

Medicent Electrón. 2026;30:e4356

ISSN 1029-3043

Carta al Editor

Historia clínica: Una vez más...

Medical history: once again...

Gerardo Álvarez Álvarez^{1*}<https://orcid.org/0000-0003-3066-8223>

Esteban Roig Caraballo¹<https://orcid.org/0000-0003-1575-1301>

Giordano Serrano Morales¹<https://orcid.org/0009-0009-2616-8590>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: gerardoaa@nauta.cu

Recibido: 10/11/2025

Aprobado: 8/12/2025

Señor Editor:

*El registro adecuado es por sí mismo
una dimensión importante de
la calidad de la atención médica.*

Donabedian

En varias ocasiones ha sido necesario reportar y recordar, sobre todo a estudiantes y jóvenes galenos, la importancia capital que reviste la correcta confección de un expediente clínico para poder realizar un trabajo médico de calidad; no solo se hace referencia al diagnóstico, que por sí mismo es base esencial de aquel, sino a toda la información clínico-evolutiva imprescindible para poder adoptar un proceder correcto en la atención a pacientes.

Con honda preocupación, después de muchos lustros de enseñar, revisar y coordinar actividades docentes, es necesario insistir en la correcta confección de las historias clínicas, al ser esta fundamental para brindar una atención eficiente al paciente; con independencia de los diferentes esquemas que se han utilizado para su confección, como modelos sucintos, esquemáticos o breves, la orientación en ninguno de ellos ha sido la omisión de elementos esenciales para una correcta interpretación de la situación clínica del enfermo.

Se constata, que la calidad, lectura e interpretación de los escritos médicos no se muestran nada halagüeños. Se continúa cometiendo variados errores, dado que desde una escritura médica incorrecta, ilegible, inconexa, no realista de la situación que se aborda, es la regla y no la excepción. Por lo expuesto, resulta conveniente, insistir en los elementos que permiten realizar una atención médica de calidad, como expresó Donabedian, según se expresa al inicio de este artículo; sin ello, el trabajo médico se sustenta en bases frágiles y lo que es peor, tergiversadas, los cuales conllevan a cometer errores, en muchos casos, irreparables. Esto ocurre cuando se realiza una breve y fragmentada historia clínica, que no permite saber de dónde viene el paciente para poder orientar hacia dónde debemos ir en el campo de la clínica.

En el siglo XIX, conocido por *El siglo de la clínica*, se liberó el diagnóstico de ataduras anacrónicas y en un clima de profunda libertad científica geminaron cientos de clínicos profundos y acuciosos, en una floración nunca antes vista, capaces de describir una mirada de síntomas, signos, maniobras, cuadros clínicos y enfermedades: las observaron, aislaron, clasificaron y nombraron, todo



ello en un *contacto íntimo, humano y fructífero con los enfermos*, y en primer lugar, con los enfermos de los hospitales.

Lentamente surgieron o se perfeccionaron, a lo largo del siglo, los procedimientos supremos de la práctica médica: interrogatorio, inspección, palpación, percusión y auscultación, llevados a su máxima perfección. Como se sabe, los primeros relatos escritos o llamadas hoy, historias clínicas, proceden del padre de la Medicina, Hipócrates, hace más de 25 siglos y de las cuales se conservan más de 30 ejemplares.^(1,2) Obviamente, con el transcurrir de los siglos, la recolección de datos se ha perfeccionado, pero la esencia sigue siendo la misma. Como expresó el profesor Rojas Ochoa en el prólogo de uno de los libros del profesor Moreno:⁽¹⁾ “Ilizastigui me enseñó a hacer historias clínicas con el rigor, que obligaba a repasar, revisar y corregir 2, 4, 6 veces, el original, hasta que las aprobaba. De, Rodríguez Rivera a escribir las historias más claras, con precisión y elegancia. De, Iglesias Betancourt, la sutileza de encontrar el signo esquivo que daba la clave del diagnóstico”.

De manera que, la historia clínica es el elemento fundamental del proceder clínico. Su obtención y la manera de hacerlo dependen, en gran medida, de la habilidad del médico para obtener una anamnesis cuidadosa y una buena exploración física. Es una técnica que se aprende y se perfecciona. Siempre que sea posible es necesario corroborar los hechos manifestados, ya que a veces el paciente tiene dificultad para recordar los síntomas o no es consciente de los mismos.

Los antecedentes personales, familiares y sociales aportan mucha información, a veces esencial, sobre las enfermedades que deben tenerse en cuenta. Cuando se escucha al paciente se descubre, no solo algo de su enfermedad sino también, algo acerca de sí mismo. Da una oportunidad al médico, de establecer una buena relación médico-paciente. Permite conocer la perspectiva del paciente, sus deseos e inquietudes personales, incluso, acerca de la familia. La exploración física debe realizarse de forma metódica y sistemática, teniendo en cuenta la



comodidad y el pudor del paciente. La habilidad se adquiere con la experiencia, pero es importante mantener una buena atención.⁽³⁾

Las principales alteraciones e inexactitudes que se cometen, reiteradamente, en los actuales expedientes clínicos son:

- Constatación de remisiones al hospital con pobre información o documentación de la situación que motiva su traslado al nivel de atención secundario.
- Órdenes de ingresos en el cuerpo de guardia carentes de elementos indispensables para justificar su admisión o la conducta que se debe seguir en los diferentes servicios y especialidades.
- Anamnesis escuetas y con ausencia de elementos prolijos en el interrogatorio.
- Exploración clínica insuficiente, a pesar de que los modelos actuales, en uso, poseen los acápites en los que se debe insistir para una mejor ubicación de la realidad del enfermo, discusiones diagnósticas incompletas, o bien de la forma clásica o basada en problemas, carencia de resúmenes sindrómicos adecuados, no justificados y la no caracterización de mucho de ellos.
- No se realizan rediscusiones diagnósticas como está orientado.
- Ausencia de historia psicosocial, ya que el ser humano es un ser bio-psico-social, y en muchas ocasiones de gran valor para la orientación diagnóstica).
- Primera evolución repetitiva que no proporciona los elementos de otra visión médica (recordar que orden de ingreso, historia de la enfermedad actual, discusión diagnóstica y primera evolución médica no son sinónimos), evoluciones y comentarios médicos con ausencia de información clínica-evolutiva, así como de la conducta o el pensamiento médico progresivo.
- No se justifican los diferentes aspectos de terapéuticas que se adoptan, por ejemplo: ¿Cómo un enfermo puede tener indicaciones de anticoagulantes y procoagulantes en un sangramiento digestivo alto? Esto sucede por descuido o desconocimiento del médico cuando realiza las prescripciones.
- Las notas de enfermería o los resúmenes de estas son iterativas, no aportan nuevos elementos sobre la vigilancia-observación inherentes a tan importante



labor, reiteradas hasta la saciedad y al final, totalmente inefectivas según se consta en lo que se escribe, escritura ilegibles, incompletas, que incluyen a médicos, enfermeras e interconsultantes, estos últimos no dejan plasmado su pensamiento médico o es improcedente.

- El uso y abuso excesivo e inoportuno de siglas en las historias clínicas es otro elemento que deteriora el lenguaje, la escritura médica y la interpretación de la situación del enfermos.

- No se comentan adecuadamente los resultados de los exámenes complementarios y su interpretación, los que pueden apoyar o diferir del pensamiento médico inicial, ni cuestionan los resultados de las investigaciones, si ello fuera necesario.

- No constan la evolución favorable o no, que justifican el egreso hospitalario, así como la conducta a seguir posterior al alta médica.

Estos son breves pinceladas de las deficiencias que se comenten a diario en nuestra actuación médica con respecto a la confección de las historias clínicas. Por ello, ¿Es prudente considerar si se están violando los principios básicos de la profesión médica? La metodología diagnóstica se centra en la semiología, en el análisis cuidadoso de cada signo después de su precisa identificación, en la capacidad de relacionar estos signos entre sí, integrarlos en síndromes o complejos-problemas sintomáticos cardinales, y de este modo, se puede corroborar con el laboratorio la plausibilidad de lo que se está considerando. Las pruebas complementarias tienen, en efecto, esa función, pero también adquieren la de signos independientes, pues una anormalidad inexplicable se convierte en elemento primordial, en tanto que no resulte inusitado desechar toda la información recolectada previamente y se atienda solamente lo que ofrece el laboratorio o la imagenología.^(4,5)

Realizar una historia clínica adecuada no es una tarea fácil, exige tiempo, paciencia, y conocimiento. Requiere, además, que se establezca una adecuada relación interpersonal entre el médico y el paciente. Pero estas condiciones, que



son necesarias, no son suficientes. La semiología no es la semántica de la medicina, no es aprender un sinnúmero de términos que constituyen la base de lenguaje médico; la semiología es la lógica de la medicina. Es donde se debe aprender a pensar: ¿Por qué el hombre se enferma? ¿Qué contexto social condiciona su problema? ¿Cómo se interrelacionan esa persona y su contexto? ¿Qué modificaciones personales y ambientales generaron la serie de eslabones que encadenaron los hechos? Preguntar, preguntarse: ahí comienza la tarea.^(5,6)

Obviamente, no se dispone en lo individual, de la solución a los problemas expresados en las historias clínicas: el principal propósito es llamar la atención, *una vez más*, ante un hecho que se constata diariamente. No se debe olvidar, que el arsenal de historias clínicas, de los diferentes servicios hospitalarios, constituye la fuente primaria de datos para trabajos investigativos de diferente índole, para las presentaciones de casos, por ejemplo.

Por tanto, si el dato básico es inexacto o distorsionado, las consecuencias serían desastrosas en cuanto a credibilidad e incluso, la muy en boga, Inteligencia Artificial necesita de esas bases de información en lo relacionado con el trabajo clínico,^(6,7) en algún momento, más temprano que tarde, se podrían instaurar en el centro las historias clínicas electrónicas y para ello, debemos prepararnos con una alta eficiencia en la recolección y confección de la información en los clásicos expedientes clínicos.^(8,9) Se concluye con una de las frases más famosas de la profesión contenida en los *Consejos de Esculapio*, 500 años antes:

“Tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerte con el deber cumplido sin ilusiones, si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la faz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte: si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, entonces hazte médico, hijo mío”.⁽²⁾



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno MA. Prólogo. En: El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Ecimed, 2012.
2. Gómez AV. Descartes y el método clínico: a 400 años de su muerte. Epistemus [Internet]. 2020 [citado 2025 febr. 21];14(28):45-50. Disponible en: <https://epistemus.unison.mx/index.php/epistemus/article/view/121/134>
3. Aguilar F. y cols. Introducción a la práctica clínica. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica. Madrid: Hospital Universitario 12 de octubre-Madrid. 7^{ma} ed. 2012. p. 1-5.
4. Salazar Y, Rojas VL, Ruiz I. Medicina Narrativa: una aliada del método clínico. MedEst [Internet]. 2024. [citado 2025 febr. 01];4(3):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/252/pdf>
5. Corona LA, Fonseca M. Intervención didáctica para la enseñanza aprendizaje de los fundamentos teóricos del método clínico, 20 años de experiencia. Rev Cuban Med [Internet]. 2023 [citado 2025 febr. 21];62(1):1-16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v62n1/1561-302X-med-62-01-e3062.pdf>
6. López AE, Benítez XG, León MJ, Majl PJ, Domínguez DR, Báez DF. La observación. Primer eslabón del método clínico. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2019 [citado 2025 febr. 01];21(2): [cerca de 4 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n2/1817-5996-rcur-21-02-e94.pdf>
7. Garcete D, Calderón E, Colman A, Rodas HJ. La percepción de auxiliares de la enseñanza y estudiantes del ciclo clínico de la carrera de Medicina de la FCM-UNA sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje del método. An Fac Cienc Med [Internet]. 2020 [citado 2025 febr. 21];53(3):81-94. Disponible en: <https://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v53n3/1816-8949-anales-53-03-81.pdf>



8. Sánchez JA, Hidalgo IM, Menárquez JF, Ortín E. Reflexiones sobre el razonamiento clínico. La toma de decisiones y el método clínico centrado en el paciente. Arch Med Fam [Internet]. 2022 [citado 2025 febr. 21];24(2):99-102. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2022/amf222d.pdf>
9. Preciado AJ, Valles MA, Lévano D. Importancia del uso de sistemas de información en la automatización de historias clínicas, una revisión sistemática. RCIM [Internet]. 2021 [citado 2025 febr. 21];13(1):16-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592021000100012

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

