo de 2001 se firmó el Convenio de Cooperación Docente Investigativo y de Servicios entre la Universidad Nacional de Colombia y la Asociación de Médicos Investigadores en Terapéuticas Alternativas. Adicionalmente, en Agosto del mismo año se conformó por primera vez el Grupo Académico de Terapéuticas Alternativas de la Facultad de Medicina, mediante resolución No. 210 del Consejo de la Facultad. El 19 de Abril de 2002, mediante resolución No. 194 de la Decanatura se designa como Coordinador y creador del Grupo Académico al Dr. Eduardo Beltrán Dussán.

En el año 2007 se inició la primera formación de Postgrado en el campo de la Medicina Alternativa en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, siendo la primera Universidad Pública en Latinoamérica en ofrecer una Maestría en Medicina Alternativa en las áreas de Homeopatía, Medicina Tradicional China y Acupuntura, Terapia Neural y Osteopatía y Quiropraxia.

La primera promoción de médicos magister en medicina alternativa se dio el 6 de octubre de 2009, en el año 2010 se inicia la cuarta línea de promoción.[81]

2.4 MARCO CONCEPTUAL

En la literatura médica existe una gran cantidad de definiciones acerca de la historia clínica, presentando características documentales, sociales, pedagógicas, culturales, archivísticas, judiciales, periciales, entre otras, pero que permite prever el fundamento de su práctica que es la de dejar un registro de lo que sucede en determinada etapa de un proceso de salud-enfermedad para posteriormente constituirse en la base de las consideraciones finales que se hagan sobre un caso.

La historia clínica también es llamada expediente sanitario, ficha médica, registro clínico, *health history* o *medical history* y es considerada actualmente como el conjunto de documentos ordenados y detallados que recopilan cronológicamente todos los aspectos de la salud del paciente y su familia y que sirve de base para conocer las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene a lo largo del proceso asistencial; adicionalmente puede generar conocimiento que ayuda en la tomas de decisiones en la práctica médica.[82]

Debido a la importancia que ha tomado en los últimos veinte años la responsabilidad profesional del médico y con ella la historia clínica, Criado del Río cita una definición de Jornet, en su libro *Malpraxis* “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 si todas y cada una de las conductas del médico y el enfermo han sido correctas”. [28,83]

Sánchez,[84] define a la historia clínica como el documento que cristaliza el acto médico y refleja por escrito, objetivamente, el curso de la patología sufrida por el

paciente, 1º) revisión, 2º) diagnóstico, 3º) terapéutica, 4º) evolución, 5º), pronóstico y 6º) resultado obtenido en la atención del enfermo.

Se conoce como historia clínica aquel registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.[85]

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 científicos. [86]

El diagnóstico, según una de las definiciones del diccionario de la Real Academia Española de la Lengua es el arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. [87]

El acto médico se define como un juicio diagnóstico seguido de una acción terapéutica para el beneficio del paciente. Es el núcleo esencial del pensar y el obrar médico. [88]

La auditoría clínica ya sea médica o de otra profesión centra su atención en el proceso individual de atención en los registros médicos, en la aplicación de las guías o protocolos de manejo en la aplicación de la medicina basada en la evidencia conllevando un juicio científico de una acción médica, por lo tanto requiere preparación en este campo del auditor médico, además que es una constante exigida por los profesionales auditados de la salud.[87]

En este sentido, se refiere a ella como: “la constancia escrita de las comprobaciones realizadas en el examen médico, como también de todas las efectuadas en el curso de la evolución y de los tratamientos instituidos, aun por

terceros. Tiene por objeto documentarse para posteriores comparaciones, como también para elaborar estadísticas vitales y enfermedad, y si el caso se presenta, para la confrontación necrópsica.[89]

La principal meta cuando se analizan datos es la de extraer información valiosa que permita establecer conclusiones que determinen cambios.

Equipo de salud se define como aquellos profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.[90]

La calidad de la atención de salud se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. [91]

La Terapia Neural se define como “un pensamiento y una práctica de tipo médico social sanitario, contestatario y propositivo a la vez, alternativo y holístico en su concepción, no hegemónico, empírico e intuitivo, dialéctico, revolucionario, humanista, singular e irrepetible en su práctica, que devuelve al ser vital sus potencialidades y capacidades de curación y auto-eco-organización, permitiéndole un relacionamiento armónico consigo mismo, con su comunidad social y con el universo. Para lograr esto pone impulsos inespecíficos en lugares específicos del sistema nervioso del enfermo, según su particular historia”[92].

La Terapia Neural puede considerarse como una terapéutica de regulación, lo cual significa que mediante la aplicación de anestésicos locales, se intenta normalizar los procesos de regulación alterados y de ésta manera eliminar la sintomatología de los pacientes.[93-94]

El campo de interferencia se puede considerar como una “inflamación crónica de material no eliminable” el cual produce una interrupción en los mecanismos de mensajería orgánica o un alteración en los mismos, logrando una codificación desordenada y produciendo efectos patológicos a distancia.[58]

Las gelosas son los denominados puntos gatillos del dolor muscular o nódulos de espasmo en los cuales el huso muscular es mucho mas irritable o sensible, susceptibles de ser identificados a la palpación cuidadosa en los que se realiza la infiltración procaínica. Pueden disponerse de forma longitudinal, oblicua o transversalmente en relación a las fibras del músculo y su tamaño varía entre pocos milímetros y de 2 a 3 centímetros.[95]

Reinholl Voll utilizó el término odontón para referirse a la unidad compuesta por el diente, la encía, el aparato de soporte dentario y el hueso alveolar, formando una estructura relacionada con los órganos corporales. [96-97]

Según Kauffman, auto-organización: significa la espontánea emergencia del orden en sistemas físicos y naturales. En un sentido más amplio el concepto de auto-eco-organización en biología, considera a los seres vivos como seres autoorganizadores que se autorreproducen sin cesar, y que utilizan una cantidad de energía para realizar ese proceso de autonomía. Morín aplica estos conceptos al ser humano considerando que como seres que tienen que tomar energía información y organización de su entorno, su autonomía es inseparable de su cultura y también de las sociedades que dependen de su entorno geo-ecológico, y por tanto, es necesario concebirlos como seres auto-eco-organizadores. [98-100]

Thomas Khun define los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. [101]

2.5 MARCO REFERENCIAL

2.5.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA NEURAL SEGÚN HUNEKE

Para dar posibilidades acerca de la interpretación de la forma de acción de la Terapia Neural, ésta se ha valido de fundamentos concebidos en diferentes áreas de la ciencia, pasando desde la Biología, la Bioquímica y la Física Cuántica, hasta llegar a relacionarla con las diferentes teorías provenientes de las ciencias humanas como la Filosofía y la Sociología, por lo cual se hace necesario resaltar algunos de los conceptos más sobresalientes, no sin antes advertir que el campo es amplio y que evoluciona a diario.

Es importante señalar que varios de los datos referenciados a continuación se han investigado en sus fuentes primarias tomando como base los datos suministrados en las obras de Dosch[102] y Speransky[103].

2.5.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde el año 6000 a. C. ya se realizaban trepanaciones en cráneo con fines terapéuticos, [104] siendo la Paleopatología quien proporcionara las primeras muestras de la cirugía craneal, que en la etapa precolombina se pudo descubrir en 1865 cuando Squer [105] estudió un cráneo incaico procedente de Yucay, Urubamba, (Perú), con una trepanación frontal izquierda lograda mediante incisiones que se cruzaban formando un cuadrángulo que fue examinado después por Broca. [106], se sabe que en estos procedimientos se dejaban esquirlas de piedra con la creencia de curar enfermedades.

Hacia el 2000 a.C. se tiene referencia del comienzo de la Acupuntura, basada en las experiencias de muchas generaciones, que permiten establecer unas líneas de energía en piel y puntos relacionados con órganos y sistemas.[107]

Estudios radiológicos realizados en restos óseos de seres humanos que datan aproximadamente de 3000 a 2000 años a.C. permiten establecer que detrás de la “muela del juicio” aún quedaba suficiente espacio para alojar otro molar. Pero a partir de los siglos siguientes la reducción de este espacio progresaría como lo revelan hallazgos de los siglos XIII y XIV [108] hasta su práctica desaparición en nuestros días, lo que ha sido reconocido como la causa de diversos problemas dentales entre ellos las molares incluidas o no erupcionadas.

Hipócrates, (S. IV-V a.C) afirmaba: “un reumatismo sin esperanza de curación puede ser eliminado con la extracción dental”. [109]

En el año 650 a .C, en Nínive, se lee en una piedra: “los dolores en la cabeza del Rey, en sus brazos y en sus piernas, vienen de los dientes, no hay más remedio que arrancárselos”. [109]

En una carta asiria del siglo VIII a. C. se describe: “la inflamación que pone enfermo el cuello y que retuerce las articulaciones de sus brazos y sus piernas procede sobre todo de los dientes; aquí se encuentra el origen de todos los dolores”. [109]

En América, esculturas en piedra y cerámica de culturas como la Tumaco, incluyendo los Quillacingas y los Pastos permiten identificar la utilización de la hoja de coca en períodos fechados a partir del 600 d. C. [110] Es aquí importante recordar que la expansión del Tihuantisuyu, el "Imperio Inca", probablemente llegó con su influencia a la zona sur de nuestro país en la época de mayor expansión hacia el siglo XV con Huayna Capac.[111] (800 años después).

El origen del uso de sustancias como la coca, el yagé, el curare, el yapo o el tabaco, son los que han marcado el origen de la historia precolombina [112], época en que los médicos incas mambeaban grandes cantidades de hojas de coca, con el fin de obtener altas concentraciones en la saliva que al escupir sobre la piel o

sobre la herida, producían anestesia logrando con ello ejecutar operaciones como las trepanaciones.[113] “La coca preserva el cuerpo de muchas enfermedades y los médicos incas la usan en polvos, para atajar y aplacar la hinchazón de las llagas; para fortalecer los huesos quebrados; para sacar el frío del cuerpo o para impedirle que no entre; para sanar las llagas podridas, llenas de gusanos”.[114]

Culturas indígenas americanas ya utilizan desde épocas aún no definidas métodos que guardan alguna similitud en su procedimiento como por ejemplo la aplicación del kambó, (una sustancia proveniente de la rana *Phyllomedusa bicolor*) en donde no se utilizan agujas sino palillos, se hacen puntos en la dermis con una brasa pequeña para introducir el remedio, provocando alucinaciones además de atribuírsele múltiples propiedades, motivo de interés científico.[115,116]

En 1657, Sir Christopher Wren usando una pluma y una vejiga inyecta en una vena, por primera vez un preparado de opio en humanos.[117]

En Inglaterra, en el año 1800, John Hunter afirmaba que las neuralgias desaparecían después de las extracciones dentales.[109]

En 1824, Magendie produce intencionalmente una lesión en la porción intracraneal del nervio trigémino en conejos, observando posteriormente el desarrollo de una enfermedad del ojo bajo la forma de queratitis. Estos experimentos fueron repetidos por los investigadores Samuel, Meissner, Schiff y Kirchner; algunos consideraban que las alteraciones inflamatorias eran una consecuencia directa del trauma nervioso, viendo en él la manifestación de una “función trófica” especial del sistema nervioso.[118]

E. O. Mujin, (1766-1850) miraba la patogénesis de muchas enfermedades reconociendo el rol determinante del sistema nervioso en la actividad del organismo.[119]

V. Diadkovsky, (1784-1841) subrayó que en la base de todo lo existente se encuentra un comienzo material conocible y, que el conocimiento y el pensamiento están unidos a funciones del sistema nervioso. El proceso patológico que se desarrolla por influencias externas, depende del estado del sistema nervioso. Estableció los fundamentos del nervismo materialista y de la dirección funcional.[119]

S.P. Botkin, (1832-1889) [120] asignaba el papel rector en el desarrollo de las enfermedades a los cambios operados en el sistema nervioso. Desarrolló la orientación funcional en la medicina y se acercó a la elaboración de la teoría del nervismo.[119]

En 1845 Rynd crea la aguja hueca para la inyección de morfina en segmentos neurales, en el tratamiento de neuralgias. [121]

En 1850 Butzer escribe: “las afecciones dentales pueden provocar epilepsia, neuralgias, problemas auditivos y visuales”. [109]

En la década de 1850, Sir Weir Mitchell reportó el comportamiento clínico de algunas heridas de bala y otras lesiones de los nervios periféricos al que denominó causalgia.[112-125]

En 1853 Charles Pravaz diseña la primera jeringa funcional para inyecciones perineurales.[121]

En 1860 Niemann aísla el alcaloide cocaína de la hoja de coca.[126]

En el mismo año Samuel publica su obra “El Tropicismo Nervioso” alusivo a la función trófica de este sistema.[127]

En 1863, Sechenov, el padre de la fisiología rusa, defiende el carácter reflejo de la actividad cerebral. Influye sobre personajes como Pavlov, Freud, Richet, Sherrington, Ribot y Tolstoi.[128]

En 1883, Pavlov entroniza la enseñanza del nervismo fundado por Sechenov y Botkin. Ella predica que al sistema nervioso le corresponde el papel de director en todos los procesos fisiológicos, y que sólo este sistema une las muchas partes del organismo, integrándolo en un tono capaz de vivir y que es además el que establece la unidad y el contacto con el mundo externo. A él también se le debe entre otros, el término de medicina integral.[129, 130]

En 1884, V. I. Razumovsky plantea una disertación sobre los procesos tróficos de los huesos después de la sección de los nervios. [103]

En la misma fecha, Koller describe el efecto anestésico de la cocaína sobre el ojo.[131]

En 1885, Pavlov realiza investigaciones acerca de la regulación nerviosa de los latidos cardíacos. Recalca: “si el estímulo que llega a las células de los grandes hemisferios coincide con otra fuerte excitación de las mismas, se convertirá, entonces, en una excitación positiva crónica. En el caso contrario, se transformará tarde o temprano en negativa o inhibitoria”[132]

Cornig utiliza la anestesia espinal en perros. 1885.[133]

En 1886, Frank Ring encuentra en la cocaína un efecto paralizador ganglionar en forma temporal. [134]

De igual manera, en 1886, el homeópata Weihe encuentra sin el menor conocimiento de la acupuntura, que en diversas enfermedades aparecen siempre puntos dolorosos en la piel. Encuentra un total de 195 puntos y a cada uno de

ellos le adjudica el remedio homeopático que le corresponde. 135 de estos puntos están ubicados sobre los meridianos de la acupuntura china, nada menos que 105 se cubren exactamente en posición y sintomatología con los puntos de acupuntura de la más vieja tradición.[135]

En 1.892, Schleich presenta un trabajo con soluciones de cocaína al 0.1% y al 0.2% utilizando infiltraciones para lumbalgias, artritis y neuralgias intercostales. Aunque en un principio nadie le da crédito, 10 años después Mikulicz reconoce este trabajo.[58]

En 1893, Sigmund Freud descubre los efectos tópicos de la cocaína. A él también se le atribuye el primer caso conocido de farmacodependencia iatrogénica ocasionada a un paciente con esta sustancia.[133]

Desde 1893 Head realiza publicaciones relacionadas con las diferentes sensaciones producidas a través de la piel, en 1898 presenta un trabajo denominado "Molestias en la piel relacionadas con enfermedades viscerales", que posteriormente lleva al concepto de los reflejos viscerocutáneos.[136,368]

Einhorn en 1898 sintetiza la nirvaquina, el primer anestésico local, pero se suspendió rápidamente debido a la irritación que provocaba en los tejidos, después de 7 años logra sintetizar la procaína.[121]

En 1899, Ramón y Cajal escribe: "El prejuicio de que las fibrillas neuróglícas son a las células nerviosas lo que los haces colágenos del tejido conectivo a los corpúsculos musculares o glandulares, es decir, una trama pasiva de mero relleno y sostén (y cuando más, una ganga destinada a embeberse en jugos nutritivos), constituye sin duda el principal obstáculo que el observador necesita remover para formarse un concepto racional de la actividad de los corpúsculos neuróglícos".[137]

Alrededor de 1901, Sudeck describió la atrofia ósea aguda con descalcificación en parches[138,139] pero la vinculación de estos fenómenos al sistema simpático se le atribuye a Leriche en 1917.[140]

En 1901 Wedensky crea el concepto de Parabiosis, considerando que cualquier agente que actuara en el nervio como un estímulo creaba en su prolongación una acción ininterrumpida en un foco local de excitación estable y no fluctuante confinada a la zona de emergencia, es decir, una excitación profundizada, la cual ya no es capaz de propagarse. Cuando este estado está completamente desarrollado, el tejido parece haber perdido sus propiedades funcionales: excitabilidad y conductibilidad, convirtiéndose en refractario para nuevas estimulaciones.[140, 141]

Entre 1901 y 1906 Spiess demuestra la influencia de la anestesia sobre el curso de ciertos procesos patológicos locales como son la inflamación aguda, inflamación crónica y las neoplasias. (Las heridas sanan más rápido y con menores complicaciones). Sin embargo, en esta época prevalecía la escuela de Virchow que desconocía el papel del sistema nervioso en estos procesos. [142,143]

En 1903 Cathelin habla de la anestesia epidural lograda con soluciones de cocaína.[144]

A comienzos del siglo XX Langley-Sherrington realizan el descubrimiento de los centros vegetativos en la médula y el cerebro. El sistema nervioso simpático se encontró incluido en el sistema nervioso central al que se fusionaba morfológica y funcionalmente. [145]

En 1906 Alexander V. Vishnevski encuentra que la aplicación local de novocaína reduce los procesos inflamatorios. [146]

En 1909 Sellheim y Lawen introducen la anestesia paravertebral.[147]

En este año Cornelius describe el masaje en los puntos nerviosos.[148]

En 1910 Braun recomienda la inyección de novocaína en los puntos de salida de los nervios para neuralgias de trigémino.[58, 145]

Igualmente en 1910, W. Hunter criticaba a la mala odontología que se practicaba, y la culpaba de la sepsis oral, describía a la odontología conservadora de la época como conservadora de focos de infección.[109]

En 1912 Harris y luego Haertel utiliza este tipo de inyecciones en el ganglio de Gasser y en el ciático. [149]

En 1913 Leriche extirpa por primera vez el ganglio estrellado en un caso de fenómeno de Raynaud.[102]

En 1914 Von Monakov y otros, demuestran que cuando hay un evento traumático agudo sobre el sistema nervioso ocurre un fenómeno llamado “Diasquisis”, que se caracteriza por el bloqueo de ciertas funciones nerviosas en estructuras distantes a la lesión y por cambios en el patrón de conectividad.[150-153]

En 1917 Mackenzie informa sobre la presencia de hipertono e hiperalgesia en el tejido celular subcutáneo y en la musculatura cuando hay enfermedades viscerales. [154-155]

En 1920 Barth emplea el término de espina irritativa relacionándolo con abscesos pulmonares causados por focos sépticos en la boca.[109]

También en 1920 Leriche trata por primera vez con éxito una jaqueca con el uso de procaína en la arteria temporal. [156]

En 1921 Billings describía el diente despulpado como un foco de infección, y lo señalaba como responsable de enfermedades sistémicas.[109]

En 1922 Rosenow afirma: “las bacterias de los focos de infección provocada, llegan a la corriente circulatoria a través de una bacteriemia, se fijan en un órgano de elección y de menor resistencia para producir una alteración patológica”. [109]

En 1924. Ricker escribe: "La Patología como ciencia natural". Explica la Patología de relación.[135, 157]

Von Hering profetizó en 1925 “El sabio uso del sistema vegetativo se constituirá algún día en parte primordial del arte médico”.

En 1925 los hermanos Ferdinand y Walter Huneke, sin conocimiento de los trabajos de Shleich, Spiess y Leriche utilizan la procaína en forma intravenosa, paravenosa, subcutánea e intramuscular redescubriendo el efecto curativo de los anestésicos locales.

En este mismo año Leriche inyecta novocaína en el ganglio estrellado, encontrando que este método es superior frente a la cirugía, llamándolo: “el cuchillo incruento del cirujano”.

En 1927, por un lado Ponomarev y Cheshkov, y por otro. A. Gorshkov y A. A. Babkova dos años después, realizan diversos estudios con la práctica del bombeo a manera de irritación sobre el sistema nervioso, observando que se modificaban no sólo los signos clínicos sino también el pronóstico de los animales con enfermedades específicas de manera significativa.[103] “Es digno de mención el experimento de E. N. Vorotyntseva en conejos, en el cual se demostró que después de la inyección endovenosa o el bloqueo periférico con Procaína marcada con Carbono 14, después de 4 horas ésta se descubre en todos los tejidos del organismo. A las 48 horas se observó su presencia en la médula

espinal. Pero donde más tiempo se mantuvo fue en la corteza cerebral de los animales, en la cual se descubre después de las 72 horas”. [158]

En 1928, Ferdinand Huneke escribe: “Desconocidos efectos a distancia de la Terapia Neural”. Encuentran que colocada la procaína en otros sitios, tiene efectos reflejos desconocidos, llamándole “anestesia curativa”, luego terapia segmental. [159]

La casa Bayer de Leverkusen registró en 1928 el complejo activo de procaína al 2% con cafeína al 1.42% en solución estéril bajo el nombre de impletol. [160]

En 1928 Leriche y Fontaine descubren una mejor y más rápida curación de fracturas tras la inyección de procaína en el espacio dejado por la misma fractura. [161]

En la década de 1930, Antonio Pires [162] utiliza la novocaína al 3% para tratar caballos enfermos de cojera observando mejorías e incluso curaciones totales. [163]

Por su parte, en medicina veterinaria M. B. Plajotin describe que el efecto terapéutico del bloqueo de novocaína con respecto al foco patológico está condicionado no por la desconexión de los receptores, los nervios y otras vías de conducción, sino que se determina por la mejoría de sus propiedades funcionales después del bloqueo. [164]

En 1931 Leriche observa que estados extensos de dolor desaparecen “en segundos” después de la infiltración procaínica de cicatrices de operaciones.[161]

En 1935 Vishnevski describe el método de inyecciones de la cadena simpática en el polo superior renal.

En 1936 Speranski plantea "las Bases Fundamentales para una Nueva Teoría de la Medicina" Dos años después Von Roques lo traduce al alemán. [165]

Desde 1937 el Dr. Ernest Adler empieza a publicar artículos de interés en Odontología y poco a poco se interesa por la relación de los dientes con enfermedades sistémicas. En 1973 publica el libro "Enfermedades por interferencias en la región del trigémino".[166]

En 1938 Hansen y Von Staa escriben: "Signos reflejos y álgicos de órganos internos".[167]

En el año de 1.940 Ferdinand Huneke refiere el primer fenómeno en segundos. (15 años después de descubrir los efectos curativos de la anestesia). Un camino para desconectar los campos de interferencia y para curar con ello enfermedades hasta ahora incurables. Kurt Rudiger Von Roques la bautizó como: "Terapia Neural según Huneke". [168-172]

En Argentina, entre los años 1940 y 1960 Albanese y Finochietto, siempre insistieron que el bloqueo anestésico que se aplica sobre el sistema nervioso simpático, no debería considerarse como una simple y breve anestesia local; sino que se producen verdaderos efectos curativos, o bien paliativos, aún en aquellos enfermos que no han obtenido mejoría con otros métodos terapéuticos.[173]

Según Schwartzman, Livingston en 1943 propuso la teoría de la reverberación de circuitos en los cordones espinales con un mecanismo específico. El estímulo nocivo provoca una descarga simpática segmentaria y suprasedgmentaria produciendo vasoconstricción, isquemia y una nueva activación nociceptora.[174]

En 1942 Veil y Sturm identifican al diencefalo como el sitio de importancia central para todos los procesos patológicos.[175]

En 1943 Kohlrausch describe el masaje de zonas musculares hipertónicas.[176]

En 1944 Ognosew inyecta por primera vez procaína en la arteria carótida interna.

En este año Bykow describe: "Corteza cerebral y órganos internos".[177,178]

En 1946 (1953) Stohr descubrió el retículo terminal como la formación final del vegetativo. [179]

En 1948 Scheidt se refiere al campo interferido neuralmente como el campo que recibe interferencia o la emite. También el término "centro de irritación" de Gross, tiene ese doble sentido pues puede significar tanto que está irritado como que es irritante, por lo que Walter Huneke recomendó usar el término "Campo Interferente", descrito como aquel terreno tisular que interfiere, es decir, que está produciendo una molestia o enfermedad a distancia o que la puede producir. [58]

Ujtomsky denominó a los centros participantes en la realización de los reflejos dominantes como "focos dominantes de excitación", refiriéndose a que una reacción débil en los reflejos pavlovianos puede constituirse en un estímulo que es capaz de poner en subordinación a los demás. [180]

En 1948 Lofgren sintetizó la lidocaína.[133]

En el mismo año Vishnevski describe el bloqueo con novocaína como "método para actuar sobre el trofismo de los tejidos".

En 1949 Fleckenstein y Hardt describen el mecanismo de acción de la anestesia local. [181,182]

Igualmente Nonnenbruch refiere: "Las enfermedades renales bilaterales. Una observación de la patología neural". Por su parte Pendl describe la inyección presacral.

En 1950 Kibler acuña el término de "Terapia segmental". [183]

En 1951, los trabajos de Selye sobre el estrés demuestran que el cuerpo reacciona siempre igual a una gran cantidad de impulsos variados, daños, deterioros y operaciones también de naturaleza anímica, responde de un modo no específico, reacciona con una adaptación (reacción de alarma, estado de resistencia oponente, estado de agotamiento).[184,185]

En 1951 Dicke y Leube describen el masaje de zonas reflejas en el tejido conjuntivo.[186]

En 1953 Vogler y Kraus se identifican con el tratamiento del periostio.[187]

En 1955 Glaser y Dalichow caracterizan el masaje segmental.[188]

En 1958, Adler en Alemania, establece el concepto de Odontología Neurofocal, queriendo introducir dentro del término el Suceso Neural y el Suceso Focal. Este tipo de manejo se ha considerado como descendiente de la Terapia Neural.[189]

J. J. Bonica escribió en 1958: "La medida clínica más adecuada para el tratamiento de enfermedades sea quizás la aplicación de bloqueo de los nervios como terapia específica". [190]

En 1963 Peter Dosh, médico alemán y principal alumno de los Huneke, continúa la difusión y el desarrollo de la Terapia Neural. Escribió el "Libro de Enseñanza de la Terapia Neural según Huneke (terapia procaínica)". Muere en el año 2005. [58]

En una carta de Vishnevski a Peter Dosch en 1965 afirma: “las investigaciones hechas en nuestro instituto especial con este motivo se llevaron a cabo en fibras nerviosas aisladas y demostraron que la novocaína produce la permeabilidad tónica de las membranas es decir: que es estabilizante o estabilizadora y que su efecto no afloja las fibras”. [58]

En 1965 Pischinger manifiesta la evidencia objetiva del fenómeno en segundos, con ayuda de exámenes hematológicos comparativos y de la yodometría. Plantea la Teoría del “*Milieu*” la cual se basa en la comprobación de que en la periferia nervioso-vegetativa no se encuentran sinapsis clásicas hacia las células del parénquima orgánico, sino que todo el sistema vegetativo juega el papel de “sinapsis ubicuitaria”. [191]

En la década de los 70, Germán Duque Mejía, después de haber conocido a Peter Dosch en Alemania (cuando buscaba un tratamiento para un paciente con una enfermedad hasta ese entonces imposible de mejorar) a la cabeza del equipo de Los Robles en Popayán introduce la Terapia Neural en el mundo hispano hablante para lo cual realiza numerosas traducciones del alemán al castellano.[192]

En 1975 Ader y Cohen en el paradigma del reflejo condicionado de Pavlov mostraron la modificación de algunos parámetros inmunológicos.[193]

En este año Besedovsky demostró que la inyección en ratones de un antígeno que conduce a una respuesta inmune sin interferencia de efectos causados directamente por microorganismos, inducía un aumento de hormonas asociadas al estrés.[194]

En 1976 Sunderland propone la teoría de la turbulencia: “La enfermedad sería la expresión de focos de actividad neuronal anormal situados en el asta posterior de la médula que se producen por una reacción neuronal retrógrada.[195]

En 1983 Devor propone la hipótesis de que cualquier forma de traumatismo o inflamación ocasiona una desmielinización local en las células de Schwann o en sus propios axones. Este segmento con un excesivo número de canales de calcio, sodio y receptores alfa-adrenérgicos, capacitan la aparición de marcapasos ectópicos que producen espontáneamente descargas de despolarización. La circulación de catecolaminas y su liberación desde fibras simpáticas eferentes activa el brote de marcapasos ectópicos y aumenta la descarga .[196]

En 1984 Luria expresa “Naturalmente, todos los procesos mentales tales como percepción y memorización, gnosis y praxis, lenguaje y pensamiento, escritura, lectura y aritmética, no pueden ser considerados como «facultades» aisladas ni tampoco indivisibles, que se pueden suponer «función» directa de limitados grupos de células o estar «localizadas» en áreas particulares del cerebro”. [197]

En 1987, según Renier, las manifestaciones clínicas pseudo-inflamatorias del Síndrome Doloroso Regional Complejo, las exploraciones complementarias y los estudios histológicos, testimonian la existencia de trastornos de la microcirculación y atribuye la responsabilidad de esta alteración a una perturbación de la inervación vegetativa del miembro lesionado.[198] que tiene semejanzas con las descripciones realizadas desde Patología de Ricker y la Terapia Neural.

Michael Stanton: 1990: Aunque la irritación (injuria) sea periférica, experimentos recientes indican que el problema se transfiere a la medula.[199]

Varios estudios recientes, (2001-2007) demuestran que células antes consideradas de relleno como los astrocitos, además de modular la excitabilidad eléctrica, son capaces de regular la transmisión sináptica. Esta modulación glial de la actividad sináptica no se limita al sistema nervioso central, sino que se presenta también en el sistema nervioso periférico, donde se ha comprobado la existencia de modulación sináptica por las células perisinápticas de Schwann. [200, 201]

Diversas investigaciones de Del Rey en 1996[202], Blalock en 2002,[203] Sternberg en 2006,[204] Cutolo en 2007), [205] demuestran la inervación de los tejidos linfáticos, describiendo numerosos receptores para neurotransmisores en células inmunes y, en sentido inverso, prueban que las neuronas tienen receptores para citoquinas y quimioquinas y que las producen ante determinados estímulos, reafirmando así la bidireccionalidad en el proceso de la información y la participación de diversos y complejos factores en el mismo.

Actualmente la Terapia Neural se encuentra en una difusión ascendente, destacándose principalmente en Europa y América. Germán Duque relata cómo se puede ver el hecho de que todas las inyecciones de Terapia Neural han sido codificadas en el registro de honorarios médico profesionales. “Las cajas de seguridad social de Alemania, Holanda, Bélgica, Austria, Suiza e Inglaterra la pagan. Algunos seguros italianos la honorifican y en Rusia pertenece a la metodología avanzada de la armada”. [1]

Además afirma: “se ha reconocido el parentesco con la acupuntura china y se ha combinado con ella, aunque jamás debe confundirse, pues el descubrimiento del “campo interferente” y del fenómeno en segundos de Huneke” son no sólo sus principales aportes sino también sus pilares. Los libros de texto de acupuntura china en Japón desde 1963 para acá, le dedican un capítulo entero”. [1]

Desde entonces y hasta el momento la Terapia Neural viene siendo enseñada y aprendida por numerosos médicos y odontólogos, encontrando importantes representantes a nivel mundial como por ejemplo: Lorenz Fischer, Franz Hopfer, Hans Barop, Holger Huneke, Jurgen Huneke, Matias Dosch y Hans Peyer en Europa, Dietrich Klinghardt y Robert Kidd en Estados Unidos y Canadá respectivamente, en Colombia sobresalen el Dr. Julio C. Payán y la Dra. Yosette Osorio quien junto al Dr. Fernando Fajardo fundaron la Asociación Colombiana de Odontología Neurofocal y Medicina Biológica en 1998.

2.5.3 CONCEPTOS EPISTEMOLÓGICOS

La Terapia Neural al igual que otras ramas de la medicina alternativa interpreta el concepto de salud y enfermedad mas allá de las correlaciones biológicas, físicas o químicas en los individuos, llevando su concepción de integración, inter-trans-relación y auto-eco-organización a etapas más profundas que dan cabida a la visión de otras áreas como la Sociología, Antropología, Psicología, Psiquiatría, Ecología, etc., que permiten ampliar el panorama de la valoración de los diferentes procesos que suceden en los organismos y en las sociedades.

La Terapia Neural, siendo una disciplina relativamente nueva en comparación a otro tipo de terapéuticas ha centrado su enseñanza en la promulgación de sus fundamentos técnicos y procedimentales por lo cual es necesario hacer una revisión adecuada de conceptos que puedan estar en afinidad con la forma de actuar y de decidir frente a un paciente en particular.

Estos conceptos han sido desarrollados ampliamente en otros campos y aunque no son exhaustivos, permiten dar una solidez en la fundamentación de los conceptos propios de la Terapia Neural. Estos se encuentran divididos en secciones para una mejor comprensión, pero pueden estar planteados en cada una de ellas.

2.5.3.1 Conceptos filosóficos. En cada una de las áreas del conocimiento se encuentra reflejada la presencia de la Filosofía, prácticamente no existe un concepto en el que no se haya tenido en cuenta su participación. Esta visión se encuentra fundamentada primordialmente en la idea de considerar al ser humano como único e indivisible, en donde cada una de sus estructuras es fundamental para comprender su papel en el mundo.

El ser humano concebido como un ser integral posee las características propias de los sistemas de alta complejidad como son la autoorganización, acausalidad, fractalidad, emergencia, borrosidad, omnijetividad, conectividad y flujicidad.[206]

Esto es evidente en la posición central de la idea del llamado “*Undus Mundus*” en el pensamiento de Carl Jung, como un esquema unificado de los fenómenos materiales y espirituales.[207]

La naturaleza y el ser humano como parte de ella son sistemas complejos no lineales que no toleran injerencias definitivas y lineales. Los sistemas no lineales complejos precisan de impulsos adecuados para que el sistema se pueda autoorganizar. Esto lo toma en cuenta la medicina reguladora cuyas características son: la efectividad de impulsos dirigidos para estimular las fuerzas de autocuración, el principio de la autoorganización y el tomar en cuenta la singularidad, la individualidad y totalidad de las reacciones. [208]

Frente a la linealidad y el determinismo Popper decía: “una parte del mundo puede tener la propiedad del determinismo, sin que por ello todo el mundo ostente esa propiedad. Este dilema: determinismo- indeterminismo, nos sitúa en la siguiente alternativa: o el mundo (hombre incluido) es un inmenso autómatas, sin novedad ni creatividad, o es más bien en parte causal, en parte probabilística y en parte abierto”. [209]

En otro aparte afirma: “Habría que mostrar que el indeterminismo sólo, tampoco basta para fundar la libertad humana; que entre el reino del azar – indeterminismo puro- y el de la necesidad- determinismo puro se alza el reino de la libertad, que incluye el postulado de la finalidad y que aporta al universo abierto un *novum inédito*: el propósito, el designio inteligente, la decisión elegida, no forzada”. [210]

En cuanto a la autoorganización, el biólogo Rupert Sheldrake, junto con el concepto de Complejidad Organizacional de la Biología Organicista, propone la existencia de campos o estructuras de orden existentes en la naturaleza, a las que llamó campos morfogénicos, los cuales son sistemas autoorganizadores

espontáneos que dan origen a las formas, de acuerdo al concepto original de la escuela Vitalista. [211, 212]

El concepto de autoorganización es tan importante que incluso se utiliza para explicar los fenómenos de la naturaleza tal como lo formulaba el químico atmosférico James Lovelock quien recreaba un modelo de expresión de autoorganización mediante la idea de que el planeta Tierra como un todo, es un sistema autoorganizador vivo: el denominado sistema "Gaia".[213]

Los sistemas autoorganizadores permiten la adaptación a las circunstancias ambientales, por ejemplo reaccionan ante modificaciones del entorno gracias a una respuesta termodinámica que los torna extraordinariamente flexibles y robustos ante las perturbaciones externas. [214]

Estos sistemas no solamente resisten al ruido (conjunto de agresiones aleatorias del entorno), sino que llegan a utilizarlo hasta el punto de transformarlo en un factor de organización, [215] de ahí que nazca el concepto de propiedad emergente acuñado por Broad para referirse a aquellas propiedades que surgen a un cierto nivel de complejidad, pero que no se dan en niveles inferiores [216]

Al analizar un suceso se debe comprender que éste es el resultado de múltiples interacciones, que en conjunto conforman una propiedad emergente, como lo describe Bunge: "La propiedad de un sistema es emergente si la posee el sistema como un todo pero no la poseen ninguna de sus partes", puesto que éstas se van formando y cambiando conforme se adhieren nuevos sistemas, éstos "lejos de constituir un mero conjunto o colección amorfo, están unidos entre sí". [369]

Se vienen dando cambios profundos desde la perspectiva mecanicista de Descartes, Newton, Galileo, Copérnico, hacia una visión ecológica y holística que habla de interdependencia entre todos los fenómenos.[216]

Al respecto del punto de vista mecanicista, Sheldrake afirma: "Es ciertamente indiscutible que los organismos vivos están formados por elementos químicos, y

que contienen muchos tipos de proteínas, DNA, etc., incluso en muchos aspectos funcionan de acuerdo con principios físicos (eléctricos, etc.). Pero todo esto no prueba que se reduzcan a sistemas fisicoquímicos perfectamente explicables en términos de física y química... lo erróneo de la visión mecanicista es que es una visión limitada: como muchos errores, está fundada en una media verdad". [217]

Norbert Wiener crea el nombre de Cibernética en que la concepción heurística permitía conducir a conceptos de retroalimentación como el mecanismo esencial de la homeostasis, autorregulación y autoorganización. Bateson influenciado por este concepto, trata de establecer un enfoque sistémico para un amplio espectro de fenómenos, principalmente en el de la mente, considerándose en el primer intento por superar las divisiones cartesianas entre cuerpo y mente.[213]

En la Teoría del Caos que se remonta a Poincaré, se afirma que si un sistema está constituido por pocas partes que interactúan fuertemente, se puede mostrar un comportamiento impredecible. Su objeto es el de estudiar el comportamiento irregular de ecuaciones deterministas simples, mediante instrumentos más sofisticados que están en relación más estrecha con la vida real.[218]

En sistemas complejos que tienen capacidad de autorregulación es mejor no incidir linealmente. Por la termodinámica de sistemas energéticos abiertos, en ciertas circunstancias, unos meses más tarde el mismo remedio puede no responder al mismo individuo con los mismos síntomas, ya que por autoorganización el estado de orden puede haber cambiado. Una intervención neuralterapéutica puede dar una reacción que no es predecible. Desde rápida mejoría hasta empeoramiento inicial todo es factible. Se da un impulso inespecífico al sistema dando la libertad de auto organizarse nuevamente.[208]

“Ante la necesidad de reorientar el conocimiento, la Teoría General de Sistemas Abiertos y de modelos matemáticos expuesta por Ludwig Von Bertalanffy, quien recurre a teorías como la de Kuhn desde la física subatómica hasta la historia, propone como sustento:

1. La reivindicación del concepto de causa final, y con ello la readmisión de la noción de la Teleología.
2. La imposibilidad de sostener un proceso material o teórico de descomposición en partes simples, sobre todo en las ciencias biosociales.
3. La nueva perspectiva pretende considerar la posibilidad de una Teleología y abandonar el principio de descomponibilidad.” [219]

En este marco, se han propuesto varias maneras de enfocar los problemas:

Teoría Clásica de Sistemas, Simulación, Teoría de Compartimentos, Teoría de Conjuntos, Teoría de Gráficas, Teoría de Redes, Cibernética, Teoría de la Información, Teoría de Automatas, Teoría de Juegos, Teoría de Decisiones, Teoría de Colas, entre otras. [219]

Según Thorpe, los organismos vivos son sistemas que absorben y almacenan información y que poseen órganos especiales para detectarla, clasificarla y organizarla. La naturaleza podría definirse como el almacenamiento y la transmisión de la información dentro de un sistema. Insiste en que el descubrimiento biológico más importante de años recientes es que los procesos vitales están dirigidos por programas y que la vida es el algoritmo de una actividad que se programa a sí mismo. Los seres vivos no crean información sino que son resultados de ella misma. [213]

El cuerpo le es esencial al ser humano. “el cuerpo es lo que se exterioriza de la persona, mientras que el espíritu es lo que da forma, lo formal”. [220]

Virchow planteó dos grandes temas: 1) el origen de las enfermedades es multifactorial. Dentro de los factores causales más importantes se encuentran las condiciones materiales de la vida cotidiana de las personas, y 2) un sistema de salud realmente eficaz no puede limitarse al tratamiento de los disturbios fisiopatológicos de los pacientes. Para que un sistema de salud sea realmente exitoso, sus conquistas deben coincidir con fundamentales cambios económicos,

políticos y sociales (...) la medicina es una ciencia social y la política no es más que una medicina a gran escala.[221]

“Desde el punto de vista alternativo, la enfermedad no es un estado que se pueda separar del proceso vital total del individuo, así que para hablar de la enfermedad tenemos que entender que existen muchos componentes psíquicos y culturales, entre ellos los mitos y las creencias”. [206]

La individualización estricta del paciente, es premisa derivada de la propia circunstancia energética del hombre; son tantos los factores que pueden modificar los potenciales energéticos que resulta imposible una misma respuesta o alteración. Los olores, los sabores, las dietas, los colores, los factores psicoafectivos, las circunstancias geográficas, cosmológicas, ambientales, etc., son parámetros incidentes sobre el equilibrio psicosomático humano.[222]

“En lo alternativo no hay diagnósticos de enfermedades sino procesos vitales con los cuales médico y enfermo interactúan, y el médico no puede ejercer un poder vertical y uniformante sobre el paciente, sino que tendrá que estimular procesos de autocuración y de autoordenamiento” (...) “Hablando del modelo médico, se requieren cambios en lo político, lo social y lo cultural para que esta visión tenga acogida. Por eso es riesgoso comparar sistemas médicos de diferentes culturas, pues todo sistema médico es producto de una historia y solo puede existir en cierto contexto ambiental, y cultural”. [206] Es decir, se necesita hacer un cambio general, comenzando desde el médico, quien debe pasar por el proceso de transformación de su mera inclinación asistencial, hasta convertirse en uno con inclinaciones además académicas y sociales. [221]

Borrero,[223] recuerda las características de la filosofía pragmática de la medicina:

1. Realista, basada en la experiencia inmediata.

2. En ella, los hechos del diario vivir adquieren valores que se deben analizar con técnicas acerca del fenómeno salud-enfermedad, mediante una reflexión crítica conducente a una reflexión práctica: la aplicación de la ontología de la práctica a los problemas éticos y políticos de la medicina.
3. Debe ser una disciplina integral. Se cuestiona: “¿puede esto lograrse cuando el acto médico requiere con frecuencia el concurso de diferentes especialistas y disciplinas auxiliares?”
4. La finalidad de la medicina es la restauración del bienestar y cada una de sus ramas tiene acá un lugar en el proceso de integración clínica, el cual establece a la medicina como una disciplina unitaria cuyo motivo es la compasión humana, su propósito, un estado de bienestar satisfactorio y su estructura, la de la integración.
5. Condicionantes del acto médico:
 - Responsabilidad: tanto el médico como el paciente participan activamente y se enseñan, recayendo la mayor responsabilidad en el primero, pero la mutua integración implica un compromiso humano y moral más profundo.
 - Confianza: necesaria para el intento curativo que debe ser objetivo para el paciente, y que lo haga socialmente útil.
 - Orientado a decisiones que han de ser diagnósticas y terapéuticas, desempeñando un papel central el juicio clínico, el cual según Medawar es una “preconcepción imaginativa de lo que la verdad pudiera ser”, para llegar a una decisión terapéutica cuya finalidad es el bienestar del enfermo.

2.5.3.2 Conceptos sociales y antropológicos. Es interesante reconocer el cambio de pensamiento motivado por las influencias propias del contexto histórico. Dichas influencias provienen de los cambios sociales, políticos, económicos y hasta emocionales que han caracterizado cada proceso. Para poder entender el “cambio histórico y al mismo tiempo el cambio cultural, se tiene que entender el cambio emocional, el cambio de los deseos”. [224]

Los periodos históricos poseen diferentes sensibilidades, que se pueden compartir en cierta medida por los que viven en una época específica. La forma de percibir ese momento depende de los intereses, creencias, valores, patrones de vida y las condiciones sociales y culturales específicas que se encuentran en el entorno. [225]

Aristóteles ya planteaba con claridad la dimensión social del hombre, el cual acude a otros seres humanos para alcanzar su plenitud debido a su propia naturaleza humana, o incluso para encontrar el sustento que le permita sobrevivir y satisfacer las necesidades materiales y espirituales del grupo familiar, base de la sociedad. [226-228]

El concepto de salud-enfermedad no ha sido ajeno a esta influencia, estando íntimamente ligado al momento socio-histórico y a las formas de percepción de realidad que predominen en dicho instante. [229]

Comte, por ejemplo, cuando propone las bases del método sociológico estableció que la ciencia debería renunciar a penetrar en la esencia de las cosas, limitándose a descubrir el aspecto externo de los fenómenos y reducirlos al menor número posible de vínculos exteriores en atención a su semejanza y sucesión, concepto que abiertamente es contrario a la búsqueda de multicausalidades. [230]

Desde 1948, cuando Guerin introduce el término de medicina social se trata de abordar este concepto desde otros puntos de vista, siendo MacMahon quien reemplazara el molde unicastalista por uno de multicausalidad considerando toda

la genealogía más propiamente como una red que en su complejidad y origen van más allá de la comprensión. [231,232]

Los nuevos conceptos sobre la medicina social involucran la participación de diferentes áreas del conocimiento, las Ciencias Sociales, la Psiquiatría, la Psicología, pero entendiéndose que en ninguna de ellas debe recaer el peso de la responsabilidad total de la emisión de estos conceptos. Al igual que “el fin del estado es el bien común, éste no debe ser entendido como el bien de la mayoría sino el conjunto de condiciones aptas para favorecer en los ciudadanos el desarrollo integral de su persona”, y esto se logra a través de la interrelación de disciplinas. [233,234]

Grotjahn describe que la importancia social y significativa de una enfermedad no solamente debe darse por su frecuencia sino que también se necesita conocer la forma particular en que se presenta, siendo necesario determinar la forma socio patológica típica.

Puesto que la etiología de la enfermedad es biológica y social, se debe entender que no solamente el origen y el curso de las enfermedades están determinados por factores sociales, sino que las enfermedades a su vez pueden influir en las condiciones sociales. [235]

Este tipo de medicina social debe ser interpretado según Sand como “el arte preventivo y curativo que considera tanto sus fundamentos científicos como sus aplicaciones individuales y colectivas, desde el punto de vista de las relaciones reciprocas que enlazan la salud del hombre con su medio ambiente”.

Para ello divide la medicina social en antropología, patología, etiología e higiene social en donde se tienen en cuenta las desigualdades físicas y mentales, las desigualdades sociales y las diferentes presentaciones de las enfermedades, además de buscar las causas de estas diferencias en la herencia y el medio ambiente. [236]

A pesar de reconocer la interacción entre la medicina y las ciencias sociales, el proceso de reinterpretar el concepto de salud enfermedad ha sido lento, debido posiblemente a la parcialización de los estudios cuantitativos en donde se tienen en cuenta sólo algunas variables que hacen recordar al modelo idealista de Comte.

Quevedo considera necesario suprimir los obstáculos positivistas del actual paradigma gnoseológico para así poder concretar una nueva teoría social de la salud, en donde se rediseñe su capacidad operativa para identificar, evaluar y manejar los problemas relacionados con la enfermedad y la salud de las comunidades. [237]

Se debe entender que tanto el médico como el paciente provienen de contextos que convierten la entrevista en un escenario subjetivo. Dado que los dos seres son dinámicos e indivisibles, todos los datos recogidos pueden generar múltiples posibilidades de lecturas e interpretaciones por lo cual es necesario acudir a análisis que sean alternativos a los del método científico tradicional, porque sería erróneo y hasta imposible, hacer esa realidad objeto de la investigación e incluirlo en el hacer médico de fundamentos científicos como un factor científico reconocido. [238, 239]

La hermenéutica médica debe incluir la precomprensión de los diferentes elementos que interactúan en un organismo para llegar a la integración y culminación del juicio clínico. Así, los prejuicios del médico, sus presaberes y experiencia influyen notablemente en el proceso final que le lleva a interpretar el lenguaje completo del paciente para tomar luego determinaciones específicas. [239]

2.5.3.3 Conceptos biológicos, ecológicos y tecnológicos. Cuando Sand habló de la higiene social sugiriendo la búsqueda de la causa de las enfermedades en el ambiente y en la herencia, tal vez no pudo prever el movimiento determinista que según Morín ha recreado un imaginario del orden, un imperio de los genes, en donde todo se reduce a la explicación genética. [240]

Frente a esto Commoner afirma que esta información no proviene únicamente del ADN sino que tiene lugar mediante una colaboración ineludible con enzimas y proteínas, contradiciendo el precepto del dogma que afirma que la herencia esta únicamente mediada por la autorreplicación de la doble hélice del ADN. "La vida crea al ADN y no al revés". [241,242]

Por su parte Lewontin enuncia la antítesis de la creencia de que el ADN es la molécula maestra autorreproductora que crea al ser vivo, considerando en primer lugar que "el ADN no es autorreproductor, en segundo lugar no hace nada, y en tercer lugar los organismos no están determinados por él".

"Un organismo en cualquier momento de su vida es la secuencia única de una historia de desarrollo que procede de la interacción de fuerzas internas y externas que además la determinan. Las fuerzas externas, eso que normalmente imaginamos como ambiente, son en parte consecuencia de las actividades del organismo mismo, en cuanto que esta produce y consume las condiciones de su propia existencia. Los organismos no encuentran el mundo en el que se desarrollan. Lo hacen. Las fuerzas internas, por su parte, no son autónomas, sino que actúan en respuesta a las externas". [243]

En la introducción de la ecología como una disciplina integrativa en el campo de la salud y enfermedad se debe tener en cuenta al sistema completo que incluya no solo aspectos unicausales como el complejo orgánico, elementos bióticos, climáticos, geológicos y geográficos, sino que también involucre múltiples factores que conforman el ambiente y mas depurados que el sistema clásico de redes causales incluyendo aspectos culturales. [244-246]

De esta manera la salud de los ecosistemas puede ser entendida no como el resultado de sumar la salud de cada uno de sus componentes, sino la salud de las relaciones entre ellos y de cada uno de ellos con el todo. [247]

"El enfoque ecologista de la enfermedad, revalidará del paradigma antiguo la idea del papel del ambiente en la etiología de la enfermedad e impedirá una clara

diferenciación entre lo ambiental y lo social como realidades distintas y cuyo abordaje requiere métodos distintos”. [237]

Entonces nace el nuevo concepto de la Economía Ecológica que se dedica al estudio de las relaciones e interacciones entre los sistemas ecológicos y económicos, que desde un nuevo punto de vista integrador, cambia el antropocentrismo por el ecocentrismo y el biocentrismo, surgiendo la preocupación por el futuro de las generaciones de todas las especies. [248]

Los aportes más significativos respecto a la Economía Ecológica los introduce Georgescu Roegen quien incorpora un cambio de paradigma, reemplazando el determinismo laplaciano por la Física einsteniana. [249]

Este nuevo sistema no puede ser analizado a través de los esquemas reduccionistas tradicionales sino a través de las nuevas ideas de multicausalidad, coevolución y propiedades emergentes, situando en el mismo plano al hombre, la sociedad y la naturaleza. [250]

Al cambiar la idea de la unicasalidad por el de incertidumbre e irreversibilidad se requiere no sólo investigar las relaciones fisicoquímicas que de por sí son bastante complejas, sino también dar cabida a otras áreas olvidadas como la demografía, la economía, la política y la sociología ambiental en donde su opinión sea válida como interpretación de un mismo problema. [251]

La tecnología basada en la causalidad lineal ciega las dimensiones analógicas sistémicas porque su efectividad requiere de la estabilidad causal lineal de los entornos que la contiene. [252]

Jaspers escribe: “El médico que en base en el progreso técnico científico puede conseguir logros tan inauditos, no llega a ser médico integral sino cuando acoge esta experiencia en su filosofar. Se encuentra entonces en el campo de las realidades a las que da forma como entendido, sin dejarse engañar por estas realidades. Como el más fuerte realista sabe en el no saber”.

Por eso a pesar de los grandes resultados terapéuticos logrados por la tecnología se observa un aumento en la insatisfacción de médicos y enfermos que involucra reconocer crisis que necesitan soluciones integrales. [238]

2.5.3.4 Conceptos bioquímicos y farmacológicos. Los medicamentos utilizados en esta terapia han sido llamados habitualmente neuralterapéuticos, y comprenden principalmente los anestésicos locales, entre ellos la procaína y la lidocaína sin otro aditivo.

Históricamente se han utilizado otros elementos bajo este título, pero cabe resaltar que su valor al menos en Colombia no se encuentra por encima de los anteriores anestésicos locales, de todas maneras se establece la necesidad de reconocerlos aunque la mayoría de ellos no se produzca en el país.

Neuralterapéuticos procaínicos: además de procaína, se han añadido soluciones con cafeína, ácido feniletil barbitúrico, ácido nicotínico, atropina sulfúrica, vitamina B 12, sodio, potasio, antihistamínicos, miel de abejas, medicamentos homeopáticos, hialuronidasa, ácido pangámico (vitamina B 15), agua destilada, vitaminas, minerales, entre otros.

Neuralterapéuticos procaínicos de depósito: agregando soluciones de aceite y alcohol como el benzil alcohol al 2.5% en el Simprocaín forte. No se recomienda su uso por el peligro de embolia grasa y necrosis.

Neuralterapéuticos sin procaína: extracto de muérdago (Plenosol), Natrium Bicarbonicum.

Otros anestésicos locales: bupivacaína, mepivacaína y prilocaína.[102]

Respetando el origen del uso de los anestésicos locales en la Terapia Neural según Huneke, y siendo sus características farmacológicas las más acordes para

explicar los fundamentos de esta terapia a continuación se exponen los aspectos más importantes de su mecanismo de acción.

En este sentido y reconociendo que los anestésicos tienen varias propiedades además de la capacidad repolarizante y que se conocen algunos estudios acerca de la inhibición del crecimiento bacteriano, conservación de órganos y además un efecto estabilizador sobre la membrana celular [253, 254], también es interesante reconocer que como cualquier medicamento puede traer consecuencias sobre todo en casos de sobredosisificación o hipersensibilidad, teniendo precaución con pacientes que tengan trastornos de coagulación o que presenten condiciones especiales por las patologías de base.[255]

El Dr. Eduardo Beltrán Dussan (tutor de este trabajo de grado) ha realizado una apropiada revisión al respecto:

Estas observaciones (descritas en los antecedentes) llevaron a la utilización de los anestésicos locales en aplicaciones de microdosis en diversas áreas del sistema neurovegetativo (plexos, ganglios, o en sus proyecciones a través de las zonas de Head), y en puntos de acupuntura, con resultados sorprendentes en cuanto a modificaciones de diversos síntomas [253-258]

La acción terapéutica de los anestésicos locales se basa en su capacidad estabilizadora de membranas celulares lo cual se logra por su acción específica sobre los canales de sodio localizados en la membrana celular, fijándose en la parte interna de la compuerta inactivadora de dichos canales, haciendo que permanezcan cerrados por más tiempo y por lo tanto impidiendo la despolarización de la membrana o logrando el estado de repolarización. En estas circunstancias la célula retorna a la normalidad o sea a su estado de reposo [256-270]

La acción sobre los canales de sodio (de los que se reconocen 2 tipos: los tetrodotoxina-sensibles que se encuentran en todas las neuronas sensoriales primarias, y los canales tetrodotoxina-resistentes que se encuentran restringidos a neuronas con características de nociceptores), [271] se traduce en mecanismos de tipo bioquímico aumentando la tensión superficial de la capa lipídica cerrando así los canales a través de los cuales se mueven los iones, involucrando su combinación con un sitio receptor específico dentro del canal de sodio, el cual es dependiente de cambios de voltaje lo cual se logra por la actividad eléctrica de los anestésicos locales [265-267, 269, 270, 272-275]

El canal de sodio consta de complejos de proteínas glicosiladas, con un tamaño molecular de alrededor de 300 kDa. Tiene una subunidad alfa con 260 kDa, una Beta 1 con 36 kDa y una Beta 2 con 33 kDa.

La mayor es la unidad alfa y tiene 4 dominios homólogos (I a IV), cada uno de los cuales consta de 6 dominios transmembrana de configuración helicoidal tipo alfa. La permeabilidad selectiva para el sodio depende de una estructura simétrica formada por los 4 dominios homólogos. La apertura del canal dependiente de voltaje depende de sensores de voltaje en respuesta a cambios en el potencial transmembrana.

La hélices S-4 son hidrofóbicas y cargadas positivamente debido a su contenido de residuos de lisina o arginina (que tienen cargas positivas) en cada tercera posición. Se ha propuesto un movimiento perpendicular hacia la luz del canal por cambios en el potencial de membrana que permiten la apertura del canal para dar el paso del sodio.

La inyección de anestésicos locales equilibra el potencial de membrana del tejido afectado eliminándolo como zona de interferencia y permitiendo la restauración homeostática del circuito de campo. [275, 276]

Existe un sistema de modulación de la actividad del canal entre los dominios I y II, dado por dos sistemas: Uno de protein kinasa C y otro de fosforilación por protein kinasas dependientes de cAMP que regulan las cargas.

Entre los dominios III y IV existe un asa intracelular que contiene un segmento de aminoácidos Isoleucina-fenilalanina-metionina, en el punto h, que son hidrófobos (cargas negativas), encargados de cerrar el canal cuando ha pasado el estímulo.

La acción de los anestésicos locales se realiza en el segmento S-6 localizado en el dominio IV, en el segmento conformado por los aminoácidos fenilalanina tirosina isoleucina, al unirse con los aminoácidos fenilalanina y tirosina los cuales se convierten en el receptor del anestésico. Este fenómeno hace que el canal se cierre por la presencia de la molécula del anestésico local al ocluir el canal. [260, 275]

Varios de los anestésicos locales son ésteres (reacción ácido + Alcohol) cuyo metabolismo se hace mediante esterasas plasmáticas. Otros son amidas (reacción ácido con amoníaco) y su metabolismo es hepático.

También existen actividades estabilizadoras sobre canales de potasio, canales de calcio y canales de cloro y sobre la actividad mitocondrial y del retículo endoplásmico, pero estas acciones se presentan con concentraciones diferentes a las utilizadas en la acción sobre canales de sodio. [257, 269, 274, 275, 277-279]

De esta manera, los anestésicos locales influyen sobre el funcionamiento de diversos órganos, actuando localmente o a través de los sistemas de conducción de impulsos. [164, 261-264, 280, 281]

Estos mecanismos conductores están representados por el sistema nervioso, el sistema neurovegetativo, el sistema básico de Pischinger o espacio intersticial, y por los sistemas de comunicación intercelular dados fundamentalmente por las

uniones en hendidura o nexos intercelulares los cuales dan soporte histológico a los canales o meridianos de la acupuntura. [166, 282-291]

Analizado de ésta manera, el impulso de un anestésico local aplicado sobre uno de los sistemas de conducción puede lograr acciones a distancia y actividades de tipo sistémico como lo demuestra su eficacia en el manejo del dolor, [292-299] [270] su acción anticonvulsivante, [270, 300] su acción antibacteriana, [301, 302] antiinflamatoria[303] y sus acciones estabilizadoras sobre sistema endocrinológico, [268, 304] hematológico y cardiovascular [305] etc.

La seguridad de su utilización se encuentra respaldada por la ausencia casi total de efectos secundarios utilizando dosificaciones adecuadas. [307-310]

2.5.3.5 Conceptos físicos. Ferdinand Huneke ya suponía el posible papel de la mecánica cuántica en los procesos de la Terapia Neural además de relacionarla con principios metafísicos y filosóficos.[206]

En 1909, Einstein había demostrado que la luz tenía una naturaleza doble, que podía tener simultáneamente propiedades de onda y partícula, demostración con la que Louis de Broglie se valiera para especular en 1923 que hasta la propia materia podía tener esta dualidad, la que finalmente quedaría manifestada en la ecuación de las ondas de materia de Erwin Schrodinger.[311]

Por su parte, Werner Heissenmbeerg decía: “la ciencia, se recuerda, nunca puede facilitar una comprensión completa y definitiva de los fenómenos observados”, [213] estableciendo entonces el Principio de Incertidumbre, que afirma que no se puede determinar la velocidad y la posición de una partícula al mismo tiempo, enviando “por la borda” el concepto sagrado de los físicos más radicales como es el del determinismo, entre ellos Einstein, quien defraudado por estos conceptos afirma: “por mi parte, estoy por lo menos convencido de que Dios no juega a los dados”. [311,312]

Al nacer dichos conceptos, empieza toda una serie de experimentos, la mayoría mentales que tratan por una parte validar las posibilidades del indeterminismo, y por otra parte, la ofensiva por demostrar que tales posibilidades eran ajenas al dogma y sentir de la Física. Así pues, nacen los experimentos de la caja de radiación de Einstein, con la correspondiente réplica del mismo experimento añadiendo el famoso concepto y dilema del gato vivo o muerto y aún otro experimento bautizado como la paradoja Einstein-Podolsky-Rosen en donde en contraposición al Principio de Incertidumbre, se puede conocer la posición y el momento lineal de un electrón con la referencia de un tercer elemento, lo cual cambiaría todo porque ya se trata de una tercera implicando multicausalidad.

La resolución de Bohr al problema de la paradoja consistió en afirmar el concepto de la indivisibilidad de la materia, manteniendo la noción del indeterminismo en la teoría cuántica como una especie de anarquía irreductible en la naturaleza. [313]

Una de las consecuencias de estos experimentos involucró que Bohr, tuviera que conceder a Einstein la idea de que el universo cuántico no era local, es decir, que sucesos en una parte del universo pueden afectar instantáneamente a otra parte del universo. [311]

Este fenómeno de la no localidad se puede vislumbrar por ejemplo en el experimento de Alain Aspect [314, 315]

Einstein, valiéndose de los trabajos de Bose, lanza el concepto de condensado de Bose Einstein, el cual es considerado como el quinto estado de la materia, concepto predicho hacia 1920 y cuyos experimentos más demostrativos no se lograron sino 70 años después cuando la tecnología lo pudo permitir. Estos condensados, son súper fluidos gaseosos enfriados a temperaturas muy cercanas al cero absoluto. En este estado todos los átomos de los condensados alcanzan el mismo estado mecánico-quantum creando un único súper átomo y fluyendo sin

tener ninguna fricción entre sí. Pueden incluso atrapar luz, para después soltarla cuando el estado se rompe. [311, 316, 317]

Una herramienta espectacular es la modificación de las fuerzas interatómicas. Éstas dependen de la estructura interna de los átomos, que a su vez es sensible a un posible campo magnético. Por lo tanto, ajustando el campo magnético externo se puede escoger la intensidad y el signo de las fuerzas entre átomos.[317]

De igual manera para describir el comportamiento de los entes microfísicos mecanocuánticos de las partículas elementales. R. Feynman sugiere la idea de que éstos deben ser entendidos no como poseedores de una trayectoria espacio temporal única sino que reúnen intrínsecamente todo el conjunto de trayectorias disponibles que acontecen con grados relativos de probabilidad intrínseca. Según esto, todo cuanto no está expresamente prohibido puede ocurrir y, efectivamente, acaba ocurriendo. [318]

Las partículas y propiedades están en un volumen de espacio. En ese volumen, partículas y propiedades ya no están localizadas en un punto dado, sino que están diluidas en el espacio. Esta dilución está representada por una “función de onda asociada”. Semejante disposición de las propiedades determina que las partículas permanezcan en “contacto” cualquiera que sea la sustancia que las separe. Lo que le ocurre a una influye instantáneamente a lo que le ocurre a la otra, aún cuando las separen años luz. No se trata de un mensaje telemetrado de una velocidad infinita; aquí cabe hablar de una presencia continua de todas las partículas de todo el sistema, que no se interrumpe una vez que la presencia se estableció. (...)La paradoja Einstein Podolsky Rosen encuentra su solución cuando se reconoce que la idea de localización de las propiedades no puede aplicarse en la escala atómica. (...) se trata de una especie de omnipresencia de la materia independientemente de toda localización y de toda velocidad, es decir, independientemente del espacio y del tiempo” [319]

En la física moderna es muy importante la llamada hipótesis “bootstrap”, de Geoffrey Chew, que afirma que todos los fenómenos en el universo son determinados por autoconciencia mutua. Cada cosa en el universo está conectada con alguna de las demás y ninguna parte es fundamental. Las propiedades de cualquier parte son determinadas no por alguna ley fundamental, sino por las propiedades de todas las demás partes.

La esencia de la teoría “bootstrap” o cordón del zapato en castellano, se basa en la negación de la existencia de partículas elementales en el sentido reduccionista ordinario, considera que todas las partículas serían compuestas igual de elementales. Busca entender la naturaleza no en términos de fundamentos sino a través de la autoconciencia, creyendo que toda la física fluye únicamente a partir del requisito de que los componentes sean consistentes uno con el otro y consigo mismo. Ningún componente debería ser arbitrario.[319]

La Teoría de Super Strings o Supercuerdas, explica cómo se formaron las cuatro fuerzas básicas del Big Bang a partir de una única superfuerza al producirse el enfriamiento progresivo del universo, de forma que estas permanecen invariables simétricamente frente a determinados cambios.[320]

La Teoría de Cuerdas trata de unir conceptos de la Teoría de la Relatividad y la Teoría Cuántica que se consideran incompatibles.[321]

Según otras formulaciones, ésta teoría tendría mayor sentido si se formulara con once dimensiones, conformando la llamada Teoría M, la cual presenta muchas dificultades para su comprensión por parte de los científicos. Esta teoría ofrece un nuevo tipo de simetría llamada “dualidad” el cual explica y encuentra soluciones a los problemas que antes no se podían resolver sólo con la Teoría de las Supercuerdas.[322]

Una de los frutos de estos conceptos es el llamado paradigma holográfico, en el cual, según Bohm, “bajo la esfera explicada de cosas y acontecimientos separados se halla una esfera implicada de totalidad indivisa”. En otros términos, el universo se presenta como un holograma gigantesco en que cada parte está en el todo y el todo en la parte; esto es una especie de unidad en la diversidad y de diversidad en la unidad. Esta visión no es completa si no considera dentro de sus perspectivas la vinculación de la unicidad mística, (...) la mente surge de la materia y la materia contiene la esencia de la mente. [323]

La Geometría Fractal es una rama de las matemáticas de reciente formación, su historia comienza con la publicación de los objetos fractales en 1975 y La Geometría Fractal de la naturaleza en 1977 por el matemático francés Benoit Mandelbrot quien utiliza la capacidad de los ordenadores del momento para interpretar datos que en otro momento habrían sido imposibles, tales como la Curva de Helge Von Koch y el Conjunto de Julia. [324,325]

Con estas demostraciones, Mandelbrot Introduce un mundo geométrico totalmente nuevo, asistiendo a muchas de las ramas de la ciencia, ofreciendo un espacio matemático de representación destinado a reemplazar a la Teoría del Espacio Puntiforme, pues describía de manera totalmente satisfactoria a la naturaleza, allí donde el otro había probado ser apropiado solo para describir a los sistemas mecánicos. Se cambia el sistema de otros años en que primero se seleccionaba un modelo idealizado previamente concebido para luego aplicarlo al objeto concreto, pues en este nuevo sistema quedaba claro para los científicos que a la naturaleza no se la puede considerar como un sistema mecánico. Todos los sistemas naturales son procreados y todos los sistemas mecánicos son creados.[326]

El estudio con fractales abre otras posibilidades en la interpretación de sucesos en diferentes campos como por ejemplo en la cardiología mediante el estudio de los fenómenos estocásticos en sistemas biológicos complejos de Ary Goldberger o de

la utilización en el diseño artístico por Richard Taylor, e incluso en las telecomunicaciones por Nathan Cohen. [327-329]

2.5.3.6 Conceptos estadísticos. La variabilidad en la presentación de las enfermedades en cada persona puede hacer sospechar erróneamente que es un dato en contra de la utilización de la estadística. La controversia radica en que si la información recogida en la consulta debe almacenarse de un modo informal en la mente del médico o si debe recogerse y notificarse de manera sistemática, estableciendo conceptos generales. En el mismo sentido, establecer si la experiencia previa se puede incorporar a la valoración cuantitativa de los datos estadísticos o si debería utilizarse de un modo más informal junto al análisis estadístico. [330]

Algunos autores se expresan irónicamente acerca de las ilusiones de la eficacia de los sistemas curativos de atención médica basados en la supuesta precisión de las estadísticas, denunciando la vulnerabilidad de las personas ante la manipulación de estos resultados, lo cual influye en la toma de decisiones estatales como por ejemplo los presupuestos en el campo de la salud, los pagos de honorarios a los médicos, etc. [331]

Cuando se realiza una reducción de los datos estadísticos y una correlación con los procesos dinámicos se podría obtener resultados engañosos si no se les interpreta con la precaución necesaria o no se comprende con claridad el significado de las medidas estadísticas con sus limitaciones y alcances. [332]

Más allá de poder definir estadísticamente la presencia de determinadas enfermedades en una población surge la necesidad de definir el criterio de normalidad y anormalidad el cual no es estadístico al menos exclusivamente: “lo normal no es un promedio correlativo de un concepto social, no es un juicio de realidad, sino un juicio de valor, una noción límite que define el máximo de capacidad física o psíquica de un ser” [333]

Debido a la inter-transrrelación de los fenómenos biológicos, se puede entender que no es posible analizarlos aisladamente sin tener en cuenta la totalidad a la

que pertenecen: “la calificación de cada fenómeno indagado, incluso el más significativo se observa de modo diferente según el lugar que ocupa en el conjunto de una sociedad determinada”. [334]

Desde 1864, cuando se adoptó la primera clasificación de las enfermedades de Farr, se han venido incorporando nuevas ideas acerca de la forma en que se deben clasificar estos procesos, pero la mayoría se basa en el modelo estadístico, que si bien, es innegable la validez que tiene para la clínica e instancias administrativas, lo cuestionable es adoptarlo como un patrón de análisis del proceso de salud-enfermedad y del registro de sus manifestaciones empíricas, ya que se aleja de la concepción integral del proceso al imponer patrones estadísticos tomados como referencia por las empresas de salud las cuales sacrifican la calidad de la atención al dificultar la preparación y actualización del médico, quien sólo se preocupa últimamente por seguir dentro de unos parámetros estadísticos de rendimiento, productividad, rentabilidad, etc. [230,335]

La implementación de estudios especialmente en el área de la salud se encuentran limitados por el aporte real de los datos matemáticos en los estudios cuantitativos, lo cual concluye en un proceso de reducción de los hechos observados, “excluyendo por lo tanto la posibilidad de formular juicios sintéticos acerca de la esencia de los procesos mediante la sobrevaloración de los modelos matemáticos e instrumentos descriptivos precisos, simplificando no sólo los métodos de investigación sino la realidad misma”. [336]

Por lo tanto surge la necesidad de encontrar nuevas maneras de realizar un acercamiento al fenómeno que se pretende observar, comprendiendo que no se trata de suplantar dogmas por otros, ni de eliminar o preferir un sistema por otro, sino de abrir la puerta para una interrelación entre métodos limitados y relativos que se constituyen en un elemento más para tener una visión de la realidad de un determinado suceso en constante cambio. [337]

2.5.3.7 Conceptos culturales, religiosos y espirituales. La concepción religiosa, los mitos, los contenidos de fe tradicionales, la creencia o no en la existencia de

uno o varios dioses son elementos fundamentales en el proceso psíquico como parte del estudio de un ser individual e integral. [238]

La religión dominó los inicios de la medicina, cuya práctica era considerada sagrada y dispuesta por los sacerdotes que eran reconocidos como intermediarios de los dioses y que profesaban un poder omnipotente del médico sobre el paciente. Este tipo de acto todavía se conserva de alguna forma, reflejado en el espíritu religioso del paciente y del médico quienes pueden compartir sentimientos de resignación ante designios sobrenaturales y que les permite tener una fe ciega en la posibilidad de curación mediante el temor y la creencia en un ser superior. [239]

El arte médico requería una connotación filosófica inherente, idea desarrollada por Galeno quien consideraba que el mejor médico era también un filósofo, y que según Hipócrates, podría enaltecer al médico hasta el punto de asemejarse a un Dios: "*latros philosophos isotheos*". [338,339]

En otras latitudes, siempre ha habido una estrecha relación entre la salud, las enfermedades y los designios de uno o varios dioses: "La mediación de los espíritus se invocaba con propósitos de curación e iba de la mano con supersticiones médicas y religiosas: si se creía que una enfermedad era resultado de la envidia, se elegía una oración antes de que fuera posible la curación". [340]

Jaspers, cita a Jores en su concepto acerca de la enfermedad considerándola como una consecuencia del pecado: "quiere algo de nosotros. La enfermedad tiene una misión en la vida del ser humano". [238]

La religión intervino directamente en las prácticas de los pueblos amerindios, prohibiendo determinados usos y creencias, acto que se puede constatar por ejemplo, cuando la santa inquisición intervino para impedir que los negros de Cartagena utilizaran plantas medicinales, asociándolas con la brujería, las ceremonias mágicas y el consumo de drogas alucinógenas. [341]

La discriminación en el ejercicio de la medicina tal vez pudo haberse fundamentado en la idea hipocrática de que el médico podía semejarse a Dios, posiblemente era entonces inaceptable concebir la idea de que un negro, un esclavo o un indígena logaran tal estatus. “El acceso al estatus profesional como médico era exclusivo desde el punto de vista étnico y religioso, debido al poder que tenían las órdenes religiosas hasta principios del siglo XIX”. [342]

Los avances innegables de la medicina contemporánea no podían ser concebidas por individuos pertenecientes a otras culturas y religiones como en el caso de los habitantes de Aritama en la Sierra Nevada de Santa Marta, quienes en 1950 no podían creer que la medicina científica pudiera curar una enfermedad sin que estuviera acompañada con remedios y prácticas de la magia. [343]

Si bien, mucho se ha escrito sobre la forma de realizar una investigación objetiva y determinista, una gran cantidad de personajes que poco o ningún crédito le daban a la posibilidad del azar o la impredecibilidad en los fenómenos de la vida, fueron influenciados notablemente por sus orígenes culturales y especialmente por sus convicciones religiosas hasta el punto de parecer ambiguos a la hora de confrontar la idea de la existencia de Dios y poder a la vez sostener el criterio determinista.

Platón proponía condenar a 5 años de prisión e incluso a la pena de muerte si una persona no volvía a tener fe en los dioses, idea compartida por Rousseau. Por su parte la contemplación determinista de Laplace le hacía referirse a Dios como una hipótesis inútil, aunque posteriormente advirtiera una interrelación de los sucesos al comprender que las matemáticas podrían también convertirse en un instrumento de aplicación política y social. [344,345]

Descartes uno de los más importantes representantes del positivismo afirmaba: “Parte de la naturaleza de Dios, es que Dios existe”, para esto argumentaba que siendo Dios un ser supremamente perfecto, y entendiendo que la perfección es una parte de la existencia, se podía entonces deducir que Dios existía. [346]

Bacon, de pensamiento notablemente positivista, fue un conservador en materia religiosa, para él la creación divina en la tierra terminó como lo narra el Génesis.

Desde entonces la función de Dios con relación a la naturaleza ha sido la conservación de las especies de acuerdo con su providencia. Para él Dios sólo actuaba en la naturaleza mediante las causas segundas; si se sostenía otra cosa sería mera impostura e implicaría ofrecer al autor de la verdad el impuro sacrificio de una mentira. [347-349]

Para Comte, el problema de Dios es incognoscible, insoluble, no así determinando un ateísmo sino un agnosticismo, es decir que es igualmente imposible probar la existencia de Dios como no la no existencia de Dios. [350]

Galileo consideraba que el mundo era una creación de Dios, pero que se había valido de las matemáticas para producir su obra. [351,352]

Newton decía que Dios era una presencia necesaria, además de ser tan infinitamente libre como infinitamente poderoso. [353,354]

Schrodinger pretendió haber sido un ateo a lo largo de toda su vida, sin embargo, atraído por la religiones, especialmente orientales siempre hizo uso de sus simbolismo, abrigando la convicción de que su trabajo científico era un modo de acercarse a Dios. [355]

Einstein, rotundo determinista decía “Soy un no creyente profundamente religioso”, aunque muchos le cuestionaban sobre sus creencias, en realidad nunca se consideró un ateo, no solo creía en Dios sino incluso en uno de naturaleza espiritual, semejante al del espiritualismo judeo-cristiano. Lo consideraba como el principio y el origen de su racionalidad e inteligibilidad, pero también el símbolo de aquella enorme y oscura zona de la realidad impenetrable a la ciencia. [356]

Respecto a ella decía: “La ciencia como algo existente y completa es la cosa más objetiva conocida por el hombre. Pero la ciencia en proceso de hacerse, la ciencia como un fin perseguido, es tan subjetiva y psicológicamente condicionada como cualquier otra rama del conocimiento humano”. [357]

A Stephen Hawking, cuando le preguntaron sobre una existencia divina respondió:
¿por qué el universo se molesta en existir? Dios es la respuesta a esa pregunta.

[358]

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo contiene dos etapas y seis fases claramente establecidas que consisten en primera instancia en el diseño de un formato de historia clínica orientada a la Terapia Neural y una segunda correspondiente al proceso de evaluación y sugerencias para realizar el diseño definitivo.

En consecuencia, se recurre a un tipo de estudio descriptivo, permitiendo en primer término un abordaje cualitativo gracias a la aproximación al análisis de contenido en donde se reconocieron diversos marcos conceptuales para alcanzar el objetivo principal del trabajo. Estos conceptos se encuentran insertos en diferentes paradigmas los cuales pasaron a través de un proceso de organización, recolección y procesamiento. En segunda instancia, los datos recolectados en esta fase permitieron realizar la propuesta del primer diseño de historia clínica para Terapia Neural que fue evaluada por expertos a través de un formato descriptivo semiabierto para permitir posteriormente el diseño definitivo de la historia clínica.

3.2 FASES DEL ESTUDIO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Este estudio comprendió 2 etapas y seis fases principales:

3.2.1 Primera Etapa

3.2.1.1 Primera Fase: Descripción teórica de la fundamentación legal de la historia clínica en Colombia. En esta descripción se tomaron en cuenta cada una de las normas que regulan el proceso de la elaboración de contenidos,

manejo y seguridad de los registros específicos de cada persona que solicita los servicios de salud, especialmente los referidos en la resolución 1995 de 1999. [90], teniendo en cuenta además los conceptos emitidos en la Constitución Nacional, así como las leyes, decretos y resoluciones que se encuentran relacionados para tal efecto.

3.2.1.2 Segunda Fase: Descripción teórica de la evolución a través del tiempo de la historia clínica. Se hizo una investigación descriptiva y teórica de las diferentes formas en que se realiza la consignación de datos provenientes de los estados de salud de las personas a través del tiempo. Para esto se revisaron fuentes de datos primarios y secundarios originados en archivos físicos y digitales, textos y publicaciones que contenían los antecedentes históricos y la evolución de la historia clínica desde su comienzo hasta la actualidad.

3.2.1.3 Tercera Fase: Descripción teórica de los fundamentos de la Terapia Neural. Se investigó el proceso histórico de los diferentes descubrimientos que han permitido dar una fundamentación teórica a los planteamientos de la Terapia Neural, haciendo énfasis en aquellos que permiten el desarrollo de un diseño de historia clínica dirigida a la atención en ésta área.

Se revisaron diferentes planteamientos teóricos, epistemológicos, históricos, filosóficos, químicos, físicos, éticos, sociales, religiosos, biológicos, ecológicos, tecnológicos, entre otros que integran la visión de la Terapia Neural.

Las principales fuentes de información primaria en esta fase fueron los formatos físicos y digitales de los diferentes textos de Terapia Neural y temas relacionados consultados en bibliotecas públicas y privadas, direcciones electrónicas y textos adquiridos para este fin.

Los conceptos tomados y adaptados para la Terapia Neural con relación a estos fundamentos fueron consultados en fuentes primarias, secundarias y terciarias

tales como artículos originales, textos publicados, revisiones sistémicas, y reportajes en revistas y periódicos. También se utilizaron conceptos emitidos en charlas, cursos y congresos de Terapia Neural.

3.2.1.4 Cuarta Fase: Propuesta de Diseño del formato de la historia clínica en Terapia Neural. Una vez revisados cada uno de los anteriores fundamentos se realizó un primer diseño de historia clínica de Terapia Neural que reflejaba la descripción teórica realizada y que estuvo acorde con los requerimientos legales y las necesidades reales de este tipo de Terapia.

Sobre el diseño clásico de la historia clínica, se incluyeron aspectos específicos relacionados con la Terapia Neural, justificando en cada caso las razones por las cuales se debieran incluir en la historia los registros correspondientes a esta terapia.

En términos generales, se partió de un modelo teórico con la utilización de métodos descriptivos en la búsqueda de la información sobre el objeto del estudio y enfatizando en la necesidad de la integración de conceptos que a través de un razonamiento deductivo permitió delinear los fundamentos y necesidades de la historia clínica.

En este abordaje se realizó una síntesis integral de los conceptos investigados en las bases de datos referenciadas o unidades de muestra que comprendieron en total 392 referencias, de las cuales aproximadamente 20 correspondieron a normas colombianas y dos comunicaciones personales referidas en la en el marco teórico y en la guía final respectivamente, 370 referencias fueron citadas bibliográficamente, aproximadamente 184 correspondieron a datos en libros en formato físico y digital, 121 artículos publicados en revistas de carácter científico, 10 referencias de congresos, cursos, seminarios, simposios, etc., aproximadamente 15 trabajos de grado y tesis, 21 referencias web (12 páginas

web) y el resto comprendieron artículos de revistas, periódicos, entrevistas, ensayos y publicaciones gubernamentales.

Una vez establecidas las unidades de muestra se escogieron 7 ejes temáticos correspondientes a: Terapia Neural, conceptos de integralidad, interdisciplinariedad, paradigma de complejidad, multicausalidad, formulación diagnóstica y marco legal en Colombia.

Estos ejes temáticos se escogieron teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a) Propósito del diseño.
- b) Interés y apreciación del grupo de investigación.
- c) Conocimiento y referencias anteriores.
- d) Necesidades reales de la investigación.
- e) Capacidad de inferencia entre el conocimiento previo y el nuevo.
- f) Uso de recursos y materiales.

De esta manera, la escogencia de estos ejes temáticos fue determinante para establecer las verdaderas necesidades en la presentación de un primer diseño de la historia clínica orientada a la Terapia Neural.

Para realizar el diseño inicial se tomaron como referencia los diseños clásicos de historia clínica de varias disciplinas y especialidades como Psicología, Psiquiatría, Geriatria, Pediatría y Odontología. Estos modelos fueron integrados y adaptados mediante un análisis de contenido, adicionando secciones que permitieran realizar un diseño acorde con los requerimientos y necesidades de la Terapia Neural y que permitieran dar un orden lógico y sintético en el desarrollo de una entrevista clínica, la relación entre las causas y los efectos del problema, así como su orientación desde diferentes realidades.

Para realizar este diseño se tuvieron en cuenta las siguientes características: Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, utilidad, pertinencia, funcionalidad, seguridad, reglamentación colombiana, individualidad y necesidades de la Terapia Neural.

De esta manera el diseño inicial de la historia clínica en Terapia Neural y sus instrucciones tuvo los siguientes fines:

- Comunicar el diseño y el análisis práctico del problema.
- Argumentar el conocimiento acerca de los fundamentos de la Terapia Neural.
- Informar sobre el problema y la necesidad específica de su diseño y sus planteamientos en la realización de investigaciones sobre Terapia Neural.
- Generar el diseño amparado en argumentos legales a nivel nacional.
- Introducir un documento que exprese las necesidades y realidades de la historia clínica orientada a esta terapia.

Respecto al contenido de la historia clínica se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

1. Datos de identificación
2. Motivo de consulta
3. Enfermedad actual
4. Revisión por sistemas
5. Antecedentes familiares
6. Antecedentes personales patológicos
7. Antecedentes personales no patológicos
8. Signos vitales y medidas corporales
9. Inspección General
10. Exploración regional
11. Impresión diagnóstica

12. Diagnóstico de Terapia Neural
13. Interpretación
14. Plan
15. Interconsulta
16. Observaciones
17. Hoja de evolución
18. Resultados de laboratorio
19. Informe de ayudas diagnosticas
20. Informe de interconsultas
21. Descripción de procedimientos
22. Resumen de procedimientos realizados
23. Consentimiento informado
24. Hoja de diagramas
25. Otros

En cuanto a los aspectos gráficos del diseño y las instrucciones, se tuvo en cuenta:

- Tamaño y tipo de formato
- Tamaño de letra
- Diagramación en general
- Contenido de los ítems tratados
- Lenguaje usado
- Claridad de las explicaciones
- Facilidad de comprensión de las instrucciones
- Ejemplos utilizados
- Secuencia
- Facilidad de consulta y manejo

3.2.2 Segunda etapa

3.2.2.1 Quinta fase: Revisión del diseño del formato de historia clínica. Una vez se realizó el primer diseño de la historia clínica de Terapia Neural, se realizó una evaluación del diseño original a través de un método descriptivo.

3.2.2.2 Sexta Fase: Propuesta final del formato de historia clínica de Terapia Neural. Con el trabajo realizado, se construyó la propuesta final del diseño de la historia clínica para Terapia Neural acorde a la legislación colombiana. Para tomar las decisiones acerca de los componentes que debería finalmente incluir se realizó un análisis de los resultados de la evaluación de expertos, comparándolos con los objetivos desarrollados en cada una de las etapas y relacionándolos con las características que son inherentes a la historia clínica, los fundamentos de la Terapia Neural y su coherencia con la reglamentación colombiana. Este documento cuenta con soportes teóricos, instrucciones y justificaciones.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Debido a que la práctica de la Terapia Neural es relativamente nueva, fueron muy pocos los expertos que cumplieron con los requerimientos propios de esta evaluación. (La Maestría de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional sólo cuenta con un egresado del área de Terapia Neural, quien es a su vez uno de los evaluadores del trabajo de grado). Por esta razón se realizó un tipo de muestreo no probabilístico e intencional que no permitió evaluar el error del muestreo. Se consideró fundamental para esta revisión contar al menos con tres evaluadores de este diseño de historia clínica. Con el número impar de evaluadores se impidió la posibilidad de empate ante la evaluación de una característica.

3.3.1. Criterios de inclusión. Se consideraron los participantes que cumplieron con cada una de las siguientes especificaciones:

- Ser profesional médico.
- Contar al menos con dos años de experiencia práctica en Terapia Neural.
- Haber participado como docente teórico-práctico de Terapia Neural desde hace dos años en la Universidad Nacional de Colombia.
- Disponibilidad de tiempo para realizar la evaluación.
- Disposición para participar en el proyecto.

3.3.2 Criterios de exclusión. Se tuvo en cuenta:

- Haber sido evaluador del proyecto o trabajo de investigación.
- No ejercer la profesión en Colombia.

3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó a través de un formato escrito semiabierto estandarizado que por medio de preguntas idénticas y secuenciales evaluaron cada una de las variables presentadas. Estas respuestas fueron descritas, categorizadas y tabuladas en la presentación de resultados.

Esta recolección se realizó simultáneamente durante los días 1 a 20 de mayo de 2010. La forma de contacto fue a través de entrevistas personales, telefonía y correo electrónico. Los participantes desconocieron hasta el final la identidad de sus homólogos.

3.5 VARIABLES

Para los fines de este trabajo, la evaluación pretendió definir la calificación respectiva en cuanto a las variables cualitativas definidas como características que la historia clínica debía cumplir.

Las características a evaluar fueron:

- Integralidad
- Funcionalidad
- Reglamentación colombiana
- Pertinencia
- Seguridad
- Individualidad
- Necesidad
- Secuencialidad
- Racionamiento científico
- Utilidad

La forma de evaluar se definió con la dicotomía Si o No, en el caso de considerar que el diseño de la historia clínica cumplía o no respectivamente con las cualidades descritas. En el diseño semiabierto se preguntó además por la justificación y sugerencias posibles en cuanto a la adición o eliminación de algunos de los ítems que conformaron el diseño inicial.

3.6 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

En este diseño se contemplaron los datos de identificación del evaluador, el nombre respectivo del trabajo de grado, autor y tutor, fase del trabajo y propósitos de la evaluación así como las instrucciones propias de la forma de diligenciamiento del formato de evaluación. A cada uno de los evaluadores se le dispuso una copia del diseño inicial de la historia clínica junto con la guía desarrollada para tal fin, el formato y las instrucciones de evaluación, así como se dio la posibilidad del acceso a la información desarrollada en las fases previas de este trabajo. Ver Anexo A.

3.7 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se presentaron de manera descriptiva, realizando la diferenciación entre respuestas, sugerencias y comentarios, por variable, por docente y en conjunto. El análisis se realizó a través del análisis de contenido de cada uno de los datos presentados, estableciendo entre otros, la importancia, factibilidad y coherencia con los objetivos y el marco teórico desarrollados en las fases previas de este trabajo.

Se utilizó una tabla de datos que mostró la posibilidad de respuestas, justificaciones y/o sugerencias de cada uno de los participantes.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomando como base los reglamentos éticos y científicos para la investigación biomédica en seres humanos, se reconoce la existencia de varios documentos que la reglamentan, entre ellos están la Declaración de Núremberg (1947), [359]Declaración de Helsinki (1964) con varias revisiones, la última en Edimburgo en el año 2000,[360] las Normas Éticas Internacionales para Investigación Biomédica del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 1982 y 1996) y de la Organización Mundial de la Salud, y las Guías para la Buena Práctica Clínica [361] además de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia,[362] en donde se establece una clasificación de las investigaciones según el riesgo para los seres humanos sujetos de investigación.[363]

Para la clasificación de este trabajo, y teniendo en cuenta que en ningún momento se acudió a la investigación en seres humanos en ninguna de sus modalidades, su accionar se determinó según el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, en que se establece la menor categoría evaluada en cuanto al riesgo de la investigación: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación

documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”, [363] recalcando además que en ninguna fase del trabajo se acude a la revisión de registros de pacientes en historias clínicas anteriores.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO INICIAL

Una vez realizada la descripción de cada uno de los aspectos teóricos de los antecedentes de la historia clínica así como de su marco legal y de los respectivos conceptos y fundamentos de la Terapia Neural según Huneke se precisó su integración en el desarrollo de un modelo de historia clínica que se constituyera en una primera propuesta de este tipo.

El diseño de esta propuesta se basó en los modelos clásicos de presentación de la historia clínica, en donde se sigue una consignación ordenada de datos comenzando por la identificación del profesional, la empresa y el paciente, continuando con los registros específicos y los anexos.

Debido a la flexibilidad que ofrece el diseño de una historia clínica respondiendo a las necesidades de ciertas especialidades de la salud y amparado bajo la reglamentación actual en Colombia es posible añadir espacios que posibiliten una mayor comprensión orientada a la integración de estos conceptos.

No obstante, este diseño general no difiere notablemente de los modelos clásicos, aunque se permite la consignación de conceptos en nuevos espacios, la verdadera diferencia radica en la formación, orientación, y la capacidad de interpretación del médico Terapeuta Neural que hará que más allá de ser una diferencia de forma, se transforme en una verdadera diferencia de fondo.

Se presentó una primera propuesta del modelo de historia clínica orientada a la Terapia Neural conforme a lo descrito en el marco teórico teniendo en cuenta cada una de las variables ya referenciadas. Cada uno de los puntos desarrollados se orientó hacia los conceptos de la Terapia Neural según Huneke, este diseño se acompañó de una guía de instrucciones para su diligenciamiento.

Es de notar que el modelo inicial por sí sólo no dejaba apreciar las características definidas para la Terapia Neural por lo cual se precisaron sus fundamentos en una guía explicativa para el caso. Varios de los conceptos acerca de los componentes de la historia clínica ya han sido desarrollados en el marco teórico por lo cual se evitó su repetición.

Estos conceptos fueron producto del desarrollo de cada uno de los objetivos específicos de este trabajo así como de las prácticas con los docentes de Terapia Neural de la Universidad Nacional de Colombia.

En su desarrollo no se hace diferencia en cuanto al género al que pertenece el paciente, entendiéndose que se trata de cualquiera de los dos géneros a menos que se especifique lo contrario.

Igualmente cuando se hace referencia al término “enfermedad”, este debe entenderse como aquél proceso de auto eco organización de cada persona, considerando que resulta más apropiado hablar de enfermos que de enfermedades.

El desarrollo del diseño ofrece la posibilidad de agregar espacios dentro de la historia de vida que permitan un mayor acercamiento con los conceptos de la Terapia Neural, no obstante, esta flexibilidad también implica el no omitir datos de importancia que se constituyan en fundamento científico y legal, la tendencia debe caracterizarse por el aumento en la calidad de la información.

Este primer diseño fue sometido a la valoración por parte de docentes expertos en Terapia Neural que fueron incluidos teniendo en cuenta los requisitos del marco metodológico, para lo cual se realizó un diseño de recolección de las impresiones para el caso. Estos evaluadores fueron:

Evaluador 1: Dr. Eduardo Beltrán Dussán.

Evaluador 2: Dr. Julio César Payán.

Evaluador 3: Dr. Orlando Sánchez.

Al final de esta evaluación se obtuvieron 35 de 36 respuestas ante los ítems evaluados, logrando un porcentaje de respuestas de 97.2%. Una sola pregunta no fue contestada aunque se justificó por parte del docente.

Diez de los doce ítems correspondieron a características de la historia clínica, para ellas se obtuvo un total de 26 respuestas afirmativas (86.6%), 3 negativas (10%), y una sin responder (3.3%), para el total de docentes.

Dos de los doce ítems correspondieron a preguntas sobre la adición o eliminación de elementos de la historia clínica. Dos docentes recomendaron adiciones, uno de ellos recomendó eliminaciones.

Ante la pregunta acerca de de la visión de la integralidad del diseño de la historia clínica dos docentes respondieron que si cumplía con esta cualidad, argumentando que “se tenían en cuenta la mayoría de los aspectos del paciente y de su entorno, pero que sin embargo habría que definir qué aspectos podrían presentarse como responsables de su sintomatología sugiriendo la profundización de acuerdo al caso”. (Evaluadores 1 y 3). Un docente respondió que no se cumplía con esta característica debido a que existía la división clásica por sistemas, sugiriendo que se presentara “mas como una historia de vida que permitiera relacionar luchas y devenires concorde al pensamiento filosófico de los procesos emergentes”. (Evaluador 2).

En cuanto a la pregunta acerca de la funcionalidad de la historia clínica, hubo consenso en afirmar que el diseño presentado sí cumplía con esta característica, siempre y cuando se tuviera un tiempo mínimo de consulta de 40 minutos, requiriendo establecer “controles de acuerdo a los casos complicados lo más pronto posible para ofrecer un buen servicio y alcanzar realmente a llenar muchos de los aspectos que no va a contar el paciente en la primera consulta”. (Evaluador 3). Debe tenerse en cuenta que la funcionalidad debe darle paso a la subjetividad y a la espontaneidad disminuyendo la sistematización. (Evaluador 2).

En el componente de individualidad, hubo acuerdo entre los docentes al expresar el cumplimiento de esta característica, reiterando la necesidad de que “se

consignen las características de cada uno de los síntomas preponderantes de cada paciente, profundizando en aspectos de tipo personal tanto en lo físico como en lo mental para llegar a las soluciones del caso que la Terapia Neural tenga a su alcance” (Evaluador 3). “La individualidad debe ser entendida no como un aislamiento sino como una singularidad interdependiente”. (Evaluador 2).

En el caso del interrogante acerca de la seguridad de la historia clínica, se presentaron dudas en la respuesta, un docente refirió que no entendió lo que se trataba de preguntar por lo cual se abstuvo de responder, (Evaluador 2) otro docente respondió que no se cumplía con esta condición, sugiriendo que se reformulara la pregunta o se revisara el decreto en donde se formula la seguridad de las historias clínicas. (Evaluador 3). El evaluador 1 respondió que sí se cumplía con esta característica.

Con respecto a la característica de pertinencia de la historia clínica, los tres docentes estuvieron de acuerdo en afirmar que si se cumplía con esta cualidad, estableciendo que “era el momento de empezar a dejar documentos que aporten nuevas ideas a la historia clínica tradicional, siendo necesaria su utilización en diferentes niveles de atención para su evaluación y posible rediseño”. (Evaluador 3). El proceso de pertinencia “no debe dejarse enredar por el deseo de control y sistematización de la historia clínica oficial”. (Evaluador 2).

De igual manera la secuencialidad del diseño de la historia clínica fue evaluada afirmativamente por los tres docentes, comentando además que en ocasiones ésta se podía perder por la falta de colaboración del paciente o de sus acompañantes. (Evaluador 3).

La racionalidad científica dentro del diseño presentado fue calificada positivamente pero entendida en el contexto tradicional u ortodoxo mecanicista, ante lo cual no se debería olvidar los planteamientos propios de la Terapia Neural. (Evaluador 3.) “y de la racionalidad sistémica”. (Evaluador 2).

En cuanto a si el diseño cumplía con la reglamentación actual en Colombia se calificó positivamente por los tres docentes, sugiriendo su implementación en las instituciones en donde se practicara la Terapia Neural. (Evaluadores 1 y 3).

Los tres docentes estuvieron de acuerdo en afirmar que el diseño de la historia clínica cumplía con la característica de utilidad en el ejercicio médico, argumentando que ésta se hacía presente “en la medida en que se escribieran los acontecimientos de cualquier índole, sin olvidar los detalles por mínimos o insignificantes que parezcan”. (Evaluadores 1 y 3), pero que además hacían falta algunos elementos “que se reflejaran como una historia de vida”. (Evaluador 2).

A la pregunta sobre si el diseño de la historia clínica cumplía con las necesidades de la Terapia Neural, dos docentes afirmaron que si se presentaba esta característica, “siendo importante el aporte en la descripción del procedimiento, pero también la descripción de los resultados en cuanto a cambios en el paciente, preguntándole precisamente si la Terapia Neural le está aportando un cambio hacia la mejoría o no”. (Evaluadores 1 y 3). Un docente afirmó que no se cumplía con ésta característica, argumentando que se deberían romper los esquemas de la historia clínica tradicional y propender por una historia de vida. (Evaluador 2).

Cuando se preguntó sobre la posibilidad de agregar elementos al diseño de la historia clínica, dos docentes respondieron que sí, sugiriendo la posibilidad de adicionar el tipo sanguíneo dentro de los datos de identificación del paciente por su posible correlación con las dietas recomendadas, además de la posibilidad de agregar el familiograma para una mejor comprensión del lugar ocupado por el paciente dentro de la familia. (Evaluador 1). El evaluador 3 insiste en la posibilidad de preguntarle al paciente sobre su satisfacción en cuanto a la terapia, así como “dejar un espacio para casos realmente extraordinarios, para llevarlos y presentarlos como parte de los resultados de esta terapia”. El evaluador 2 respondió que no se deberían agregar más elementos sino más bien relacionarlos entre sí.

Finalmente ante la consideración sobre eliminar elementos del diseño de la historia clínica, dos docentes respondieron que no, (Evaluadores 1 y 3), sin embargo se consideró eliminar aquellos elementos que volvían rígida a la historia clínica y “que no permitían acercarse a las emergencias”. (Evaluador 2).

El comportamiento de las respuestas por docente arrojó los siguientes resultados:

El evaluador 1 respondió afirmativamente a cada uno de los ítems planteados, excepto a la necesidad de eliminar un elemento del diseño inicial, además participó con múltiples sugerencias a lo largo del proceso de la elaboración del diseño inicial y en la evaluación agregó nuevos elementos dentro de la historia clínica.

El evaluador 2 respondió afirmativamente a 8 de 12 ítems planteados, lo hizo en forma negativa en 3 ocasiones, (en uno de los cuales consideró no agregar nuevos ítems al diseño) y se abstuvo de responder a la pregunta sobre seguridad de la historia clínica. Hizo sugerencias y/o comentarios en 9 de las 12 características planteadas.

El evaluador 3 respondió afirmativamente a 10 de los 12 ítems planteados, consideró que la historia clínica no contenía la característica de seguridad y que no se deberían eliminar elementos de este diseño. Realizó sugerencias y/o comentarios en cada una de las preguntas formuladas con excepción de la correspondiente a la eliminación de un elemento de la historia clínica.

Por otra parte, en 7 de éstas características hubo unanimidad en considerar su formulación como positiva dentro del diseño de la historia clínica, en 3 de los ítems planteados, dos docentes respondieron que si se cumplían con las características de la historia clínica y que se sugería adicionar nuevos elementos, mientras que un docente consideró que no las cumplía y que no era necesarios más elementos. Una de las preguntas planteadas fue considerada para su replanteamiento por dos docentes, teniendo como resultado una evaluación dividida para esta característica.

Los resultados de esta evaluación se pueden resumir en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resultados de la Evaluación del diseño inicial y la guía de la historia clínica de Terapia Neural

PREGUNTA	EXPERTO EVALUADOR												TOTAL			
	Evaluador 1				Evaluador 2				Evaluador 3				RESPUESTA		JUST Y/O SUGER	
	RESPUESTA		JUST Y/O SUGER		RESPUESTA		JUST Y/O SUGER		RESPUESTA		JUST Y/O SUGER		SI	NO	SI	NO
Integralidad	X		X			X	X		X		X		2	1	3	0
Funcionalidad	X		X		X		X		X		X		3	0	3	0
Individualidad	X		X		X		X		X		X		3	0	3	0
Seguridad	X		X		---	---	X			X	X		1	1	3	0
Pertinencia	X		X		X		X		X		X		3	0	3	0
Secuencia	X		X		X			X	X		X		3	0	2	1
Racionalidad	X		X		X		X		X		X		3	0	3	0
Reglamentación	X		X		X		X		X		X		3	0	3	0
Utilidad	X		X		X		X		X		X		3	0	3	0
Necesidad	X		X			X	X		X		X		2	1	3	0
Adición	X		X			X		X	X		X		2	1	2	1
Eliminación		X		X	X		X			X		X	1	2	1	2
TOTAL	11	1	11	1	8	3	10	2	10	2	11	1				

Teniendo en cuenta cada una de las fases previas de esta investigación, además de los resultados y sugerencias por parte de expertos en Terapia Neural, se realizó el diseño definitivo de la historia clínica para Terapia Neural acorde con la reglamentación colombiana, la cual cuenta con soportes teóricos, y una guía para su desarrollo.

ruborización, temblor fino, poliuria, polifagia, polidipsia, somnolencia.	
Sistema osteomuscular: artralgias, mialgias, edema, deformidad.	
Sistema nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, coordinación, déficit irregular, vértigo, confusión, vigilia, sueño, parálisis, parestia, parestesia, marcha, disestesia, equilibrio, sensibilidad, hipoestesia, hiperalgia.	
Sistema sensorial: agudeza visual, diplopía, eritema, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, secreción, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, tinnitus, hipoacusia, epistaxis, secreción, disgeusia, ronquera.	
Psicosomático: Personalidad, obsesión, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.	

4. Antecedentes Familiares

Hipertensión, Diabetes, Tuberculosis, Asma,	
Epilepsia, Cáncer, Cardiopatía, Hepatopatía,	
Nefropatía, Enf. mentales, hematológicas endocrinas.	

5. Antecedentes Personales (relación como procesos emergentes)

- Patológicos:** Si No _____
- Quirúrgicos:** Si No _____
- Traumáticos:** Si No _____
- Fármacos:** Si No _____
- T. Alternativas:** Si No _____
- Odontológicos:** Si No _____
- Toxicológicos:** Si No _____
- Alérgicos:** Si No _____
- Transfusiones:** Si No _____
- Vacunaciones:** Si No _____
- Ocupacionales:** Si No _____
- Otros:** Si No _____

Ginecoobstétricos:	
Menarca _____ años	Ciclo _____ FUM ____/____/____ Plarifica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Método _____
Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FPP ____/____/____	EG. ____ semanas G ____ P ____ A ____ C ____ V ____ Episiotomía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Menopausia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Citología cérvix Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Autoexamen de senos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros _____	

No patológicos

Hábitos de alimentación:

Desayuno _____

Almuerzo _____

Cena _____

Otros _____

Descripción del lugar de residencia y habitación (cuartos, piso, techo, servicios): _____

FAMILIOGRAMA: Hombre Mujer Edad Matrimonio Unión libre Separación Hermanos Afecto fuerte

Moderado Roto Ausencia de un miembro muerte No muerte Aborto Gemelos Conflicto

Descripción del lugar de trabajo y relaciones interpersonales:

Ejercicio físico: _____

Pasatiempos: _____

6. Signos vitales y medidas corporales

FC: _____ lat x min. FR: _____ resp x min. TA: _____/_____ mm/Hg T: _____ °C EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Peso anterior: _____ Kg Peso actual: _____ Kg. Talla: _____ cm. IMC: _____

7. Examen Físico. Inspección General

Exploración Regional

Cabeza y cuello	
Normal	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Cavidad oral	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Organos de los sentidos	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Tórax	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Abdomen	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Extremidades	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Urogenital	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Piel y anexos	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Musculo Esquelético	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Neurológico	
Normal Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

COD CIE-10

1. _____

--	--	--	--	--

2. _____

--	--	--	--	--

3. _____

--	--	--	--	--

9. POSIBLES DIAGNÓSTICOS EN TERAPIA NEURAL

1. _____

2. _____

3. _____

10. INTERPRETACIÓN (Procesos emergentes)

11. PLAN DIAGNÓSTICO. (Laboratorio e imágenes)

1. _____
2. _____

PLAN TERAPÉUTICO (terapia, medicamentos, dieta, hábitos)

EDUCACIÓN

SEGUIMIENTO

INTERCONSULTA

OBSERVACIONES

MÉDICO

NOMBRE

FIRMA

REG Y SELLO

TERAPIA NEURAL

HOJA EXPLICATIVA PREVIA AL TRATAMIENTO

Una vez realizada la valoración previa de su estado de salud bajo la elaboración de la historia clínica, su médico tratante ha considerado la aplicación de la Terapia Neural como parte de su tratamiento.

La Terapia Neural es un tipo de medicina alternativa y/o complementaria que utiliza sustancias como los anestésicos locales entre ellos procaína y lidocaína en bajas concentraciones y dosis sin tener en cuenta el principio anestésico del medicamento.

La función principal de esta aplicación es la de restaurar el flujo normal de la información de salud que se ha considerado alterado en determinados puntos de su cuerpo, lo que su médico denomina campos interferentes.

Estos campos pueden actuar en algunas ocasiones como generadores de un estado de enfermedad y que podrían requerir un tratamiento orientado desde la visión de esta terapia.

La aplicación de estas sustancias se realiza ambulatoriamente, bajo las normas específicas para cada caso.

Dependiendo de las posibilidades de ubicación de estos puntos de interferencia se puede recurrir a técnicas superficiales, intermedias, profundas y especiales de aplicación.

Las técnicas superficiales generalmente son múltiples, se realizan inmediatamente por debajo de la piel, debido a la naturaleza de la sustancia y el lugar de la aplicación, pueden ocasionar una leve sensación de ardor y/o dolor.

Las aplicaciones intermedias se refieren generalmente a aplicaciones en mucosas como la boca o en regiones de dolor muscular o presencia de induraciones, etc.

Las aplicaciones profundas buscan aplicar la sustancia en regiones cercanas al tejido nervioso o ganglios de su cuerpo.

Las aplicaciones especiales se refieren a técnicas de aplicación en regiones cercanas o dentro de sus articulaciones, en la región ginecológica en las mujeres o cercana a la próstata en los hombres, entre otras.

En algunas ocasiones se pueden presentar reacciones inmediatas y esperadas posteriores a la aplicación, tales como una leve sensación de mareo, calor o sudoración que desaparecen en pocos minutos.

A pesar de recurrir a técnicas muy seguras de aplicación y desinfección, cualquier procedimiento que implique la infiltración de sustancias puede conllevar el riesgo de infecciones o sangrados, lo cual puede suceder en muy raras ocasiones, eventualmente se suelen apreciar pequeñas equimosis (morados) en el área de aplicación.

Las técnicas profundas o especiales de aplicación pueden requerir una explicación adicional por parte de su médico.

Es necesario que le indique a su médico si sufre de alguna reacción alérgica y los medicamentos que toma o ha estado tomando en las últimas semanas.

Es necesario que haga todas las preguntas que considere necesarias antes de la aplicación de la terapia para que tenga la mayor seguridad y confianza de lo que se le ha sugerido realizar.

La no aplicación de esta terapia no le implica un empeoramiento de su estado de salud.

La Terapia Neural es muy segura, y confiable, sin importar la circunstancia, en cualquier momento puede cambiar su decisión para la aplicación de esta terapia. *

* Información brindada al paciente en cumplimiento con la Ley 23 de 1981 Código de Ética y su decreto reglamentario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA NEURAL

Lea la siguiente información para estar seguro/a que comprende perfectamente el objetivo de la terapia que se propone realizar y firme en caso de que esté de acuerdo en realizarse el procedimiento.

Nombre _____ Edad _____ Identificación _____

Descripción de los procedimientos propuestos _____

Se me ha informado suficientemente de las consecuencias seguras o muy probables del procedimiento:

Se me ha informado de los riesgos generales: _____

También se me ha informado de los riesgos particulares en mi caso: _____

Me han sido aclaradas las dudas que he presentado después, al recibir la información de forma verbal. Sé también que en cualquier momento puedo negarme al procedimiento y que siempre puedo retractarme de la decisión que he tomado. Después de haber leído y comprendido esta información y de haber resuelto todas las dudas que tenía, doy mi consentimiento para la realización del (los) procedimiento(s) indicado(s).

Lugar y fecha _____, ____ de _____ de 201____

Paciente o Representante legal (si hace falta): Testigo:

Nombre _____ Nombre _____

Firma _____ Firma _____

C.C. _____ C.C. _____

Confirmando que he explicado al paciente en que consiste y la finalidad del procedimiento a realizar:

Médico que informa:

Nombre _____

Firma _____

C.C. _____ Reg. _____

Centro de Medicina Alternativa "....." Nit: Dirección:

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre _____ Identificación _____

Procedimiento: _____

Descripción: _____

Sustancia y concentración: _____

Volumen inyectado y dosis: _____

Longitud y calibre de aguja: _____

Jeringa desechable: Si Jeringa portacárpulas: No

¿Posible fenómeno en segundos? Si ___ No ___ Otros cambios: _____

Efectos: _____

Complicaciones: _____

MEDICO:

NOMBRE

FIRMA

REG Y SELLO

Centro de Medicina Alternativa "....." Nit: Dirección:

EJEMPLO DE LA DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Fecha: 26 / 02 / 2010

Nombre: Pedro Armando Pérez Gómez **Identificación:** C.C. 12'345.678.

Procedimiento: Infiltración del ganglio esfenopalatino derecho

Descripción: Para aplicar la inyección se le solicitó al paciente permanecer en decúbito supino. Se realizó antisepsia de la piel con yodopovidona. La aguja se insertó en el punto medio entre el ángulo externo del ojo izquierdo y la parte anterior de la oreja izquierda. Se dirigió la aguja hacia el último molar superior del maxilar opuesto y se avanzó lentamente hasta alcanzar su total longitud, (aprox. 5 cm). Se hizo contacto con hueso, (esperado) la aguja se redireccionó levemente hacia adelante sin perder la primera referencia, (molar opuesto). La aplicación del medicamento se realizó lentamente. Se retiró la aguja y se limpió la zona de inyección, haciendo leve compresión.

Sustancia y concentración: Clorhidrato de Procaína 0.5%

Volumen inyectado y dosis: 5 cc, 25 mg

Longitud y calibre de aguja: 8 cm, 27 G.

Jeringa desechable: Si **Jeringa portacárpulas:** No

¿Posible fenómeno en segundos? Si ___ No X **Otros cambios:** _____

Efectos: Eritema y calor local, escaso sangrado, leve equimosis.

Complicaciones: Ninguna.

MEDICO:

NOMBRE

FIRMA

REG Y SELLO

Centro de Medicina Alternativa "....." Nit: Dirección:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Nombre _____ Identificación _____

FECHA	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES	MEDICO

Centro de Medicina Alternativa "....."Nit:Dirección:

EJEMPLO DE DIAGRAMA PARA TERAPIA LOCAL Y SEGMENTAL

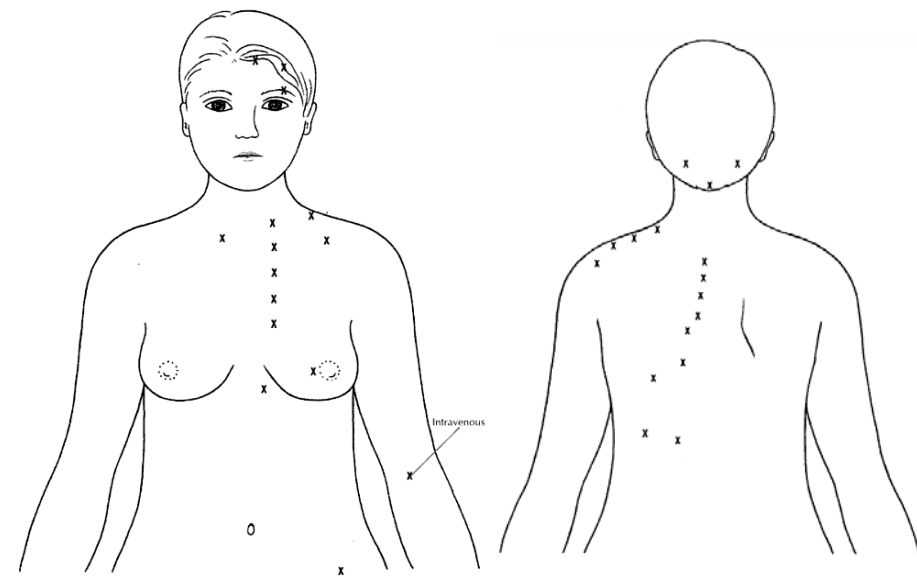
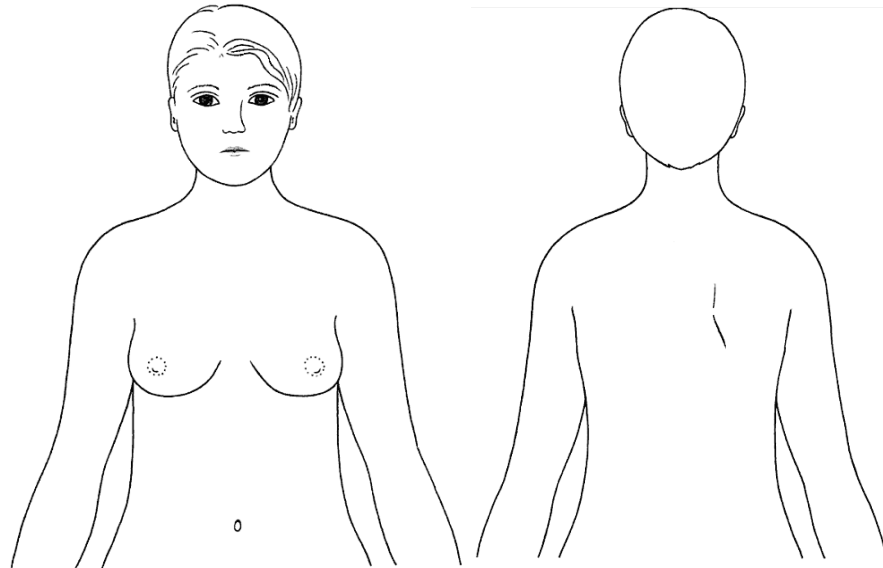


Diagrama reproducido y modificado del libro "*Neural therapy: applied neurophysiology and other topics*" bajo autorización expresa de Robert Kidd (autor). Comunicación personal, 1 de marzo de 2010.

Centro de Medicina Alternativa "....."Nit:Dirección:

4.3 GUIA PARA DILIGENCIAR EL FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA A LA TERAPIA NEURAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Se deberán llenar los datos propios de la identificación del paciente entre ellos: nombres y apellidos completos, tipo y número del documento de identificación, edad, lugar y fecha de nacimiento, grupo sanguíneo, sexo, raza, estado civil, nivel de estudio, ocupación, religión, procedencia, domicilio, teléfono, responsable o acudiente, parentesco, teléfono, tipo de vinculación al sistema de salud y todos los que se consideren necesarios para lograr una adecuada identificación.

Cada uno de los formatos realizados debe contener los datos principales de identificación así como la fecha y hora de diligenciamiento, nombre, firma y sello del médico que realizó la entrevista y los procedimientos.

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Se deben registrar las propias palabras del paciente entre comillas dando libertad para sus expresiones y espontaneidad evitando hacer interpretaciones precoces de su posible estado de enfermedad. Usualmente puede nombrar diagnósticos como motivo de consulta por lo que se debe explicar la importancia de elaborar una historia clínica en la cual cada uno de los aspectos comprometidos desde el inicio de su enfermedad pueda relacionarse como procesos emergentes.

Los datos referidos deben ser registrados de una manera ordenada, teniendo en cuenta la presentación cronológica de cada uno de los eventos, encerrando entre comillas aquellos datos de difícil analogía semiológica pero que se consideren importantes para la historia clínica. Toda la información planteada puede resultar relevante, su discernimiento dependerá exclusivamente de la experiencia del Terapeuta Neural quien deberá dialogar con el paciente a fin de que recuerde cada uno de los eventos posiblemente relacionados con su enfermedad, eventos traumáticos, estados emocionales, conflictos personales, pérdidas familiares o

económicas y sobre todo enfatizar en reconocer cuál es la verdadera percepción que tiene con respecto a su actual estado.

REVISIÓN POR SISTEMAS

A través de la revisión de sistemas se logra profundizar en la historia clínica el concepto de integralidad profundizando en los signos y síntomas de cada uno de los aparatos y sistemas del cuerpo con el fin de encontrar datos que contribuyan a este proceso de interrelación y más aún que permitan diferenciar la presencia de otros procesos mórbidos. Se deberá indagar desde los síntomas más inespecíficos hasta aquellos que aportan directamente un valor semiológico notable, por lo tanto el conocimiento profundo de estos datos permitirá lograr un mayor acercamiento al estado actual del paciente.

La división mecánica existente entre la revisión de sistemas y los antecedentes en el diseño de la historia clínica, debe ser entendida como un proceso instrumental que permita la recopilación de datos valiosos para el posterior abordaje, enfatizando en la necesidad de relacionar con la mayor claridad cada uno de los datos expresados a fin de descubrir procesos emergentes y no únicamente su recopilación sin sentido.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Se describirán las patologías que se presenten en los familiares en primer orden de consanguinidad. Investigar: tuberculosis, diabetes mellitus, hipertensión, epilepsia, asma, carcinomas, cardiopatías, hepatopatías, nefropatías, enfermedades endocrinas, mentales, hematológicas, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES

Se debe reconocer la importancia que cada uno de estos eventos ha tenido en la vida del paciente, su forma de interpretación o los significados que puedan tener, enfatizando en la manera en que se presentaron, indagando sobre los conflictos desarrollados a través del proceso hacia la mejoría, curación o empeoramiento, entendiendo la trascendencia que puedan tener en relación al estado actual.

Este registro es fundamental para el reconocimiento de posibles campos interferentes que se constituyen en uno de los pilares de la historia clínica orientada a la Terapia Neural.

PATOLÓGICOS

Registrar las enfermedades que ha presentado desde el nacimiento, anotando la fecha o la antigüedad en que sucedieron. Estas enfermedades pueden revelar la presencia de focos activos, campos interferentes, etc., que pueden reafirmar o priorizar determinadas conductas terapéuticas.

Se pueden preguntar por ejemplo, antecedentes de procesos inflamatorios repetitivos tales como amigdalitis, faringitis, estomatitis, otitis, conjuntivitis, blefaritis, rinitis, gingivitis, infecciones urinarias, etc., enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, artritis, procesos degenerativos, enfermedad cardíaca, alteraciones de la conducción, trastornos en la coagulación, deformidades anatómicas, trastornos emocionales, enfermedades mentales, etc.

QUIRÚRGICOS

Estos procesos pueden en un momento dado comportarse como verdaderos campos interferentes que originan o empeoran la presentación de una enfermedad. Se deben tener en cuenta procesos quirúrgicos que impliquen

resección de tumores, abordajes ortopédicos, cicatrices de material de osteosíntesis, procedimientos diagnósticos, terapéuticos, estéticos y reconstructivos, trasplantes, biopsias, amputaciones, resección parcial o completa de órganos, procedimientos laparoscópicos, cicatrices de heridas quirúrgicas, cesáreas, etc.

TRAUMÁTICOS

Indagar sobre traumatismos de tejidos blandos, traumas cerrados, restricciones al movimiento, aparición de deformidades, dolor o trastornos neurosensoriales en la piel posterior a trauma, fracturas no tratadas o mediante reducción cerrada, microtrauma repetitivo, caídas, mordeduras, etc.

ODONTOLÓGICOS

En esta concepción se debe explorar la cavidad oral a fin de encontrar posibles alteraciones en la mucosa, lengua, amígdalas, paladar y odontones, reconociendo en estos últimos la presencia de caries, gingivitis, cambios de coloración, hipersensibilidad, amalgamas, restos y resecciones radiculares, fistulas, molares incluidos, bolsas, quistes, mala posición dentaria, odontomas, procedimientos reconstructivos, estéticos o funcionales, exodoncia, anodoncia, hipodoncia, periodoncia, endodoncia, etc., que tienen una interpretación diferente puesto que permiten postular alteraciones coherentes con los planteamientos de la Terapia Neural.

FARMACOLÓGICOS

Se debe especificar la medicación recibida identificando nombre, dosis, horario, vía de administración, etc. Preguntar si el paciente toma medicamentos como anticoagulantes que limitarían las técnicas profundas de abordaje, así como el uso de corticoesteroides, anticolinesterasas o derivados de las sulfas por las

interacciones farmacológicas de la procaína y en este último caso por ser un antagonista competitivo del ácido p-aminobenzoico [52]

Aunque en Terapia Neural no se utiliza la prescripción de medicamentos convencionales, su uso se debe soportar según la experiencia del médico tratante, usualmente sin suprimir los medicamentos que le han sido formulados anteriormente. En caso de hacerlo se debe registrar cada uno de los medicamentos en el formato dispuesto para tal fin.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

Es necesario interrogar sobre el conocimiento y uso de otro tipo de terapias alternativas, el problema por el cual acudió, su experiencia, la actual medicación tomada en caso de Homeopatía, Homotoxicología, Esencias Florales, Fitoterapia, Naturismo, suplementos nutricionales, tiempo de uso, dosis, vía de administración, etc.

Preguntar las intervenciones anteriores acerca de la Terapia Neural, tipos de terapia realizada, resultados, reacciones secundarias, anestésico utilizado, etc.

ALÉRGICOS

Registrar los antecedentes de hipersensibilidad ante medicamentos, especialmente anestésicos locales, penicilina procaínica, sulfonamidas, etc., asimismo identificar sustancias nutricionales o ambientales que ocasionan reacciones alérgicas.

TOXICOLÓGICOS

Anotar los antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, uso de sustancias psicoactivas, intoxicación accidental con elementos químicos, contactos

prolongados con sustancias potencialmente tóxicas, etc. En Terapia Neural se consideran eventualmente tóxicos los metales que se utilizan en los procedimientos dentales, conformados por aleaciones de mercurio con plata, cobre, oro y estaño entre otros.

TRANSFUSIONALES

Registrar los antecedentes de transfusiones, indicación, tolerancia, reacciones secundarias, etc.

VACUNACIONES

Anotar los antecedentes de vacunación y sus reacciones clínicas. Preguntar además por la cicatriz aplicada para la prevención de la tuberculosis, la cual podría comportarse como un campo interferente o ser tenida en cuenta como parte de la terapia segmental o a distancia. [102] Aunque la aplicación de rutina de la vacuna contra la viruela finalizó en 1972, todavía es usual encontrar personas con este tipo de cicatriz. [370]

OCUPACIONALES

Describir cada una de las ocupaciones y exposiciones laborales del paciente ya que pueden hacer sospechar el origen de una enfermedad. La exposición al ruido, a la luz intensa, a posturas prolongadas o actividades repetitivas puede provocar lesiones manifestadas en la incapacidad para continuar el desarrollo de un trabajo.

GINECO-OBSTÉTRICOS

Incluir los datos de menarca, características del ciclo menstrual, fecha de última menstruación, vida sexual, método de planificación, ante un embarazo definir la edad gestacional, fecha probable de parto, asistencia a controles prenatales,

número de gestaciones, partos, abortos, cesáreas, hijos vivos, antecedentes de episiotomía, desgarros corregidos, legrados, menopausia, y otros que se consideren necesarios como número de compañeros sexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Consignar los datos propios de citología de cuello uterino y el autoexamen de senos con el fin de incentivar la prevención y detección temprana de estas patologías.

HABITOS DE ALIMENTACIÓN

Preguntar por los hábitos de alimentación, permitiendo describir los alimentos que consume regularmente durante el día, diferenciándolos entre cantidad, calidad, proporción y necesidades.

La Terapia Neural se puede beneficiar de la corrección de ciertos hábitos en las comidas, “Según las condiciones de cada persona hay diferentes tipos de dieta: hay algunos con agua, ayunos con una sola clase de frutas o varias, ayunos con crudos, semicrudos, vegetariano, etc., cada caso individual debe ser manejado por un médico o un experto alternativo en nutrición” [206], una dieta adecuada puede representar grandes beneficios reconocidos así como la prevención de ciertas enfermedades, incluso problemas dentales como la caries. [108]

DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA

Indagar sobre las condiciones en que vive, el número de cuartos, baño, materiales de construcción de la vivienda, techos, servicios públicos, etc. Lograr una descripción de los elementos que posee en su cuarto haciendo énfasis en aquellos que podrían ser causa de alteraciones del comportamiento, sueño, etc. Finalmente permitirle describir el medio ambiente en el cual se desarrolla, presencia de contaminantes ambientales, tráfico aéreo, etc.

CONFORMACIÓN DEL HOGAR

Describir los miembros que conforman la familia nuclear, el parentesco y tipo de relaciones, conflictos, etc. Se puede recurrir al uso de un familiograma para describir los miembros de la familia y sus relaciones.

LUGAR DE TRABAJO

Describir el lugar en donde realiza sus actividades laborales, el cargo ocupado, las relaciones con el personal subalterno y superior, así como los factores ambientales de exposición. Se puede preguntar por las preferencias políticas, por la conformación de clubes, sociedades o participación activa en la comunidad.

EJERCICIO FÍSICO

Describir el tipo de ejercicio desarrollado, la frecuencia, intensidad, calidad, alternativas, limitaciones y preferencias. Preguntar por las actividades desarrolladas a manera de pasatiempo tales como lecturas preferidas, escritura, juegos, cine, teatro, etc.

SIGNOS VITALES Y MEDIDAS CORPORALES

Anotar cada uno de los signos vitales del paciente, así como las medidas corporales, peso, talla e índice de masa corporal. Registrar la percepción de dolor como el quinto signo vital mediante la Escala Visual Analógica EVA con una línea de 0 a 10 para referirse a la ausencia de dolor y al dolor extremo respectivamente, (en niños y casos especiales se puede utilizar diseños diferentes). [364]

INSPECCIÓN GENERAL

Permite dar una primera valoración del estado actual del paciente, en ella se consideran entre otros la marcha, la actitud, la facies y constitución.

EXPLORACIÓN REGIONAL

Se debe hacer de una manera ordenada, generalmente en sentido cefalocaudal para evitar olvidos o pérdida de tiempo en anotar nuevos hallazgos que se hayan pasado por alto desde el inicio, anotando todos los hallazgos positivos al examen físico, se sugiere anotar la no presencia de ciertos signos claves para una mejor interpretación, pero siempre relacionarlos con la posibilidad de estar frente a un campo interferente. Desarrollar apropiadamente las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y maniobras especiales de cada uno de los órganos, segmentos, sistemas y aparatos del cuerpo. Resulta importante explorar minuciosamente los puntos dolorosos, nódulos, alteraciones tróficas, gelosas, retracciones, etc.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La impresión diagnóstica, el diagnóstico clásico definitivo y los diagnósticos relacionados deben ser diligenciados en la historia clínica de acuerdo a la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10, que ha sido adoptada por el gobierno colombiano a través de la resolución 1895 de 2001 del Ministerio de Salud, (actual Ministerio de la Protección Social). [365]

En este código, además de encontrar la clasificación pormenorizada y selectiva de muchas enfermedades, también brinda la posibilidad de codificar procesos no específicos, como por ejemplo se pueden utilizar los códigos desde R00 hasta R69 para referirse a aquellos síntomas, signos y hallazgos clínicos que son

difíciles de clasificar en otra parte y desde los códigos R70 hasta R99 para referirse a los hallazgos anormales de laboratorio no clasificados en otra parte.

POSIBLES DIAGNÓSTICOS EN TERAPIA NEURAL

Si bien es cierto, cualquier parte del organismo podría comportarse como un campo interferente, éste podría incluso asociarse a factores mentales y exógenos.
[102]

Dejando en claro la no linealidad del campo interferente, clásicamente se pueden reconocer algunos ejemplos como las cicatrices, amígdalas, próstata, terreno ginecológico, molares incluidos, caries, cuerpos extraños, prótesis, metales, etc.

Se sugiere anotar posibilidades diagnósticas en Terapia Neural tales como “Campo interferente de origen odontológico”, “Campo interferente en próstata” o “Campo interferente en cicatriz de tiroidectomía”, “Efectos a distancia de un campo interferente en oído”, “Fenómeno en segundos”, etc.

En Terapia Neural, el proceso de aplicación del neuralterapéutico necesariamente responde a un proceso de interrelación de posibles multicausalidades, lo cual es consecuencia de establecer qué tipo de terapia requiere un paciente en un determinado momento, según la interpretación de las posibilidades diagnósticas que el médico ha realizado. Se especifica el concepto de “posibilidades” debido a que éstas “son preguntas que esperan respuesta y que a veces nunca se puede llegar a saber si se debieron al estímulo aplicado”. (PAYAN, J. Comunicación personal, 6 de mayo de 2010).

INTERPRETACIÓN

En esta interpretación se emite un concepto integral que reúne cada uno de los datos hasta ahora registrados y que llevan a entender que el estado actual del

paciente puede constituirse en una propiedad emergente posiblemente resultante de multicausalidades que requieren de una conducta terapéutica individualizada y a la vez integradora.

En Terapia Neural se encuentran algunos ejemplos del llamado diagnóstico genuino a manera de interpretación, por ejemplo: “molestias en abdomen superior derecho debidas en primera instancia a las amígdalas, luego a la cicatriz de la amigdalectomía y en acoplamiento con todo esto dolores en terreno del segundo ramal del trigémino a ambos lados provenientes de una de granada en el muslo superior”, o “Síndrome cervical o neuralgia del trigémino debido a interferencia emanada de una cicatriz de apendicectomía”, o “molestias circulatorias y de la sensibilidad producidas por el campo interferente oído”. [102]

“Esta interpretación se da a manera de posibilidad, sin establecer causalidades lineales o certidumbres, sin olvidar la singularidad del paciente y la subjetividad de la consulta” (PAYAN, J. Comunicación personal, 6 de mayo de 2010).

PLAN

Entendida la Terapia Neural como una Terapia de la integración, se debe establecer un plan que además de tener en cuenta los procesos técnicos de la aplicación, involucre un plan diagnóstico, de educación y seguimiento.

PLAN DIAGNÓSTICO

Especificar los exámenes paraclínicos, ayudas diagnósticas, pruebas de sensibilidad o interconsultas necesarias para aclarar el diagnóstico.

PLAN TERAPÉUTICO

Especificar anatómicamente las áreas en las que se va a aplicar el neuralterapéutico, así como su profundidad ya sea que se trate de una aplicación local, segmentaria, ganglionar, intravascular, perivascular, de campos de interferencia, articulares, plexos y otras aplicaciones especiales. La descripción del procedimiento realizado se debe registrar en el formato diseñado para tal fin.

Si se utiliza o se requiere otro tipo de terapias como medicamentos convencionales terapia de nutrición, terapia física, terapia respiratoria, terapia psicológica o de lenguaje, etc., éstas deben estar registradas adecuadamente en la historia clínica, igualmente no olvidar describir los métodos alternativos y complementarios utilizados como acupuntura, auriculopuntura, homeopatía, esencias florales, osteopatía, etc. [1,102,255-258,366,367]

PLAN DE EDUCACIÓN

Informar y explicar las actividades que se desarrollan durante la consulta, los resultados esperados y las posibles manifestaciones secundarias del procedimiento, síntomas de empeoramiento y signos de alarma. Se deben resolver las dudas presentadas y fomentar las actividades de promoción y prevención de la salud y la enfermedad.

PLAN DE SEGUIMIENTO

Anotar las fechas en que se realizarán los controles de la enfermedad y aplicaciones terapéuticas.

INTERCONSULTA

Registrar la especialidad o el tipo de terapia que se requiere y su justificación.

OBSERVACIONES

Anotar los sucesos o eventualidades que por sus características no puedan ser registradas dentro de ninguno de los anteriores ítems.

ANEXOS

Utilizar, identificar y registrar oportunamente cada uno de los formatos que se requieran como complemento de la información de la historia clínica.

HOJA DE EVOLUCIÓN

Registrar los cambios desarrollados desde la última valoración, retomando eventos y circunstancias que pudieran revelar información importante. De igual manera se deben registrar los diagnósticos CIE-10 y de Terapia Neural, la interpretación actual, y el plan de diagnóstico, tratamiento, educación y seguimiento así como la descripción de los procedimientos que se practiquen en cada sesión.

RESULTADOS DE LABORATORIO Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Consignar ordenadamente el nombre del examen paraclínico o la imagen diagnóstica, la fecha de realización y notificación, los resultados y las observaciones correspondientes.

INFORME DE INTERCONSULTAS

Registrar el nombre del servicio consultado, la fecha y el informe respectivo.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Realizar la descripción técnica de cada uno de los procedimientos realizados, especificando el nombre del procedimiento, área de infiltración, tipo de abordaje, profundidad, orientación, regiones anatómicas de referencia, práctica de asepsia y/o antisepsia, precauciones tomadas, hallazgos, efectos esperados, fenómeno en segundos, reacciones secundarias, dificultades y/o complicaciones. Identificar además el nombre de los medicamentos utilizados, concentración, dosis, longitud y calibre de aguja, etc.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Identificar de forma cronológica cada uno de los abordajes terapéuticos desarrollados junto con las observaciones del caso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Informar, explicar y educar acerca de las necesidades, beneficios esperados, molestias previsibles o probables, riesgos generales y particulares, alternativas al tratamiento y efectos esperados en caso de no hacer el procedimiento utilizando un lenguaje apropiado, sencillo y comprensible.

Firmar y hacer firmar el consentimiento informado por parte del paciente o su representante legal (si se necesitara) y un testigo. Se recomienda realizar un documento único para cada procedimiento.

DIAGRAMAS

Utilizar los esquemas que se crean convenientes para localizar las áreas en que se han realizado infiltraciones especialmente de terapia local o segmentaria.

5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Realizar el diseño de un modelo de historia clínica para un área específica de la medicina alternativa como lo es la Terapia Neural, implica la búsqueda de conceptos en varias disciplinas que puedan reflejar su pensamiento, la mayoría de ellas orientadas bajo los preceptos modernos que abogan por el cambio del paradigma mecanicista a uno que sea capaz de entender que los procesos en los seres vivos resultan de interrelaciones complejas difíciles y hasta imposibles de cuantificar en su totalidad.

Diversas áreas de la medicina alternativa han adoptado conceptos nacidos en otras ciencias, la Terapia Neural no ha sido ajena a este proceso, utilizando en particular conceptos filosóficos originados por ejemplo, en el paradigma de la complejidad, la teoría de sistemas y los procesos emergentes, actualmente profundizados por terapeutas europeos como Lorenz Fischer o Hans Barop y en Colombia especialmente referenciados por el Doctor Julio César Payán.

Por consiguiente, la elaboración de este diseño busca reflejar el compromiso con estos conceptos, puesto que la sola recopilación de datos en nada se diferenciaría de la historia clínica tradicional sino se tuviera en cuenta los fundamentos planteados a lo largo de este trabajo. Cada uno de los elementos incorporados en la historia clínica será importante siempre y cuando se entiendan como las partes de un sistema que requieren de un constante proceso de interrelación a fin de reconocer los procesos emergentes, en este caso, la forma de enfermar de cada paciente.

Esto necesariamente involucra la existencia de un proceso de interpretación, sin el cual el médico no podría definir una conducta terapéutica coherente con los conceptos de la Terapia Neural.

La integralidad en la historia clínica debe ser el reflejo de esta interpretación, la división propuesta en el diseño obedece en gran medida a la necesidad del registro de datos y a la facilidad para su ubicación, entendiendo que cada uno de ellos no puede encerrar la verdad completa, ni siquiera en la suma de elementos sino en la percepción de la totalidad, lo cual caracteriza a los procesos emergentes.

Muy seguramente la funcionalidad del diseño obedecerá a la disponibilidad del tiempo de la consulta, una historia de vida tal y como se desea plantear necesitaría incluso muchos más datos de los que se podrían formular, en este diseño se permite flexibilizar la adición o eliminación de espacios según lo establezca el terapeuta, siempre y cuando se acojan a la reglamentación y a las necesidades de la práctica.

La división por segmentos en el diseño permitirá realizar investigaciones de diferentes tipos, obteniendo datos directos que permitan un tipo de estudio cuantitativo, pero igualmente en donde se pueda realizar la descripción de datos subjetivos incluido el proceso de interpretación mediante un estudio cualitativo.

El impedir la sistematización de datos sería negar la posibilidad de la cuantificación, prefiriendo únicamente la descripción de procesos, lo que estaría en contra de las características de integralidad y funcionalidad de la historia clínica.

Cuando se identifica claramente los datos referidos por el paciente, se garantiza el reconocimiento a su individualidad, comprendiendo lo singular en la forma de enfermar de cada persona puesto que es un ser único e irrepetible.

El diseño de la historia clínica permite dar seguridad al paciente, al profesional y a las entidades supervisoras acerca del proceso desarrollado en el acto médico al tener en cuenta los principios de la Bioética como la no maleficencia, la

beneficencia, la autonomía y la justicia. El registro de los datos originados en la consulta brinda seguridad acerca de los criterios que se tuvieron en cuenta para realizar un procedimiento. Esta característica es inherente al proceso de reglamentación colombiana que se abordó plenamente en el desarrollo de este trabajo.

El diseño de la historia clínica es pertinente. El rechazo hacia la sistematización, se consideraría como un rechazo hacia otras formas de pensamiento y análisis, lo cual es contrario a la visión integral u holística de la medicina alternativa, la cual a su vez pretende encontrar caminos comunes o complementarios que permitan un abordaje multidisciplinario para cada uno de los pacientes.

El mantenimiento de una secuencia dentro del diseño puede resultar aparentemente mecánico, por lo que la interrelación de datos debe realizarse en el momento mismo del registro, culminando en el proceso de interpretación del proceso emergente, lo cual lo diferenciaría de una racionalidad de este tipo. Esto se logra con el conocimiento previo de la terapia, sus conceptos y fundamentos responderán necesariamente al proceso de interpretación del terapeuta.

El cumplimiento de la reglamentación colombiana garantiza que las demás características de la historia clínica se puedan cumplir, el diseño no pretende juzgar las normas que le rigen puesto que no es uno de los objetivos del trabajo, en cambio se adapta a ellas para brindar seguridad y confianza a cada uno de los participantes de la consulta.

La utilidad del diseño de la historia clínica va de la mano con el cumplimiento de las necesidades que plantea la Terapia Neural, éstas propenden por el establecimiento de sus conceptos dentro del diseño, lo cual se puede lograr con la interrelación de cada uno de los datos registrados entendidos como parte de un proceso emergente. Este pensamiento se lograra a lo largo de la descripción de

los eventos narrados por el paciente y tendrán su mayor importancia en el espacio dado para la interpretación del proceso.

Los elementos sugeridos por los docentes para ser agregados dentro del diseño, responden a las características planteadas dentro de la valoración y no son contrarios a ningún concepto, de tal manera, se estima apropiado agregar el grupo sanguíneo dentro de los datos de identificación del paciente debido a su relación con las dietas recomendadas como parte del plan terapéutico. Asimismo, se considera conveniente agregar un espacio para la realización del familiograma, el cual implica un mejor reconocimiento del lugar ocupado por el paciente, así como sus relaciones con los miembros de la familia.

Cuando existan casos de especial interés o extraordinarios, éstos podrán ser descritos dentro del espacio correspondiente a las observaciones. Resulta importante conocer la satisfacción del paciente con respecto a las terapias practicadas con anterioridad lo cual se deberá realizar en la hoja de evolución.

La eliminación de elementos del diseño de la historia clínica no se ha planteado de forma específica para alguno de ellos, se recomendó eliminar aquellos elementos que pueden volverla rígida y que no permitan reconocer las relaciones entre los datos, sin embargo, es necesario repetir que los elementos formulados dentro del diseño no deben ser interpretados por sí solos, para ello se precisa recurrir a la guía sobre su diligenciamiento y, principalmente, el reconocimiento de las relaciones entre los elementos dependerá exclusivamente del médico quien establecerá los niveles de información que éstos brindan a manera de subsistemas y sistemas que confluirán en los procesos emergentes.

6 CONCLUSIONES

Una vez finalizado el proceso de investigación, se requirió la verificación sobre el cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos, logrando establecer que existió una adecuada correspondencia entre su formulación y los planteamientos temáticos que se abordaron durante el proceso.

Por consiguiente el desarrollo de la pregunta de investigación hizo posible definir varias conclusiones:

6.1 VERIFICACIÓN Y CONCLUSIONES CON RESPECTO A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En Colombia existe una reglamentación clara con respecto a la formulación, desarrollo y diligenciamiento de la historia clínica, enmarcada principalmente por la resolución 1995 de 1999, así como también por varios conceptos inherentes al derecho a la salud, a la información e incluso en donde se describe la penalización de determinadas conductas médicas que violan los postulados del Código de Ética colombiano.

El cumplimiento de estas normas es fundamental para garantizar un adecuado desarrollo del acto médico guiado por cada uno de los datos registrados en la historia clínica que permiten entender el actual estado de enfermedad de un paciente y su posterior conducta terapéutica.

Es preciso definir la impresión diagnóstica, diagnóstico inicial, confirmado o secundario por medio del Código Internacional de Enfermedades CIE-10.

En la historia clínica orientada a la Terapia Neural se pueden implementar todos los espacios de información que se consideren necesarios para lograr un mayor entendimiento acerca de las conductas tomadas por el médico con respecto a un paciente en particular.

Se definió como legal y necesaria la adopción de anexos que permitan registrar adecuadamente otros datos inherentes a la consulta y que se utilizan en las historias clínicas convencionales, tales como las hojas de evolución, interconsulta, descripción de procedimientos, hoja de procedimientos realizados, informe de ayudas diagnósticas, resultados de exámenes de laboratorio y consentimiento informado.

Los planteamientos teóricos de la Terapia Neural son multidisciplinarios, ninguna disciplina puede explicar sus conceptos totalmente ni aisladamente, éstos se fundamentan en el paradigma de la complejidad y las propiedades emergentes resultantes de las inter- transrrelaciones de los sistemas biológicos, lo cual permite reconocer el acto médico como aquella interacción entre el paciente, el médico y su entorno, recordando necesariamente la multidimensionalidad de la consulta.

Los conceptos de la Terapia Neural se apoyan en los descubrimientos referidos inicialmente por Shleich, Leriche, Spiess y los hermanos Huneke, así como por las investigaciones realizadas por Speransky y Pischinger, entre otros. Los aportes iniciales acerca de los campos de interferencia, la terapia segmental, los efectos a distancia o el fenómeno en segundos necesitan ser revisados, investigados y posiblemente reformulados.

La investigación sobre el contexto histórico de la historia clínica y de la Terapia Neural permitió identificar una nueva y valiosa información al respecto, logrando incorporar conceptos de diferentes áreas que se identificaron con los planteamientos filosóficos de ésta terapia.

La realización del diseño inicial de la historia clínica permitió reconocer su importancia como documento legal y administrativo además de constituirse en una ayuda importante en el proceso pedagógico para el desarrollo de esta terapia en las instituciones de educación superior.

La evaluación del diseño inicial por parte de docentes expertos en Terapia Neural, permitió reconocer el cumplimiento de cada una de sus características y la necesidad de su realización.

6.2 VERIFICACIÓN Y CONCLUSIONES CON RESPECTO AL OBJETIVO GENERAL

El diseño final del modelo de historia clínica orientado a la Terapia Neural se rige por los reglamentos colombianos, respetando las normas sobre el registro de los datos específicos del paciente, la ética y la seguridad de cada uno de los actos médicos concernientes a la práctica de este tipo de medicina.

El diseño debe respetar los conceptos inherentes a la Terapia Neural, para lo cual es preciso realizar una adecuada consignación de los datos así como la descripción del proceso de interpretación que permite reconocer el pensamiento del médico en torno a la conducta decidida en cada caso.

El diseño de la historia clínica no es un modelo arbitrario ni de estricto seguimiento, una de sus características es la de permitir la flexibilidad en la adopción de espacios especiales que permitan una mejor aproximación al propósito de la Terapia Neural, en él se pueden realizar los cambios que se consideren necesarios siempre y cuando cumplan con los requisitos de la terapia y la reglamentación en Colombia.

En este diseño se agregaron espacios importantes, tales como el grupo sanguíneo, antecedentes de terapias alternativas, antecedentes ginecoobstétricos especiales, odontológicos y no patológicos como los hábitos de alimentación, descripción del lugar de residencia, núcleo familiar, familiograma, lugar de trabajo, relaciones interpersonales, ejercicio físico y pasatiempos. También se adoptó la escala de valoración analógica del dolor como quinto signo vital y se generaron

dos espacios especiales para las posibilidades diagnósticas en Terapia Neural y su respectiva interpretación así como la utilización de diagramas y anexos.

Los parámetros de la historia clínica son similares a los de la historia convencional, su mayor diferencia radica en los fundamentos propios de la medicina alternativa y en el cambio de paradigma, en particular de la Terapia Neural, en el cual la interrelación de cada uno de los datos registrados permitirán reconocerlos como partes de un proceso emergente llamado enfermedad en un sentido individual e irrepetible para cada enfermo.

El papel del médico debe ser integral y multidisciplinario, estudiando en conjunto cada una de las variables que puedan influir en el paciente, en la consulta y aún en él mismo, sin desechar ninguna posibilidad, siempre abierto al diálogo entre paradigmas, puesto que considera la existencia de múltiples caminos convencionales, alternativos y complementarios para ejercer una sola medicina.

6.3 APORTES ORIGINALES

Este trabajo se considera único ya que no se identificaron trabajos anteriores y similares en la misma línea de investigación.

En este trabajo se hacen varios aportes conceptuales de diferentes disciplinas inherentes a los planteamientos de la Terapia Neural y que no se encuentran referenciados en textos propios de esta disciplina.

Se investigaron los parámetros reglamentarios necesarios para el registro de los datos específicos en Terapia Neural.

Se construyó un modelo de historia clínica que se constituyera en el primer paso para el registro de datos de este tipo en los diferentes niveles de atención médica.

Se tuvo en cuenta las diferentes formulaciones de la medicina convencional y alternativa.

Se estableció la necesidad de implementar espacios propios para el desarrollo de esta disciplina, tales como el diagnóstico en Terapia Neural y su interpretación.

7 RECOMENDACIONES

Este diseño no debe ser tomado arbitrariamente, la flexibilidad de la historia clínica debe ser una de sus principales características.

Se requiere realizar foros y nuevas investigaciones acerca de las características y necesidades de la historia clínica, dependientes en gran parte del número de especialistas que cumplan con los requisitos que se establezcan en los procesos de investigación.

Se recomienda hacer estudios piloto acerca de la funcionalidad del diseño, teniendo en cuenta el tiempo destinado a una consulta regular de medicina alternativa.

Se requieren mayores investigaciones acerca de los conceptos y fundamentos de la Terapia Neural.

Los estudios de investigación cuantitativos, cualitativos y mixtos deben considerar la utilización de un modelo de historia clínica similar al propuesto en esta investigación, en donde se pueda reconocer el papel de la multidisciplinariedad en la enfermedad.

Se deberían realizar trabajos encaminados a la investigación y formulación de nuevos códigos de clasificación para las enfermedades descritas en los conceptos de la Terapia Neural y de otras disciplinas de la medicina alternativa.

Una vez dispuesto y aprobado el diseño de historia clínica se podrían presentar herramientas informáticas y de software que disminuyan los tiempos de diligenciamiento permitiendo mayor eficiencia en la recolección de datos.

Se recomienda realizar diseños de historias clínicas orientadas a otro tipo de terapias alternativas y finalmente el diseño de una historia clínica única para la medicina integral o alternativa.

El diseño definitivo debe ser adaptado y utilizado por las instituciones en donde se preste este tipo de servicios incluyendo la consulta particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DUQUE, G; DRUSCHY, E. Conferencia acerca del ganglio cervical superior. En: Congreso Latinoamericano de Medicinas Biológicas. 1975. En: Memorias del Curso de Terapia Neural. Málaga: Academia Europea de Neuropatía, 2008. p 3-6.
2. PARDO, M. P. Egipto, de la prehistoria a los faraones. 1 ed. Madrid: Silex, 2004, p 223.
3. LEFKOWITZ, M. (Ed). Black athena revisited. 1 ed. North Carolina: The University of North Carolina Press, 1996. p 247.
4. DAVID, R. Egyptian Mummies and Modern Science. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. p 187-193.
5. ISIDRO, A; MALGOSA, A. Paleopatología, la enfermedad no escrita. 1 ed. Barcelona: Masson, 2003. p 319.
6. TAGGESELL G, H. Error médico a la luz de la jurisprudencia comentada. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2004. p 24.
7. REVERTE, J. Las Fronteras de la medicina. Límites éticos, científicos y jurídicos. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos. S.A, 1983. p 2.
8. JARAMILLO, A. J. Historia y Filosofía de la Medicina. 1 ed. San José: Universidad de Costa Rica, 2005. p 19-21.
9. BUDRIS, F. Medicina China tradicional. 1 ed. Buenos Aires: Albatrós, 2004. p 8.

10. ESTRUCH, J. Las otras religiones: Minorías religiosas en Cataluña. 2 ed. Cataluña: Icaria, 2007. p 236.
11. LAIN, P. La historia clínica, historia y teoría del relato patográfico. 2 ed. Barcelona: Salvat, 1991. p 3- 630.
12. GLICK, T; STEVEN, J; FAITH, W. (Ed). Medieval science, technology, and medicine. 1 ed. New York: Taylor and Francis group, 2005. p 143-144.
13. FOUCAULT, M. El poder psiquiátrico. 1 ed en español. Madrid: Ed. Akal, 2005. p 193.
14. MORGAGNI. B. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Venecia: Tip. Remondiana, 1761. 548 p.
15. CODMAN, E. A study in hospital efficiency. Boston:Thomas Tood Co. Printers, 1918. En: BARRETO P, J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo, 2000; 1(1):50-5.
16. MIRALLES R. Valoración del daño corporal en el aparato locomotor. 1 ed. Barcelona: Masson, 2001. p 4.
17. ERRASTI, F. Principios de gestión sanitaria. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos S.A, 1997. p 204.
18. WEED, L. Medical records that guide and teach. N. Engl. J. Med. 1968. Mar. 14; 278(11):593-600.
19. BASTIAN, W; STALEY, T. Living fully, dying well. 1 ed. Boulder CO. USA: SoundsTrue, 2009. p 253.
20. SINCHE, E. Historia clínica orientada al problema. MPA e-Journal Med. Fam. & A. 2008. 2. 1, 39-47.

21. PEDRAZA, L. Informática médica. 1 ed. México: McGraw-Hill, 1998. p 10.
22. SOSA, M; OLIVERI, N; GAMBOA, C. *et al.* (Ed). Internet, telematics and health. 1 ed. Burke VA. USA: IOS Press, 1997. p 71.
23. SERNA, A; ORTIZ, O. Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica. 2005. En: BARRIOS GJ, PEREZ F. La historia clínica electrónica en Andalucía. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-ventajas.htm>. Consultado el 14 de octubre de 2009.
24. GUTIERREZ, R. J. Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud. Revista CES Medicina. 2003. vol. 17. p 2.
25. AYDIN, CE; ROSEN, PN; JEWELL, SM; *et al.* Computers in the examining room: the patient's perspective. Proc Annu Symp Comput Appl med Care. 1995; 824-8.
26. SOLOMON, GL; DECHTER. M. Are patients pleased with computer use in the examination room? J. Fam. Pract. Sep, 1995; 4 (3): 241-4.
27. ESTEVEZ L, J; CURIEL H, J. Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: la admisión de enfermos y documentación clínica. 1 ed. Madrid: Médicos, 2003. p 10.
28. CUMPLIDO, M; GONZALEZ, R. Prevención del riesgo en la práctica médica. 1 ed. Córdoba, Argentina: (Ed. desc), 2005. p 344.
29. AGUILAR G, R. Tratado de derecho médico. 1 ed. Caracas: Legis, 2001. p 18-98.

30. MORENO, J. Podología general y biomecánica. 2 ed. Barcelona: Elsevier-Masson, 2009. p 14.
31. RODRIGUEZ A, H. La historia clínica como medio de prueba en los juicios por responsabilidad médica. 2003. Disponible en: http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/la_historia_clinica_como_medio... Consultado el 23 de octubre de 2009.
32. LOPEZ, O. M; GARCIA, T. C; MANRIQUE, B. I. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. Rev. Col. Gastr. 2004.19-1.
33. VASQUEZ, F. Los daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. 1 ed. Argentina: Biblioteca Jurídica, 1993. 223 p.
34. VASQUEZ F, R. La prueba de la culpa médica. 3 ed. Argentina: Hammurabí, 2009. p 131.
35. RENCORET S, G. Auditoria médica: demandas y responsabilidad por negligencias medicas. Rev. Chi. Rad. 2003. 9. (3). 157-160.
36. PERU. COLEGIO MEDICO: Código de ética y deontología. Lima. (n.d). Disponible en: http://www2.cmp.org.pe/doc_norm/codigo_etica_cmp.pdf Consultado el 4 de octubre de 2009.
37. COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981. Bogotá. 1981.
38. COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud. Bogotá. 2006.

39. KERGUELEN B, C. Calidad en salud en Colombia. Los principios. 1 ed. Bogotá: Scripto, 2008. p 39, 223.
40. RUBIO V. H. Manual de historia clínica. 2 ed. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 2004. p 14, 223-224.
41. KRAYTMAN, M. El diagnóstico a través de la historia clínica. 2 ed. Madrid: IDEPSA, 1991. p 53.
42. PIÑEROS C, J. La historia clínica. 1 ed. Bogotá: Impronta Nacional. Universidad Nacional de Colombia, 1954. p 10-19.
43. FUNDACION VALLE DE LILI. Historias Clínicas. Reglamento del Cuerpo Médico. Cap. XI. Cali. 2008. Disponible en: <http://www.valledellili.org> Consultado el 3 de enero de 2010.
44. HERAZO, A. B. Historia clínica única. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1986. p 32-58.
45. LARA, MI; LOPEZ, E; FLOREZ, T. Análisis, evaluación y diseño del sistema de información de historias clínicas de la Facultad de Odontología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1992. p 286.
46. DUQUE F, MARY E. Aspectos legales de la historia clínica: responsabilidad ético-disciplinaria civil y penal del odontólogo. Rev. Odont. Universidad Nacional. 1996. Vol. 20. 1. p 31-35.
47. MARIETAN, H. La historia clínica: conceptos básicos. Rev. Arg. Clín. Neuropsiq. 1991. V. 3. p 47.
48. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Registros médicos e historia clínica. Bogotá. 1983. p 47.

49. CEDIEL A, R. Semiología médica. 4 ed. Bogotá: Celsus, 1996. p 4- 90.
50. SUROS B, J; SUROS B, A. Semiología médica y técnica exploratoria. 8 ed. Masson. Barcelona. 2001. p 10-90.
51. DUQUE R, L; RUBIO V, H. Semiología médica integral. 1 ed. Medellín: Universidad de Antioquia, 2006. p 16-45.
52. KOROLKOVAS, A. Compendio esencial de Química farmacéutica. 1 ed. Barcelona: Reverté, 1983. p 376.
53. IIZASTIGUI, D. F. Nuevo formato de historia clínica para las instituciones hospitalarias del MINSAP. La Habana, 1989. En: BARRETO P, J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo, 2000; 1(1):50-5.
54. GUZMAN, F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. En: GUZMAN, F. El diagnóstico como hipótesis de trabajo. Rev. Col. Neum. 1996; 8 (3): 146-150.
55. MANRIQUE B, J. La responsabilidad médico-legal en ortopedia. Rev. Col. Ort. XVI. No. 3; 2002; 59-61.
56. PARETS G. J. La responsabilidad penal del médico. Rev. Cub. Der. Vol. 2. Jun. 1991. p 84-94.
57. MAYLLE A, L. (pub). Valor médico legal de la historia clínica. Julio 17 de 2006. Lima: (Ed. desc.) Disponible en: <http://lincolnmaylleantaurco.blogspot.com/2006/07/valor-mdico-legal-de-la-historia.h> Consultado el 1 de octubre de 2009.

58. DOSCH, P; DOSCH, M. Manual of neural therapy according to Huneke. Germany: Thieme Verlag, 2007. p 1-129.
59. ESLAVA, J; GUEVARA; O; GOMEZ, P. (Ed.) Semiología quirúrgica. 3 ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1956. p 21-22.
60. BORREL, F. Manual de entrevista clínica. 1 ed. Barcelona: Doyma, 1989. p 81-93.
61. GOLDBERG, H. A Scaled version of the general health questionnaire. Psychol Med. 1979; 9:139.
62. IRENTON, H. A personal inventory. J Fam Pract 1980; 11: 137-140.
63. HUNT, S; MCKENNA S; MCEWEN, J; A quantitative approach to perceived health: Journal of Epidemiology and community Health. 1980; 34: 281-285.
64. PATRIC, L; SITTAMPALAM, Y; SOMERVILLE. *et al.* A cross-cultural comparison of health status values. American Journal of Public Health. 1985; 75(12): 1402-1407.
65. PARKENSON, G; GEHLBACH, S; WAGNER, E. *et al.* The Duke-UNC health profile. An adult health status instrument for primary care. Med Care 1981; 19: 806-823.
66. MILLON, T; MEAGHER, R. The MBHI: a new inventory for the psycho diagnostician in medical settings. Professional Psychology 1979; 10: 529.
67. GOOD, M; SMILKSTEIN G; GOOD, B. *et al.* The Family APGAR index: A study of construct validity. J Fam Pract 1979; 8: 1231.
68. PLESS, I. A measurement of family functioning and its implication. Soc Sci Med 1973; 7:613.
69. MAYFIELD, D; MCLEOD, G; HALL, P. The CAGE questionnaire. Am J Psychiatry 1971; 131: 1121.

70. SELZER, M. Michigan alcoholism screening test. (MAST) preliminary report. *U mlch Med Ctr J* 1968; 34: 143.
71. HOLMES, T. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11 213-218.
72. SPITZER, R; JANET, B; WILLIAMS, D. Entrevista clínica estructurada según DSM-III-R para los trastornos de personalidad. Research Dep. Nueva York, Biometrics research Dep. 1986.
73. ROSENMAN R, BRAND R, JENKINS C. *et al.* Coronary heart disease in the western colaborative group study. *JAMA* 1975.; 233: 872-877.
74. FOLSTEIN, M; FOLSTEIN, S; MCHUGH, R. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric research* 1975; 12: 189-198.
75. HACHINSKY, V; LLIFF, L; ZILLICA, E. *et al.* Cerebral blood flow in dementia. *Archives of neurology* 1975; 32: 632-637.
76. MORINSKY, D; GREEN, L; LEVINE, D. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24: 67-74.
77. HULKA, B. Scale for measurement at attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970; 8(5): 429-435.
78. STEWART, M; DUNN, B; JANET, M *et al.* Development of the diabetes knowledge (DKN) scales: forms DKNA and DKNC. *Diabetes Care* 1984; 7: 36-41.
79. ARES, Y; CAMPO, R; SIERRA, J. *et al.* El consentimiento Informado. *Arch Cir GenDig*.2005.Ago.08.Disponible en:

[http:// www.cirugest.com/htm/revista/2005/18/2005-08-08.htm](http://www.cirugest.com/htm/revista/2005/18/2005-08-08.htm). Consultado el 18 de abril de 2010.

80. VARGA, A. Guía de series documentales. historias clínicas. documento 2. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004. p 1-10. .Disponible en: <http://www2.unalmed.edu.co/archivo/documentos/Estudio%20sobre%20Historias%20clínicas%20N%202.doc> Consultado el 22 de noviembre de 2009.
81. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Primeros Magister en Medicina Alternativa. Agencia de Noticias. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, septiembre 29 de 2009. Disponible en <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co>. Consultado el 12 de octubre de 2009.
82. NAVARRO, E; BELTRAN, I. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13 ed. Barcelona: Masson, 1992. p 1319.
83. JORNET, J. Malpraxis. Aspectos legales en la relación médico-enfermo. Barcelona: Ancora, 1991. 162 p.
84. SANCHEZ, O. G. La historia clínica como requisito y prueba profesional del médico. En: Primeras jornadas de derecho médico. Cuadernos jurídicos # 2 Universidad Central de Chile. 2000. p 81-84.
85. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 23 de 1981. Código de ética médica. Bogotá. 1981.
86. ALVAREZ, H. F. Auditoria médica y epidemiológica. 1 ed. Bogotá: Ecoe, 2009. p 22, 226.
87. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. Tomo I. 21 Ed. Madrid. 1.994. p 743.
88. FERGUSSON, G. Esquema crítico de la medicina en Colombia. 1ed. Bogotá: CIEC, 1979. p 75.

89. MALAGON L. Auditoría en salud. 1 ed. Bogotá: Panamericana, 1998. p 362.
90. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá. 1999.
91. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2006.
92. ENCUENTRO MUNDIAL DE TERAPIA NEURAL Y ODONTOLOGIA NEUROFOCAL. Declaración Colombia. Bogotá. 2003. Disponible en <http://www.terapianeural.com> Consultado el 16 de octubre de 2009.
93. KOPPERT, W. Low dose lidocaine reduces secondary hyperalgesia by central mode action. Pain 2000; 85(1-2): 217-24.
94. ZOHMANN A. Basis and use of neural therapy in diagnosis and treatment. Schweiz Erch. Tierheikd. 1997; 139(3): 117-25.
95. PIÑEROS C, J. Texto básico de acupuntura y procedimientos asociados. 1 ed. Bogotá: Fedicor, 1991. p 25-27.
96. VOLL, R. Interrelations of odontons and Tonsils to Organs, fields of disturbance and tissue systems. 4 Ed. Uelzen - Alemania: M.L.Verlag, 1978. p 9-173.
97. VOLL, R. Dientes y sus relaciones con todo el organismo. Duque, G. (trad). Popayán: Los Robles, 1975. p.167-185.
98. KAUFFMAN, A. The Origins of order: Self srganization and selection in evolution. New York: Oxford University Press, 1993. p 51-237.

99. VON FOERSTER, H. Bases epistemológicas. En: IBAÑEZ, J. Nuevos avances en la investigación social. La investigación de segundo orden. Suplementos. Barcelona: Anthropos 22, 1990. p 146.
100. MORIN, E. Le besoin d'une pensée complexe. Hors series de magazine littéraire. Paris. N° 349. 1996. p 125.
101. KHUN, T. La Estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de cultura económica, 1975. p 13.
102. DOSCH, P. Libro de la enseñanza de la terapia neural según Huneke (terapia procainica). Vol. 3. 5 ed. Bogotá: Fedicor, 2001. p. 1-180.
103. SPERANSKY, A. D. Bases para una nueva teoría de la medicina. 1 ed. Buenos Aires: Psique, 1954. p 157-447.
104. SONNEBORN, R. Sinopsis histórica del trauma. Rev Chi Cir Vol. 49.N° 5. Oct. 1997. p 589.
105. SQUER, E, G. Perú: incidents of travel and exploration in the land of the incas. 3 ed. London: MacMillan and Co, 1877. 599 p. En: GUERRA, F. La Medicina Precolombina. 1 ed. Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica. ICI. 1990. p 16.
106. BROCA, P. Cas singular de trepanation chez les Incas. Bulletin de la société d'Anthropologie. 2 ed. 2: 403-408. 1867. En: GUERRA, F. La Medicina Precolombina. 1 ed. Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica. ICI. 1990. p 16.
107. COSTARINO, A.T. (Ed). Acupuntura en el periodo preoperatorio. Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica. Vol. 23. N° 4. 13 ed. española. Barcelona: Masson, 2005. p 605.

108. ADLER, E. Enfermedades generales causadas por campos de irritación. 3 ed. Germany: Verlag Fur Medicin, 1983. p 22, 96, 117.
109. RING, M. E. Historia ilustrada de la Odontología. Barcelona: Mosby / Doyma, p 39-42,117-125. En: OSORIO D, Y. Odontología neurofocal. "Otra racionalidad". Rev. Fed. Odont. Col. Vol. 65. Marzo-Junio 2003. p 3.
110. BEJARANO, P. El manejo del dolor en Colombia, un viaje con la analgesia a través de los tiempos hasta la Algesiología o medicina del dolor. Comunicación personal. 1999. En: ORTICOECHEA, A. M, *et al.* Arqueología - Medicina- Curanderismo. A propósito de la colección Orticochea. 1 ed. Bogotá: Amprey Nova Medical. S.A, 2005. p 57-73.
111. DE AGUADO, F. P. Recopilación historial. Academia colombiana de la historia. Biblioteca de Historia Nacional. Vol. V. Bogotá: Imprenta Nacional.1906. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academ24360-medicinaprecolombina3.htm> Consultado el 14 de noviembre de 2009.
112. ORTICOECHEA, A. M, *et al.* Arqueología - Medicina- Curanderismo. A propósito de la colección Orticochea. 1 ed. Bogotá: Amprey Nova Medical. S.A, 2005. p 33.
113. NUÑEZ O, E. El dolor en la historia de la medicina. Temas médicos, T. XIV. Academia Nacional de Medicina. 1992. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academ24360-medicinaprecolombina3.htm> Consultado el 16 de noviembre de 2009.
114. CASTELLANOS, J. Elegías de varones ilustres de Indias. Tomo IV. Biblioteca de la Presidencia de Colombia. Bogotá: Ed. ABC, 1955. p 154.

115. GALVANI, C. Reportaje: La rana venenosa del árbol trae esperanza a la comunidad indígena en el Amazonas. Tropical rainforest conservation. 19 de marzo de 2007. Disponible en: <http://www.medicinakambo.cl> Consultado el 23 de noviembre de 2009.
116. BRANDT, J; MACKAVEY, W. International Journal of Neuroscience. 12: 87-94. En: McMANUS, C. Mano derecha, mano izquierda. Los orígenes de la asimetría en los cerebros, cuerpos, átomos y culturas. Barcelona: Ed. de Intervención Cultural, 2002. p 170.
117. TORRES, L. M. Tratado de anestesia y reanimación. Tomo II. 1 ed. Madrid: Arán, 2001. p 1687.
118. ROSENTHAL, M. A clinical treatise on the diseases of the nervous system. Vol. 2. New York: Wood. 1879. p 215.
119. PAYAN, J. C. Antecedentes históricos del nervismo. En: Memorias. Postgrado de terapia neural según Huneke. Bogotá. 2009.
120. BORODULIN, L; CORSON, S. Botkin and the neurogenic theory of medicine. science. Vol. 125. Issue 3237, p. 75-77.
121. BARASH, P. Clinical anesthesia. 6 ed. Philadelphia: LWW, 2009. p 14-15.
122. BIRKLEIN, F; HANDWERKER, HO. Síndrome doloroso regional complejo. Una manera de resolver la complejidad. Pain 2001; 94: 1-6.
123. HARDEN, RN. Complex regional pain syndrome. Br J Anaesth 2001; 87: 99-106.

124. ALLEN G; GARLER B; SACHWARTZ L. Epidemiología del síndrome de dolor regional complejo. Revisión retrospectiva de 134 pacientes. Pain. 1999; 80: 539-44.
125. DIAZ, PA; PLANCARTE R; TAMAYO AC. Síndrome doloroso regional complejo. Estado actual. Ciruj. 2004; 72: 225-38.
126. KARCH, S. B. Karch's pathology of drug abuse. 4 ed. Boca Raton: CRC Press, 2009. p 10.
127. OCHS, S. A history of nerve functions: from animal spirits to molecular mechanisms. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. p 185.
128. GARCIA V. L; RODRIGUEZ, D. S. Historia de la Psicología rusa III. La Psicología rusa: reflexología y Psicología. 1 ed. Siglo XXI de España. Madrid. 1993. p 4-7.
129. FROLOV, Y. P. Pavlov and his school: The theory of conditioned reflexes. C. P. Paul (trad). London: Trench, Trubner, 1938. p 9.
130. SECHENOV, I. M. Classics in Psychology: biographical sketch and essays. 1935. Reprinted ed. 1973. Moscow-Leningrado: Arno Press, 1973. p. i.
131. ANZIEU, D. El autoanálisis de Freud. Vol. 1. 6. Ed. México D.F: Siglo XXI, 2004. p 68.
132. PAVLOV, I. P. Los reflejos condicionados aplicados a la Psicopatología y Psiquiatría. 2 ed. Montevideo: Pueblos Unidos, 1960. p 129-174.
133. BADIA S, A. Farmacología ocular. 2 ed. Catalunya: Universitat Politècnica de Catalunya, 2002. p 162.

134. RING, F. Cocaine and its fascinations, from a personal experience. Medical Record 32. September 3, 1887: 274.
135. SUSSMANN, D. J. Acupuntura: teoría y práctica. 1 Ed. Buenos Aires: Kier, 2007. p 10, 88.
136. QUAIN, J. Quain's elements of Anatomy, Vol. 3, Part 2. 11. ed. England: Sharpey-Schäfer Symington (Ed). 1909. p 132.
137. RAMON Y CAJAL, S. Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados. Tomo I. Madrid: N Moya, 1899. p 2-120.
138. MARTINA JF. Síndrome doloroso regional complejo tipo I. Medunab. 2001; 4: 1-7.
139. MANNING, DC. Reflex sympathetic dystrophy, sympathetically maintained pain, and complex regional pain syndrome: diagnosis of inclusion, exclusion or confusion? Journal of Hand Ther 2000; 13: 260-8.
140. GARRIDO, B. Síndrome doloroso regional complejo. Un acercamiento entre fisiopatología y terapéutica. Narón. (La Coruña), mayo 2005. Rev. Soc. Esp. Dolor v.12 n.4.p 227-234.
140. VILLAVERDE, J. Tratado didáctico de auriculomedicina. 1 ed. Madrid: Mandala, 2004. p 187.
141. LIBERSON, W.T. Recent advances in russian neurophysiology. Annual Review of Physiology. March 1957. Vol. 19: 557-588.
142. PRINZ, H. Dental materia médica and therapeutics: with special reference to the rational application of remedial measures to dental diseases. 5 ed. St Louis. Missouri. The CV. Mosby Company, 1926. p 311.

143. RATHER, L. A commentary on the medical writings of Rudolf Virchow: based on Schwalbe's Virchow- bibliographie. San Francisco. California: Norman Publishing, 1990. p 101.
144. CORTES, J. Historia de la anestesia en España: 1847-1940. 1 ed. Madrid: Arán, 2005. p 193.
145. BENNETT, M. History of the synapse. 1 ed. Amsterdam: Overseas Publishers Association, 2001. p 27.
146. KYLE, R; SHAMPO, M. (Ed). Medicine and stamps. Chicago: American Medical Association, 1970. p 197.
147. MURIEL, C. Dolor crónico. Diagnóstico, clínica y tratamiento. 1 ed. Madrid: Arán, 2007. p 349.
148. CHAITOW, L P. Aplicación clínica de técnicas neuromusculares: Parte superior del cuerpo. 2 ed. Madrid: Elsevier, 2009. p 98.
149. DURANTE, A; MARTINEZ, J. Cirugía Odontomaxilar.1 ed. Buenos Aires: Ediar, 1946. p 199.
150. AYALA, J. O. Fenómenos exofocales, sistema nervioso y Terapia Neural. Grupo de Neurociencias y Comportamiento. Departamento de Ciencias Básicas. Universidad Industrial de Santander. En: Memorias del Encuentro Mundial de Terapia Neural y Odontología Neurofocal. Bogota. 2003. Disponible en: www.terapianeural.com Consultado el 10 de noviembre de 2009.
151. HARA, H; HARADA, K; SUKAMOTO, T. Chronological atrophy after transient middle cerebral artery occlusion in rats. Brain Res; 1993, 618:251-260.

152. BUCKREIMER-RATZMAN, L; HAGEMANN, G; WITTE, O. Electrophysiological transcortical diaschisis after cortical photothrombosis in rat brain. *Stroke*; 1996, 27:1105 - 1111.
153. WITTE OW, STOLL G. Delayed and remote effects of focal cortical infarctions: secondary damage and reactive plasticity. *Avd. Neurol*; 1997, 73: 207-227.
154. POTTENGER, F. Symptoms of Visceral Disease: A Study of the Vegetative Nervous System in Its Relationship to Clinical Medicine. *J Am Med Assoc*. 1939; 112(4):361.
155. KUNTZ, A. The autonomic nervous system. 3 ed. Philadelphia: Lea-Febriger, 1945. p 444.
156. ROGERS, M; TINKER, H; COVINO B. *et al* (Eds). Principles and practice of anesthesiology. Vol 1. St. Louis, MO. USA: Mosby, 1993. p 1416.
157. CANGUILHEM, G. Lo normal y lo patológico. 8 Ed. México. D.F: Siglo XXI, 2005. p 164.
158. DOSCH, P. Manual of Neural Therapy according to Huneke (regulating Therapy with Local Anesthetics). 1 English Ed. Heidelberg, Germany: Karl F Haug Publishers, 1984. p 335.
159. HUNEKE, F. Unbekannte fernwirkung der Neuraltherapie. *Die medizinische Welt* 1928; 27: 1013-4.
160. MOESCHLIN, S. Therapie-Fibel der inneren Medizin fur Klinik und Praxis. 2 ed. Stuttgart: G.Thieme, 1965. p 401.

161. LERICHE, R. La chirurgie de la douleur. Ed. Masson. Paris: 1949. En: VILLAVERDE, J. Tratado didáctico de auriculomedicina. 1 ed. Madrid: Mandala, 2004. p 185.
162. PIRES, A. Tratado de las enfermedades del pie del caballo. 1 ed. Buenos Aires: Guillermo Kraft, 1949. p 350.
163. PRIETO, J. C. Terapia Neural en animales domésticos. A propósito de 2 casos. Publicado el 10 de julio de 2006. Disponible en http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&task=view&id=122&Itemid=26 Consultado el 2 de febrero de 2010.
164. PLAJOTIN, M. Manual de Cirugía veterinaria. Moscú: Ed. Mir, 1987. En VILLAVERDE, J. Tratado didáctico de auriculomedicina. 1 ed. Madrid: Mandala, 2004. p 188.
165. BAROP, H. Lehrbuch und Atlas Neuraltherapie nach Huneke. 1 ed. Stuttgart: Hippokrates, 1996. p 9.
166. HOMENAJE AL EMINENTE ODONTÓLOGO DR. ERNEST ADLER. Por su investigación sobre la relación existente entre la dentadura y la salud. (n.d). en http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:S9JCy2_IXfQJ:www.terapia-neural-dental-adler.com/Arxius_PDF/Adler_Curriculum.pdf+ERNEST+ADLER+LIBRO+EDITORIAL&hl=es&gl=co&sig=AHIEtbSytvjh9iPtkljYw9iubKN0LYom3g Consultado el 10 de noviembre de 2009.
167. HANSEN, K; STAA, V; SCHLIAK, H. Reflektorische und algetische Krankheitszeichen der inneren Organe, Segmentale Innervation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1938-1962. p. 1-215.

168. PFEIFER, B; PREIB, J; UNGER, C. (Ed). Onkologie integrativ: Konventionelle und komplementäre Therapie. Munchen: Elsevier. Urban and Fischer, 2006. p 350.
169. HUNEKE, F. Sekundenphänomen und Chirurgie. Therapiewoche. 1955; 5: 286-94.
170. HUNEKE, F. Neuraltherapie, Sekundenphänomen und Chirurgie. Allgemeine Therapeutik. 1956; 27 (21): 675-82.
171. HUNEKE, F. Das Sekundenphänomen in der Heilkunde. Therapiewoche. 1957; 7: 145-51.
172. HUNEKE, F. Focusproblem und Sekundenphänomen. Münch. Med. Wschr. 93, 11-12 (1951).
173. MACHIAVELLI, P. R. ¿Qué es la Neuralterapia? ¿En qué enfermos puede ofrecer mejoría o curación? Buenos Aires, Arg. 2002. Disponible en <http://www.terapianeural.com> Consultado el 1 de diciembre de 2009.
174. SCHWARTZMAN RJ, Mc. LELLAN TL. Reflex sympathetic dystrophy. Arch. Neurol. 1987; 44: 555-561. En: RODRIGO, M; PERENA, M; SERRANO, P. Síndrome de dolor regional complejo. R e v. Soc. Esp. Dolor 7: Supl. II, 78-97, 2000.
175. VEIL, W.H; STURM, A. The pathology of the braistem. "Die Pathologie des Stammhirns. Jena Germany: Gustav Fisher Verlag, 1942.
176. WEBER, K. G. Neuraltherapie in der Praxis: klinische Symptomatik und therapeutisches Vorgehen. 2. ed. Stuttgart: Sonntag Verlag, 2004. p 3.
177. BYKOW, M. Groshirnrinde und innere Organe. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1953. p 75.

178. BYKOW, M. The cerebral cortex and the internal organs, 3 ed. New York: W. Chemical Publishing Co, 1954.
179. KUHLENBECK, H. Central nervous system of vertebrates. Vol 3. Basel-Switzerland: Karger Verlag, 1973. p 919.
180. VIGOTSKY, L. Psijologuia iskusstva, Mezhdunarodnaja Kniga. Imbert, V. (trad). La tragedia del arte. Psicología del arte.1 ed. Madrid: Igitur, 2007. p 21.
181. FLECKENSTEIN, A; HARDT, A. Der Wirkungsmechanismus der Lokalanästhetika und Antihistaminikörper-ein Permeabilitätsproblem. Klin. Wschr. 27, 1949. 360-363.
182. HARDT, A; FLECKENSTEIN, A. Tber die Kaliumabgabe des Froschmuskels bei Einwirkung kontrakturerzeugender Stoffe und die Hemmung der Kaliumabgabe durch kontrakturverhittende Lokalanästhetika. Arch. exp. Path. Pharmak. 207, 1949. 39-54.
183. KIBLER, M. Segment Therapie. 1. ed. Stuttgart: Hippokrates, 1950. 131 p.
184. ARORA, R. Encyclopedic dictionary of organization behaviour. Vol. 2. 1. Nueva Delhi: Sarup y Sons, 2000. p 427.
185. SELYE, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956. En: BARNES, M. The basic science of myofascial release: morphologic change in connective tissue. Journal of Bodywork and Movement Therapies. 1997. 1(4), 231-238.
186. CARBALLO, F. Acupuntura y auriculoterapia. 1 Ed. Buenos Aires: Kier, 2007. p 60.

187. KOLSTER, B. *Massage*. 1. Ed. Berlín: Springer, 2003. p 3.
188. GLASER, O; DALICHOW, AW. *Segmentmassage*. Leipzig: VEB Georg Thiem, 1951.
189. RAAB, H. *Odontología neurofocal*. 1 ed. México: González del Cossio, 1992. p. 13. En: OSORIO, Y. *Odontología neurofocal "otra racionalidad"* Rev. Fed. Odont. Col. Vol. 65. Marzo-junio 2003.
190. HUNEKE, J. *Terapia Neural según Huneke*. Encuentro Internacional de Terapia Neural. Barcelona. 1998. Disponible en: <http://www.terapianeural.com> consultado el 16 de octubre de 2009.
191. PISCHINGER, A. *A matrix and matrix regulation: Basis for a holistic theory in medicine*. (Eng. ed.) Brussels: Haug International, 1975. 232 p.
192. PAYAN, J. C. *Terapia Neural: El Futuro*. En: Encuentro mundial de Terapia Neural y Odontología Neurofocal. Bogotá. 2003. Disponible en <http://www.terapianeural.com>. Consultado el 16 de noviembre de 2009.
193. ADER, N. C. Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psicosom Med* 37:333-340, 1975.
194. BESEDOWSKY, HO; SORKIN, E; KELLER, M; *et al.* Changes in blood hormone levels during the immune response. *Proc Soc Exp Biol Med* 150:466-470, 1975.
195. SUNDERLAND, S. Pain mechanisms in causalgia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976; 39: 471-480.

196. DEVOR M. Nerve. Pathophysiology and mechanisms of pain in causalgia. J. Auton. Nerv. Syst 1983; 7: 371 - 384 En: RODRIGO, M; PERENA, M; SERRANO, P. Síndrome de dolor regional complejo. R e v. Soc. Esp. Dolor 7: Supl. II, 78-97, 2000.
197. LURIA, A.R. El cerebro en acción. 1 ed. Barcelona: Martínez Roca, 1984. 383 p.
198. RENIEER, JC; MASSON CH. Physiopathogénie des algodystrophies. En: SIMON L; HERISSON, C. Les algodystrophies sympathiques réflexes. Paris: Masson, 1987. 15-21.
199. STANTON, M; HICKS. Peripheral nerve stimulation for pain peripheral neuralgia and complex regional pain syndrome. En: KRAMES, E. PECKHAM, H; REZAI, A. (Eds) Neuromodulation. Vol. 2. 1 ed. San Diego CA: Academic Press, Elsevier, 2009. p 397-406.
200. ROBITAILLE, R. Modulation of synaptic efficacy and synaptic depression by glial cells at the frog neuromuscular junction. Neuron 1998; 21: 847-55.
201. ROCHON, D; ROUSSE, I; ROBITAILLE, R. Synapse-glia interactions at the mammalian neuromuscular junction. J Neurosci 2001; 21: 3819-29.
202. DEL REY, A; BESEDOWSKY, HO. Immune-neuroendocrine interactions: facts and hypothesis. Endocrine Rev. 1996.17: 64-102.
203. BLALOCK, JE. Harnessing a neural-immune circuit to control inflammation and shock. J Exp Med 195: F25-F28, 2002.
204. STERNBERG, EM. Neural regulation of innate immunity: a coordinated nonspecific host response to pathogens. Nat Rev Immunol 6: 318-328, 2006.

205. CUTOLO, M; STRAUB, RH; BIJILSMA, JW. Neuroendocrine immune interactions in synovitis. Nat. Clin. Pract. Rheumatol. 3:627-634, 2007.
206. PAYAN, J. C. Lánzate al vacío, se extenderán tus alas. 1 ed. Bogotá: McGraw-Hill, 2000. p 3-130.
207. SHELBURNE, W. A. Mythos and logos in the thought of Carl Jung. 1 ed. New York: University of New York, 1988. p 2.
208. FISCHER, L. Bases de la Terapia Neural. Autoorganización en la Biología. En: Encuentro Internacional de Terapia Neural. México 2000. Disponible en: <http://www.terapianeural.com>. Consultado el 20 de enero de 2010.
209. POPPER, K.R. Sociedad abierta, universo abierto. 1 ed. Madrid: Tecnos, 1984. p 60-152.
210. POPPER, K. R. Conocimiento objetivo. 1 ed. Madrid: Tecnos, 1974. p 207.
211. SHELDRAKE, R. Memory and archetype, morphic resonance and collective unconscious. Part I. Psychological perspectives. 1987. Disponible en: <http://www.sheldrake.org>. Consultado el 23 de enero de 2010.
212. SHELDRAKE, R. Extended mind, power & prayer: morphic resonance and the collective unconscious Part III. Psychological perspectives. 1997. Disponible en: <http://www.sheldrake.org> Consultado el 23 de enero de 2010.
213. DE GRIGNON L. C. Antropología neurofisiológica: un estudio radical de la conducta humana. 1 ed. Barcelona: Reverté, 2005. p 25-36.
214. PRIGONINE, I. El fin de las certidumbres. Jacomet, P. (trad) "La fin des certitudes" 5. Ed. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1997. p 79.

215. PIAGET, J. Adaptación vital y Psicología de la inteligencia. 3 ed. Madrid: Siglo XXI, 1980. p 175.
216. CAPRA, F. La trama de la vida. 1 ed. Barcelona: Anagrama, 1998. p 48.
217. AYLLON, J. R. En torno al hombre. 8 ed. Madrid: Rialp, 2001. p 53-54.
218. BORJON N, J. Caos, orden y desorden. 1 ed. México D.F. Plaza y Valdés, 2002. p 42.
219. RAMIREZ, S. Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. 1. ed. México.D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, 1999. p 9-12.
220. POLAINO-LORENTE, A. Los fundamentos de la Bioética. En: POLAINO-LORENTE, A. Manual de Bioética general. 1 ed. Madrid: Rialp, 1994. p 131.
221. AMADOR T, F. El trabajo médico en el nuevo orden mundial. 1 ed. Bogotá: Tercer mundo, 1997. p 23, 38, 198.
222. NOGUEIRA, P. C. Acupuntura. Fundamentos de Bioenergética. 1 ed. Valladolid: CEMETC, 1999. p 18.
223. BORRERO, J. Medicina y Humanismo. Una visión de la medicina antioqueña del siglo XX. 1 ed. U de Antioquia. 2006. p 122.
224. MATURANA, H. Transformación en la convivencia. 1 ed. Santiago. Chile: Comunicaciones Noreste Ltda, 2004. p 230.
225. ROSEN, G. De la policía médica a la medicina social. 2 ed en español. México D.F: Siglo XXI, 2005. p 64-117.

226. DE AQUINO, S. T. De Regimine principum. Libro 1 Cap. I. 2 ed. Turín: Marietti, 1971. En: RODRIGUEZ L, A. Etica. 5 ed. Pamplona: Eunza.. 1991. p 151.
227. DE AQUINO, S. T. Prefacio a la política (Proemio y explicación por H. Keraly). Abercal, J. (Trad). México D.F: Ed. Tradición. 1976. p 85.
228. CABRERA, J. Temas de Bioética. Del inicio al final de la vida. 1 ed. San José Costa Rica: Promesa-Euned, 2005. p 21.
229. COOPER, D. La gramática de la vida. 1 ed. Barcelona: Ariel, 1978. 180 p.
230. BREILH, J. Epidemiología, economía, medicina y política. 3 ed. México D.F: Fontamara S.A, 1989. p 52, 146.
231. ROSEN, G. Análisis histórico del concepto de medicina social. En: LESKY, E. Medicina social, estudios y testimonios históricos. Textos clásicos de la salud pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984. p 211-272.
232. MaCMAHON, B. Principios y métodos de Epidemiología. 2 ed. México.D.F: La Prensa Médica Mexicana, 1975. p 21-23.
233. DUNHAM, F. An approach to social medicine. Baltimore: Williams and Wilkins Company, 1925. p 14-15, 30, 130.
234. PAVAN, P; PUCCINELLI, M; CAPORELLO, E. El hombre en la sociedad política. Pentinalli, R. (trad). 2 ed. Buenos Aires: Paulinas, 1964. p 12.
235. GROTHJAHN, A. Soziale pathologie. Moragaersuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Berlín: Hirschwald, 1915. p 9-18.
236. SAND, R. L' economie humaine par la médecine sociale. Paris: Rieder, 1934. p 11-14.

237. QUEVEDO, E. El proceso salud-enfermedad hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: CARDONA, A. (Ed) Salud y Sociedad. 1 ed. Bogotá: Zeus Asesores, 1992. p 8, 14.
238. JASPERS, K. La práctica médica en la era tecnológica. 1 ed. Barcelona: Gedisa, 1998. p 30-85.
239. VARGAS, R. El acto médico y su papel en la medicalización de la sociedad. 1 ed. Bucaramanga-Colombia: SIC, 2007. p 17- 55.
240. MORIN, E. El método. La vida de la vida. Madrid. 1983. En: MENDIOLA, I. El jardín biotecnológico: tecnociencia, transgénicos y biopolítica. 1 ed. Madrid: Catarata, 2006. p 130.
241. COMMONER, B., Failure of the Watson and Crick theory as a chemical explanation of inheritance. Nature 1968. 220:334-340.
242. COMMONER, B. Relationship between biological information and the origin of life. En: MATSUNO, K *et al*, (Eds). Molecular evolution and protobiology. New York: Plenum Press, 1984. p 283.
243. LEWONTIN, R. The triple helix: gene, organism and environment. Cambridge: Harvard University Press, 2000. p 131-136.
244. TANSLEY, A. The use and abuse of vegetational concepts and terms Ecology, 1935. 16: 284-307.
245. AROUCA, S. O dilema preventivista- contribucao para a compreensao e critica da medicina preventiva. 1 ed. Sao Paulo: UNESP. 2003. En: tesis doctoral de la Universidad Estadual de Campinas, 1975. p 144-167.
246. BATES, M. Human ecology in Anthropology today: An encyclopedic Inventory. Kroeber, A.L. (Ed) Chicago: University of Chicago Press, 1953. p 700-713.

247. CALLE, K. Entrevista a Julio Monsalvo. (Título Original: Vivimos gracias a las bacterias). En: Revista El Colectivo. 4 de abril de 2008. Disponible en: <http://elcolectivo2004.blogspot.com/2008/04/no-se-trata-de-cuidar-la-naturaleza.html>. Consultado el 18 de abril de 2010.
248. JIMENEZ, L; HIGON, F. Ecología y economía para un desarrollo sostenible. Valencia: Ed. La nau solidària. Publicacions de la Universitat de València, 2003. 218 p.
249. ROEGEN, G. N. The entropy law and the economic process. Cambridge: Harvard University Press, 1971. p 1-3, 788.
250. VAN DER BERGH, J. Ecological economics: themes, approaches and differences with environmental economics. Rev. Version. Amsterdam: Tinbergen Institute Discussion Paper. Free University. Department of Spatial Economics, 2000. p 1-17.
251. MARTINEZ, A; ROCA, J. Economía ecológica y política ambiental. México D.F: Fondo de Cultura Económica y Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2000. 493 p.
252. MATURANA R, H. La objetividad: Un argumento para obligar. 2 ed. Santiago de Chile: Comunicaciones Noreste Ltda, 1993. p 143.
253. KARNIEL, M; BERNIER R. Local anesthetics induce a decrease in the level of glucose 1,6 biphosphate, fructose 1, 6 biphosphate and ATP, and in the viability of melanoma cells. Mol. Gen. Metab. 2000; 69(1): 40-5.
254. ARIAS, H.R. Role of local anesthetics on both cholinergic and serotonergic ionotropic receptors. Neurosci. Biobehav. Rev. 1999; 23(6): 817-43.
255. HEYLL, U; ZIEGENHAGEN, DJ. Subarachnoid hemaorrhage as life-threatening complication of Neural Therapy. Case Report. Versiecherungmedizin. 2000; 52(1): 33-6.

256. PIÑEROS C, J. Introducción a la medicina no tradicional. 1 ed. Bogotá: Fondo Editorial Universitario Escuela De Medicina Juan N. Corpas, 1987. p 243-266.
257. DOSCH, P. Libro de la enseñanza de Terapia Neural según Huneke. 4 ed. Bogotá: Fedicor, 1994. p 19-22.
258. PAYAN, J. C. La medicina biológica, una medicina no comprometida. 2 ed. Bogotá: .AMO, 1985. p 70-86.
259. DOSCH, P. Posibilidades de la Terapéutica Neural en Pediatría. Práctica pediátrica. 1980. Año 13 N° 1 p 43-52.
260. GOODMAN-GILMAN. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 9 ed. New York: Mc. Graw Hill, 1996. p 331-347.
261. SCHULTZ. Manual ilustrado de anestesia local. 2 ed. Copenhague: Serensen, 1979. p 9-13.
262. SCOTT, D. Introduction to regional anesthesia. 1 ed. Singapore: Kin Keong. 1989. p 18-25.
263. SCOTT, D.B. Basic techniques of nerve blockade. 1 ed. Singapore: Kin Keong Printing, 1989. p 12-18.
264. WILDSMITH, J.A. Peripheral nerve and local anesthetic drugs. Br. J. Anesth. 1986;58: 692-700.
265. WANG, G. K. Cocaine induced closures of single batrachotoxin activated Na⁺ channels in planar lipid bilayers. J. Gen Physiol. 1988; 92 (6): 747-65.

266. BENDRISS, P. Molecular mechanism of action of local anesthetics. *Ann Fr. Anesth. Reanim.* 1988; 7 (3):189-97.
267. BUTTERWORTH, J. F. Molecular mechanism of local anesthesia. *Anesthesiology.* 1990; 72 (4): 711-34.
268. NISHIZAWA, Y. Local anesthetics: comparison of effects on batrachotoxin elicited sodium flux and phosphoinositide breakdown in cerebral cortical synaptoneurosomes. *Mol Pharmacol.* 1988; 34 (5): 707-13.
269. REMKO, M. Ab Initio investigation of interactions between models of local anesthetics and receptor: complexes involving amine, phosphate, Na, K, Ca and Cl. *J. Pharm Sci.* 1988; 77 (4): 304-8.
270. BERDE, C. B. Pediatric postoperative pain management. *Pediatr. Clin. North America.* 1989; 36 (4): 921-40.
271. HERNANDEZ, JJ; FERNANDEZ, CF. (Eds). *Dolor 2001. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Capítulo Colombiano IASP. ACED, 2001. p 11-18.*
272. RACANSKY, V. The influence of local anesthetics on the gel-liquid crystal phase transition in model dipalmytoilphosphatidylcholine membranes. *Gen. Physiol. Biophys.* 1988; 7 (2): 217-21.
273. BLANTON, M. Noncompetitive inhibitors reach their binding site in the acetylcholine receptor by two different paths. *Mol. Pharmacol.* 1998; 33 (6): 634-42.
274. AGNEW, W, F. Local anesthetic block protects against electrically-induced damage in peripheral nerve. *J. Biomed. Eng.* 1990;12 (4): 301-8.

275. SCHOLZ, A. Mechanisms of local anesthetics on voltage-gated sodium and other ion channels. *British J. of Anaesth.* 2002; 89(1): 52-61.
276. KIDD, R. F. Results of dental amalgam removal and mercury detoxification using DMPS and Neural Therapy- *Altern. Ther. Health. Med.* 2000; 6(4): 49-55.
277. KATAEV, A.A. The effect of charged local anesthetics on the inactivation of Ca^{++} . activated Cl^- channels. *Biofizika* 1988; 33(6): 1006-12.
278. SHUKALOVA, T.F. Inhibition by local anesthetics of the activate transport of H^+ . In the synaptic vesicle membranes of the brain. *Biull Eks. Bio. Med.* 1989; 108 (8): 185-8.
279. NOSHIMURA Y; ASAHI, M. Ionic mechanisms underlying bursa firing of layer III sensorimotor cortical neurons of the cat: an in vitro slice study. *J. Neurophysiol.* 2001; 86(2) 771-81.
280. HODGES-MCGUIRE. Causalgia Vs distrofia simpática refleja. *Trb. Med* 1988; 78 (922):1-4.
281. GRAHAM, JH. MAHER, JR. The effect of cocaine and other local anesthetics on central dopaminergic neurotransmission. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1995; 274(2): 707-17.
282. BRADFORD, H. F. *Fundamentos de Neurobioquímica.* 1 ed. Barcelona: Labor, 1988. p 6-420.
283. BALTIMORE, D. L. *Biología celular y molecular.* 1 ed. Barcelona: Labor, 1988. p 600-610.

284. DE ROBERTIS. Biología celular y molecular. 2 ed. Barcelona: El Ateneo, 1990. p 89-133.
285. DUVE, C. La célula viva. 1 ed. Barcelona: Labor, 1988. p 34-36.
286. WONG, J.Y; RAPSON, LM. Acupuncture in the management of pain of musculoskeletal and neurologic origin. Phys. Med. And Rehabil. Clin of N. Am; 1999; 10(3): 531-45.
287. NATIONAL SYMPOSIUM OF ACUPUNCTURE, MOXIB. AND ACUP. ANESTH. Studies on the phenomenon of latent propagated sensation along channels I. The discovery of a latent PSC a preliminary study of Its skin electrical conductance. Institute of Biophysics. Academia Sinica. Beijing Hospital of Tradicional Chinese Medicine. Beijing. 1979.
288. NATIONAL SYMPOSIUM OF ACUPUNCTURE, MOXIB. AND ACUP. ANESTH. Studies on the phenomenon of latent propagated sensation along channels II. Investigation of the latent PSC on the 12 main channels. Institute of Biophysics. Academia Sinica. Beijing Hospital of Tradicional Chinese Medicine. Beijing. 1979.
289. NATIONAL SYMPOSIUM OF ACUPUNCTURE, MOXIB. AND ACUP. ANESTH. A Study of the relationships between the points of the channels and peripheral nerves. Department of Anatomy, Histology and Embriology, Faculty of Basic Medical Sciences Shangai First Medical College. Beijing. 1979.
290. NATIONAL SYMPOSIUM OF ACUPUNCTURE, MOXIB. AND ACUP. ANESTH. Preliminary research on morphological basis of the essence of channel and the afferent pathway of needling sensation. Department of Morphology, Institute of Acupuncture and Moxibustion, Academy of Traditional Chinese Medicine. Beijing. 1979.

291. BEIJING HOSPITAL OF TRADICIONAL CHINESE MEDICINE. Studies of the phenomenon of latent propagated sensation along the channels. Research on Acup. Mox, and Acup. Anesth. Institute of Biophysics, Academia Sinica. Beijing- N.Y-Tokyo: Science Press, 1986. p 291-297.
292. CASSUTO, J. Inhibition of postoperative pain by continuous low-dose intravenous infusion of lidocaine. *Anesth Analg.* 1985; 64: 971-4.
293. ATTAL, N. Chronic neuropathic pain: mechanism and treatment. *Clin. J. Pain.* 2000; 16(3Suppl): S118-30.
294. ARMITAGE, E. N. A local anaesthetic techniques for prevention of postoperatives pain. *Br. J. Anaesth.* 1986; 58: 790.800.
295. GARCIA, J. A. Chronic pain status: pathophysiology and medical therapy. *Semin. Arthritis Rheum.* 1997; 27(1):1-6.
296. HIPPE, R. Therapeutic local anesthesia in backache. *Fortschr Med.* 1989; 107(18): 63-8 Jun.
297. WATTWIL, M. Postoperative pain relief and gastrointestinal motility. *Acta chir Scand Supl.* 1989; 550: 140-5.
298. ATTAL, N. Pharmacol treatment of neuropathic pain. *Acta Neurol.Belg.* 2001; 101(1): 63-64.
299. RHAN, R. Follow up of patients with atypical facial pain. *Dtsch Zahnartz* 1989; 44 (12): 983-4.
300. LUCAS, L. F. Protection against cerebral hypoxia by local anesthetics. *J. Neurosci. Method.* 1989; 28 (1-2): 47- 50.

301. LABEDAN, B. Increase of escherichia Coli outer membrane by local anesthetics and penetration of antibiotics. *Antimicrob. Agents. Chem.* 1988; 32(1): 153-5.
302. KOGA, T. Effects of food preservatives and local anesthetics on synthesis of outer membrane proteins in vibrio parahaemolyticus. *Tokushima J. Exp. Med.* 1989; 36(1): 41-5.
303. HOLLMANN, MW; GROSS, A. *et al.* Local anesthetic effects on priming and activation of human neutrophils. *Anesthesiology* 2001; 95(1): 113-22.
304. PHILLIPS W.J. Pituitary thyrotropin releasing hormone receptors: local anesthetic effects on binding and responses. *Mol Endocrinol.* 1989; 3(9): 1345-51.
305. MODING, J. Influence of local anesthetics and sympaticomimetics on the pathophysiology of deep vein thrombosis. *Acta shisr Scand Suppl.* 1989; 550: 119-24.
306. RESTREPO, B. Lidocaína en estatus convulsivo. En: *Memorias 3er. Curso de actualización Pediátrica. Asociación de Médicos del Hospital de la Misericordia.* 1988. p 39-41.
307. PEDERSEN, H. Does gestational age affect the pharmacokinetics of lidocaine in mother and fetus? *Anesthesiology* 1988; 68(3): 367-72.
308. GALL, H. Adverse reactions to local anesthetics: analysis of 197 cases. *J. Allergy Clin.Immunol.* 1996; 97(4): 933-7.
309. FRIEDMAN, J. M. Teratogen update: anesthetic agents. *teratology.* 1988; 37(1): 69-77.

310. ESCOLANO, F. Allergic reactions to local anesthetics. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 1990; 37(3): 172-5.
311. KAKU, M. El universo de Einstein. 1 ed. en español. Barcelona: Bosch, 2004. p 124-142.
312. SCHRODINGER, E. Indeterminism in Physics. En: MARKS, R. Great Ideas in modern science. Science and Mathematics. Nueva York: Bantam, 1967. p.211-225.
313. BOHM, D. Wholeness and the implicate order. 1 ed. London: Taylor and Francis Group, 1980. p 93.
314. MAUDLIN, T. Quantum non-locality and relativity. 2 ed. Massachussetts: Blackwell Publishers, 2002. p 21.
315. PENROSE, R. Lo grande, lo pequeño y la mente humana. 2 ed. Madrid: Akal. 2006. p 59.
316. LEMBRINO, I. Química I. 2 ed. México D. F: Thompson, 2006. p 18.
317. SOLS, F. Diez años de condensados de Bose-Einstein. Un nuevo estado de la materia con efectos sin precedentes en la historia de la física. Diario el país de España. 22 de junio de 2005. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/futuro/anos/condensados/Bose-Einstein/elpfutpor/20050622elpepifut_1/Tes Consultado el 29 de noviembre de 2009.
318. MOLINA, L. El fundamento del ser. 1 ed. España: Amertown International. Libros en red, 2005. p 71.

319. KRAGH, H. Generaciones cuánticas 1 ed. en español Madrid: Akal, 2007. p 328-329.
320. CAPETILLO, A. Quantum: el abuelo y la nieta. 1 ed. Madrid: Equipo Sirius, 2001. p 87.
321. BUSS, M. H. Raíces de la sabiduría. 4 ed. México D.F: Thompson, 2006. p 82.
322. KAKU, M. Visions: how science will revolutionize the twenty-first century. 1 ed. Oxford: Oxford University Press, 1998. p 350.
323. TORRES, M. R. Los nuevos paradigmas en la actual revolución científica y tecnológica. 1. ed. San José Costa Rica: Euned, 2003. p 83.
324. ARCE, C. Elementos de Matemática con LogoWr. 1 ed. UNED. San José. Costa Rica. 1994. p 58.
325. OVIEDO, L; KANASHIRO, A; COLOMBINI, M. Fractales: Un universo poco frecuentado. 1 ed. Santafé-Argentina: Universidad Nacional del Litoral, 2005. p 12-14.
326. HERRERA, M. Los dos máximos sistemas del mundo. Las matemáticas del viejo y del nuevo mundo. 1 ed. Quito: Abya Yala, 2004. p 282-289.
327. NOVAK, M. (Ed). Fractal reviews in the natural and applied sciences. 1 ed. London-Germany-New York: Chapman and Hall, 1995. p 9.
328. EMMER, M (Ed). Mathematics and culture II. 1 ed. Berlín: Springer Verlag, 2005. p 53.
329. LESMOIR, N. The colors of infinity. The beauty and power of fractals. 1 ed. London: British Library, 2004. p 29.

330. ARMITAGE, P; BERRY, G. Estadística para la investigación biomédica. 3 ed. Madrid: Harcourt-Brace, 1997. p 1-2, 139.
331. SHAW, B. The Doctors dilemma: a tragedy. London: Penguin Books, 1946. 190 p.
332. HOLGUIN, F. Estadística descriptiva. 1 ed. México. D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, 1976. p 15.
333. CANGUILHEM, G. Lo Normal y lo Patológico. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971. En: PEÑA, A; PACO, O. El concepto general de enfermedad. Revisión, Crítica y Propuesta. Parte I. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Vol. 63, N° 3-2002- p 223-232.
334. KULA, W. La periodificación de la historia económica en problemas y métodos de la historia económica. 1 ed. Barcelona: Península, 1974. p 94-97.
335. SINGERIST, H. Civilización y enfermedad. Aguirre R (trad). México D.F: Fondo de Cultura Económica, 1946. 286 p.
336. RAJS, D; MERCER, H. Notas sobre el manejo de la información cuantitativa en la investigación social aplicada a la salud. II Seminario Nacional de Medicina Social. México. 1976. En: BREIHL, J. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. 3 ed. Fontamara S.A. México. 1989. p 150.
337. KOPNIN, P. Hipótesis y Verdad. 1 ed. México D.F. Grijalbo S.A, 1969. p 147.
338. JASPERS, K. The nature of Psychotherapy. Hoenig, J. (trad) Manchester: University of Manchester Press, 1968. p 28.
339. SANCHEZ, M. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento medico. 1 ed. Barcelona: Masson, 1998. p 114.
340. ABEL, C. Ensayos de historia de la salud en Colombia. 1 ed. Bogotá: CEREC, 1996. p 42-43.

341. GUTIERREZ, V. Medicina tradicional en Colombia. Vol. 1. El Triple Legado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1985. p 226-227.
342. GUTIERREZ, V. Medicina tradicional en Colombia. Vol 2. Magia, Religión y Curanderismo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1985. p 18.
343. REICHEL-DALMATOFF, G. The people of Aritama. The cultural personality of a colombian mestizo village. Chicago: University of Chicago Press, 1961. p 310.
344. ROMERO, D (Trad). El ateísmo contemporáneo. Vol IV. 1 ed. Madrid: Cristiandad Editores, 1973. p 136, 414.
345. LEON, V. La Europa ilustrada. 1 ed. Madrid: Istmo, 1989. p 221.
346. TAYLOR, M. Philosophy of religion for AS and A2. 1 pub. New York: Routledge, 2007. p 112.
347. MANZO, S. Entre el atomismo y la alquimia. La teoría de la materia de Francis Bacon. 1 ed. Buenos Aires: Biblos, 2006. p 51.
348. SARPI, F. Tratado de materias benéficas. 1 ed. Buenos Aires: Biblos, 2004. p 103.
349. BACON F. Del adelanto y del progreso de la ciencia divina y humana. Buenos Aires: Lautaro, 1947. p 210.
350. LUBAC, H. El drama del humanismo ateo. 1 Ed. Madrid: Encuentro, 1990. p 114.
351. PEREZ, A. El mundo como creación: ensayo de Filosofía teológica. 1 ed. Madrid: Encuentro, 2002. p 299.
352. ARANA, J. La mecánica y el espíritu: Leonhard Euler y los orígenes del dualismo contemporáneo. 1 ed. Madrid: Complutense, 1994. p 34, 193.

353. VOLTAIRE. De la libertad en Dios y del gran principio de la razón suficiente. Cap III. Elementos de la Filosofía de Newton. Lafuente, A. (trad.) Cali-Colombia: Ed. Universidad del Valle, 1996. p 19.
354. APEL, K, LUHMANN, N *et al.* Razón, ética y política. Conflicto de las sociedades modernas. 1 ed. Barcelona: Anthropos, 1989. p 114.
355. MOORE, W. A life of Schrodinger. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p 4.
356. BENITEZ, H. Einstein y la religión: Relaciones entre ciencia y creencia. 1 ed. Santiago: RIL, 2007. p 113, 127.
357. EINSTEIN, A. Essays in science. p 120. En: BENITEZ, H. Einstein y la religión: Relaciones entre ciencia y creencia. 1 ed. Santiago: RIL, 2007. p 110
358. HAWKING, S. Black holes and baby universes. 1 ed. London: Bantam, 1993. p 159.
359. MAINETTI, JA. Bioéticas: Ética en las especialidades médicas. La Plata-Argentina: Quirón, 1997. p 79.
360. MANZINI, JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioeth 2000; 6(2):122-124.
361. CIOMS. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington: OPS y CIOMS, 1996. p 72.
362. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá. 1993.

363. GOMEZ, G; MOLINA, E. Evaluación ética de proyectos de investigación: una experiencia pedagógica. Universidad de Antioquia, Colombia. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 68-77.
364. GUEVARA, U; COVARRUBIAS, A; DELILLE, R. *et al.* Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Ciruj 2005; 73: 223-232.
365. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1895 de 2001. Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. 19 de noviembre de 2001.
366. FRANK, B.L. Neural Therapy. En: Phys. Med. And Rehabil. Clin. N. Am. 1999; 10 (3): 573-82.237.
367. KIDD, R. Osteopathic treatment by injection: a comparison of osteopathic manipulative treatment and neural therapy. Am Acad osteopathy J 2001; 11 (3):29-33.
368. HEAD, H. On disturbances of sensation with special reference to the pain of visceral disease. Brain 1893; 16:1-132.
369. BUNGE, M. Treatise on basic philosophy, vol. 3. The furniture of the world. Dordrecht, Reidel. En: BUNGE, M. Filosofía y sociedad. México D.F: Siglo XXI. 2008. p 12-50.
370. SHEIN, M. Pasado, presente y futuro de las vacunaciones. An Med Asoc Med Hosp ABC 1996; 41(4): 179-186.

ANEXOS

ANEXO A. Instrumento de recolección de datos.

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACION DE LA GUIA Y EL DISEÑO INICIAL DE LA HISTORIA CLINICA DE TERAPIA NEURAL

Apreciado Doctor:

Una vez culminada la apreciación de la guía y el diseño de la Historia Clínica, se requiere hacer una valoración cualitativa de cada una de las variables que se disponen a continuación. Si se desea tener una mayor claridad acerca de la posible calificación otorgada se puede recurrir las veces que considere necesarias a la guía y al diseño dispuesto para tal fin. Recuerde que el diseño establecido es el resultado del proceso de investigación teórica sobre los fundamentos inherentes a la Terapia Neural y que están acordes con la reglamentación colombiana.

En esta evaluación se considera un mismo estilo de pregunta para referirse a diferentes variables motivo de estudio. Estas variables se encuentran en mayúsculas y en negrita. La opción de respuesta es **SI** o **NO**. En caso de responder **NO** por favor justifique su respuesta. Sin importar el valor de su respuesta puede opcionalmente establecer las sugerencias que considere necesarias.

1. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **INTEGRALIDAD** de la Historia Clínica?

SI **NO**

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

2. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **FUNCIONALIDAD** de la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

3. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **INDIVIDUALIDAD** en la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

4. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **SEGURIDAD** de la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

5. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **PERTINENCIA** de la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

6. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **SECUENCIALIDAD** de la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

7. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la característica de **RACIONALIDAD CIENTIFICA** de la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

8. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial cumple con la **REGLAMENTACION ACTUAL** en Colombia?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

9. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja la **UTILIDAD** de la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

10. Considera usted que la presentación de la guía y el diseño inicial refleja las **NECESIDADES DE LA TERAPIA NEURAL** en la Historia Clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

11. Considera usted que se debe **agregar** algún elemento a este diseño de historia clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

12. Considera usted que se debe **eliminar** algún elemento a este diseño de historia clínica?

SI NO

JUSTIFICACION _____

SUGERENCIAS _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION