

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**



**“CALIDAD DEL REGISTRO DE MORTALIDAD EN HOSPITAL
REGIONAL DE LAMBAYEQUE AÑO 2016”.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. MEDI. BOCANEGRA CUSMA CELITA YOLANDA

ASESOR:

DR. ERICK RICARDO PEÑA SANCHEZ

CHICLAYO - PERU

2017

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**



**“CALIDAD DEL REGISTRO DE MORTALIDAD EN HOSPITAL
REGIONAL DE LAMBAYEQUE AÑO 2016”.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. MEDI. BOCANEGRA CUSMA CELITA YOLANDA

ASESOR:

DR. ERICK RICARDO PEÑA SANCHEZ

**CHICLAYO – PERU
2017**

}

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi hija que es mi motor y motivo para seguir adelante, a mi esposo, hermano, a mis queridos padres, ellos que en todo momento estuvieron presentes a lo largo de estos años brindándome, apoyo incondicional, comprensión y sacrificio, a ellos les estaré eternamente agradecida.

A mi asesor de tesis que con su apoyo y conocimiento logramos concretar la presente investigación.

AGRADECIMIENTO

A mis colegas del servicio de enfermería cirugía lado B del Hospital Regional Lambayeque, a mi personal técnico, a mis compañeros de rotación de internado por su paciencia y comprensión, a los médicos del hospital Regional, y a cielito.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	7-8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 ANTECEDENTES	10
1.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA	13
1.3 MARCO TEORICO	15
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
1.5 JUSTIFICACION	26
1.6 HIPOTESIS	27
1.7 OBJETIVOS	27
1.7.1 OBJETIVO GENERAL	27
1.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	27
II. METODOLOGÍA.....	28
2.1 Tipo de investigación	28
2.2 Diseño y contrastación de la Hipótesis.....	28
2.3 Variable en estudio y su operacionalización.....	28
Descripción de Variables y escalas de Medición.....	28
Operacionalización de Variables.....	28
2.4 Materiales y procedimientos.....	30
a. Población y muestra en estudio.....	30
b. Material, Instrumental y equipos de laboratorio y/o campo	31
c. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.....	31
d. Análisis estadístico de los datos.....	32
2.5 Consideraciones Éticas.....	32
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSION DE RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
VIII. ANEXOS	40

INDICE DE CUADROS, TABLAS E ILUSTRACIONES

TABLA III-1 CALIDAD DEL CERTIFICADO DE MORTALIDAD EN HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE AÑO 2016.....	33
TABLA III-2 CALIDAD DEL LLENADO DE MORTALIDAD EN HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE AÑO 2016.....	33
TABLA III -3 EDAD PROMEDIO DE LOS MEDICOS QUE REALIZARON LLENADO DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION.....	41
TABLA III-4 EL CUADRO MUESTRA EL LUGAR DONDE LABORAN LOS MÉDICOS QUE HAN REALIZADO EL LLENADO DE LOS CERTIFICADOS.....	41
TABLA III- 5 EL NÚMERO DE MÉDICOS QUE LLENARON LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN DE ACUERDO A ESPECIALIDAD.....	41
TABLA III-6 NUMERO DE CERTIFICADOS MÉDICOS LLENADOS POR ESPECIALIDAD.	42
TABLA III- 7 INSTRUMENTO EVALUADOR UTILIZADO DR.. VICTOR SOTO PARA DESCRIBIR LA CALIDAD DE LLENADO DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION.	43

RESUMEN

Objetivos:

Describir la calidad de los certificados de defunción que se extienden en el Hospital Regional Lambayeque”, cuantificando los porcentajes de certificados llenados correcta e incorrectamente por cada servicio hospitalario.

Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, la población comprende la totalidad de los certificados de defunción emitidos en el año 2016. El instrumento empleado fue la ficha de evaluación de calidad del certificado. Para clasificar el nivel de calidad, así como el servicio o médico que emite el certificado de defunción se utilizó la incidencia en porcentajes, de un nivel de calidad bueno, regular, malo y pésimo. Se utilizó una base de datos y se aplicó el software SPS VERSION 22.

Resultados:

Los certificado emitidos en El Hospital Regional Lambayeque son en su mayoría de buena calidad (63.45%), regular (33.3%), malos (3.21%) y pésimos (0%). Los servicios que presentaron mayor número de certificados buenos son Medicina Interna y Cuidados Intensivos, mientras que el mayor número de certificados calificados como malos pertenecieron a los servicios de Medicina Interna y ginecología.

Conclusión:

Como se evidencio existe un gran porcentaje de certificados calificados como regulares y malos, lo que hace necesario implementar estrategias para capacitar a los médicos en el correcto llenado del certificado de defunción, sobre todo en los servicios con mayor número de certificados emitidos como son Medicina Interna, Emergencia, ginecologia y Cuidados intensivos.

Palabras clave:

Certificado de Defunción, calidad del certificado, servicio hospitalario

SUMMARY

Goals:

Describe the quality of the death certificates that are extended at the Lambayeque Regional Hospital ", quantifying the percentages of certificates correctly and incorrectly filled by each hospital service.

Methodology:

Descriptive, retrospective, cross-sectional study, the population includes all the death certificates issued in 2016. The instrument used was the certificate of quality assessment of the certificate. In order to classify the quality level, as well as the service or doctor issuing the death certificate, the incidence in percentages, of a good, fair, poor and poor quality level was used. A database was used and SPS VERSION 22 software was applied.

Results:

The certificates issued in the Hospital Regional Lambayeque are mostly of good quality (63.45%), regular (33.3%), bad (3.21%) and weights (0%). The services that presented the highest number of good certificates are Internal Medicine and Intensive Care, while the highest number of certificates classified as bad belonged to Internal Medicine and Gynecology services.

Conclusion:

As evidenced there is a large percentage of certificates qualified as regular and bad, which makes it necessary to implement strategies to train physicians in the correct filling of the death certificate, especially in the services with the highest number of certificates issued such as Internal Medicine , Emergency, Gynecology and Intensive Care.

Keywords:

Certificate of Death, certificate quality, hospital service

I. INTRODUCCIÓN

El certificado de defunción es un documento de gran relevancia epidemiológica y médico-legal.

Se trata del principal instrumento del sistema de información de mortalidad, cuya eficacia y validez están comprobadas. Desde el punto de vista médico-legal, el manejo médico del certificado de defunción determina que la investigación de un fallecimiento pase a la órbita de la Justicia penal o no.

La eficiencia está determinada por un correcto registro por parte de los médicos encargados de certificar los fallecimientos. Esto supone: registro de todos los ítems previstos en el formulario, correcta asignación de las causas de muerte (básica, intermedia y final), explicitación de las comorbilidades y adecuación a la normativa que establece el régimen de obligaciones y prohibiciones de expedir certificados de defunción por parte de los médicos tratantes.

En el ámbito internacional existe preocupación por la detección de deficiencias en las certificaciones de los fallecimientos, demostradas por la falta de correspondencia de estos registros con los de las historias clínicas de los pacientes fallecidos.

1.1 ANTECEDENTES

Hernández C y col. (MÉXICO 2012), se evaluó la calidad del llenado del certificado de defunción y muerte fetal en un hospital de segundo nivel en México, de los certificados de defunción evaluados, el 26.9% presentaban una calidad buena y el 7.6% presentaba una calidad pésima, encontrando como principales errores la existencia de causas de muerte ubicadas sin una secuencia lógica, rubros sin llenar, uso de abreviaturas y deficiente legibilidad de la letra. De los certificados de muerte fetal el 21% de los presentaba una calidad buena, y en el 39.8% de los casos la calidad era pésima, detectando problemática en la utilización de causas de muerte no clasificables en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª revisión (CIE 10), uso de abreviaturas, rubros sin llenar y la deficiente legibilidad de la letra. Conclusión: La utilización de un sistema objetivo de evaluación de la calidad del llenado del certificado de defunción y muerte fetal, es una herramienta de utilidad para la identificación de las oportunidades de mejora, y centrar la capacitación de forma adecuada en las Instituciones.

(1)

Zacca E. y col.,(CUBA EN EL 2010) realizaron un estudio que abarcó el universo de certificados médicos de defunción registrados entre 1989 y 2008 para evaluar la Calidad de las estadísticas de mortalidad según cuantificación de causas de muerte imprecisas. En el cual 7,2 % de las certificaciones se codificó la causa básica de muerte con códigos de los grupos I al IV. Considerando un quinto grupo de causas de muerte inespecíficas, el porcentaje ascendió a 9,8. El grupo III: enfermedades circulatorias, fue el de mayor contribución, seguido del grupo I: causas mal definidas, donde se incrementó la tendencia al reporte. La bronconeumonía hipostática concentró el 35,4 % de las certificaciones del grupo V, seguida de la insuficiencia renal y el embolismo pulmonar.(2)

Rodríguez O y col; (CIEGO ÁVILA - CUBA 2010) evaluaron las principales dificultades en el llenado de certificados de defunción. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en la provincia de Ciego de Ávila en el año 2010. El universo estuvo constituido por 3 334 certificados de defunción. La muestra quedó conformada por 324 certificados seleccionados por muestreo simple aleatorio por estar los certificados enumerados de forma consecutiva en la base de datos. Se diseñó una escala cualitativa validada por criterio de expertos para evaluar el correcto llenado del certificado. El resultado entre los errores más frecuentes se detectaron: omitir detalles o características de enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 22 de los certificados, no especificar la causa que conduce a bronconeumonía en personas de edad avanzada en 19, omitir el tiempo aproximado entre el inicio de la causa y la muerte en 17, omisión de la causa básica que lo llevó a la muerte en 12 y designar la causa básica como desconocida o muerte súbita en 6, entre otros. Concluyendo que el llenado de los certificados médicos ha mejorado pero aún persisten errores que atentan contra la calidad de la información estadística de mortalidad. No se detectaron certificados de pésima calidad.(3)

Rodríguez H y col, (URUGUAY EN EL 2009) evaluaron la Calidad del registro en el certificado de defunción en un hospital público de referencia. Basándose en la auditoría de los certificados de defunción y su correlación con la historia clínica. Cada caso fue analizado por un comité de integración interdisciplinaria. Se definieron tres categorías: I. Registro correcto y completo; II. Registro parcialmente correcto o completo, o ambos; III. Registro incorrecto. Resultados: de los 154 pacientes del Hospital Maciel, 92% de los certificados de defunción fueron expedidos por médicos del hospital. De los 12 cadáveres derivados a la Morgue Judicial, en nueve casos la decisión estuvo

justificada (75%). El 12,87% correspondió a la categoría I; 53,53% (n=76) a la categoría II, y 28,73% a la categoría III. La mayoría de los procedimientos quirúrgicos (69,53%) con vinculación con el proceso que llevó a la muerte no fueron registrados. (4)

Rocano E. y col, (LIMA - PERÚ EN EL 2008) se evaluó la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General en la cual se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año. Los resultados fueron el 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos tomografía y placas radiográficas).(5)

Espíritu N. y col , (LIMA - PERÚ EN EL 2007) se compararon los registros de Muerte Perinatal (MP) de diversos niveles en hospitales y las respectivas direcciones de salud (DISA) y registros civiles (RC) tomando como referencia para muertes fetales (MF) el registro de los servicios de obstetricia y para muertes neonatales precoces (MNP) los de neonatología. En la oficina de estadística de los hospitales se encontró un registro mayor de MF (+2%). En los tres hospitales que

usaron el Sistema Informático Perinatal (SIP) no hubo discrepancia en los registros de MF. En las DISA el componente materno perinatal, registra menos de 9% de MF en cinco hospitales, y para MNP menos de 23%. (6)

Soto V et al, (CHICLAYO – PERÚ EN EL 2006) evaluaron Calidad del llenado de los certificados de defunción en un Hospital público, se revisó la totalidad de los certificados emitidos entre julio y septiembre 2006 , calificándolos como buenos, regulares, malos y pésimos. Sólo 33,8% tuvieron un buen llenado y 44,6% fueron pésimos o malos. Los servicios de cuidados intensivos (61,2%) y medicina interna (41,4%) tuvieron mayor porcentaje de certificados buenos, mientras que los de pésima calidad fueron emitidos con mayor frecuencia en los servicios de pediatría y neonatología (88,9%), cirugía y afines (55,6%), especialidades médicas (50,0%) y emergencia (42,5%). Es necesario implementar estrategias de capacitación en el llenado de los certificados de defunción para los médicos.(7)

1.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Situación problemática

El registro de mortalidad consta de un certificado de defunción que constituye un documento de gran relevancia epidemiológica y médico-legal.

La calidad de registros de mortalidad depende de la validez y fiabilidad de los datos recogidos en los hospitales. Al mismo tiempo se contribuye a la mejora de los registros de mortalidad a través de la formación de los profesionales.(8)

En la actualidad el Registro de Mortalidad, se recoge todas las muertes ocurridas en una zona y es una fuente de datos universales, y por ello es un instrumento clave en la planificación de las actuaciones en salud, también el registro de mortalidad nos va a

permitir elaborar estadísticas de mortalidad, compararlas con las de otras comunidades o países.(8)

Hasta el momento se hallaron muy pocos estudios realizados en las cuales encontramos el estudio al nivel internacional en el país de Paraguay donde se definieron en tres categorías: I. Registro correcto y completo; II. Registro parcialmente correcto o completo, o ambos; III. Registro incorrecto. Correspondió a la categoría I un 53,53% a la categoría II: 28,73% a la categoría III: La mayoría de los procedimientos quirúrgicos (69,53%) con vinculación con el proceso que llevó a la muerte no fueron registrados. Es significativo que apenas 12,87% de las causas de muerte fuese correcto, que 53,52% fue incorrecto o incompleto; y al nivel nacional existen estudios realizados en registro de mortalidad solo perinatal donde sus resultados y los procesos de registro son variados y no bien definidos. En la oficina de estadística de los hospitales se encontró un registro mayor de Mortalidad Fetal (MF) (2%). En los tres hospitales que usaron el Sistema Informático Perinatal (SIP) no hubo discrepancia en los registros de Mortalidad Fetal (MF) ; para Mortalidad Perinatal sólo se encontró datos en cuatro (tres usaban SIP) de los once hospitales evaluados. En las DISA el componente materno perinatal , registra menos de 9% de MF en cinco hospitales, y para MNP menos de 23%. La oficina de estadística de la DISA sólo registra MF en tres hospitales y no existen datos de MNP. En los RC se encontró un subregistro de 50% para MF y de 33,3% para MNP. 70% de los certificados de defunción de MF registraron “desconocida” como causa de muerte.(6)

Sólo 29% de MF y 24,9% de MNP fueron necropsiadas. Concluyeron que existe discrepancia en los registros de mortalidad perinatal entre las DISA y registros civiles, lo que sugiere la necesidad de estandarizar procesos e instrumentos, establecer un sistema de vigilancia, incorporar el SIP y retroalimentar la información para disminuir el subregistro de la mortalidad perinatal. A nivel regional en

un estudio realizado en Chiclayo nos da resultados que para evaluar la calidad de los registros de mortalidad, es necesario revisar varios procesos como son (llenado del formulario , certificado de defunción, digitación de los formularios, certificación médica, signos y síntomas mal definidos). Se realizó aquel estudio para evaluar la calidad del llenado del formulario de defunciones se elaboró una ficha siguiendo los criterios usados en estudio anteriores, con ello se clasificó el llenado en bueno, regular, malo o de pésima calidad. (4)

Se revisó 287 certificados de defunción, sólo 97 (33,8%) fueron considerados como buenos y 128 (44,6%) tuvieron un llenado pésimo o de mala calidad. (4)

Con estos resultados observamos la necesidad de verificar la calidad de registro de mortalidad la cual nos indican que es necesario reforzar estos aspectos en la educación médica, para mejorar nuestro sistema de registro de mortalidad. Se recomienda realizar una capacitación exclusiva para los médicos nuevos de los servicios hospitalarios con la finalidad de desarrollar un correcto llenado del registro de mortalidad. (5)

1.3 MARCO TEORICO:

Definición de muerte

La muerte no es únicamente ausencia de vida, sino el cese de vida en un organismo que antes la tenía; sin embargo, puede ser que no haya una sola definición, ya que es un proceso y no un evento. (22.)

Anatomopatológicamente se distingue muerte somática y muerte celular; el médico legista considera muerte aparente, muerte real, muerte natural, muerte violenta; el jurista acepta, a falta de la prueba que representa el cadáver, el criterio de presunción de muerte, y para todos,

el avance tecnológico de la medicina ha introducido el concepto clínico de muerte cerebral, también llamada muerte neurológica. (9)

Muerte Encefálica o Cerebral:

Es la expresión con la que se designa la pérdida de todas las funciones del encéfalo. Se declara cuando los reflejos del tronco cerebral, las respuestas motoras y la actividad respiratoria están ausentes en un individuo comatoso normotérmico, con lesión cerebral masiva e irreversible, que no haya recibido drogas o fármacos que actúen en el sistema nervioso central y que no tenga otros factores que contribuyan al cuadro clínico . (10). Esta definición permite certificar la muerte aunque se encuentre funcionando la mayor parte de los órganos del cuerpo. Sólo es posible establecer este diagnóstico en el medio hospitalario (unidades de reanimación o de cuidados intensivos), y requiere un protocolo extremadamente riguroso, la intervención de personal experto y la realización de pruebas confirmatorias objetivas y fiables. (11) Además, para aumentar la seguridad, se fija un periodo de observación cuya duración depende de la edad del paciente.(12)

Diagnóstico de muerte

Diagnosticar el momento de la muerte supone un acto de gran trascendencia, ya que al establecer que un sujeto es cadáver esta persona va a dejar de poseer una serie de derechos y deberes, con las consecuencias que conlleva, pongamos por ejemplo las cuestiones de sucesiones patrimoniales. Así mismo va a permitir la práctica de ritos funerarios dependiendo del contexto cultural. Dada esa gran trascendencia y, como hemos indicado anteriormente, al no ser la muerte un hecho puntual hemos de señalar unos parámetros que permitan acreditar que una persona ha fallecido. (9)

Tradicionalmente, la muerte del ser humano ha sido dictaminada, desde los puntos de vista médico y legal, como el cese irreversible de las

funciones cardiovasculares y respiratorias, independientemente de que el fallo inicial se hubiese producido en el cerebro, en el corazón, en los pulmones o en otros sistemas orgánicos. O dicho de otro modo, en la concepción del trípole de Bichat de las funciones vitales, constituido por las funciones respiratorias, circulatorias y del sistema nervioso. La parada funcional irreversible de cualquiera de los tres sistemas equivale a la muerte del individuo (13)

Fue necesario, por lo tanto, establecer unos criterios que permitieran el diagnóstico de la muerte cerebral. En el año 1968, el .Harvard ad hoc Committee on Brain Death., propuso los primeros criterios para el diagnóstico de muerte cerebral: a) coma de causa conocida, considerada como más allá de toda posibilidad de tratamiento, b) ausencia de función cerebral, supratentorial, c) ausencia de reflejos del tronco cerebral¹. Con posterioridad se han elaborado una serie de orientaciones para la determinación de la muerte, tanto cardiorrespiratoria como cerebral. (13)

Los criterios aplicables en adultos no lo son a niños menores de 5 años, sobre todo en período neonatal, debido a la mayor resistencia y superior capacidad de recuperación del cerebro neonatal e infantil, en comparación con los niños mayores y los adultos. Es por ello que los períodos de observación deben ser más largos y los métodos de comprobación del cese de la función cerebral, más exigentes. Comisiones específicas han tratado de elaborar unas normas, que asentadas en los principios aplicados en los adultos, tengan en cuenta estas características de la muerte cerebral en niños (14)

Concepto de Documentos médico-legales.

Se designa con el nombre de documentos médico-legales todas las actuaciones escritas empleadas por el médico en sus relaciones con las autoridades, los organismos oficiales, el público y aún los particulares. Variados en su formato y finalidad, deben tener como cualidad común un

estilo claro, sencillo y conciso, que los haga útiles y comprensibles para quien los recibe. Uno de los medios adecuados para conseguirlo es evitar el uso de términos técnicos si no es absolutamente imprescindible y, aún en este caso, seguidos de las explicaciones de su significado. Los documentos médico-legales más empleados en la práctica son: el parte, el oficio, la certificación, la declaración, el informe, la consulta y la tasación. (15)

Concepto de certificado de defunción

El certificado es un documento mediante el cual se da constancia de un hecho/s cierto/s. Extendido por el médico toma el nombre de certificación médica o facultativa y se refiere a hechos de su actuación profesional. También se define como el documento o instrumento público en el que el médico afirma, asegura la verdad o da fe de uno o más hechos de carácter médico y de sus consecuencias, sin requisición ni prestación de juramento. El rasgo que más los caracteriza es el de no ir dirigido a nadie en particular, pudiendo ser exhibido y utilizado en cualquier sitio. Se extiende a petición de la parte interesada, es decir el paciente, que así releva al médico de la obligación del secreto profesional. (16)

Sus contenidos más habituales se refieren a dejar constancia del padecimiento de alguna enfermedad o defecto; inversamente, de no padecer ninguno; de haber vacunado o revacunado a alguien; de haber asistido a un parto, haciendo constar el sexo del recién nacido, o de la certeza de la defunción de una persona, especificando el lugar, momento y causa (16)

CONCEPTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

DEL FORMULARIO

El Certificado de Defunción, es un documento que certifica la desaparición permanente de todo signo de vida. El formulario consta de dos partes DESGLOSABLES: la parte superior contiene el “Certificado de Defunción” y la Declaración Jurada de Registro (reverso); y en la parte inferior el “Informe Estadístico de la defunción”.

Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio se debe llenar la sección 8. (17)

DE LA PERSONA ENCARGADA DE LLENAR EL FORMULARIO EL PERSONAL DE SALUD (médico, obstetrix, enfermera u otro profesional de la salud) que certifica el deceso de una persona es el responsable de llenar el formulario en su integridad, es decir, el certificado y el informe estadístico de la defunción, excepto la sección “Declaración Jurada de Registro” que se dejará en blanco.

El Personal de Salud debe colocar el sello del Establecimiento de Salud donde se atendió o constató la defunción, tanto en el certificado de defunción como en el informe estadístico de la defunción. (17)

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN, (17) para ser remitido a las Oficinas de Estadística de las Direcciones Regionales de Salud o Direcciones de Salud o las que hagan sus veces.

Si la defunción ocurriera en el DOMICILIO u otro lugar, el declarante o usuario solicitará la certificación del deceso al personal de salud de cualquier establecimiento de salud. El personal de salud (médico, obstetrix, enfermera u otro profesional de la salud), identificará, certificará la ocurrencia y procederá a llenar el formulario de defunción.

En el caso de pérdida, deterioro del certificado e informe estadístico de la defunción por el usuario, el declarante o usuario solicitará la certificación de

la defunción al personal de salud del establecimiento donde ocurrió el deceso, para adquirir el duplicado del certificado. (17)

Para el caso de mal llenado del certificado e informe estadístico, se expedirá previa verificación del fallecimiento; los mismos que deben contener el sello de duplicado y las firmas correspondientes.

Está terminantemente prohibido que el Médico u otro Profesional de la Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.

ESTRUCTURA DEL FORMULARIO

El formulario que certifica el fallecimiento de una persona tiene dos partes y son **DESGLOSABLES**:

Certificado de Defunción:

Esta parte se entregará al declarante o usuario para que solicite la inscripción de la defunción en la Oficina Registral u Oficina de Registro del Estado Civil.

Informe Estadístico de la Defunción:

Esta parte debe quedarse en el establecimiento de salud y remitirse a las Oficinas de Estadística de las Direcciones Regionales de Salud o Direcciones de Salud o las que hagan sus veces, siendo éstas Oficinas las que remitan al punto de digitación de manera ordenada para el procesamiento correspondiente.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Esta parte del formulario cuenta con dos secciones, estas son:

- a. Archívese en la Oficina de Registro Civil (Cara anterior): En esta sección se registran los datos que identifican al fallecido , lugar donde ocurrió el hecho, la causa básica de muerte, y los datos del profesional que certifica la defunción.
 - b. Declaración Jurada de Registro (Cara posterior): Esta sección será llenada por el DECLARANTE o en su defecto por el Registrador Civil, y contiene los nombres y apellidos del fallecido, el padre, la madre, el o la cónyuge y el declarante, asimismo en el lado izquierdo su huella digital.
- (17)

II. INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

Esta parte del formulario cuenta con ocho secciones, estas son:

- a. Oficina de Estadística:

En esta sección se registra el departamento, provincia, distrito y localidad de la oficina de Estadística, que es el lugar de procesamiento.

- b. Identificación del Fallecido: Comprende: los nombres y apellidos del fallecido, el tipo de documento de identidad y el número respectivo.
- c. Datos del Fallecido: Esta sección tiene 6 preguntas: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, condición de ocupación y cual era la ocupación del fallecido.
- d. Residencia Habitual del Fallecido: En esta sección se registrará el país, departamento, provincia, distrito o localidad que fue su residencia habitual de la persona que falleció, así como la dirección de su domicilio.
- e. Lugar, Fecha y Hora de Fallecimiento: En esta sección se escribirá el departamento, provincia, distrito, localidad y dirección donde se produjo el deceso; también la fecha y hora del mismo y el sitio de ocurrencia.
- f. Causa de la Defunción: Esta sección consta de 5 preguntas: que profesional atendió o constató el fallecimiento, si lo atendió o no, la causa de la defunción, la especificación en caso de muerte violenta y si se realizó autopsia al fallecido.
- g. Datos de la Persona que Certifica la Defunción: En esta sección se registrará al profesional de la salud que llena los datos, los nombres y apellidos del profesional, el número de DNI, profesión, el número de Colegio profesional, la dirección, el distrito y la firma y sello.
- h. Muerte de Mujeres Asociados a Gestación, Parto y Puerperio: La sección tiene 2 preguntas: en qué momento se produce el deceso de la mujer y a qué edad gestacional. (17)

Causas de defunción:

Se describe en forma detallada la causa de la defunción, es decir, se anota en secuencia los diagnósticos de los procesos patológicos que condujeron a la muerte y se procede de la manera siguiente:

- I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente, Línea a) es la “Causa Terminal” o “Causa Directa”, se anota la enfermedad o estado físico-patológico fina el directamente relacionado con la desaparición permanente de todo signo de vida; no debiéndose anotar el modo o la manera de morir (debilidad cardiaca, paro cardiaco,

astenia, etc.), si no la enfermedad, lesión o complicación causante del fallecimiento.

Línea b) “Causa Intermedia”, si la hubiere, se anota la complicación secuencial relacionada con la causa básica, que ha ejercido influencia desfavorable en su curso, contribuyendo al desenlace fatal.

Línea c) y d) “Causa Básica”, se anota la enfermedad o lesión que inicia la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte; o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Debe ponerse especial atención en la determinación de la causa básica, por ser ésta la enfermedad que se selecciona para la elaboración de las estadísticas de mortalidad, las mismas que sirven para el conocimiento de los problemas de salud.

II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que lo produjo, Incluye cualquier otro proceso morbooso que contribuye desfavorablemente en el curso del proceso patológico, pero que no estuvo relacionado directamente con la enfermedad que causó la muerte.

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte Se refiere a la duración del proceso y debe corresponder a cada una de las causas registradas, para cada una de ellas anote en líneas de la misma dirección. Registrar seguido de la palabra años si es más de un año, meses si es mayor de un mes y menor de un año, o días si es menor de un mes, según corresponda en cada caso. (17)

Muerte violenta o causa externa:

En esta pregunta se marcará si el deceso de una persona fue por muerte violenta o alguna causa externa, entre las formas consideradas se tiene muerte por suicidio, homicidio, debido a accidente de tránsito o transporte, accidente de trabajo y otro tipo de accidentes. Si la muerte no

corresponde a alguna de las mencionadas marque el recuadro de "Ignorado". (17)

Situaciones incorrectas

Se han publicado, por parte del Registre de Mortalitat de Catalunya, la frecuencia de aparición de situaciones incorrectas en cada uno de los aspectos enunciados.

Así, desde 1986 hasta 1991 ha habido aproximadamente, un 0.4% de certificados anuales con causa ilegible por mala letra; la proporción de abreviaturas y/o siglas ha pasado del 8.3% al 19% (teniendo en cuenta que en 1990 hubo un cambio de criterio y se considera como tal, desde entonces, cualquier abreviación o sigla por frecuente o comprensible que sea en la práctica médica).

Por ejemplo TP, puede indicar trombosis profunda, trombosis pulmonar, tuberculosis pulmonar. TIA, puede ser Toxiinfección alimentaria, .transient ischaemic attack.. IRA podría corresponder con insuficiencia respiratoria aguda o insuficiencia renal aguda. (18)

Aproximadamente en un 9% de los Boletines Estadísticos de Defunción hay más de una causa en el apartado de causa fundamental y en un 10% no hay secuencia lógica de las causas informadas. Finalmente, aproximadamente un 1% de los Boletines Estadísticos de Defunción no los cumplimenta directamente el médico. La mala calidad de estos factores influye de forma directa en las estadísticas de mortalidad. Dificultando la comprensión e interpretación, las causas pueden no quedar reflejadas en el Registro (de mortalidad) con la consiguiente pérdida y/o cambio de información en las estadísticas. (18)

Causas de error

Existe un amplio abanico de posibilidades de error en la certificación de muerte. En algunos pacientes la causa de muerte no puede ser identificada (causa

desconocida); otras veces está equivocada y en otros casos existe la duda porque la necropsia no se ha practicado. Además, ya que el certificado se realiza horas después de la muerte, y una autopsia que comprende evisceración, fijación, procesamiento y estudio histológico, demora varios días para su terminación, en los casos en que se averigua el diagnóstico de la causa de muerte por regla general nunca es corregida posteriormente en el certificado. (19)

La mayoría de los certificados de defunción erróneos han sido cumplimentados por el médico generalista. Ya sea por distintos motivos:

1. Porque no está familiarizado con la terminología actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
2. Porque simplemente se transcribe la información que aportan los familiares del difunto.
3. Porque se decide incluir diagnósticos que no se van a cuestionar.
4. Por omisión de la causa, los certificados de los casos de defunción ocurridos fuera del hospital presentan mayor cantidad de errores.

Una revisión de los certificados de defunción cumplimentados y archivados en las Delegaciones Provinciales del Instituto Nacional de Estadística nos puede dar una idea de las inexactitudes e incorrecciones en la determinación de la causa de la muerte. A pesar de la validez de muchas de las recomendaciones que figuran en el reverso del Certificado Médico de Defunción, algunas de ellas inducen a error. (20)

En los pocos estudios realizados sobre la identificación y determinación incorrecta de la causa de la muerte, se ha comprobado que cerca del 60% de los certificados de defunción tienen uno o más errores. El error más

común (cerca de un tercio de los casos) es citar el mecanismo o los mecanismos de muerte como causa. Ya que un mecanismo puede deberse a más de una causa, términos que expresan alteraciones fisiopatológicas como .fracaso multiorgánico, hipoperfusión. (de cualquier órgano), .insuficiencia respiratoria. .sepsis., se pueden atribuir a cualquier causa, desde un accidente de tráfico a un carcinoma hepático. (20)

El segundo error más frecuente en los certificados de defunción, aunque sin gran trascendencia estadística, es incluir complicaciones de la causa de la muerte en el apartado destinado a las enfermedades o situaciones que han contribuido a la muerte pero sin estar relacionadas con la causa que la produjo.

En nuestro medio según España, uno de los errores más frecuentes es el de atribuir la causa de muerte a .parada cardíaca., .parada cardiorespiratoria., .parada respiratoria. o .asistolia.. Ya que la parada cardíaca sucede en todas las muertes (excepto en los donantes de corazón), .parada cardíaca. es un término sin ningún significado. Es sencillamente una condición para estar muerto. Cuando es el único dato que consta el certificado de defunción, constituye un serio problema estadístico y generalmente se suma al grupo de enfermedades cardiovasculares falseando los datos epidemiológicos de mortalidad (21)

La calidad del registro de mortalidad en varios estudios se ha detectado en las estadísticas de mortalidad dependiendo de la validez y fiabilidad de los datos recogidos en el Registro de Mortalidad. (4)

.

Para garantizar la calidad de los datos, desde el Servicio de Epidemiología se codifican las causas de muerte de los boletines estadísticos de defunciones y se completa la información proporcionada por los médicos mediante la recuperación de la

información necesaria para conseguir una mayor precisión en el código asignado en la causa de muerte. Al mismo tiempo se contribuye a la mejora de la certificación de defunción a través de la formación de los profesionales. (4).

El certificado de defunción es un documento de gran relevancia epidemiológica y médico-legal. Es el principal instrumento del sistema de información de mortalidad, cuya eficacia y validez están comprobadas. Desde el punto de vista médico-legal, el manejo médico del certificado de defunción determina que la investigación de un fallecimiento fallecimiento pase a la órbita de la Justicia penal o no. La eficiencia está determinada por un correcto registro por parte de los médicos encargados de certificar los fallecimientos. Esto supone: registro de todos los ítems previstos en el formulario, correcta asignación de las causas de muerte (básica, intermedia y final), explicitación de las comorbilidades y adecuación a la normativa que establece el régimen de obligaciones y prohibiciones de expedir certificados de defunción por parte de los médicos tratantes. Además varios estudios demuestran que existe preocupación por la detección de deficiencias en las certificaciones de los fallecimientos, demostradas por la falta de correspondencia de estos registros con los de las historias clínicas de los pacientes fallecidos. (8)

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la calidad del registro de mortalidad en Hospital Regional Lambayeque año 2016?

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

- II. Dentro de las funciones de los organismos de salud está la vigilancia y evaluación del comportamiento de la mortalidad y a explicitación de las comorbilidades y adecuación a la norma establecida en el

régimen de obligaciones y prohibiciones de certificados de defunción por parte de los médicos tratantes.(1)

- III. Es importante hacer referencia que a nivel Nacional e Internacional, los estudios en su mayoría centran su evaluación en las causas de muerte, y no se realiza una evaluación integral de los mismos, ya que el informe de la evaluación de la Calidad del llenado del Certificado de defunción, solo contempla un análisis del apartado de causas de muerte. El presente estudio servirá para la realización de un análisis integral en el Hospital Regional Lambayeque nivel III – del Minsa; mediante la aplicación del modelo propuesto a nivel Nacional, lo que permitirá identificar claramente las oportunidades de mejora.

1.6 HIPOTESIS

Es implícita.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir la Calidad del registro de mortalidad en Hospital Regional Lambayeque año 2016

1.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Evaluar el llenado de los certificados de defunción para determinar la calidad de los mismos.

Cuantificar los porcentajes de los certificados llenados correctamente según servicios hospitalarios.

II.- METODOLOGÍA

2.1. Tipo de Investigación:

- a) De acuerdo con el periodo que se capta la información, el estudio es:
Retrospectivo.
- b) De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado es:
Transversal.
- c) De acuerdo con la comparación de poblaciones:
Descriptivo
- d) De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
Observacional cuantitativo
- e) De acuerdo al fin que se persigue:
Básica
- f) De acuerdo a la respuesta al Problema:
Bibliográfica

2.2 Diseño y contrastación de la Hipótesis:

Diseño de estudio: estudio descriptivo, transversal, de corte retrospectiva.

2.3 Variable en Estudio y su Operacionalización:

❖ Descripción de Variables y Escalas de Medición:

- Variable 1: registro de mortalidad

❖ Operacionalización de Variables:

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
		Certificado de buena calidad	Diagnóstico de causa básica, causa intermedia y causa final, debidamente identificados y	

REGISTRO DE MORTALIDAD	CALIDAD DEL CERTIFICADO		ubicados en su respectivo ítem en secuencia lógica.	Ordinal
		Certificado de regular calidad	Los diagnósticos de causa básica, intermedia y final están consignados, pero no siguen una secuencia lógica o están invertidos en el orden correcto	
		Certificado de mala calidad	Diagnóstico de causa básica no coincidente tanto en el desglosable que va a registro civil como a estadística MINSA.	
		Certificado de pésima calidad	Si tiene dos a más ítems de los considerados malos.	
		Bueno	- Lineamientos legales de emisión cumplidos. - Herramienta correcta de llenado - Todos los rubros correctamente llenados. - Diagnósticos identificados, ubicados y secuencia lógica	Ordinal
		Regular	Presencia de uno a dos ítems considerados malos: - Herramienta de llenado no correcta.	

	CALIDAD DEL LLENADO		- Letra no legible. - Con tachaduras, enmendaduras o sobrescritura.	
		Malo	Presencia de tres a cuatro ítems considerados malos: - Forma de llenado no correcta. - Letra no legible. - Con tachaduras. - Con enmendaduras. - Con abreviaturas	
		Pésimo	Presencia de cinco o más ítems considerados malos: - Forma de llenado no correcta. - Letra no legible. - Con tachaduras. - Con enmendaduras. - Con abreviaturas	

2.4 Materiales y Procedimientos:

a. Población y Muestra en estudio:

Población: se analizó la totalidad de los certificados de defunción expedidos por los médicos del Hospital Regional Lambayeque en el año 2016.

Muestra: se calculó el tamaño de la muestra con la totalidad de certificados de defunción con un número de 700 del año 2016 (según registro estadístico de defunciones del Hospital Regional Lambayeque), con una proporción esperada de mala calidad del llenado de 50% con un 95 % de confiabilidad y

5 % de presunción. La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria simple.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: Todo certificado instalaciones del hospital.

Criterios de exclusión: Certificados de fallecidos con menos de 24 horas de estancia Certificados con datos ilegibles en el hospital. de defunción de aquel paciente que haya fallecido en las 24 h .

b. Material, Instrumental y Equipos de Laboratorio y/o Campo:

- Material de Oficina: papel Bond, lapiceros, resaltadores, correctores, archivadores.
- Material Informático: computadora, impresora, memoria externa.
- Material Bibliográfico: revistas médicas, libros, bases de datos electrónicos (bibliotecas virtuales, páginas web de buscadores informáticos: EBSCO, PROQUEST, E – BOOK, PUBMED, HINARI, ELSEVIER).
- Material Hospitalario:
Historias clínicas del Hospital Regional Lambayeque.
- Locales:
 - Archivo del Hospital Regional Lambayeque.
 - Unidad de Estadística del Hospital Regional Lambayeque
 - Unidad de Epidemiología del Hospital Regional Lambayeque
 - Unidad de apoyo a la docencia e Investigación Hospital Regional Lambayeque

c. Técnica de instrumentos de recolección de datos:

Se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Regional Lambayeque, para obtener acceso a la base de datos en la oficina de estadística. Se procedió a realizar la búsqueda digital de los certificados de defunción en las historias clínicas. Se procedió a enviar la información a la oficina de epidemiología en donde se corroboraron los números de certificados de defunción fueron en número de 700 certificados defunción en el 2016, fue solicitado, autorizándose a su vez el análisis y la recolección de datos de 249

historias en el archivo de historias clínicas del hospital. Luego se verificó el cumplimiento de los criterios de selección y se procedió a transcribir los datos de interés en fichas de recolección de datos para su posterior procesamiento. La ficha de recolección fue usada por el Dr. Víctor Soto utilizada en el año 2006.

Se extrajeron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio los cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos.

Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos y se elaboró la base digital de información, con la que luego se procedió a realizar el análisis respectivo.

d. Análisis estadístico de los datos:

Se utilizaron hojas de cálculo Excel y el programa SPSS versión 22.0 en donde, se procedió a registrar la información obtenida mediante el uso de las hojas de recolección de datos; codificando las variables de estudio encontradas durante la revisión de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio. Posteriormente se procesaron los datos y se obtuvieron tablas estadísticas de acuerdo a los tipos de variables en estudio.

2.5 Consideraciones Éticas:

El estudio contó con la autorización de la Oficina de Apoyo investigación del Hospital Regional Lambayeque y de la Universidad Particular de Chiclayo tomándose en cuenta la confidencialidad de los datos obtenidos. La implicancia ética ya que no se realizaron procedimientos invasivos que pongan en riesgo la salud de ningún paciente ya que los datos utilizados son de certificados de defunción.

III. RESULTADOS:

TABLA III-1 CALIDAD DEL CERTIFICADO DE MORTALIDAD EN HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE AÑO 2016

CALIDAD DEL CERTIFICADO	nº	%
Buena calidad	158	63.45
Regular calidad	83	33.33
Mala calidad	8	3.21
Pésima calidad	0	0
	249	100%

FUENTE: Archivo de historias Hospital Regional Lambayeque.

Se encontró que la calidad de certificado de defunción del Hospital Regional Lambayeque son en su mayoría de buena calidad (63.45%), Regular calidad (33.33%), mala (3.21%) y malos (0%). Los servicios que presentaron mayor número de certificados buenos son Medicina Interna y Cuidados Intensivo. .

TABLA III-2 CALIDAD DEL LLENADO DE MORTALIDAD EN HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE AÑO 2016

CALIDAD DEL LLENADO	%	Nº
Buena calidad	51.41	128
Regular calidad	44.98	112
Mala calidad	3.61	9
Pésima calidad	0	0
	100	249

FUENTE: Archivo de historias clínicas del Hospital Regional Lambayeque.

Se encontró el llenado de los certificados de defunción en el Hospital Regional Lambayeque son en su mayoría de buena calidad (51.41%), Regular calidad (44.98%), mala (3.61%) y malos (0%). Los servicios que presentaron mayor número de certificados bien llenados son Medicina Interna y Cuidados Intensivo.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Los trabajos de investigación sobre certificados de defunción realizados 2006, 2008; 2009, 2010, 2012 utilizaron, dentro de su evaluación, criterios cada vez más específicos hasta llegar al último estudio.

Los resultados obtenidos en la evaluación de los certificados de defunción evidencian que hubo disminución porcentual de los certificados calificados como de pésima calidad en los estudios realizados entre los años 2006 – 2012. La mayoría de certificados de pésima calidad son de (34.5% - 39.8%), comparando los resultados de los estudios previos con nuestro estudio, pésima calidad 0%, encontramos que los certificados calificados como de pésima calidad disminuyeron en un 100 % con respecto a lo observado en el estudio del año 2006 – 2012. (1,7)

En la evaluación de los certificados de defunción, los calificados como de mala calidad, se evidencia que no hubo diferencia significativa entre los trabajos realizados en los años 2006 y 2012 (10.1% y 7,6 % respectivamente), en nuestro estudio realizado se observó que certificados de mala calidad fueron de 3,21% disminuyó en un 6, 89% con respecto al año 2006 , esto obedece a la capacitación que reciben los médicos que expidieron los certificados de defunción calificados como malos, lo que contribuyó a la mejora en la elaboración de los certificados de defunción. (7)

En la evaluación de los certificados de defunción, los calificados como de regular calidad, se evidencia que hubo una diferencia significativa entre el trabajo realizados en año 2009 (28,73% respectivamente), en nuestro estudio realizado se observó que certificados de regular calidad fueron 33.33 aumentando en un 4,6% con respecto al año 2009 manteniendo su porcentaje con el pasar de los años. Sin un aumento significativo. (7)

En la evaluación de los certificados de defunción, los calificados como de buena calidad, se evidencia que hubo una diferencia significativa entre el trabajo realizados en año 2009 (33.8%), respectivamente, en nuestro estudio realizado se observó que certificados de buena calidad fueron 63.45 % en cuanto a calidad

del certificado y 51.41 en cuanto a calidad de llenado esto obedece a la capacitación que reciben los médicos que expidieron los certificados de defunción calificados como malos y pésimos en años anteriores, lo que contribuyó a la mejora en la elaboración de los certificados de defunción. (4)

Los resultados obtenidos ponen en evidencia que los servicios médicos de Medicina Interna y Unidad de Cuidados Intensivos son los que tienen el mayor porcentaje de certificados calificados como de buena calidad, esto coincide con lo observado en el trabajo realizado en el año 2006, en el cual los servicios con mayor número de certificados calificados como buenos fueron los mismos. Esto es debido a que estos servicios cuentan con médicos adecuadamente capacitados en el llenado correcto de los certificados de defunción. (1, 7)

En la evaluación de los servicios médicos que expidieron certificados de defunción calificados como de mala calidad (en las investigaciones hechas en 2006) observamos que muestra una disminución significativa siendo en el servicio de medicina interna y uci así los que mejor realizan el llenado del certificado de defunción, siendo el servicio de ginecología realizan un mala calidad de llenado. Es probable que en el servicio de ginecología tenga la incidencia de certificados calificados como de mala calidad obedezca a que el certificado llenado son los certificados de óbito fetal en los cuales los parámetros de llenado no registran todos los ítems a llenar de los certificados de defunción de los adultos, a pesar de que en el servicio de Emergencia los certificados son llenados de forma precipitada por la insistencia de los familiares que solicitan el documento para poder retirar su familiar fallecido, sumado a la falta de tiempo disponible en este servicio para la labor administrativa pese a eso se observa que en el Hospital Regional de Lambayeque son de la mayoría de buena calidad cumpliendo con que en este nosocomio se presenta un buen conocimiento en cuanto al llenado de certificados de defunción de acuerdo de los resultados obtenidos. (1,3)

Con lo evidenciado anteriormente podemos notar que la mejora de la calidad de los certificados tanto en los servicios como en los médicos se debe a la capacitación, por lo que esta debe persistir e insistir sobre todo en los servicios en general tratando así de disminuir los porcentajes de regular cantidad y aumentar los porcentajes de buen llenado.

V. CONCLUSIONES:

1. La calidad de los certificados de defunción expedidos en el año 2016 en el Hospital Regional, en su mayoría son de buena calidad en cuanto al certificado (63.45), en tanto que los de regular calidad (33.33), de mala calidad (3,21%) y de Pésima calidad (0%).
2. Los Servicios que presentaron el mayor número de certificados de buena calidad son: Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencias.
3. Los Servicios que presentaron el mayor número de certificados de pésima calidad son: ginecología, Medicina Interna y Unidad de Cuidados Intensivos.

VI. RECOMENDACIONES:

1. Capacitación exclusiva para médicos nuevos de los servicios hospitalarios con la finalidad de desarrollar un correcto llenado del certificado de defunción.
2. Persistir en una capacitación individualizada para aquellos médicos que no logran un correcto llenado del certificado de defunción.
3. Incentivar a aquellos médicos que logran un correcto llenado del certificado de defunción dentro de su servicio hospitalario.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hernández- Mier C, Calidad del llenado del certificado de defunción y muerte fetal en un Hospital de Segundo Nivel en México. Gac. int. cienc. Forense; 2014;18-24 citado 01/01/17 3:40 PM
http://www.uv.es/gicf/4A1_Hernandez_GICF_11.pdf
2. Zacca , Eduardo; Gran Álvarez, Miriam A; Martínez Morales, Miguel A y Fernández Viera, María R. Calidad de las estadísticas de mortalidad en Cuba según cuantificación de causas de muerte imprecisas. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2010, vol.36, n.2, pp. 102-108. ISSN 0864-3466 citado 01/01/17 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200002
3. Rodríguez Martin, Odalys; Matos Valdivia, Yanara; Anchia Alonso, Danoris y Betancourt Valladares, Miriela. Principales dificultades en el llenado de los certificados de defunción. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2012, vol.38, n.3, pp. 414-421. ISSN 0864-3466.
4. –Rodríguez -Almada H, Cariacos C, Piñeyrua M , Logaldo R ,Gonzales-Gonzales D , Calidad del registros de defunción en un hospital publico de referencia .Revista Medica del Uruguay ; 2009;26(4): 216-223 citado 2/1/17
<http://www.rmu.org.uy/revista/2010v4/art4.pdf>
5. Rocano EP, Evaluacion de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un Hospital General. *Med Interna*; 2008;21(2):51-54

- 6.- Espíritu N, Sacieta L, Pantoja L, Discrepancias en el registro de la mortalidad perinatal en Lima y Callao según fuente de información. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2007; 24(4): 363-69
- 7.- Soto-Cáceres V, Calidad del llenado de los certificados de defunción en un Hospital público de Chiclayo, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(3): 330-332.
- 8.- Català – C , Registro de mortalidad, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Participación .2010, 1.
- 9.- Vargas Alvarado E. Medicina Forense y Deontología Médica. Mexico. Trilla. 1996. Pp: 159 -165
- 10.- Mollaret P, Goulon M. The depressed coma. Rev Neurol (Paris)1959;101:3 - 15.
- 11.-Wijdicks EFM. Brain death worldwide. Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. Neurology 2002;58:20 - 5.
- 12 Hammer MD, Crippen D. Brain death and withdrawal of support. Surg Clin North Am 2006;86:1541 - 51
- 13.- Cristóbal Pera. Cirugía. Fundamentos y Opciones Técnicas. Tomo II/2. Barcelona: Masson, 1996. Pp: 706 – 740
- 14 Ad Hoc Comites of Harvard Medical School to examine the definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma, J. AMER. Med. Ass. 1968. Pp: 205, 337 – 340
- 15.- Gisbert Calaboig JA, Gisbert Grifo MS. Documentos Medicos legales. En Gisbert Calaboig JA, Medicina Legal y Toxicología. Barcelona. Masson, 1998. Pp: 136 - 140
- 16 Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Perú: Informe Técnico. Análisis de la Mortalidad, La Libertad, Perú 2009.17.- Minsa. Manual

para el llenado de el formulario de defunción Oficina General de Estadística e Informática Lima, Agosto 2009 citado

<http://sisweb.reniec.gob.pe/PortalRegCivil/getFileLeg.htm?hoja=802.pdf>.

18 Oficial de Médicos de Madrid. Deontología, Medicina, Derecho. Madrid. Colegio Oficial de Médicos de Madrid. 1997. Pp: 383 – 400.

19.- Villar J. Causas de Muerte y Errores en la Certificación de Defunción. Med. Clin. Barcelona 1999. Pp: 93, 463 – 466.

20.- Segura A. Gispert. El medico y la certificación de las causas de certificación. Med Clin. Barcelona 1999. Pp: 89, 415 – 422.

21 Villar J. Causas de Muerte y Errores en la Certificación de Defunción. Med. Clin. Barcelona 1999. Pp: 480 – 485

22.- Bernard Knight Medicina Forence de Simpson. Manuel 1994. Pp: 11-28

ANEXOS

TABLA III-3

edad	media	min	max
	41.27	30	64

Esta tabla muestra la edad promedio de los médicos que han realizado llenado de certificados de defunción, siendo de 41,27 años.

TABLA III-IV

SERVICIO DE LABORA	REGISTROS	
	Nº	%
HMED	50	20.08
H CIRU	10	4.02
NEO	4	1.61
EMMED	72	28.92
EMPEDIA	10	4.02
EMCIRU	0	0
GINECO	6	2.41
GATRO	1	0.4
URO	1	0.4
TRAUMATOLOGIA	2	0.8
NEUROCIRUGIA	4	1.61
TRAUMA SHOCK	66	26.51
TRIAJE	8	3.21
UCI	13	5.22
GERIATRIA	2	0.8
	249	100%

El cuadro muestra el lugar donde laboran los médicos que han realizado el llenado de los certificados de defunción observándose que un 50% corresponde a medicina interna, 20%, emergencia con un 28,92 %.

TABLA IIII -V.

SERVICIO DE LABORA	MEDICOS
	Nº
HMEDICINA	3
H CIRUGIA	6
NEONATOLOGIA	3
EMMEDICINA	10
EMPEDIATRIA	7

EMCIRUGIA	0
GINECOLOGIA	3
GATROENTEROLOGIA	1
UROLOGIA	1
TRAUMATOLOGIA	1
NEUROCIRUGIA	1
TRAUMA SHOCK	4
TRIAJE	4
UCI	4
GERIATRIA	1
	49

EL número de médicos que llenaron los certificados de defunción de acuerdo a especialidad.

TABLA VI

ESPECIALIDAD	Registros	
	nº	%
M. INTERNISTA	129	51.81
M.INTENSIVISTA	45	18.07
M. PEDIATRA	12	4.82
M.GENERAL	8	3.21
NEUROCIRUJANO	4	1.61
GINECOLOGO	6	2.41
CIRUJANO DE ABDOMEN	10	4.02
EMERGENCIOLOGO	25	10.04
UROLOGO	1	0.4
TRAUMATOLOGO	2	0.8
GASTROENTEROLOGO	1	0.4
NEFROLOGO	2	0.8
GERIATRA	2	0.8
NEONATOLOGO	2	0.8
	249	100

Numero de certificados médicos llenados por especialidad.

TABLA III – 7 INSTRUMENTO EVALUADOR UTILIZADO DR.. VICTOR SOTO PARA DESCRIBIR LA CALIDAD DE LLENADO DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION.

Clasificación de la calidad del llenado

Certificado de buena calidad

Cuenta con todos los rubros correctamente llenados.

Diagnóstico de causa básica, causa intermedia y causa final, debidamente identificados y ubicados en su respectivo ítem en secuencia lógica.

Diagnóstico de causa básica correcto en el desglosable que va a registro civil.

Diagnóstico de causa básica coincidente tanto en el desglosable que va a registro civil como a estadística MINSA.

No usa abreviaturas en los diagnósticos.

Certificado de regular calidad

Los diagnósticos de causa básica, intermedia y final están consignados, pero no siguen una secuencia lógica o están invertidos en el orden correcto.

Diagnóstico de causa básica correcto en el desglosable que va a registro civil

Diagnóstico de causa básica coincidente tanto en el desglosable que va a registro civil como a estadística MINSA.

Certificado que no cuenta con todos los rubros correctamente llenados.

Certificado de mala calidad

Presencia de alguno de los siguientes ítems:

Presenta como diagnóstico paro cardiorrespiratorio o paro cardíaco.

Aquellos certificados que no tienen en secuencia lógica las causas de muerte.

Diagnóstico de causa básica incorrecto en el desglosable para registro civil.

Diagnóstico de causa básica no coincidente tanto en el desglosable que va a registro civil como a estadística MINSA.

Certificado de pésima calidad

Si tiene dos a más ítems de los considerados malos.