

Medicent Electrón. 2026;30:e4376

ISSN 1029-3043

Carta al Editor

## **Disociación pulso-temperatura en el expediente clínico: ¿una herramienta útil y orientadora?**

Pulse-temperature dissociation in medical records: a useful and guiding tool?

Gerardo Álvarez Álvarez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3066-8223>

Marcos Chaviano Carballea<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4743-803X>

Giordano Serrano Morales<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0009-2616-8590>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

\* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [gerardoaa@nauta.cu](mailto:gerardoaa@nauta.cu)

«La fiebre es el motor que la naturaleza brinda al mundo para la conquista de sus enemigos.»

Thomas Sydenham

Recibido: 27/11/2025

Aprobado: 14/12/2025

**Señor Editor:**

Artículos científicos recientes han insistido en la calidad de la historia clínica (HC), como herramienta esencial del médico para aproximarse a un diagnóstico lo más certero posible. Sin embargo, actualmente los expedientes clínicos presentan deficiencias en su confección. Dentro de las más relevantes y sistemáticas se encuentran: la anamnesis pobremente registrada e incompleta, exámenes físicos extremadamente esquemáticos y la omisión de manifestaciones clínicas significativas.

El modelo para la confección de las HC actuales es mucho más simple que el utilizado en periodos anteriores; aunque no se ha indicado que se omita la totalidad signológica o sintomatológica manifestada por el enfermo. Ello depende, en gran medida, del entrenamiento y la experiencia alcanzada por el profesional de la salud. No debe subvalorarse la importancia de la información registrada para la labor del clínico.

Los aspectos del diagnóstico se dividen en: 1) la obtención de datos acerca del paciente y su enfermedad; y 2) la interpretación y evaluación de dichos datos. Esta información se obtiene por medio de la HC, del examen físico y de las pruebas de laboratorio. Sin embargo, se abusa de estos métodos que presentan, como peligro más serio, la negligencia.

Gran parte de los fallos de diagnóstico se deben a la omisión, obedecen a algo que no se hizo. Si bien existen errores de juicio y de interpretación, son los menos frecuentes; cuando se reúne toda la información necesaria, estos disminuyen considerablemente. Un examen físico incompleto es un elemental error por omisión, una historia fragmentaria, la negligencia al observar las pupilas, al inspeccionar el tórax, al verificar un reflejo, al descifrar y comprender los trastornos auscultatorios o del pulso, al examinar la orina o practicar un simple examen de heces fecales.

El éxito del diagnóstico depende más de una atención minuciosa y de un trabajo riguroso que del genio innato. El empleo exacto de los procedimientos usuales,



junto con el ejercicio razonable de la interpretación crítica y de la evaluación, aseguran, en gran medida, el éxito del diagnóstico en la práctica de la medicina general.<sup>(1)</sup> Como bien señalaba el «profesor Ochoa», en uno de los libros de Miguel A. Moreno: «Ilizastigui me enseñó a hacer historias clínicas, con el rigor que obligaba a repasar, revisar y corregir dos, cuatro, seis veces el original. Hasta que las aprobaba. De Rodríguez Rivera, escribir las historias mejor, más claras, con precisión y elegancia. De Iglesias Betancourt, la sutileza de encontrar el signo esquivo que daba la clave del diagnóstico.»<sup>(2)</sup> La práctica clínica evidencia que el médico debe ser en extremo riguroso y responsable al confeccionar el expediente clínico de un enfermo, y se debe insistir en los más mínimos detalles.

El aspecto abordado en el presente artículo puede ser uno de ellos; es un hallazgo que tiene sus causas y es un deber del médico encontrarlas. La fiebre es metabólicamente cara, ya que cada grado centígrado de temperatura aumenta la tasa metabólica aproximadamente en un 10 %. Resulta razonable que un mecanismo de defensa que ha evolucionado durante más de 10 millones de años, que es tan costoso en términos de energía, sea tan importante. Numerosos estudios han demostrado que la fiebre mejora la respuesta inmune, aumenta la movilidad y actividad de los leucocitos, estimula la producción de interferones, produce la activación de los linfocitos T indirectamente y reduce la concentración de hierro en el plasma.<sup>(3,4)</sup>

A causa del aumento del metabolismo, se produce taquipnea y taquicardia, en función de una mayor demanda periférica de oxígeno y nutrientes. La frecuencia cardíaca suele aumentar a 15 pulsaciones por minuto por cada grado centígrado de temperatura, excepto en aquellos casos en los que se produce una disociación pulso-temperatura. Esta puede deberse a una taquicardia exagerada, que obliga a pensar en una miocarditis, un cuadro de choque o un aumento menor de lo esperado del pulso; que se observa en la fiebre tifoidea, la brucelosis, la leptospirosis y la enfermedad del legionario. También puede apreciarse bradicardia relativa o absoluta en los procesos febriles que cursan con



hipertensión endocraneana, sin olvidar la hipoxemia silenciosa de la COVID-19.<sup>(4,5,6)</sup>

Aunque no son concluyentes, estas manifestaciones pueden sugerir una etiología determinada, y de cierta forma, contribuir a la orientación etiológica del cuadro que se presenta; sobre todo en el aspecto que se evalúa en esta presentación: la disociación pulso-temperatura (bradicardia relativa o signo de Faget) observada en fiebres entéricas, infecciones por gérmenes intracelulares (particularmente fiebre Q, psitacosis, Legionela spp, brucelosis, leptospirosis), infecciones importadas por virus o parásitos (dengue, babesiosis), algunas fiebres medicamentosas y en muchas fiebres simuladas. La bradicardia en presencia de fiebre puede indicar una anomalía de la conducción cardíaca: fiebre reumática, enfermedad de Lyme, miocarditis vírica o absceso del anillo valvular como complicación de una endocarditis infecciosa.<sup>(5)</sup>

Esta breve información acerca de un hallazgo clínico puede contribuir a la precisión y enfoque del diagnóstico. Ese que debe buscar y explicar las alteraciones detectadas en un examen físico exhaustivo; aún más cuando se trata de un fenómeno poco habitual.

Cuando la temperatura corporal se eleva aparece la fiebre y, sin embargo, el corazón ofrece un dato que no debe despreciarse. El razonamiento analógico al respecto consiste en comparar los síntomas y signos del paciente con los del constructo denominado «enfermedad». En la medida en que el cuadro clínico presentado (padecimiento) se parezca a lo descrito en la literatura científica acerca de determinada afección, se establece un diagnóstico por analogía. Se trata de identificar, dentro del catálogo de enfermedades, la que más se asemeja a los síntomas del enfermo; aunque sin descartar la experticia alcanzada por el profesional de la salud.<sup>(7,8,9,10)</sup>



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco S. Guía para la confección de la historia clínica. En: Vargas-Uricoechea, H. Texto de Medicina Interna [Internet]. Popayán: Gamar Editores. Comunicación Editorial. E.U; 2021 [citado 2025 en. 10]. p.55-68. Disponible en: <https://dokumen.pub/qdownload/texto-de-medicina-interna-2nbsped-9789589981498.html>
2. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Editorial Ciencias Médica; 2012.
3. Laso Guzmán FJ, Marcos M. Fiebre. En: Lazo Guzmán FJ. Diagnóstico Diferencial en Medicina Interna [Internet]. Barcelona: ELSEVIER; 2018 [citado 2025 en. 10]. p.1-13. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/DIAGNOSTICO%20DIFERENCIAL%20EN%20MEDICINA%20INTERNA/9788413822075>
4. do Nascimento Silva VL, Lustosa Veras MC, Diógenes Oliveira VN, Mendes Silva VD, Andrade Neiva, MR. Fisiopatología de la COVID-19: mecanismos moleculares, Respuesta Inflamatoria y alteraciones del sistema de la coagulación. BJOH [Internet]. 2025 [citado 2025 sept. 10];2(2):697-702. Disponible en: <https://www.brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/149>
5. Álvarez Álvarez G, Cairo Sáez G. Temas de Guardia Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Síndrome Febril. p. 213-19.
6. Grimaldo OE, Azpitarte SD. Referencia oportuna para la atención de SARS-CoV-2. La hipoxemia silenciosa del COVIDS-19. Neumol Cir Tórax [Internet]. 2021 [citado 2025 en. 14];80(1):70-71. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v80n1/0028-3746-nct-80-01-70.pdf>
7. Vasques dos Santos G. Fiebre reumática: factores de riesgo, fisiopatología e diagnóstico. Foco [Internet]. 2024 [citado 2025 en. 14];17(5):[cerca de 16 pantallas]. Disponible en: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4877/3595>



8. Zapata-Ospina JP, Zamudio-Burbano MA. Razonamiento clínico en medicina: un recorrido histórico. IATREIA [Internet]. 2021 [citado 2025 en. 14];34(3):232-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v34n3/0121-0793-iat-34-03-232.pdf>
9. García-Reyes FJJ, de Jorge-Huerta L. El modelo de aprendizaje basado en casos clínicos. RECCMI [Internet]. 2020 [citado 2025 en. 14];5(2):57-58. Disponible en: <https://www.reccmi.com/RECCMI/article/view/565>
10. da Bove Rybertt V, Segue Palma F, Arteaga San Martin R, Antileo Pinto C, Carmona Maldonado P. Razonamiento clínico en carreras de la salud: percepción de estudiantes y docentes. Rev Med Chile [Internet]. 2022 [citado 2025 en. 14];150(11):1526-33. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872022001101526&script=sci\\_arttext&lng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872022001101526&script=sci_arttext&lng=en)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

