

**Consideraciones teóricas sobre la historia clínica, desde su valor educativo en
Medicina Interna**

**Theoretical considerations on clinical history from its educational, value in
Internal Medicine**

**Considerações teóricas sobre a história clínica, a partir do seu valor educativo em
Medicina Interna**

Ensayo

Ihosvany Ruiz Hernández¹

yhosvanys.mtz@infomed.sld.cu, ihosvanyrui3@gmail.com

Iraidelys Castro Junco²

iraidelys.rihanna@gmail.com

Niurka Palmarola Gómez³

niurka.palmarola@umcc.cu

Recibido: 23 de enero de 2022 Evaluado: 19 de febrero de 2022

Aceptado para su publicación: 21 de marzo de 2022

Cómo citar el artículo: Ruiz-Hernández, I., Castro-Junco, I. y Palmarola-Gómez, N. (2022). Consideraciones teóricas sobre la historia clínica, desde su valor educativo en Medicina Interna. *Atenas*, Vol. 4 (60), 227-240.

¹ M. Sc. Infectología. Profesor e Investigador Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba. Presidente del Capítulo provincial de Medicina Interna y Coordinador académico de esta especialidad. Jefe de servicio Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Faustino Pérez". ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6635-5870>

² Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba. Investigador Agregado. Presidente de comité del CEPA. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Faustino Pérez". ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4281-8391>

³ Profesor Titular. Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de Matanzas. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0881-1230>

Resumen

Introducción: Las historias clínicas o registros médicos se consideran un documento básico médico-legal en todas las etapas de la atención médica, que debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. **Objetivo:** Establecer consideraciones teóricas sobre la historia clínica desde su valor educativo. **Metodología y métodos:** Investigación cualitativa observacional basada en documentos normativos y operacionales establecidos para la adecuada confección de la historia clínica. Se realizó análisis documental al respecto. **Resultados:** La historia clínica es educativa porque con ella no solo se pretende resolver los problemas a un enfermo, sino que también ayuda científicamente al profesional que la manipule a orientarse adecuadamente para ser capaz de solucionarlos ya que, en el fondo de toda actividad orientadora subyace algún modo de predicción, la cual no es un acertijo, sino una conjetura científica porque presupone un recorrido desde un estado actual a un estado deseado. **Conclusiones:** La pertinencia de las consideraciones que se presentan contribuyen a enriquecer los fundamentos teórico-metodológicos en el referido objeto de investigación, en la dinámica relación médico-paciente, con impacto en la formación profesional correspondiente a diferentes carreras universitarias de las ciencias médicas, en especial a la Medicina Interna.

Palabras clave: Medicina Interna, registros médicos, relación médico-paciente.

Abstract

Introduction: Clinical histories or medical records are considered a basic medical-legal document in all stages of medical care, which should be appreciated as a methodological guide for the comprehensive identification of each person's health problems. **Objective:** To establish theoretical considerations about clinical history from its educational value. **Methodology and methods:** Observational qualitative research based on normative and operational documents established for the adequate preparation of the clinical history. A documentary analysis was carried out in this regard. **Results:** The clinical history is educational because it is not only intended to solve the problems of a patient, but also scientifically helps the professional who handles it to be properly oriented to be able to solve them since, at the bottom of all activity Some form of prediction underlies the guiding principle, which is not a puzzle, but a scientific conjecture because it presupposes a journey from a current state to a desired state. **Conclusions:** The relevance of the considerations that are presented contribute to enrich the theoretical-methodological foundations in the aforementioned object of investigation, in the dynamic doctor-patient relationship, with an impact on the professional training corresponding to different university careers in the medical sciences, in special to Internal Medicine.

Keywords: doctor-patient relationship, Internal Medicine, medical records.

Resumo

Introdução: As histórias clínicas ou prontuários são considerados um documento médico-legal básico em todas as etapas do atendimento médico, que devem ser apreciados como guia metodológico para a identificação abrangente dos problemas de saúde de cada pessoa. **Objetivo:** Estabelecer considerações teóricas sobre a história clínica a partir de seu valor

educativo. **Metodología e métodos:** Pesquisa qualitativa observacional baseada em documentos normativos e operacionais estabelecidos para a elaboração adequada da história clínica. Para isso, foi feita uma análise documental. **Resultados:** A história clínica é educativa porque não se destina apenas a resolver os problemas de um paciente, mas também ajuda cientificamente o profissional que a manuseia a se orientar adequadamente para poder resolvê-los, pois, no fundo de toda atividade alguma forma de previsão fundamenta o princípio orientador, que não é um quebra-cabeça, mas uma conjectura científica porque pressupõe uma jornada de um estado atual para um estado desejado. **Conclusões:** A relevância das considerações que se apresentam contribuem para enriquecer os fundamentos teórico-metodológicos no referido objeto de investigação, na dinâmica relação médico-paciente, com impacto na formação profissional correspondente a diferentes carreiras universitárias nas ciências médicas, em especial à Medicina Interna.

Palavras-chave: Medicina Interna, registros médicos, relação médico-paciente.

Introducción

La historia clínica, definida como el conjunto de documentos que se derivan de la relación médico-paciente, se convirtió, a partir de la segunda mitad del siglo XX, en el vínculo directo entre los usuarios y el hospital.

El expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos. Además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento del enfermo. Estos se basan en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presenta y, en su participación en las tomas de decisiones.

Desde finales del siglo pasado y la primera mitad del presente, existieron intentos de organizar la información procedente de los pacientes. Así, se creó la historia llamada "de resultado final", que estableció las raíces de la auditoría y supervisión actual. Pues, se trataba de definir si un mal resultado quirúrgico se debía a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad (Codman, 1918).

En 1931, se planteó que los datos a obtener del enfermo, deben determinarse con anterioridad y, se estableció qué tipo de información se tiene que recoger mediante el interrogatorio, la exploración física y los estudios de laboratorio. Se indicó, también, cómo y cuándo observar de nuevo al enfermo; además de recoger las características que

revelan la personalidad del paciente (White, 1931).

Para que la relación médico-paciente sea plenamente exitosa, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico; entre otros aspectos, se caracteriza por: profesionalidad, ayuda a pacientes y licitud. Puesto que, en la norma jurídica se implantó que la historia clínica deviene un documento indispensable (Aparicio, 2011).

En algunos espacios, se soporta en páginas escritas, videos, fotografías, exámenes radiográficos u otras modalidades. En las nuevas instituciones hospitalarias y centros de salud, se obtienen en bases de datos informatizadas, que permiten acceder a su contenido con rapidez y certeza (Morejón y González, 2022).

Entre las funciones de la historia clínica figuran: docencia e investigación, epidemiología, mejora continua de la calidad de vida, gestión y administración, así como elementos médico-legales, donde se infiere que existen diferentes modelos para ser rellenados (Pérez et al., 2019).

La historia clínica no se escribe solo para el consumo de quien la redacta. No es un documento personal, sino un registro hospitalario legal que quedará archivado por años. Y, además, será consultado en busca de datos valiosos por muchos especialistas, residentes, internos y alumnos en posteriores ocasiones. Luego, numerosos pacientes concurrirán, regularmente, a las consultas e ingresarán más de una vez. Sobre todo, en las consultas externas, donde un enfermo puede ser visto hoy por un médico, mañana por otro y pasado mañana por un tercero (Cala et al., 2018).

A través de este documento, es posible seguir paso a paso la conducta del médico. Si bien es cierto que puede existir una situación en la que no esté recogida ni reflejada en el expediente, la buena atención, lo habitual es que, mediante el análisis crítico de este, se puedan determinar fallas en la atención general del paciente. La historia clínica como archivo del médico, que ejerce la doble función de profesional y científico de la ciencia clínica, debe ser expresión fiel de las concepciones expuestas (García-Fabila, 2018).

Desafortunadamente, muchos médicos no tienen el sentido de responsabilidad que se escribe para todo un colectivo. Ello constituye una abusiva expresión de

despreocupación, individualismo y negligencia.

Es señalado que la historia clínica se ha vuelto menos confiable que nunca antes, a despecho de la revolución electrónica de la información que ha sobrevenido en la medicina: "La historia clínica ha sido distorsionada y adaptada para dirigirse sólo al lado técnico de la atención médica" (Momblanc, 2020, p. 431).

La pérdida de la confiabilidad está dada porque se omite, a veces en un volumen impresionante, el registro de información valiosa y, no se refleja por escrito el curso del pensamiento médico, que es sustituido por la información formal y de escaso valor. Este hecho se ha exacerbado en los últimos años (Casuriaga et al., 2018; Cordero, 2018; Aslinda, 2020).

Desde hace más de una década, se ha observado un progresivo abandono de la historia clínica, en muchas ocasiones, no se le exige su presentación al paciente cuando este asiste a la consulta en cualquier nivel de atención. Esto quiere decir que se valora al enfermo sin dejar constancia de ese importante acto, en el cual, a veces, se hace un nuevo diagnóstico, se realizan cambios de tratamiento o se debe comentar el resultado de una investigación. Cuando se le pregunta al paciente por qué su historia no está actualizada, responde que no se la exigen o que no llegan a utilizarla cuando la presentan. En la práctica médica diaria, esto crea serios problemas de información y, por consiguiente, puede dar lugar a que se indiquen investigaciones que son innecesarias, a errores de diagnóstico, y a conductas inadecuadas (Stevenson et al., 2018; Ríos, 2018; Saavedra, 2019).

Sobre la misma, se han dado orientaciones e indicaciones concretas a ejecutarse por los escenarios laborales, contempladas en el "Manual de Organización y Procedimientos" de cada institución como rutina de trabajo. Algunas de estas son las siguientes:

El departamento de registros médicos es el responsable de la guardia y cuidado de la misma. Los datos obtenidos del expediente clínico "son para uso médico, científico, docente y legal. Todo el personal facultado a utilizarla está obligado a mantener reserva sobre el contenido del mismo, es sancionable la falta de discreción sobre estos aspectos"

(Colectivo de autores, 2022, p. 18).

Se coincide con diferentes autores en que, la historia clínica es el documento con el que se inicia y donde se registra la atención médica integral del paciente, tanto, durante su hospitalización, como en la atención ambulatoria. El contenido y ordenamiento de la historia clínica está regulado de acuerdo con las características de la especialidad. Su escritura debe realizarse con una caligrafía clara y legible (Cabascango, 2017).

Ningún paciente podrá ser ingresado o egresado sin su historia clínica completa y actualizada. Además, debe estar, “adecuadamente, firmada y acuñada por las diferentes personas partícipes en la atención del enfermo. En los ingresados no urgentes, se podrá completar la misma, en un término no mayor de 24 horas desde su hospitalización” (Baraquiso, 2010, p. 110).

El cierre de la historia clínica lo hará el médico de asistencia, coincidente con el alta clínica. Si se trata de un fallecido, se completará el certificado de defunción (excepto en los casos médico legales, que este trámite lo realizará el médico legista), que hará un “cierre provisional” sobre las bases de los datos clínicos. La conclusión definitiva se hará en la reunión del Comité que evalúa la mortalidad hospitalaria (DPS, 2022).

En los casos de alta a petición, el cierre de la historia clínica lo hará el médico de asistencia o de guardia con los elementos disponibles. Este deja constancia en el expediente clínico de los motivos del egreso, así como, los datos de identificación, tomados del carnet de identidad, de la persona que solicita el alta y su firma (DPS, 2022).

En los casos de alta por indisciplina del paciente, el cierre de la historia clínica lo hará el médico de asistencia. Pues, se habrá realizado una previa discusión del caso con la dirección del servicio y la aprobación del vicedirector correspondiente, o del director del hospital. En caso que el hecho ocurra en horario de la guardia el médico en funciones, procederá de igual forma. Pero, en esta situación, el caso se discutirá con el jefe de la Guardia Médica, quien dará su aprobación por escrito, y dejará constancia en el expediente clínico los motivos del egreso. Así como, plasmará los datos de identificación, tomados del carnet de identidad de, al menos, “dos testigos que hayan presenciado la

referida indisciplina con sus respectivas firmas. Todas estas actuaciones médicas se concluirán con el cuño y firma personal del médico que participó en las mismas” (Baraquiso, 2010, p.110).

Le corresponde a la especialidad de Medicina Interna enseñar a los estudiantes de la carrera de Medicina la confección, manipulación y correcto uso del expediente médico. En su pasantía de tercer año por la asignatura de Propedéutica Clínica y Semiología Médica, se asume el modelo estructurado o convencional para su confección (Llanio y Perdomo, 2007).

Para la evaluación de la historia clínica se emplean las normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública de Cuba y, las concebidas en el reglamento funcional de cada escenario laboral adscriptas al reglamento general de hospitales en caso de tratarse de la atención secundaria de salud (MINSAP, 2007; Baraquiso, 2010; Colectivo de autores, 2022). Entonces, se hace necesario realizar consideraciones en torno a este importante documento, objetivo del presente ensayo.

Desarrollo

La Medicina Interna es la especialidad clínica del adulto que se ocupa de las afecciones no quirúrgicas de los órganos internos y la relación de estas en un mismo individuo. Al concebirse la enfermedad como proceso que vulnera la salud, se tiene una perspectiva integradora generalista y de especialidades, para lograr diferenciar al individuo cuya atención asume. De ahí se deriva el carácter heterogéneo, y a la vez individual, como especialidad, y su visión holística psico-bio-social del paciente insertado en su entorno. Pues, se trata de “una misión que solo se puede cumplir con eficacia y eficiencia bajo el dominio y pleno ejercicio del Método Clínico como método científico de trabajo individual con pacientes” (MINSAP, 2015, p. 2).

Al especialista en Medicina Interna se le denomina "internista" o “clínico”. En su amplio perfil de desempeño, representa una especialidad básica en el nivel secundario, actúa como consultor imprescindible en el nivel terciario y en la atención primaria. Así como,

conlleva también, un papel decisivo en la formación profesional y ética de las nuevas generaciones de médicos y en la educación continuada del posgraduado.

Ante un paciente con problemas clínicos complejos, el internista eficiente será capaz de identificar los elementos cruciales. Ello es posible gracias a los datos plasmados en la historia clínica y a través de una exploración física minuciosa, seleccionar los resultados decisivos de estudios de laboratorio, de entre largas listas, a fin de decidir si "trata" al enfermo o asume una actitud de "vigilancia" expectante (Cano, 2020).

El internista hábil se plantea, frecuentemente, juicios esenciales, como decidir si un dato clínico debe analizarse de forma exhaustiva o, debe descartarse como un hecho intrascendente. Además, debe comparar si un tratamiento propuesto conlleva mayor riesgo que la propia enfermedad. La combinación de conocimientos médicos, intuición, experiencia y buen juicio, define el "arte de la medicina", que tiene la misma trascendencia que la otra cara de esta, la de una ciencia de firmes fundamentos.

El modelo cubano de Educación Médica Superior promueve la construcción y fortalecimiento de valores, principios y conocimientos. Así como, aborda las prácticas científicas y sociales requeridas, para potenciar en los estudiantes la capacidad de reflexionar, crear, discutir y criticar, científicamente y, dar respuesta a las necesidades y problemas de salud. Por ende, la historia clínica es una herramienta imprescindible para alcanzar estos objetivos (MES, 2018a, 2018b y 2019; Del Cerro, 2021).

Por tanto, las Universidades de Ciencias Médicas contemplan el centro de su enseñanza, en la educación en el trabajo desde los diferentes niveles de atención de salud. Este proceso pedagógico, modificador de actitudes, va acompañado del modelo ejemplarizante del profesor en todos los escenarios académicos y docente-asistenciales donde se desempeñan.

La educación, enseñanza, formación, desarrollo y personalidad, son términos, definiciones y/o vocablos, que están ligados entre sí, bajo un proceso natural y esencial que en materia educacional no es posible obviar su reconocimiento. Así, todo lo que se piensa y hace, desde la visión profesional, tiene que transitar, de forma ineludible, por el

examen y estudio de esas categorías, sin obviar la orientación -una faceta esencial de la educación- (Hernández, 2022).

La historia clínica es educativa porque con la misma, no solo se pretende resolver los problemas a un enfermo, sino que también, ayuda científicamente al profesional que la manipule a orientarse de manera adecuada, para así, ser capaz de solucionarlos. Pues, en la esencia de toda actividad orientadora, subyace algún modo de predicción, la cual no es un acertijo, sino una conjetura científica. Puesto que, presupone un recorrido, desde un estado actual a un estado deseado.

Desde hace más de una década, uno de los maestros cubanos de la Medicina Interna y estudioso del método clínico, analizó a través de la historia clínica y la manera de obrar de los estudiantes y profesores que existen: médicos hipocráticos y médicos galénicos. Se parodia “la antigua divergencia de enfoques de la práctica clínica, aunque por supuesto, hay muchos tipos intermedios” (Rodríguez, 1999, p. 6).

Sin dejar de buscar los conocimientos más actualizados en beneficio de los enfermos, como lo hacía Galeno, el paradigma hipocrático cada día debe convertirse en una meta a alcanzar para los estudiantes de Medicina en Cuba. Esta consideración, en opinión de los autores, es necesario equilibrar en la contemporaneidad de la práctica médica cubana.

El hecho de confeccionar una historia clínica no constituye una toma de declaración, ni el completamiento de un formulario. Se trata de transformar la historia de un enfermo, en lenguaje coloquial, en un texto con terminología médica y dentro de un encuadre regulado por las instituciones profesionales. Es transformar lo que el paciente expresa, en lo que el médico percibe. Es el producto escrito de otro proceso mayor, que no es más que el razonamiento médico (Miranda-Bastidas, 2020).

Para enseñar cómo debe redactarse de forma adecuada el informe, y lograr que los alumnos aprendan a hacerlo, hay que plantearlo como un desafío mayor. No es lo mismo describir y explicar la estructura de una historia clínica, que aprender a redactarla. Por tanto, constituye una competitividad evaluable en términos objetivos dentro de un

currículo médico, y como toda aptitud, se adquiere con la práctica.

En el Proyecto Latinoamericano, en el que participaron 230 representantes de educación superior en Latinoamérica, se estableció como primera prioridad, la capacidad para redactar la historia clínica como competencia de los egresados de las carreras de Medicina. De esta manera, queda en evidencia que los mayores esfuerzos deberían dedicarse a exponer a los alumnos a situaciones de aprendizaje similares a las que realizarán durante el ejercicio profesional (Tuning América Latina, 2013).

Se conoce que la historia clínica consta de una primera sección que se completa con la anamnesis (subjetiva, pues el redactor se basa en las palabras del paciente). Y, manifiesta otra objetiva, en la que el médico busca y registra datos evidentes, tales como los obtenidos del examen físico y de los estudios complementarios. Con el decurso del tiempo, se han señalado deficiencias crecientes en su ejecución. Ello se ha demostrado a través de diversas investigaciones realizadas (Alcaraz et al., 2010; Aparicio, 2011).

El motivo de consulta debería funcionar como un disparador para la selección de preguntas que el profesional le hará al paciente, con el fin de lograr el objetivo más importante: reducir la incertidumbre diagnóstica. Se trata de enfocar con rapidez, el problema, en lugar de lanzar las redes ampliamente; el pensamiento convergente, por encima del divergente (Cala et al., 2018).

Agrest (2008), describió la existencia de dos tipos de personalidades opuestas que influyen en la interpretación de la información obtenida. Muchas veces ha sido diferente, incluso, entre colegas con la misma experiencia.

Algunos médicos tienden a sobreestimar la información e ilusionarse de forma prematura (llamados *overfinders*), y otros, por contraposición, son de sentidos amortiguados (desestiman hallazgos relevantes, los *underfinders*). Si bien muchos desearíamos estar en el centro de los extremos, puede resultar difícil por características individuales y complejas de la personalidad de cada uno, cuya subestimación sería imprudente. Deriva de este concepto la conveniencia de conocer a cuál perfil se acercan, para que las interpretaciones hechas y las decisiones tomadas no solo se fundamenten en la

información obtenida, sino que además se sustenten en la introspección. (p. 82)

El médico, formado o en formación, debe tener un papel activo en separar lo relevante de lo superfluo. Sería prudente, que los docentes y tutores aseguraran que los novicios sean cuidadosos en respetar el orden de las secciones de la historia clínica, ya que es la secuencia del razonamiento médico. Si se rompe, sería exponerse a errores de sesgo.

Es importante resaltar el valor de la escritura en la educación superior. Al escribir, se activan procesos de aprendizaje que no siempre ocurren en otras tareas. Ello requiere la reelaboración de ideas, que deriva en apropiación del conocimiento. Por añadidura, el alumno construye un andamiaje conceptual que se fundamenta en la naturaleza estable de lo escrito.

Conclusiones

Se aguarda que todos, pero en especial las nuevas generaciones de médicos, respeten el incuantificable valor histórico, pedagógico y profesional que la historia clínica demanda. Y así, se transmita con la misma jerarquía.

La pertinencia de las consideraciones que se presentan, contribuye a enriquecer los fundamentos teórico-metodológicos en el referido objeto de investigación, con impacto en la formación profesional que corresponde a diferentes carreras universitarias de las ciencias médicas.

Referencias bibliográficas

Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. 1° ed. Libros del Zorzal.

Alcaraz, M., Nápoles, Y., Chaveco, I., Martínez, M. & Coello, J.M. (2010). *La historia clínica: un documento básico para el personal médico*. *Medisan*, 14(7). http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san18710.htm

- Aparicio, F. (2011). Un llamado de alerta sobre la historia clínica. *Medicentro*, 15(2).
<http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/67>
- Aslinda, N., Farik, S., Jali, J., Zaidi, N., Mohamed, S., Arpah, S. & Malek, W.A. (2020). Making an Informed Decisions in a Teaching Hospital: How Medical Record System Helps. <http://www.researchgate.net/publication/347433827>
- Baraquiso, H. (2010). *Dirección de Hospitales. Un complejo universo*. Tomo I. (s.e).
- Cabascango, K. (2017). Factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la Historia clínica única. [Tesis de maestría, Universidad Técnica del Norte].
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8066/1/PG%20622%20>
- Cala L., Álvarez, R.M. & Casas, S. (2018). La informatización en función del aprendizaje en la universidad médica. *Medisan*, 22(3), 304-9.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cano, L. (2020). *Calidad de la información de las historias clínicas*. *Clin Chim Acta*. 487 (September), 117-25.
- Casuriaga, A., Giachetto, G., Gutiérrez, S., Martínez, V., García, A., Olivera, N. & Boulay, M. (2018). *Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial*. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira.
- Codman, E.A. (1918). *A study in hospital efficiency*. Thomas Tood Co.
<http://www.jameslindlibrary.org/records/codman-ea-1916/images.pdf>
- Colectivo de autores. (2022). *Manual de Organización y Procedimientos. Servicio de Medicina Interna*. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Faustino Pérez”. Matanzas. Cuba.
- Cordero, K. (2018). Calidad de Servicio y Satisfacción del Usuario en la Prestación de Servicios de Salud. Centro de Salud San Juan Bautista – [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo. Perú].
- Del Cerro, Y. (2021). La responsabilidad como un valor en la formación del médico cubano. *Revista Científica de FAREM – Estelí Medio Ambiente, tecnología y desarrollo humano*. Año 10, (37). <https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>
- DPS. (2022). *Reglamento Funcional del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Faustino Pérez”*. Matanzas.
- García-Fabila, E.J. (2018). Recordando a Avedis Donabedian. Tres Lustros después. Calidad de la atención médica. *Revista de Medicina*, 6 (1).
<http://r.diauaemex.com/pdf/2018/enero/7.%20Recordando%20a%20Avedis%20Donabedian.pdf>
- Hernández, J.R. (2022). Las categorías de formación, desarrollo y orientación en Educación. Miradas. Conferencia. Universidad de Matanzas. Marzo, 23/2022.

- Llanio, R. & Perdomo, G. (2007). *Propedéutica clínica y Semiología médica*. 4ta ed: Editorial Ciencias Médicas. t.1: <http://dspace.ucbscz.edu.bo/dspace/handle/123456789/8230>
- MES. (2018a). *Resolución No. 1. "Reglamento del Trabajo Docente y Metodológico de la Educación Superior"*. La Habana: Ministerio de Educación Superior. Cuba.
- MES. (2018b). *Resolución No. 2. "Reglamento del Trabajo Docente y Metodológico de la Educación Superior"*. La Habana: Ministerio de Educación Superior. Cuba.
- MES. (2019). *Plan de estudios E de la carrera de Medicina*. La Habana. Cuba.
- MINSAP. (2007). *Resolución Ministerial 145. Evaluación de Historias Clínicas. "Comité de auditoría médica (CAM)"*. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Cuba.
- MINSAP. (2015). *Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Plan de estudios de la especialidad de Medicina Interna*. La Habana.
- Miranda-Bastidas, C.A. (2020). *Clinical records: the medical writing from the patient's story to the medical narrative. Colomb. Med. (Cali)*, 51: e4223.
- Momblanc, L.C. (2020). La historia clínica en el proceso judicial por responsabilidad médica en Cuba. Alcance y valor probatorio. *Opinión Jurídica*, 20(42). <http://www.scielo.org.co/pdf>
- Morejón, J.L. & González, R. (2022). *Acercamiento a la historia clínica electrónica en el contexto de la informatización en salud. Rev. Med Electron.*, 44(2). <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu>
- Pérez, E., Pedraza, E.M. & González, V.E. (2019). *Un llamado a la responsabilidad con la historia clínica en manos de los estudiantes. Rev. Cubana Med.*, 58(2), e303. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232019000200001&lng=es
- Ríos, A. (2018). Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de enfermería en el servicio de medicina [Tesis de grado Universidad de San Martín]. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2809>
- Rodríguez, L. (1999). *La Clínica y su método: Reflexiones sobre dos épocas*. Díaz Santos.
- Saavedra, D. (2019). Factores asociados a la calidad de registro de las historias clínicas. [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo de Perú]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39571>
- Stevenson, J.E., Israelsson, J., Petersson, G. & Bath, P.A. (2018). *Factors influencing the quality of vital sign data in electronic health records: A qualitative study. J Clin Nurs.* 27 (5–6),1276.
- Tuning América Latina 2011-2013. (2013). *Innovación Educativa y Social. Competencias Específicas de Medicina*. http://www.tuningal.org/index.php?option=com_content&view=article&id=205&Itemid=214

White, P.D. (1931). Heart disease. The Macmillan Company.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002870351901524>